



**A
FENNTARTHATÓSÁGÉRT**

**A
KÖRNYEZETTERHELÉS
CSÖKKENTÉSÉÉRT**

**A
KÖRNYEZETMINŐSÉG
NÖVELÉSÉÉRT**



**ELEKTRONIKUS
KIADVÁNY**

**Kórházak minőségügyi rendszerének értékelése az
Európai Unióban
Dombrádi Viktor, Dr. Gődény Sándor**

**Felhasználói elégedettség vizsgálata a Petz Aladár Megyei
Oktató Kórházban
Dr Hetyésy Katalin, Kaproncai Gabriella**

**Szolgáltatásminőség a külső minősítő szemével
Mikó Zsuzsanna**

**XXXII. évfolyam 10. szám,
2013. október**

MAGYAR MINŐSÉG®

2013/10



MAGYAR SZABVÁNYÜGYI TESTÜLET - MSZT

Tanúsítási szolgáltatások

Az MSZT az IQNet (Nemzetközi Tanúsító Hálózat) teljes jogú tagja, ezért az általa tanúsított cégek az MSZT tanúsítványával együtt a világ több, mint 60 országában elismert IQNet-tanúsítványt is megkapják. Az MSZT-t az irányítási rendszerek tanúsítása területén a NAT (Nemzeti Akkreditáló Testület) és a SNAS (Szlovák Nemzeti Akkreditáló Testület) akkreditálta.

Rendszertanúsítás

- Minőségirányítási rendszerek tanúsítása az MSZ EN ISO 9001-es szabvány szerint;
- Környezetközpontú irányítási rendszerek tanúsítása az MSZ EN ISO 14001-es szabvány szerint;
- A munkahelyi egészségvédelem és biztonság irányítási rendszerének (MEBIR) tanúsítása az MSZ 28001-es (BS OHSAS 18001) szabvány szerint;
- Élelmiszer-biztonsági irányítási rendszerek tanúsítása az MSZ ISO 22000-es szabvány szerint;
- Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok (MEES) szerint végzett tanúsítás;
- Információbiztonsági-irányítási rendszerek tanúsítása az MSZ ISO/IEC 27001-es szabvány szerint;
- Informatikai szolgáltatás irányításának tanúsítása az MSZ ISO/IEC 20000-1 szerint;
- Fordítási szolgáltatások MSZ EN 15038 szerinti tanúsítása;
- Energiairányítási rendszerek tanúsítása MSZ EN ISO 50001 szerint;
- Kozmetikai termékek helyes gyártási gyakorlatának (GMP: Good Manufacturing Practice) MSZ EN ISO 22716 szerinti igazolása;
- IQNet SR 10 –Társadalmi felelősségvállalás irányítási rendszerének tanúsítása;
- Környezetvédelmi adatok hitelesítése;
- Integrált rendszerek tanúsítása (minőség-, környezetközpontú, munkahelyi egészségvédelem és biztonság, élelmiszer-biztonsági, információbiztonsági stb. irányítási rendszerek).

Terméktanúsítás

- Termékek és szolgáltatások szabványnak való megfelelőségének tanúsítása;
- Normatív dokumentumok szerinti terméktenúsítás;
- Játszóterei eszközök megfelelőségének tanúsítása, ellenőrzése;

TANÚSÍTÁSI TITKÁRSÁG

1082 Budapest, Horváth Mihály tér 1.
Telefon: 456-6928 Fax: 456-6940; e-mail: cert@mszt.hu
www.mszt.hu



TANÚSÍTÓ

NAT-4-044/2010
NAT-4-046/2010
NAT-4-050/2010
NAT-4-082/2010
NAT-4-086/2010



LEGYEN TAGJA AZ IQNET NEMZETKÖZI ELIT-KLUBNAK!

MAGYAR MINŐSÉG®

a Magyar Minőség Társaság havi folyóirata
Elektronikus kiadvány

Szerkesztőbizottság:

Elnök: Szódi Sándor

Tagok:

dr. Ányos Éva, dr. Helm László, Pákh Miklós,
Pongrácz Henriette, Rezsabek Nándor, Szabó Kálmán

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: ujsaq@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: 4.950,- Ft + 27% ÁFA/év

INTRANET licence díj: egyedi megállapodás alapján

[Megrendelő \(pdf úrlap\)](#)

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

MAGYAR MINŐSÉG XXII. évfolyam 10. szám 2013. október

TARTALOM	CONTENTS
SZAKMAI CIKKEK, ELŐADÁSOK	PROFESSIONAL ARTICLES, LECTURES
Tisztelt Olvasó!	Dear Reader!
Kórházak minőségügyi rendszerének értékelése az Európai Unióban - Dombbrádi Viktor - Dr. Gődény Sándor	Evaluation of Hospital Quality Systems in the European Union - Dombbrádi, Viktor – Dr. Gődény, Sándor
Statisztikai folyamatszabályozás és további kvantitatív módszerek az ápolásvezetésben - Kárpáti Zoltán	Statistical Process Control and Further Quantitative Methods in Leadership of Nursing - Kárpáti, Zoltán
Felhasználói elégedettség vizsgálata a Petz Aladár Megyei Oktató Kórházban - Dr. Hetyésy Katalin - Kaproncai Gabriella	Consumer Satisfaction Analysis in the Petz Aladár County Teaching Hospital - Dr Hetyésy, Katalin - Kaproncai, Gabriella
Az orvosi mikrobiológiai laboratóriumi szolgáltatás minőségügyi vonatkozásai - Dr. Zala Judit	Quality Aspects of Medical Laboratory Service in the Field of Microbiology - Dr. Zala, Judit
Szociális ellátás – egészségügyi ellátás vagy betegellátás? Minőség a gyakorlatban - Sprecher Zoltánné	Social Provision - Health Care or Sickness Care? Quality in Practice - Sprecher, Zoltánné
Szolgáltatásminőség a külső minősítő szemével – Mikó Zsuzsanna	Service Quality – as Seen by an External Auditor – Mikó, Zsuzsanna
A tüdődaganatok ellátásának minőségi szempontjai - Prof. Dr. Szilasi Mária	Quality Aspects of Lung Tumor Treatment – Prof. Dr. Szilasi, Mária
Az akut stroke ellátás szakmai megfelelése, minősége – Dr. Diószeghy Péter	Professional Compliance, Quality of Acute Stroke Treatment – Dr. Diószeghy, Péter
Jók a legjobbak közül - Beszélgetés Kállai Tamással - Szódi Sándor	The Best among the Best - Report with Kállai, Tamás – Szódi, Sándor
A TÁRSASÁG HÍREI ÉS PROGRAMJAI	NEWS AND PROGRAMS OF THE SOCIETY
XXII. Magyar Minőség Hét	21th Quality Week
HAZAI ÉS NEMZETKÖZI HÍREK, BESZÁMOLÓK	DOMESTIC AND INTERNATIONAL NEWS AND REPORTS
„A Mikulás is benchmarkol - 7.” Konferencia 2013. december 5.	7th Santa Claus Is Benchmarking as Well Conference - 05 December 2013
Önértékelési szakértő - 10 napos akkreditált képzés	Self Assessment Education - Accredited 10 Day's Course
Beszámoló az ISO 9000 FÓRUM jubileumi XX. Nemzeti Konferenciájáról - Rózsa András	Report on the XX Jubilee National Conference of ISO 9000 FÓRUM - Rózsa, András

Tisztelt Olvasó!

Május végén tartották Debrecenben a DEMIN XIII konferenciát, melyen a szakma kiváló művelői, professzorok, orvosok, szolgáltatók, szakpolitikai, szociális és minőségügyi szakértők vitatták meg az átalakuló egészségügy gondjait és időszerű feladatait.

A résztvevők közül többen megtisztelték lapunkat azzal, hogy előadásukat szakmai tanulmányként is megírták számunkra. Ezeket a dolgozatokat tematikus szám formájában közreadjuk, kiegészítve néhány további, a témakörhöz illeszkedő írással. E számunk tehát nem a DEMIN XIII konferencia beszámolójának tekinthető, hanem azt a célt szolgálja, hogy Olvasóink ízelítőt kapjanak az egészség-szakmát foglalkoztató, minőségügyi kérdésekről.

Minthogy az egészségügyben mindnyájan érdekeltek vagyunk, ajánlom a számot szíves figyelmébe.

Főszerkesztő

Kórházak minőségügyi rendszerének értékelése az Európai Unióban

 Dombrádi Viktor - Dr. Gődény Sándor 

Bevezetés

Az egészségügyi minőségügyi rendszerek működésének értékelése, azok hatékonyságának fejlesztése nem csak Magyarországon jelent problémát. Az Európai Unió országaiban, az egészségügyi ellátás, illetve a tartós ápolás számára -melyet a krónikus betegségek számának növekedése és a társadalom előregedése okoz- a legfőbb kihívást az jelenti, hogy meg kell birkózni az új technológiák költségnövekedést okozó hatásaival. Megoldandó problémát jelent az intézményi szabályozás jobb kialakítása, valamint olyan ösztönzők kialakítása, melyek az orvosok és páciensek számára egyaránt biztosítják az egészségügyi szolgáltatások racionális igénybevételét. Az egészségügyben alkalmazható minőségügyi rendszerek eredményes magyarországi fejlesztése érdekében érdemes áttekinteni az Európai Unió kórházainak minő-

ségügyi stratégiáját, hogy leginkább megfeleljünk a nemzetközi elvárásoknak.

Az Európai Unió az áruk, a szolgáltatások, a személyek és a tőke szabad áramlására épül. Ezen szabadságjogok megvalósítására és védelmére vonatkozó jogszabályok az egészségügyi szektorra is hatással vannak. Az uniós polgárok szabadon utazhatnak Európában, a sürgősségi ellátás mindenhol garantált számukra. Az új gyógyszerek és orvostechikai eszközök engedélyezését Európa-szerte harmonizálták. De biztosak lehetnek az uniós polgárok abban, hogy az az egészségügyi ellátás, amit egy másik EU tagállamban kapnak, biztonságos és magas színvonalú?

Ennek megválaszolására több projekt is lezajlott az elmúlt két évtizedben, az Európai Unióban. A cikk célja, hogy bemutassa ezeket, különösen a már lezárt és kiértékelt ExPeRT és MARQuIS projekteket.

ExPeRT projekt

Az „External Techniques” (ExPeRT) projekt 1996 augusztusában kezdődött és 1999 szeptemberében fejeződött be. A kutatás során négy fő minőségügyi modellt azonosítottak: akkreditációs rendszert, minőségirányítási rendszert (ISO), EFQM kiválósági modellt és vizitációs rendszert. Ezekkel kapcsolatosan arra a megállapításra jutottak, hogy mind a négy modell standardokon alapul, és hasonló értékelési metodikát alkalmaznak [1]:

- Önkéntes kezdeményezés a vizsgált szervezettől
- Önértékelés
- Napirend vagy auditálási terv
- Értékelő látogatás
- Kiképzett bíráló vagy értékelő csoport
- Írott vagy szóbeli jelentés
- A talált dolgok értékelése

Az akkreditáció és vizitációs rendszer standardjai az egészségügyi ellátásból nőttek ki, és mind a két rendszer figyelembe veszi az egészségügyi ellátás struktúrájának, folyamatának és kimenetének egyediségét. Az ISO és az EFQM az üzleti életből és az iparból adaptálták az egészségügybe, ebből adódóan sokkal általánosabbak, konkrét egészségügyi kritériumokat nem fogalmazzak meg. Annak érdekében, hogy a négy rendszer megtartsa a hitelességét, kiterjedt és komplex eljárást alkalmaznak a standardok létrehozására és fenntartására. A legnagyobb különbség a rendszerek között abban található, hogy mire fókuszálnak [2].

Az akkreditáció az egész szervezetet vagy azok egyes osztályát értékeli és a betegek ellátásával kapcsolatos folyamatra helyezve a hangsúlyt. Az ISO az adott minőségügyi rendszer vezetését vizsgálja, hogy a szervezet elérte-e a céljait, és csak általánosságban határozza

meg a betegellátással kapcsolatos folyamatokat és az ellátással kapcsolatos mérést, fejlesztést. A vizitációs rendszer az orvos által nyújtott szakmai ellátás megfelelőségére rakja a hangsúlyt [1].

Az ExPeRT projekt végső következtetése az volt, hogy mindegy, hogy milyen értékelő rendszert használunk, a legfontosabb, hogy erős és releváns standardokra épüljön, és hogy egy erős és hiteles külső felülvizsgáló komponense is legyen. Mind a két tényezőt egy olyan független szervezetnek kell kezelnie, amelyet folyamatosan felügyelnek és értékelnek [2].

MARQuIS projekt

Általános bemutatás

A „Methods of Assesing Response to Quality Improvement Strategies” (MARQuIS) projektet 2005 januárjában kezdődött és 2007 végén fejeződött be. Belgiumból, Csehországból, az Egyesült Királyságból, Franciaországból, Hollandiából, Írországból, Lengyelországból, és Spanyolországból összesen 389 kórház vett részt a kutatásban.

A kutatás során megállapították, hogy az EU tagországai mind másképpen viszonyulnak az ellátás minőségéhez. Más jogi eszközöket, más kritériumokat és más stratégiákat alkalmaznak az ellátás minőségének fejlesztése érdekében. Minden országban voltak olyan kórházak, ahol jól kiépített minőségügyi rendszer működik. Jelentős különbség figyelhető meg a minőségügyi rendszerek terén az országokon belül is, nem csak az országok között. A tanulmány azt a következtetést vont le, hogy jelenleg a minőségügyi rendszerek EU-s szintű szabályozása nem kivitelezhető és nem lenne eredményes, de célszerű lenne olyan önkéntes kezdeményezéseket támogatni, amelyekkel a határon átnyúló egészségügyi ellátás

minőségét lehetne mérni és fejleszteni. Továbbá fontos lenne a régebbi kutatások eredményeiből származó tapasztalatokat felhasználni [3].

A felmérés szerint a kórházak többségében jól dokumentált, jól működő minőségügyi rendszer található, ugyanakkor sok kórházban csak papíron léteztek a minőségügyi rendszer működtetéséhez szükséges feltételek. Ezzel a problémával a kormányoknak, működtetőknek és fenntartóknak foglalkozniuk kellene. A kórházak 2/3-ában a kórházi vezetőség aktívan részt vesz a minőség- és biztonságpolitika definiálásában, és legalább évente kap jelentést a minőséggel, biztonsággal és beteg-elégedettséggel kapcsolatosan. A felmérés megállapította azt is, hogy a kórházak minőségügyi rendszerei között jelentős különbségek igazolhatók [4].

Akkreditáció és ISO összehasonlítása

A MARQuIS projekt értékelte a kórházakat minőségügyi rendszerük szerint is. Ennek érdekében a kórházakat három csoportba sorolták aszerint, hogy azoknál csak akkreditáció rendszer, vagy csak ISO szerinti tanúsított rendszer működött, illetve ahol minőségügyi rendszert még nem alakítottak ki. A vizsgálathoz hét országból választottak 89 kórházat. Összesen 229 kritérium alapján mérték a teljesítményüket. A kritériumokat hat dimenzióba csoportosították:

- Menedzsment
- Betegjog
- Betegbiztonság
- Klinikai ellátás szervezetsége
- Klinikai gyakorlat
- Környezeti biztonság

A minőségügyi rendszerrel rendelkező (tanúsított vagy akkreditált) és az azzal nem rendelkező csoport statisztikai összehasonlítása során egyedül a betegjogok terén nem volt igazolható szignifikáns különbség ($p = 0,072$), a többi dimenziónál és a dimenziók összesítésénél ugyanakkor igen ($p < 0,05$).

Az ISO tanúsított és az akkreditált rendszereket összehasonlítva a menedzsment ($p = 0,001$), a betegbiztonság ($p = 0,015$) és a klinikai gyakorlat ($p = 0,048$) dimenzióinál találtak szignifikáns különbséget, mindegyik esetben az akkreditáció javára. Viszont fontos kiemelni, hogy a vizsgálatban résztvevő kórházak alacsony száma jelentősen befolyásolhatta a kapott eredményeket, ezért ezeket óvatosan kell az értelmezni [5].

Betegbiztonság és betegközpontúság

A helyszínen értékelt 89 kórházból soknál még a legalapvetőbb betegbiztonsági eljárások alkalmazása is hiányzott, mint például a páciens azonosító karszalag használata, és megfelelő címkézése. Egyedül a szülészeti osztályokon használtak rendszeresen betegazonosító karszalagot (90%). Viszont, ha figyelembe vesszük, hogy ezen az osztályon a karszalagnak gyakran életmentő jelentősége van, ez az érték nem tekinthető magasnak. A kórházak kevesebb, mint felénél voltak elektronikus gyógyszerfelíró rendszerek (40%). Ez az érték az USA-ban egy 2004-es felmérés szerint 70% volt. Csak a kórházak felében voltak iránymutatások a hibás páciens ellátás, és a nem megfelelő sebészi eljárások (pl. amputáció esetén az oldaltévesztés) megakadályozására. A betegjogokat a kórházak 85,5%-a biztosította, a beteg-tájékoztatást a kórházak 93%-a, a betegek bevonásával foglalkozó stratégiát a kórházak 71%-a alkalmazta, és a kórházak 66%-a foglalkozott azzal, hogy a tapasztalataikat összegezzék [6].

A kapott eredmények alapján továbbá feltételezhető, hogy a vezetők minőségügyi tevékenysége javítható, mivel nem kapnak kellő rendszerességgel jelentéseket a komplikációkról, és a nem kívánt eseményekről. Végezetül azt állapították meg, hogy osztály szinten jobb volt a nem kívánt események jelentése és elemzése, mint kórház szinten [7].

DUQuE projekt

A „Deepening our understanding of quality improvement in Europe” (DUQuE), a MARQuIS projekt folytatása. 2009 novemberében indult el és 2013 áprilisában fejeződött be a kutató munka, ezért a projekt eredményeiről még nem lehet beszámolni. A kutatás adatait Csehország, az Egyesült Királyság, Franciaország, Lengyelország, Németország, Portugália, Spanyolország és Törökország kórházaiból szerezték be.

A DUQuE projekt fő célja az volt, hogy az európai kórházak minőségfejlesztési rendszereinek hatékonyságát tanulmányozzák. Ennek érdekében a kiválasztott kórházaknál megnézték, hogy a szervezeti minőségfejlesztési rendszer, a betegek aktív bevonása, a szervezeti kultúra és a szakértők bevonása milyen kapcsolatban áll a kórházak minőségi ellátásával, a klinikai hatékonysággal, a megbízhatósággal és a betegek az ellátásba való bevonásával. A vizsgálatokat két szinten vizsgálták [8]:

- A kórházi ellátás szintjén: külső nyomás (external pressure), kórházi vezetés, minőségfejlesztési rendszer, betegek bevonása a minőségfejlesztésbe, szervezeti kultúra és a szakmai részvétel. Ezeket az adatokat a résztvevő 8 ország véletlenül kiválasztott kórházaiból fogják megkapni.
- A páciens szintjén: a klinikai hatékonyság, a megbízhatóság és a betegek bevonása a gyógyításba.

Ezeket a betegadatokat, rutin adatokat és a betegfelmerések segítségével értékelték. A vizsgált kórházakból országonként kiválasztottak néhányat, ahol további, mélyebb vizsgálatot végeztek. a stroke, az akut miokardiális infarktus, a csípőtáji törés és a szülészeti ellátás területén.

QUASER projekt

A „Quality and Safety in European Hospitals – A Research-based Guide for Implementing Best Practice and a Framework for Assessing Performance” A (QUASER) projektet 2010 áprilisában kezdték el és 2013 májusában fejezték be.

A QUASER projektben azt vizsgálták, hogy a kórházak hogyan vezetik be, terjesztik és tartják fenn a minőségfejlesztést, illetve, hogyan küzdenek meg a fellépő nehézségekkel. A kutatás általános célja annak feltárása volt, hogy milyen kapcsolat igazolható a kórházak szervezeti és kulturális jellemzői között, és ezek hogyan hatnak az ellátás minőségére. A kutatás 5 európai ország (Anglia, Hollandia, Svédország, Norvégia és Portugália) 2-2 (összesen 10) kórházát vizsgálta kvalitatív és kvantitatív módszerekkel, hogy az országok egészségügyi rendszere (makro szint), a kórházak minőségmenedzsmentje (közép szint) és az osztályok minőségmenedzsmentje (mikro szint) hogyan befolyásolja az ellátás minőségét. A projekt három szinten a következőket vizsgálta meg [9]:

- Makro-szinten azt vizsgálták, hogy a szociálpolitikai hatások hogyan befolyásolják az egészségügyi ellátás minőségét, és ezek hogyan jelennek meg a közép és mikro-szinteken. A makro-szintet hét kategóriára bontották: az egészségügyi ellátás körülménye, finanszírozás és hozzáférhetőség, szabályozó keretrend-

szér, akkreditáció és monitorozás, információ hozzáférhetőség, erőforrások elérhetősége és betegjogok.

- Közép-szinten azt vizsgálták, hogy a szervezeti minőségmenedzsment- struktúrák és folyamatok hogyan működnek. Továbbiakban azt a célt tűzték ki, hogy megértsék a minőségfejlesztési programok bevezetésének összetett folyamatát.
- Mikro-szinten azt vizsgálták, hogy a helyi tényezők miként befolyásolják az ellátás minőségét.

Konklúziók

Az elmúlt két évtizedben a minőségügygel és minőségfejlesztéssel kapcsolatos kutatások folyamatosan fejlődtek. Az ExPeRT projekt csak a minőségügyi rendszerek sajátosságával foglalkozott, viszont a MARQuIS projekt már összefüggéseket keresett a minőségügyi rendszerek fejlettsége és jellegzetessége, valamint a különböző ellátási kimenetek között. A DUQuE és QUASER projektek a statisztikai módszereken túl már a szervezeti kultúrát, és az egészségügyi ellátás sajátosságát is figyelembe vették.

Magyarország ugyan kimaradt az összes európai szintű kutatási projektből, de ez nem jelenti azt, hogy a kutatások eredményeit nem lehet figyelembe venni az itthoni kórházak minőségügyének fejlesztésekor. Továbbá, ahogy a legújabb nemzetközi kutatási trendek is igazolják, az egészségügyi ellátás összetett sajátossága miatt célszerű lenne minél több országban, köztük Magyarországon is, megvizsgálni, hogy a minőségügyi rendszerek hogyan járulnak hozzá az ellátás minőségéhez. Ezáltal egy általános összképet kapnánk, amelyet felhasználhatnánk az ellátás színvonalának javításához Magyarországon és Európa-szerte.

Irodalomjegyzék

- [1] Bohigas L., Heaton C.: Methods for external evaluation of health care institutions, *International Journal for Quality in Health Care*, 2000, 12(3):231-238.
- [2] Heidemann E. G.: Moving to global standards for accreditation processes: ExPeRT Project in large context, *International Journal for Quality in Health Care*, 2000, 12(3):227-230.
- [3] Groene O., Klazinga N., Cucic C., Shaw D., Suñol R.: Learning from the MARQuIS: future direction of quality and safety in hospital care in the European Union, *Quality and Safety in Health Care*, 2009, 18 (Suppl 1):i69-i74.
- [4] Shaw C., Kutryba B., Crips H., Vallejo P., Suñol R.: Do European hospitals have quality and safety governance systems and structures in place? 2009, *Quality and Safety in Health Care*, 18 (Suppl 1):i51-i56.
- [5] Shaw C., Groene O., Mora N., Suñol R.: Accreditation and ISO certification: do they explain differences in quality management in European hospitals? *International Journal for Quality in Health Care*, 2010, 22(6):445-451.
- [6] Groene O., Lombards M. J., Klazinga N., Alonso J., Thompson A., Suñol R.: Is patient-centredness in European hospitals related to existing quality improvement strategies? Analysis of a cross-sectional survey (MARQuIS study), *Quality and Safety in Health Care*, 2009, 18 (Suppl 1):i44-i50.
- [7] Suñol R., Vallejo P., Groene O., Escaramis G., Thompson A., Kutryba B., Garel P.: Implementation of patient safety strategies in European hospitals, *Quality and Safety in Health Care*, 2009, 18 (Suppl 1):i57-i61.
- [8] Groene O., Klazinga N., Wagner C., Arah O. A., Thompson A., Bruneau C., Suñol R.: Investigating organizational quality improvement systems, patient empowerment, organizational culture, professional involvement and the quality of care in European hospitals: the 'Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe (DUQuE)' project, *BMC Health Services Research*, 2010, 10:281.
- [9] Robert G. B., Anderson J. E., Burnett S. J., Aase K., Andersson-Gare B., Bal R., Calltorp J., Nunes F., Weggelaar A. M., Vincent C. A., Fulop N. J.: A longitudinal, multi-level comparative study of quality and safety in European hospitals: the QUASER study protocol, *BMC Health Services Research*, 2011, 11:285.

“Managing a company by means of the monthly report is like trying to drive a car by watching the yellow line in the rear-view mirror.” [Donald J. Wheeler, 1993]
„A havi jelentések alapján történő vezetés olyan, mintha visszapillantó tükörből a felezővonalat követve próbálnánk meg vezetni.”

Bevezetés

Egy közös nyelv használatát elengedhetetlenek tartjuk az egészségügy kisebb-nagyobb rendszerének működtetésénél, annak feltételeinek kiépítésénél, átalakításánál. A bábeli nyelvzavar ugyanis sikertelenségre vezet. Nem úgy jut el az emberközpontú szolgáltatásunk az érdekelt felekhez, ahogy ők szeretnék, s a ránk bízott talentumokkal sem gazdálkodunk jól. Van azonban egy közös, kifejezőképességében gazdag nyelv, amit használva, mindezt elkerülhetővé teszi. Ez a nyelv a minőségirányítás. A minőségirányítás egyik lehetősége a kvantitatív módszer. A kvantitatív módszerek képesek árnyaltan megfogalmazni, akár vizuálisan megjeleníteni is, a megoldásra váró jelenségeket.

Módszertan

A közös nyelv használata ugyanúgy vonatkozik a mérési rendszer kialakítására is. Ez lehetővé teszi, mindenki ugyanazt értse munkája során. Vagyis mindenki egyformán, ugyanúgy mérjen. Ha nem így történik, könnyen rést ütnek az ellenállók a mérési rendszeren, megkérdőjelezve, a kapott eredmények valóságát. Egyenes következményként meggátolva, az eltérésekre adandó választ. Nem tűnhet feleslegesnek, ismétlésnek, ha meg-

állapítjuk, a mérőszámoknak, egyértelműen és részletesen kell leírniuk a betegellátás eredményeit, költségeit.

A szakmai szempontok mellett, a szolgáltatás (termelés) menedzsment szempontjait is figyelembe véve 2000-óta **ápolási egységként/nővérállomásként** elemezzük indikátorainkat. Ápolási egység/nővérállomás ugyanis az az erőforrás, ahol a szolgáltatási feladataink megvalósulnak. Ápolási egység/nővérállomás számunkra az a legkisebb, jól körülhatárolt fizikai terület, ahol az igénybevevők konkrét csoportjának szükségleteit, az értük közvetlenül felelős ápolószemélyzet ellátja. A megközelítésünk alapja elsősorban szakmai szempontokat magába foglaló munkaszervezési, nem pedig az OEP szerződésben meghatározott struktúra. E gondolat mögött az hétköznapi tapasztalat áll, több ápolási egységből is állhat egy OEP szerződésben rögzített szervezeti entitás. Például a belgyógyászati osztály állhat a földszinti és az I. emeleti részből, szóhasználatunkkal ápolási egységből. Mindenek az ellenkezője is igaz lehet: egy ápolási egység több OEP entitásból is állhat. Magyarul: az első emelet bal oldalán található húsz ágyas ápolási egység adott esetben OEP felé két kódon, 16 ágyon fül-orr-gégegyógyászat, valamint négy ágyon csecsemő és gyermek fül-orr-gégegyógyászat kódján jelent teljesítményt. Vagyis két szervezeti, de egy ápolási egységről beszélhetünk. Ha sikerült elfogadni az eddigi gondolatmenetet, akkor nem okozhat problémát annak az elfogadása, külön ápolási egység az a kórteremnek tekinthető ellátási egység, amelyhez külön ápolószolgálatot szerveztek s általában „őrző”-nek, „szubintenzív”-nek, „megfigyelő”-nek neveznek.

A szóban forgó ápolási egységeket rájuk jellemző elnevezésükkel azonosítjuk. Az elnevezés két részből áll. Az első rész az ott folyó szakmai munkára, míg a második

rész az elhelyezkedésre utal. Ápolással összefüggésbe hozható indikátorainkat ezért együtt, külön adat lapon, az adott ápolási egységre vonatkoztatva vezetjük. (1. ábra)

2000	Rehabilitáció P-H/Földszint													
	Telj.óra áp. nap	Ápolói összetétel (%)			Áp. ig. óra/á.n.	Igény telj. (%)	Fluktuáció (%)	Dekubitusz (%)		Flebitisz (%)		Húgyúti fert. (%)		Betegbal. (%)
		I.	II.	III.				Inc.	Pr.	Inc.	Pr.	Inc.	Pr.	
Célérték														
Január	1,4	9%	78%	13%	1,6	88%								
Február	1,5	10%	79%	11%	1,7	88%								
Március	1,5	8%	75%	17%	1,5	100%								
Április	1,5	7%	74%	19%	1,5	100%								
Május	1,5	8%	74%	18%	1,5	100%								
Június	1,4	7%	76%	17%	1,4	100%								
Július	1,4	6%	74%	20%	1,5	93%								
Augusztus	1,3	8%	75%	17%	1,4	93%								
Szeptember	1,4	10%	69%	21%	1,4	100%								
Október	1,5	8%	73%	19%	1,4	107%								
November	1,5	9%	73%	18%	1,4	107%								
December	1,8	5%	78%	17%	1,5	120%								
ÁTLAG	1,5	8%	75%	17%	1,5	100%								

1. ábra Ápolással összefüggésbe hozható indikátorok adatgyűjtő lapja

Az egyes ápolási egységek munkáját, s az ápolási egységek összességéként a szervezeti egységek munkáját az 1. ábra alapján vizsgáljuk. Mintegy tükörbe nézünk, figyelembe véve adottságainkat, mit tehetünk önma-gunkért, hogyan legyünk jobbak?

A problémát egy mesén keresztül is érzékeltetnénk, hiszen a tanítás talán legrégebb módszere a történetmesélés. Ha frappáns a mű, jól megragadja a lényegét, jobban, mint egy magyarázat. Érzelmileg erős motivációt indíthat el. Ugy gondoljuk, tréningeken kívül is használhatjuk bátran. Számomra ilyen, a még általános iskolá-

ban olvasott történet: „A hold ruhája”. Egy minőségirányítási problémát tárgyal, miszerint előzetes méretvétel, majd többszöri próba után sem sikerül a drága anyagból ruhát varrni. Hol bő (gazdasági szempontok!!), hol pedig szorít (betegbiztonsági szempontok!!). Az elégedetlen vevőt, a holdat még az is sújtja, többszöri átalakítás után a ruhán már nem lehetett javítani. Ez utóbbi tény rávilágít a szolgáltatás-nyújtás jellemzőjére, azaz az elrontott szolgáltatás nem javítható. Elsőre kell a tökéleteset nyújtani.

Ennek a súlyos ténynek előfordulási kockázatát csökkentette volna az alábbi több szempont figyelembe vétele:

- Milyen legyen a tervezett ruha?
 - Konfekciós vagy testre szabottan készüljön?
 - Biztonságos?
- Milyen alkati sajátosságokra kell figyelni?
- Milyen legyen a ruha anyagának összetétele?
 - 100%-os vagy kevert?
- Legyen-e a ruha viselését befolyásoló kiegészítő?

Tudjuk-e hasznosítani ezt a szempontrendszert? Válaszunk egyértelműen igen. Kiindulásként az ápolásmentes feladatát vegyük figyelembe. Ápolásmentes alapvető feladata: egységes ápolás-konceptióra épülő, kielégítő, célirányos, biztonságos (ne szorítson!), és gazdaságos ápolás (ne legyen túl bő!) biztosítása. Stratégiai kérdés az ápolásmentes számára az emberi erőforrás hatékony kezelése a változó összetételű és nagyságú (változó hold) betegforgalom figyelembevétele, valamint a standard alapon nyugvó teljesítménymérés. Az ápolásvezető az emberi erőforrás „megszabása” során a következő gondolatmenetre támaszkodhat:

- Milyen legyen a tervezett ápolói létszám?

- Konfekciós

A 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről 3. sz. mellékletében megfogalmazottak szerinti létszám meghatározása, helyben testre igazítással, két vagy több ápolási egység/részleg esetén 1,2 szorzó alkal-

mazásával. A minimumfeltétel 25 pontban 45 szakmai területre határoz meg minimumlétszámot ágyszám, illetve ápolói kategória vonatkozásában. Példaként a személyi minimumfeltételeket ápolási osztályonként/ápolási intézetenként százalékos megoszlásban is bemutatjuk. (2. ábra)

- Biztonságos

„Biztonságos létszám (szolgálat) azt jelenti, megfelelő számú személyzet, megfelelő összetételű készség szinttel, folyamatosan rendelkezésre áll, a betegekkel találkozási biztonságát szűkségleteik ellátását, és kockázatmentes munkafeltételeket tartson fenn.”[ICN, 2006]

Minden szónak, kifejezésnek jelentősége van. Kiemelnénk a „betegekkel találkozási” kifejezést. Tehát nem papíron kell a létszámot biztosítani, hanem a szolgálatban.

- Testreszabott

Lényege egy betegosztályozási rendszer alkalmazása normaidőkkel. A létszámot a betegekkel kapcsolatban végzett szakmailag kívánatos ápolási tevékenységek (alap- és szakápolás) normaideje határozza meg a tervezett ápolási napokkal. (3. ábra). A betegosztályozási normatív időket rendszerint felül kell vizsgálni.

- Szervezet milyen alkati sajátosságaira kell figyelni?

Minden egyes intézetre jellemző építészeti jellemzőkre (nővérállomások száma), valamint a betegek számára és ápolási szempontból mért állapotára (betegosztályozás) való összpontosítást jelenti. Intézetünkben 19 szervezeti egységhez (fekvőbeteg-ellátás+SBO) 30 ápolási egység tartozik.

- Milyen legyen az ápolói létszám összetétele?

Ápolók képzettségének és gyakorlatának, készségszintjének meghatározását jelenti ápolási egységenként. Túlmutat a minimumfeltételekben meghatározott kategóriákon, mert a készségszintet, gyakorlatot nem elhanyagolható szempontként kezeli.

- Milyen legyen az ápolói létszám működését befolyásoló kiegészítő?

Támogató szolgálatok (betegszállítás, diétás tanácsadás, betegoktatás stb.) működését a tervezésnél kell vizsgálni. Mennyi és milyen jellegű munkamennyiséget vesznek le a személyzet válláról. Ilyen feladatok pl. vér-, labor- betegszállítás, leletek visszavitele az osztályra, önkéntesek bevonása betegkíséréshez amennyiben ezt állapota megengedi stb. Technológiai és szervezési megoldások is befolyásolják a létszám meghatározását. Előbbire példa lift hiány miatti magas ápolás-szükséglettel rendelkező betegkoncentráció a jól megközelíthető ápolási egységekben. Utóbbira példa az ügyeleti rend, műtétes napok az ápolási egységekben. A kiegészítő (támogató) szolgálatok kiegészítik, teljessé teszik a nyújtott szolgáltatásainkat.

3. Ápolói minimumfeltételek ápolási osztályonként/ápolási intézetenként																
ÁGYSZÁM	10-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-100	10-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-100
I. ápolói kategória	2	2	3	3	4	4	5	5	14%	13%	17%	14%	17%	15%	16%	14%
II. ápolói kategória	8	9	9	10	11	12	14	17	57%	56%	50%	48%	46%	44%	44%	47%
III. ápolói kategória	4	5	6	8	9	11	13	14	29%	31%	33%	38%	38%	41%	41%	39%
Összes direkt ápolói létszám	14	16	18	21	24	27	32	36	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

2. ábra Normatív minimumlétszám ápolási osztályra/ápolási intézetre vonatkozóan

Osztály	Ápolási egység	Ápolási egység megnevezése		Besorolt ápolási napok 2011	Szükséglet ápolói óra/ ápolási nap			
					A*	S**	Össz.	Szórás
sorszáma								
1.	1.	SBO - Triage pult	C-Földszint	-	-	-	-	-
	2.	SBO - Traumatológiai kezelő	C-Földszint	-	-	-	-	-
	3.	SBO - Belgyógyászati kezelő	C-Földszint	-	-	-	-	-
	4.	SBO - Fektető	C-Földszint	-	-	-	-	-
2.	5.	Urológia	H-I./Bal old.	3170	0,8	0,8	1,6	0,33
3.	6.	ITO	H-I./Jobb old.	-	-	-	-	-
4-5.	7.	Traumatológia + Kézsebészet	H-II./Bal old.	3513	1,7	0,7	2,4	0,26
	8.	Traumatológia + Kézsebészet	H-II./Jobb old.	5449	1,7	0,8	2,5	0,29
6.	9.	Fül-orr-gégészet	H-III./Bal old.	3448	1,0	0,8	1,8	0,35
7.	10.	Gasztroenterológia	H-III./Jobb old.	7932	0,9	0,8	1,7	0,20
8-10.	11.	Sebészet+érsebészet+Kr. ágyak	H-IV./Bal old.	6122	2,3	0,9	3,2	0,14
	12.	Sebészet+érsebészet+Kr. ágyak	H-IV./Jobb old.	5168	2,0	0,9	2,9	0,19
11.	13.	Kardiológia	H-V./Bal old.	7290	1,0	0,8	1,8	0,20
	14.	Kardiológia	H-V./Jobb old.	3429	1,1	0,8	1,9	0,33
	15.	Kardiológia - Örző	H-V./Jobb old.	1546	2,6	1,4	4,0	0,25
12.	16.	Szülészet-Nőgyógyászat	H-VI./Bal old.	2794	0,9	1,0	1,9	0,39
	17.	Szülészet-Nőgyógyászat	H-VII./Bal old.	3164	0,8	0,9	1,7	0,18
	18.	Szülőszoba	H-VI./Jobb old.	-	-	-	-	-
13.	19.	Újszülött-csecsemő-gyermekoszt.	H-VII./Jobb old.	-	-	-	-	-
	20.	Újszülött-csecsemő-gyermekoszt.	H-VII./Bal old.	-	-	-	-	-
14.	21.	Ápolási osztály	P-E./Földszint	6912	2,2	0,7	2,9	0,11
15.	22.	Belgyógyászat + Krónikus ágyak	P-E./Emelet	12860	2,1	1,0	3,1	0,18
	23.	Izotop ellátás	P-E./Földszint	-	-	-	-	-
16.	24.	Neurológia + Krónikus ágyak***	P-F./Földszint	6427	2,1	0,9	3,0	0,25
	25.	Neurológia + Krónikus ágyak	P-F./Emelet	6027	0,6	0,8	1,5	0,16
	26.	Kúraszerű ellátás	P-G./Földszint	-	-	-	-	-
17.	27.	Pszichiátria	P-G./Földszint	5112	1,6	0,9	2,5	0,16
	28.	Pszichiátria	P-H./Emelet	6547	1,1	0,7	1,9	0,20
18.	29.	Pszichiátria - Krónikus	P-G./Emelet	9085	2,0	1,0	3,0	0,08
19.	30.	Mozgásszervi rehabilitáció	P-H./Földszint	12395	0,9	0,6	1,5	0,10

* Alapápolás ** Szakápolás ***Krónikus ágyak: a krónikus osztály ágyai

3. ábra Ápolói óraszám/ápolási nap szükséglet, ápolási egységenként

A kvantitatív módszereknél alkalmazott mérőszámainkat erre a gondolatrendszerre építettük. Mivel a biztonságos betegellátás szempontrendszerben megfogalmazott „betegekkel találkozási” a teljesített ápolói óraszám/ápolási nap fejezi ki, ezt a mutatót használjuk. Ezt vetjük össze a kívánatos idővel.

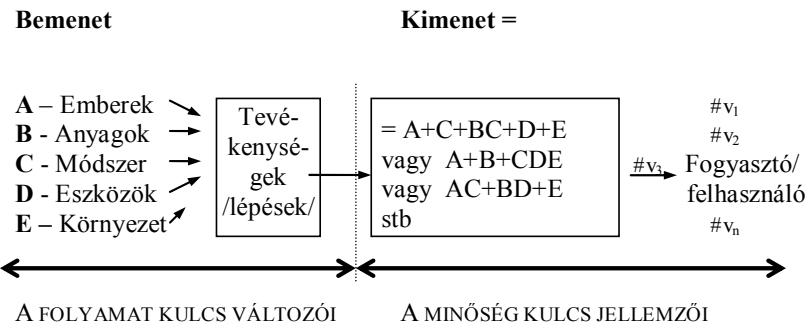
Kvantitatív módszerek

Kvantitatív módszerként a statisztikai folyamatszabályozást (teljesített ápolói óraszám/ápolási nap), Pareto-diagramot (betegszállítói igénybevétel), és hisztogramot (ételek \pm póttrendelése, adminisztrátorok terhelése) használtunk munkánk során.

Statisztikai folyamatszabályozás

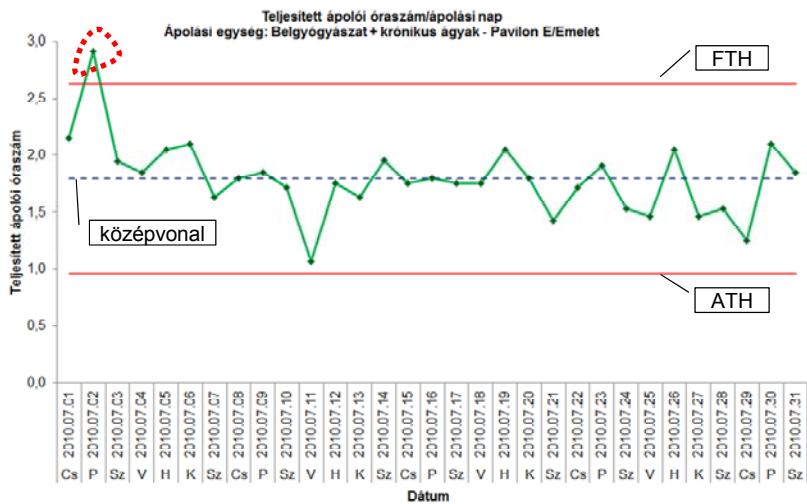
Az egészségügy területén vannak olyan vizsgálati módszerek, amelyek egy normális fiziológiai jelenséget grafikus módon írnak le, így ismerjük ennek a normális működés esetén megrajzolt grafikonját. Ilyen módszer -többek közt-, a szív működést leíró EKG. Itt is ismerjük a normális működés görbét. Sőt ismerünk jellegzetes, tipikus görbéket, ami messziről mutatja, a vizsgált személynek infarktusa van. Görbe arra nem ad választ, mitől van infarktusa a betegnek, csak azt mutatja, baj van.

A statisztikai folyamatszabályozás során alkalmazott ún. ellenőrző-kártyákon látott grafikonok is mutathatnak olyan jellegzetes görbéket, amelyek már messziről azt jelzik: baj van. Nem kitérve a működési elvre, melyik ellenőrző kártyát mikor használjuk, annyit tudnunk kell, ezeken a mért paraméterek ingadozását figyeljük. A mért paraméter vonatkozhat a folyamat kulcsváltozóira és kulcs jellemzőire (4. ábra)

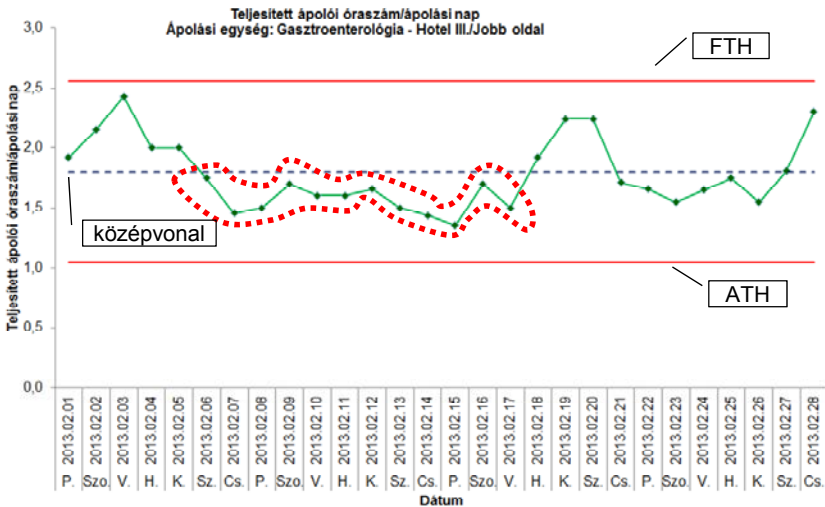


4. ábra Lehetséges mérési pontok a folyamatban

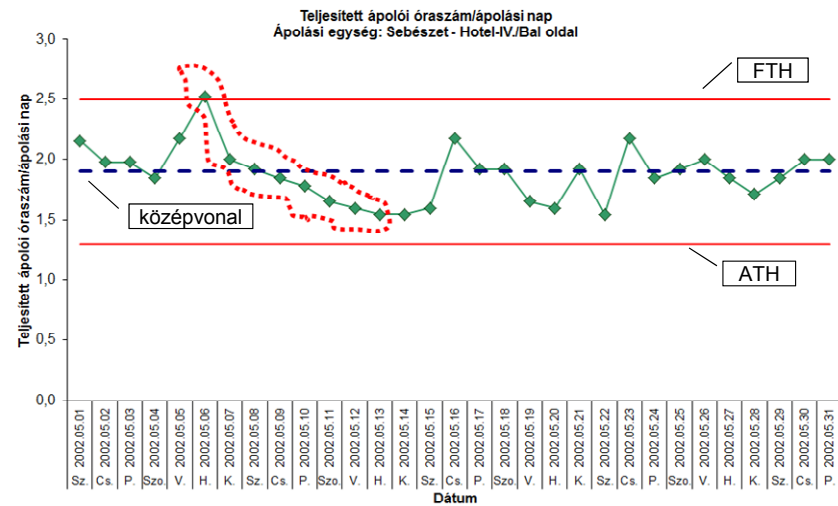
Természetesen nemcsak a kimenetnek, hanem a bementi tényezőknek is vannak variációi. S itt érkeztünk el mondanivalónk lényegéhez. Shewart és Deming és mások is azt tanítják, a vezetésnek fő problémája a variáció jelentésének alaposabb megértése, a variációban rejlő információk kivonása, azaz a **variációk csökkentése**. A variációk csökkentéséhez ismernünk kell az eltérések, azaz variációk okait, hogy a probléma megoldásának első lépéseként a bajt felismerjük. Az eltéréseknek két forrását különböztetjük meg: speciális és általános okokat, egyúttal megmutatva, egy folyamat stabil-e, statisztikai ellenőrzés alatt van-e vagy instabil a folyamat, a statisztikai ellenőrzésen kívül esik. Magyarul és egyszerűsítve: az általános ok(ok) mindig jelen van(nak), míg a speciális(ak) időnként. Ezeket a speciális okokat szeretnénk kideríteni. Speciális ok jelenlétére utal a messziről felismerhető, a grafikonon megjelölt elváltozás. [Kwan Lee, Christine McGreewey 2002] (5-7. ábra)



5. ábra Egy vagy több pont a Felső Tűrés Határ (FTH) felett, illetve az Alsó Tűrés Határ alatt itt: FTH felett



6. ábra Legalább nyolc pont egymásután a középvonal/átlag alatt vagy felett, itt: alatta



7. ábra Legalább hat pont egymásután csökkenő, vagy növekvő tendenciát mutat, itt: csökkenő

Le kell szögezni, az ellenőrző grafikonok használatakor nem az a kérdés, a szolgáltatások és/vagy termékek minőségi mutatói megfelelnek az előírásoknak (standardok!). A vizsgált minőségi jellemzőjük ingadozásának természetét vizsgáljuk, csak véletlen ingadozás van-e, tehát a folyamat stabil-e?

Az ellenőrző grafikonoknak -a vizsgált minőségi indikátor mintanagyságának, illetve milyenségének alapján és az eloszlás jellegénél fogva-, több típusát különböztetjük meg. Jelen esetünkben az „egyedi érték” ellenőrző grafikont használjuk.

Vizsgálatunk során a szükséges ápolói óra/ápolási napot vetettük egybe ápolói teljesített ápolói óraszám/ápolási nappal, valamint elemeztük a teljesített ápolói óraszám/ápolási nap időbeli variációt.

Ápolói szükséglet óra/ápolási nap és ápolói teljesített ápolói óraszám/ápolási nap összevetése

Teljesített ápoló óraszámot és a betegosztályozási rendszer alapján mért szükséges ápolói óra/ápolási nap mutatószámokat, ápolási egységenként mérjük. és vezetjük adatgyűjtő lapokon (8. ábra) A betegosztályozási rendszer a szükséges ápolói óraszámot általános és szakápolás vonatkozásában méri – az optimumot feltételezve. A kapott ápolói szükséglet óraszám/ápolási nap így tartalmazza az általános és szakápolói óraszámot. Az ápolási osztály 2,9 ápolói óraszám összetétele általános ápolás 74%, szakápolás 26%. Urológia vonatkozásában általános ápolás 49%, szakápolás 51%. A szervezeti egységek ilyen irányú adatait ismerve, tekintetbe véve a tervezett ápolási napokat, az ápolói létszám statisztikai értelemben jól becsülhető. S nemcsak a létszám, hanem az összetétel is. Becslésünk jóságához jelentősen hozzájárul, a munkatársakkal végzett több mint egy évtizedes munka alapján, (ápolási egységenként kb. 130) összeállított adatgyűjtő lap. Ez az időbeliség megmutatja a szakmai fejlődés és az ellátási terület egészségi állapotának változásait. Például a gasztro-enterológiai osztály szükséges ápolói óra/ápolási nap 2,2-ről 2,7-re módosult tíz év alatt. Az újszülött-csecsemő és gyermekosztályon nem alkalmaztuk, a pszichiátrián pedig bizonyos értelmezési korlátozással alkalmaztuk a betegosztályozási rendszert.

2008	Sebészet H-IV./Bal oldal					2010	Ápolási osztály P-E/Földszint					2013	Szülész-nőgyógyászat H-VII./Bal oldal							
	Telj.óra áp. nap	Ápolói összetétel (%)			Áp. sz. óra.án.		Igeny telj. (%)	Telj.óra áp. nap	Ápolói összetétel (%)				Áp. sz. óra.án.	Igeny telj. (%)	Telj.óra áp. nap	Ápolói összetétel (%)			Áp. sz. óra.án.	Igeny telj. (%)
		I.	II.	III.					I.	II.	III.					I.	II.	III.		
Céltértek						Céltértek						Céltértek								
Január	2,9	0%	80%	20%	2,5	116%	Január	2,9	0%	65%	35%	2,9	100%	Január	1,5	5%	95%	0%	1,7	88%
Február	3,0	0%	84%	16%	3,0	100%	Február	3,0	0%	52%	48%	3,0	100%	Február	1,9	3%	97%	0%	1,6	119%
Március	2,9	0%	88%	12%	3,2	91%	Március	2,6	0%	52%	48%	3,0	87%	Március	2,2	0%	100%	0%	1,8	122%
Április	2,3	0%	90%	10%	3,1	74%	Április	2,7	0%	48%	52%	3,0	90%	Április	2,2	0%	100%	0%	1,8	122%
Május	2,0	0%	88%	12%	3,2	63%	Május	2,9	0%	56%	44%	2,9	100%	Május						
Június	2,0	0%	86%	14%	3,2	63%	Június	3,1	0%	50%	50%	3,0	103%	Június						
Július	2,0	0%	87%	13%	3,3	61%	Július	2,8	0%	51%	49%	2,9	97%	Július						
Augusztus	1,8	0%	100%	0%	3,3	55%	Augusztus	2,7	0%	54%	46%	2,8	96%	Augusztus						
Szeptember	1,5	0%	100%	0%	3,3	45%	Szeptember	2,6	0%	55%	45%	2,9	90%	Szeptember						
Október	1,4	0%	100%	0%	3,1	45%	Október	2,7	0%	55%	45%	2,9	93%	Október						
November	1,6	0%	100%	0%	3,2	50%	November	2,8	5%	46%	49%	3,1	90%	November						
December	2,0	0%	85%	15%	3,0	67%	December	3,0	5%	47%	48%	3,1	97%	December						

8. ábra Szükséges ápolói óra/ápolási nap és teljesített ápolói óra/ápolási nap viszonya

Összehasonlítva a szükséges ápolói óra/ápolási nap és teljesített ápolói óra/ápolási napot az eltérések egyes ápolási egységek között jelentősek. Erre mutatunk egy kiragadott példát. (8. ábra) Ennek szervezési, infrastrukturális okai között találunk rossz beidegződéseket, betegutakat az ügyeleti időben, betegelhelyezést befolyásoló lifthiányt, osztályon belüli női-férfi arányt figyelmen kívül hagyó felosztást, intézeti kubarúra adottságainak figyelmen kívül hagyását. Mindezen lehetőségek kihasználása csökkenthetné a számszerűsíthető nővérihiány hatását.

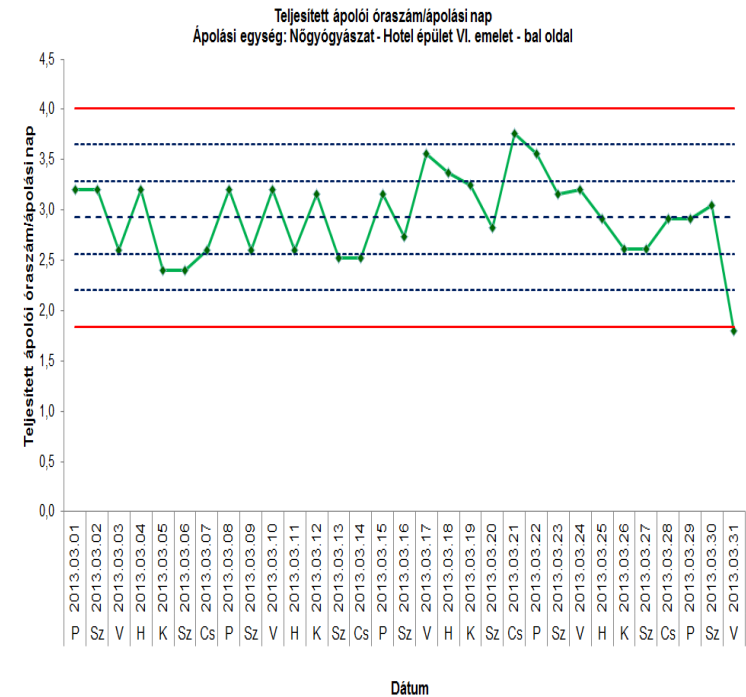
Átvizsgáltuk az adatgyűjtő lapokat a szükséges ápolói óraszám/ápolási nap teljesülése vonatkozásában. A magunknak felállított kategóriák: 50%-70% nem elfogadható, veszélyes; 71%-90% tűrhető; 91-100% elfogadható; nem minden egyes ápolási egységre igaz. Sőt ezek az értékek hónapról-hónapra, évről-évre változhatnak az egyes ápolási egységben. S azt sem hagyhatjuk figyel-

men kívül, ha az érték 110% vagy a felett van (A ruha bő sem lehet!)

Teljesített ápolói óraszám/ ápolási nap időbeli variációi

A havonta teljesített ápoló óraszám/ápolási nap egy átlag. E körül ingadozik az érték. Ezt az ingadozást vizsgáltuk. Vizsgálatunkban relatíve nagy időszakról van szó, általános adatok nyugodt lelkiismerettel, szakmaisággal nem közölhetők, részben a szórás, részben a különböző munkát végző ápolási egységek miatt. S nem beszéltünk az eredményeket megfelelő kontextusba helyező környezet ismeretének hiányáról. A rendelkezésre álló ellenőrző grafikonok több mint 50%-a instabil, tehát van valamilyen jól azonosítható speciális ok. Ahol az átlag számunkra nem volt megfelelő (lásd a szükséges ápolói óra teljesülést) különös figyelmet fordítottunk az ATH alá eső pontoknak, és a középvonal alatti nyolc pontnak.

A 9. ábrán látható egy speciális ok, mivel a pont az ATH alá esett. Előtte levő hónapban a FTH fölé esett. A speciális okot a beosztás készítésében találtuk. Ugyanis a főnövér a havi beosztás készítésénél először a dolgozók „kérését” írta be, s e köré szerkesztette a vezénylést. A beosztás hátára írt kéréseket prioritásként kezelte. Egyes napokon így kevesebben voltak, ez jelent meg vizuálisan a grafikonon. A kötelező óraszám miatt, más napokon viszont többen voltak, a pont a FTH fölé került.



9. ábra Teljesített ápoló óraszám/ápolási nap

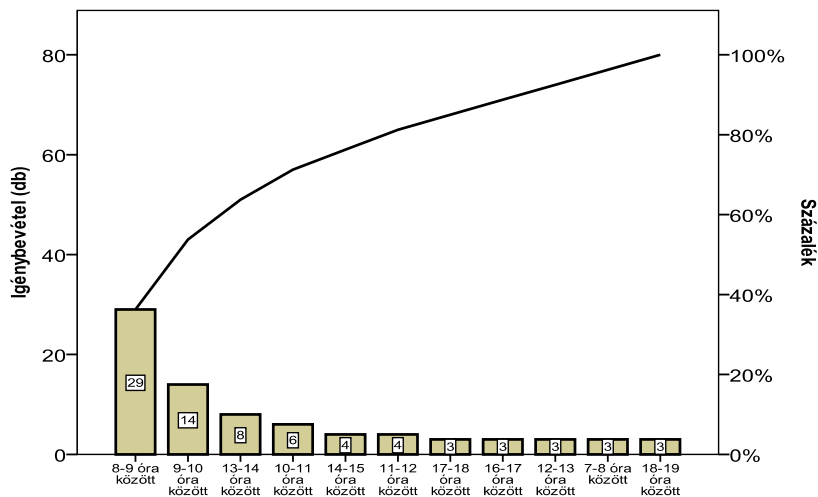
Pareto diagram

A Pareto elemzés alapelve, hogy az eltérések (hibák) kb. 80%-át kb. 20%-nyi hiba ok idézi elő. A Pareto elv a minőségügyben: a problémák keletkezésének 80%-áért az okok mintegy 20%-a felelős.

Betegszállítási leterheltsége

Vizsgálatunk során a betegszállítói szolgálat igénybevételét elemeztük (10. ábra). Vizsgálat alapja az a medzsmnt felé közvetített konklúzió, miszerint kevesen vannak. E miatt vizsgálatok maradnak el, csúsznak, növekszik az ápolási idő. Kiindulásként csak az igénybevételt vizsgáltuk az osztályok igényei alapján. A legna-

gyobb igénybevétel 8-10 óra között volt. Ennek oka a intézeti szinten a vizsgálatok egyidejűsége. Az endoszkópos, UH-os, RTG vizsgálatok, konzíliumok időbeli eltolásával jelentősen csökkenthető a probléma. A kapott eredmény egy információ, mellyel a háttérben meghúzódó folyamatokat jobban lehet prezentálni a munkatársak és a menedzsment számára. Ennek birtokában a menedzsment tényleg megvalósít pl. egy folyamatszervezést, de az is lehet, hogy számszerűsíthető, vagy a nem számszerűsíthető megfontolások alapján elveti az ötletet.



10. ábra Központi betegszállítói szolgálat igénybevétele 2013-04-08

Hisztogram

A hisztogramos ábrázolást elsősorban mért eredmények eloszlásának ábrázolására használtuk. Jelen esetben a mért értékek gyakoriságát, valamint relatív gyakoriságát ábrázoltuk.

Élelmezési napok száma

Ápolási napok számát az élelmezési napok száma nem haladhatja meg. Százalékos formában kifejezve az élelmezési napok -intézeti szinten-, 100% alatt van normális esetben. Az osztályok esetében arra voltunk kíváncsiak, mennyire követik a beteg mozgását a pótrendelések. Munka azt a részét mutatjuk be, amikor táblázatban rögzítettük a pótrendeléseket. A 11. ábra -néhány osztály tekintetében- a következő napra leadott rendelés módosítását tartalmazza, százalékos formában a 2012-es évre.

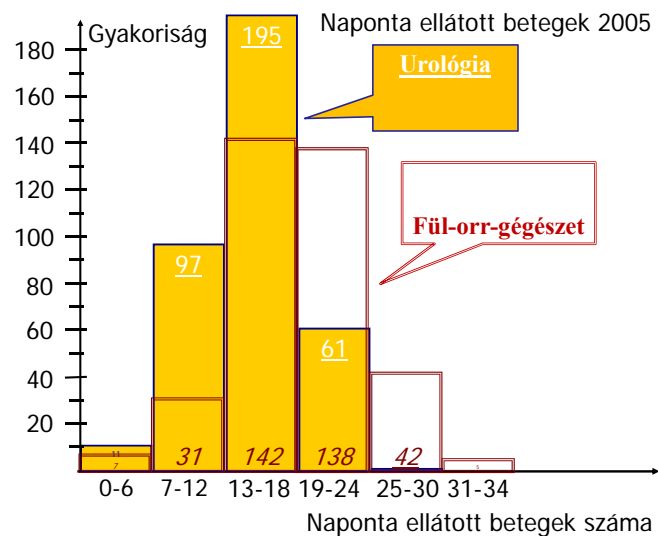
A rendelés oszlopban a 0 rendelés azt jelenti, ennyi százalékban nem módosították az előző nap leadott rendeléseket. Az intenzív az éves rendeléseinek 85,3%-ban nem kért módosítást az előző naphoz képest. A $\pm 1, 2, 3, 4, \dots 10$ számokkal jelzett rendelés jelentése pedig, módosításaink hány százalékában rendeltünk plusz-mínusz 1, 2, 3, $\dots 10$ főre az előző naphoz képest. A pszichiátria földszintjén (ápolási egység!!) 9,9%-ban kértek még három adagot egyszerre. Neurológia emeleti részén 9,5%-ban rendelték le három adagot pluszban egyszerre. Mindez önmagában is érdekes, de akkor válik izgalmassá, ha összevetjük a \pm (érkező, távozó) 1, 2, 3, 4, $\dots 10$ betegforgalommal. Megfelelő körültekintéssel, szakmai szempontokat figyelembe véve további 5,2 %-os megtakarítás értünk el. Kiszűrhetők azok az ápolási egységek, amelyek kevésbe mennek a lerendeléssel a valóság után, de a vezetés számára nem ismert problémák. pl. késői mentőszállítás, ami miatt pótrendelések születnek. Amire megoldás lehet a betegszállítás igénybevétele, a (cukor)beteg a büfé szolgáltatásait elérhesse.

RENDELÉS	Neurologia fsz.	Urológia	Intenzív	Pszichiátria fsz.	Pszichiátria em.	Rehabilitáció	Neurologia em.
-13	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
-12	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
-11	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
-10	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
-9	0,4%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%
-8	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
-7	0,7%	0,0%	0,0%	0,3%	0,2%	0,0%	0,0%
-6	0,6%	0,0%	0,0%	0,6%	1,0%	0,0%	1,6%
-5	1,7%	0,0%	0,0%	1,6%	0,2%	0,0%	0,0%
-4	2,4%	0,2%	0,2%	4,3%	1,2%	0,3%	1,6%
-3	3,2%	1,0%	0,0%	4,4%	3,1%	2,2%	9,5%
-2	5,7%	2,0%	0,9%	10,3%	5,9%	3,3%	1,6%
-1	3,7%	1,5%	1,3%	10,6%	9,7%	1,3%	7,1%
0	33,0%	70,0%	85,3%	16,8%	25,1%	80,7%	35,7%
1	6,7%	8,3%	7,7%	15,4%	14,8%	7,0%	7,9%
2	9,0%	8,3%	3,5%	10,2%	14,1%	3,8%	15,1%
3	8,7%	5,1%	0,7%	9,9%	10,5%	0,8%	12,7%
4	6,9%	2,4%	0,0%	5,6%	6,9%	0,2%	4,0%
5	7,6%	0,7%	0,0%	2,6%	2,9%	0,2%	1,6%
6	3,0%	0,4%	0,0%	3,0%	3,2%	0,0%	1,6%
7	2,6%	0,0%	0,0%	1,4%	0,6%	0,1%	0,0%
8	0,6%	0,0%	0,3%	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%
9	0,8%	0,0%	0,0%	0,4%	0,6%	0,0%	0,0%
10	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
11	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
12	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
13	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Összesen							
0	33,0%	70,0%	85,3%	16,8%	25,1%	80,7%	35,7%
-	18,8%	4,7%	2,4%	32,5%	21,3%	7,1%	21,4%
+	48,1%	25,2%	12,3%	50,7%	53,6%	12,2%	42,9%

11. ábra Ápolási egységek pótrendeléseinek megoszlása 2012

Adminisztrátorok leterheltsége

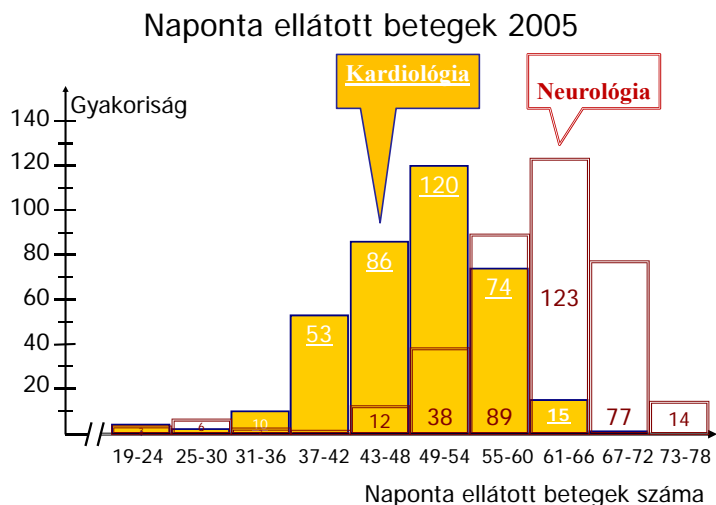
Az adminisztrátorok számát az ágyakhoz mérten állapítják meg. Mivel tevékenységük nem az ágyakra vonatkozik, hanem a betegekhez, ezért célszerű a betegmozgásokat figyelni. Ismerjük a teendőiket a betegfelvétel, elbocsátás és a bent fekvés során. Két húszágyas osztály naponta ellátott betegeit vetettük egybe. (Naponta ellátott beteg: felvett, távozott, bent fekvő (12 ábra.)



12. ábra Naponta ellátott betegek száma - Urológia és Fül-orr-gégészet

42 olyan nap volt, amikor 25-30, öt nap volt, amikor 31-34 közötti naponta ellátott beteg adminisztrációját végezték a fül-orr-gégészetben, míg az urológián ilyen eset nem fordult elő. Ebben a „túlterhelt” esetekben jelzik az ápolásvezetésnek „múltkor sem volt elég adminisztrátor”, „már megint nincs adminisztrátor”. Megoldás nem adminisztrátor felvétele, hanem a műtétes napok átszervezése. A probléma megszűnt.

Hasonló eset fordult elő 57 ágyas neurológia és az 55 ágyas kardiológia esetében is. Itt a tervezett felvételek, valamint elbocsátás tervezésével sikerült egy tehermentítő folyamatot elindítani (13. ábra).



13. ábra Naponta ellátott betegek száma - Kardiológia és Neurológia

Kizárólag a betegmozgásra koncentrááló hisztogramok érzékenyebben mutatják meg a különbséget. Lényeges különbség lehet terhelés szempontjából egy 96 ágyas és egy 45 ágyas osztály között – az utóbbi javára. Ezt világosan látni kell. Erre szolgálnak, az ismertetett módszerek.

További -itt ismertetésre nem kerülő- a kvantitatív módszerek állnak az ápolásvezetés számára. Ezeket és az ismertetett módszereket folyamatosan kell használni a gyakorlás miatt. Tapasztalataink szerint először jobb kézzel, papíron végezni a számításokat és csak megfelelő rutin után a számítógépes programokhoz nyúlni.

Szálak elvarrása

Kvantitatív módszerek alkalmazása nem kizárólag számítások, grafikonok szerkesztése. Mindezeket egy gondolati rendszerben végezzük – vagy nem végezzük.

- Biztosnak kell lennünk, megvannak-e megfelelő adatok a számításokhoz. Szükséges az adatgyűjtés szabályozása, adatok pontosságának kontrollálása.
- Teljesen nem állíthatjuk, az adatok pontatlansága, esetleges hiánya miatt az egyes kvantitatív módszerekről le kell már mondanunk. Vizsgáljuk meg az adatok hiánya/pontatlansága jelentős hatással van-e a számításainkra. Ha az adatok hiánya lehetetlenné teszi, akkor hozzá se fogjunk.
- A helytelenül alkalmazott kvantitatív módszerek több kárt okozhatnak, mint a logikusnak tűnő, bár nem optimális döntések.
- Ne tévesszük szem elől a módszer alkalmazása többlet jelent, mint egy konkrét kérdés megválaszolása, mert segít a vizsgált problémakör teljesebb megismerésében. Gyakran nem érzük el különböző okokból az optimális megoldást, értéket, de módszereink megmutatják, az optimumtól milyen messze vagyunk.
- Döntésünk hatásának eredményét mérve kijelölhető a működés javításának leghatékonyabb iránya.
- Logikus úton is kitalálhatók a problémáinkra a válaszok, hozzák fel sokszor a módszerek ellen. Akik így érvelnek, gyakran azért gondolják így, sokszor mi magunk is (!), mert a megoldási lehetőségeknek csak egy szűk körét vizsgálták meg.
- Ismernünk kell az általunk használt módszerek alkalmazásának feltételeit, az eredmények érvényességeit, és a megoldási módszerek korlátait. [Koltai, 2003]

Összegzés

A kvantitatív módszerek elősegítik, támogatják az MSZ EN ISO 9001:2001-es minőségirányítási rendszer alapelvei közül a tényeken alapuló döntéshozatalt. Vizualizációjukkal kézzelfoghatóbbá teszik a problémás jelenségeket, az adatok érzelemmentes, semleges vitára adnak lehetőséget.

Irodalom

Donald J. Wheeler (1993), Understanding variation: the key to managing chaos, SPC Press, Inc. Knoxville, Tennessee, 4. page

ICN - International Council of Nurses (2006), Save Staffing Saves Lives, Information and Action Tool Kit, ICN - International Council of Nurses, Geneva, 53 p.

Kwan Lee, Christine McGreewey (2002), Using Control Charts to Assess Performance Measurement Data, Journal on Quality Improvement, (28), 2., 91. page

Koltai Tamás (2003), Alkalmazhatók-e a termelésmenedzsment kvantitatív összefüggései a gyakorlatban?, Harvard Business manager, (5), 2., 52-59. pages

Lépjen be a Magyar Minőség Társaságba!



Jelentkezés itt!

Kulcsszavak: elégedettség mérése, satisfacion survey

Az **elégedettség** megismerésének módszere. A minőség-biztosítási rendszeren belül az egészségügyi szolgáltatónak rendszeresen mérnie szükséges mind a külső (pl. betegek, páciensek) és a belső vevők, mind a munkatársak/ dolgozók elégedettségét. Az elégedettség mérése nélkülözhetetlen komponense egy minőségirányítási rendszernek. Elégedettségi vizsgálatok során két alapkritériumot kell figyelembe venni: 1. Jó előkészítés és kivitelezett felmérés; 2. Megfelelő reagálás az eredményre (vezetés reakciója). Értelmetlen olyan elégedettségi vizsgálatot végezni, amelynek nincs visszacsatolása!

elégedettség, satisfaction

A minőség egyik komponense, a vevőközpontú minőség szemlélet és minőségirányítás egyik alapelve. A minőségi szolgáltatás alapkonceptiója, hogy a vevők elégedettek legyenek, mely az igények, szükségletek és az elvárások folyamatos kielégítésével valósítható meg. Ennek érdekében szükséges a vevők igényei folyamatosan felmérése és értékelése. Az elégedettség vonatkozta a külső és a belső vevőkre, illetve a dolgozókra/munkatársakra.

Bevezetés

A minőségbiztosítás hosszú történelmi múltra tekint vissza az iparban és a szolgáltatások területén. Az egészségügyben való megjelenése különleges, hiszen ebben az „ágazatban” a termék az egészség, illetve az elért egészségnyereség. Ezáltal a folyamatok, tevékenységek központjában a beteg áll.

A minőség az egészségügyben az alábbiak alapján értelmezhető:

- Az ellátásra leginkább rászorulók **szükségleteinek** teljes mértékű kielégítése, a szervezet számára a legalacsonyabb költségen, a felsőbb szervek és a szolgáltatást vásárlók szabta korlátok és irányelvek mellett.
- Az ellátás minősége az **elérhető, tudományosan megalapozott** orvosi tudás hatékony alkalmazásának foka (Evidence-based health care).
- Betegbiztonság

A minőségügyi rendszerek működtetésének célja, hogy az ellátók szolgáltatásai megfeleljenek a „vevők” minőségi elvárásainak, az intézményeket alkalmassá tenni, jó minőségű, megbízható szolgáltatás előállítására. A rendszer működtetésének előnye, hogy az intézményen belül átláthatóbbak a gyógyítási és a hozzájuk kapcsolódó folyamatok, a menedzsment jobb, megbízhatóbb információt kap a működésről.

A **páciens szempontjából** az egészségügyi szolgáltatás minőségét azon mérhetjük le, hogy a szolgáltatásban részesülő beteg mennyire érzi, azt kapja, amire szüksége van. Ettől gyakran eltérnek a **szakemberek elvárásai**. Ők azt vizsgálják, hogy az ellátás megfelel-e a szakma által meghatározott követelményeknek, valamint a betegek érdekeit szolgáló technológiák és eljárások kivitelezése helyes módon történt-e. A **menedzsment** szintén másképp látja a minőséget. Célja az erőforrások leghatékonyabb produktívabb hasznosítása a páciens

szükségleteinek kielégítése céljából az érvényes rendelkezések korlátai között.

„Egészségügyi minőségbiztosításról akkor beszélünk, ha az egészségügyi szolgáltatás minőségének ellenőrzéséhez csatlakozik egy olyan folyamatosan működő visszacsatoló rendszer, amely a minőségtől való eltérést azonnal jelzi és beindítja a korrigáló mechanizmusokat: azonosítja a hibáért felelőssé tehető tényezőket, a személyeket, a hibát előidéző faktort kiküszöböli” (Boján, 1995).

Az egészségügyben a minőséget különböző szempontokból lehet vizsgálni:

Ahhoz, hogy az elégedettséget pontosan mérni tudjuk, meg kell tudnunk mondani, mit is értünk alatta. Az ezzel kapcsolatos bizonytalanság széleskörű. Ennek oka, hogy az elégedettség túl absztrakt fogalom, és nagyfokú individuális különbségeket tükröz. Davis és Adams-Greenly (1994) szerint a meghatározás bonyolultsága abban rejlik, hogy a minőség tulajdonképpen az, amiről az igénybevevő azt állítja, hogy számára az.

Az egészségügyi ellátás területén az elégedettségi vizsgálatokat sokan a betegelégedettségi vizsgálatokkal azonosítják. A minőségirányítási rendszerek hatékony működése a támogató szolgáltatást nyújtó szervezeti egységekkel való elégedettség mérését is célul jelöli ki.

A Petz Aladár Megyei Oktató Kórházban először 1993-ban vezették be a betegelégedettségi vizsgálatot, mint minőségbiztosítás egyik legfontosabb ellenőrzési módszerét. 2002-ig csak időszakosan történtek felmérések, ezután minden évben előre meghatározott ütemterv alapján a fekvőbeteg-ellátást nyújtó szervezeti egységekben sor került annak elvégzésére. A járóbeteg-ellátást nyújtó szakrendelések felmérése 2005-től indult. Dolgozói elégedettségi vizsgálatokat 2009-ben végez-

tünk először, melyek 2 évente történnek. Az elégedettségi vizsgálatok lebonyolítását intézményi protokoll szabályozza, a feladatot minden esetben a Minőségirányítási Osztály munkatársai végzik.

A bevezetett és működtetett minőségirányítási rendszerek elvárásainak megfelelően a betegelégedettségi vizsgálatok körébe 2012-től ki bevezettük a hozzátartozói elégedettségi vizsgálatokat azokban a szervezeti egységekben, ahol a beteg „speciális” helyzetben van és nem megkérdeszhető (gyermek és pszichiátriai, illetve intenzív ellátást biztosító osztályok).

Intézményünk integrált minőségirányítási rendszert működtet, mely az ISO 9001:2008 és a Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok (MEES:2007) előírásain alapul.

Mindkét szabványban utalás történik az elégedettségre, mint minőségi mutatóra, az ISO szabványban előírásai-
ban pedig konkrétan megfogalmazásra is kerül az alábbi:

8.2 Figyelemmel kísérés és mérés

8.2.1 Vevői elégedettség

- A minőségirányítási rendszer működésének egyik mértékeként a szervezetnek figyelemmel kell kísérnie a vevő benyomásaira vonatkozó információkat arról, hogy a szervezet teljesítette-e a vevői követelményeket.
- Az ilyen információk megszerzésének és felhasználásának módszereit meg kell határozni.

Az egészségügy területén napjainkban viszonylag ritkán végeznek felhasználói elégedettségi vizsgálatokat, jellemzően csak a beszállítók vonatkozásában.

Támaszkodva a szabványok előírásaira, valamint a belső és külső auditok során szerzett tapasztalatainkra született a döntés, hogy az elégedettségi vizsgálatokat a belső felhasználói oldalra vonatkozó területekkel is bővítsük.

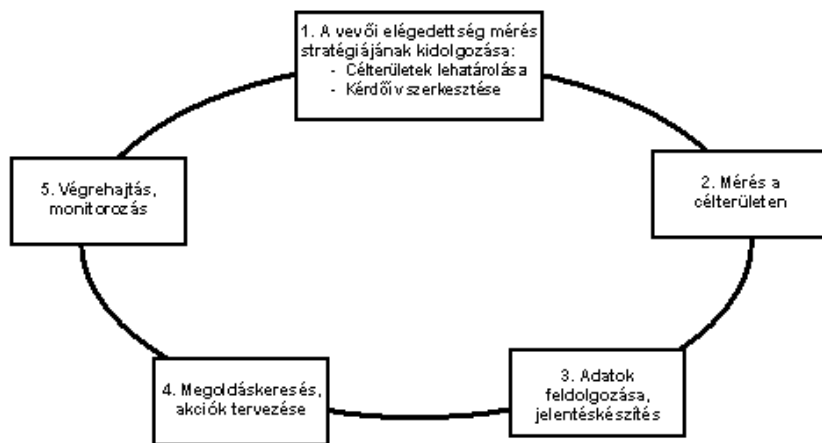
2011-től folyamatosan történnek a támogató szolgáltatókat nyújtó szervezeti egységek tekintetében elégedettségi vizsgálatok. Itt a „felhasználó” az összes olyan szervezeti egységet jelenti, melyek számára ezek, az általában diagnosztikai, illetve egyéb központi osztályok a szó jó értelmében vett „szolgáltatást” nyújtanak.

A vizsgálat teljes egészében lezajlott a Központi Laboratóriumban a Radiológiai Osztályon, valamint a Gyógyszerészeti Osztályon.

Előkészületben:

- Orvosi laboratóriumi diagnosztika – alapellátás
- Gyógyszerészet – klinikai farmakológia
- Patológia
- Foglalkozás egészségügyi ellátás – külső igénybevevők

Az alábbiakban az elégedettségi vizsgálatok tervezéséről, szervezéséről, azok eredményeiről és értékeléséről kívánunk rövid áttekintést nyújtani.



1. ábra A vevői elégedettségmérés lépései

Forrás: Dr. Koczor Zoltán Ph..D.

Alapvető megfontolások:

- A diagnosztikai (laboratóriumi diagnosztika, radiológia) és egyéb támogató szolgáltatásokat nyújtó szervezeti egységek (Központi Gyógyszertár) tevékenysége kulcsfontosságú a betegellátásban.
- Szükséges, hogy kielégítse a páciensek, a betegek és azon a szervezeti egységeknek, orvosoknak, szolgáltatóknak a szükségleteit, akik felelősek a betegek ellátásáért.

A következő célokat kíséreltük meg elérni: (1. ábra)

- képet kapni az intézmény diagnosztikai (laboratóriumi diagnosztika, radiológia) és egyéb támogató szolgáltatást nyújtó szervezeti egységek minőségének felmérésének lehetőségéről az igénybevevő szervezeti egységektől kapott információk alapján
- annak megállapítása, hogy a támogató szolgáltatást nyújtó egységek elégedettségi vizsgálatokra vonatkozó kérdései mennyire reprodukálhatóak, milyen a validitásuk, és milyen célokat szolgálhatnak: általános felmérés, intézményi információ, PR célok
- Feed back, javító tevékenységek (PDCA)

1. Elégedettségi vizsgálatok technikai kivitelezése

A kérdőívek:

- Szakmai összeállítást a vizsgált szervezeti egység vezető főorvosa készítette el, konzultálva a minőségirányítás munkatársaival
- Szerkezetileg tartalmazott
 - egyszerű, eldöntendő kérdéseket (igen, nem, részben, nem válaszol),
 - 1-5-ig terjedő skálás értékelést

- saját vélemény szöveges kifejtésének lehetőségét.
- A Minőségirányítási Osztály végezte el a dokumentum minőségirányítási követelményeknek való adaptálását (dokumentum azonosítása).

Kipróbálási fázis:

- A kérdőív kipróbálására, tesztelésére véletlenszerűen kiválasztott, eltérő profilú szervezeti egységben került sor.
- A kipróbálás során a következőkre kerestük a választ
 - egyértelmű-e a kérdőív, érthetőek-e a kérdések?
 - milyen fogadtatásra számíthat a kérdőív a szolgáltatást igénybe vevők körében?
 - átlagosan mennyi időt vesz igénybe egy kérdőív kitöltése?
- A tesztelésre kiküldött összes kérdőív 10 napon belül visszaérkezett.
- Az észrevételek, javaslatok alapján megtörtént a kérdőív korrekciója

A módosított kérdőíveket minden szervezeti egység vezetője belső postai úton kapta kézhez kísérlévevel együtt, mely tartalmazta a vizsgálat célját, a kitöltéshez szükséges útmutatót, valamint a visszaküldés határidejét.

Az eredmények kiértékelése:

A visszajutott kérdőíveket a Minőségirányítási Osztály gyűjtötte össze, és az Informatikai Osztály által készített program segítségével dolgozta fel.

2. A elvégzett vizsgálatok részletes bemutatása

2.1 In vitro orvosi laboratóriumi diagnosztika, Központi Laboratórium

- Az USA-ban rossz egészségügyi ellátás miatt több ember hal meg évente, mint
 - baleset miatt
 - emlőrák következtében
 - AIDS-ben.
- Becslések szerint ez évi 44 – 98 ezer áldozatot jelent.
- A nem megfelelő egészségügyi ellátás a 8. helyen áll a vezető halálokok között. (Agency for Health Care and Quality, 2002.)
- Esetek jelentős hányada (10-30%): diagnosztikus tévedés.
- A diagnosztikus vizsgálatok 70%-át a laboratórium végzi.
- Hibás laboreredmények gyakorisága: 0,33 -0,61 %
- Hibákért az esetek 55-75%-ában a preanalitikai szakasz a felelős. (PA. Bonini et al CCLM 2002;48: 691-698)

A klinikai és a patológiai laboratóriumi medicina szolgáltatások nyújtása -hasonlóan a klinikai radiológiához- a modern medicina egyik legfontosabb szegmense.

“A laboratóriumi/patológiai szolgáltatások képezik a klinikai döntéshozatal 70 %-ának alapját mind a diagnózis, mind pedig a terápia és a prognózis során.”

(Pathology: the science behind the cure Clinical pathology and laboratory medicine Dr Helen Williams, on behalf of the College, 6 December 2007)

A Központi Laboratórium az alábbi területekről fogad vizsgálati kéréseket és mintákat

- saját kórház fekvőbeteg osztályai
- kórház szervezeti és működési szabályzatában szereplő szakrendelők
- szakambulanciák, gondozók
- a kórházzal szerződéses jogviszonyban álló intézmények
- az alapellátás felnőtt és gyermek háziorvosai
- külső kórházak fekvőbeteg osztályairól, azok laboratóriumainak közreműködésével, melyekkel erre szerződést kötött
- saját egészségi állapotuk megítélése céljából jelentkező betegektől térítés ellenében
- mindazon kutató/fejlesztő munkahelyektől, melyekkel érvényes szerződése van
- külső minőségellenőrző szervezetektől.

Jelen felmérést az intézmény saját szervezeti egységeire terjesztettük ki.

Értékelés:

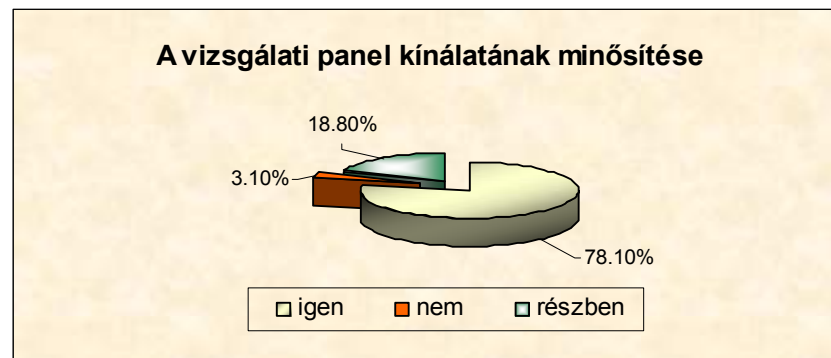
A 42 db kiosztott kérdőívből 32 db érkezett vissza feldolgozásra képes állapotban (hiányos, olvashatatlan kitöltés, több válasz megjelölése). A kitöltés hatékonysága: 76,19 %, ami jónak mondható.

A Központi Laboratórium által rendszeresen végzett vizsgálatok igénybevételével kapcsolatban a kérdésre válaszolók 93,8%-a rendszeresen igénybe veszi az in vitro laboratórium által végzett vizsgálatokat. Mindössze

egy szervezeti egység válaszolt nemmel, egy pedig nem nyilatkozott.

A válaszolók 84,4%-a vizsgálatokat kizárólag a Központi Laboratóriummal végezteti el, nem jelentős azoknak a száma 9,4% (3 szervezeti egység), akik csak részben, de más külső laboratórium szolgáltatásait is igénybe veszik. Helyben nem elérhető vizsgálatok esetében, egy szervezeti egység (3,1%) nyilatkozott úgy, hogy nem kizárólag a Központi Laboratórium szolgáltatásait veszi igénybe.

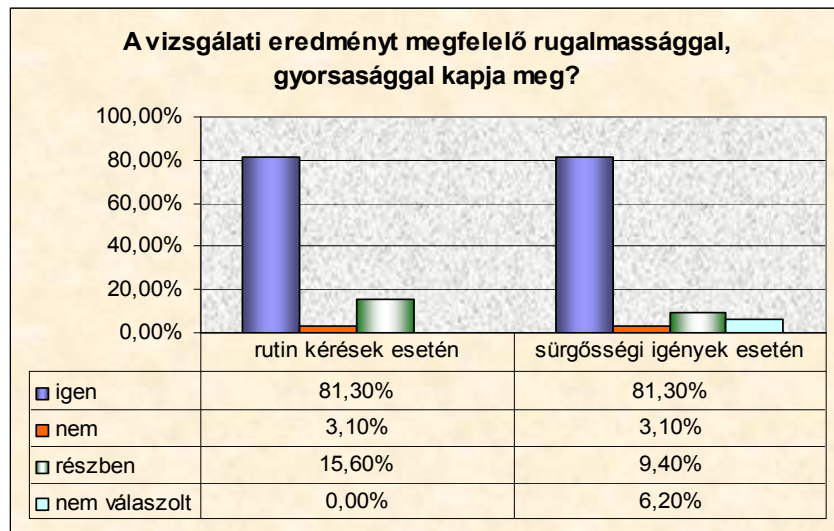
A vizsgálati panel kínálatának megfelelőségéről a 2. ábra összesített adatai azt tükrözik, hogy a különböző szakterületek megfelelő színvonalú támogatásához a vizsgálati panel kínálata megfelelő. A résztvevők 78,1%-a igennel válaszolt, 18,8%-a részben tartja megfelelőnek.



2. ábra A vizsgálati panel kínálatának megfelelősége
Forrás: Saját kérdőíves adatok

A Központi Laboratórium szolgáltatásainak rugalmasságáról, gyorsaságáról kérdéssel kapcsolatban, a vizsgálatban résztvevők véleménye alapján, a betegek optimális ellátásához viszonyítva, a vizsgálati eredményeket a szervezeti egységek, megfelelő rugalmassággal, gyorsasággal kapják meg. A rutin kérések és a sürgősségi igény

nyek esetében, azonos értékelést kaptunk. A 3. ábra szemlélteti, hogy a szervezeti egységek 81,3%-a mindkét esetben maximálisan elégedett volt, rutin kérések esetén a válaszolók 15,5%-a, sürgősségi igények esetén 9,4%-a részben elégedett, nem válaszolt a kérdésre a vizsgálatban résztvevők 6,2%-a.



3. ábra Összefoglaló ábra a vizsgálati eredmények rugalmasságáról, gyorsaságáról

Forrás: Saját kérdőíves adatok

Az összesített adatok alapján jó minősítésnek tekinthetők azok a mutatók, melyek a kért vizsgálatokról kapott eredményeket tükrözik. A vizsgálatban résztvevők jelentős százalékának (71,9%) véleménye alapján nem fordult elő, hogy valamely kért vizsgálatról nem kapott eredményt.

Ennek háttérében az állhat, hogy a kérdésfeltevés nem volt egyértelmű.

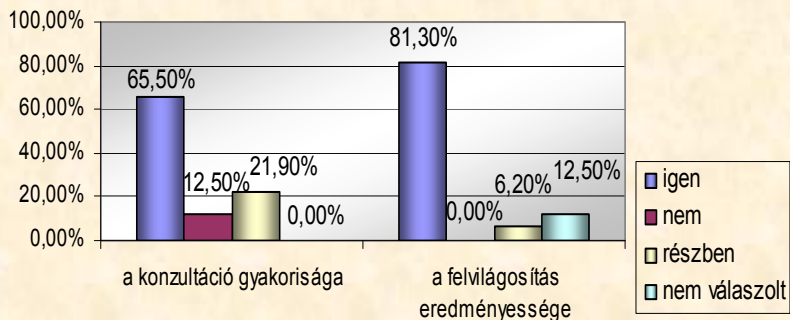
A Központi Laboratórium esetében nem fordulhat elő, hogy nem jut vissza a lelet a beküldőhöz mivel mind a vizsgálatkérések, mind az leletközlés elektronikus úton (on-line) történik, ezen kívül szabványos, nyomtatott leletet is kapnak.

A szolgáltatást igénybe vevők részére a „laboratórium” fogalom a Központi Laboratóriumon kívül, az egyéb in vitro vizsgálatokat végző részlegeket, (pl. Központi Laboratórium Mikrobiológiai részleg) és külső szolgáltatókat is jelent. (pl. „speciális”, általunk nem végzett vizsgálatok esetében OVSZ, SE Központi Laboratóriuma, ÁEK Központi Laboratóriuma stb.)

Az összesített adatok azt tükrözik, hogy saját belső ellenőrzési rendszerrel, amellyel a vizsgálati kéréseket követik, csak a vizsgálatban résztvevő szervezeti egységek 50,0%-a rendelkezik, 9,4%-a csak részben. A válaszolók 40,6%-a nem rendelkezik ellenőrzési rendszerrel. Ez mindenképpen fejlesztendő területnek minősül.

A laborletekkel kapcsolatos konzultációról, a felvilágosítás hasznosságáról kapcsolatos kérdésre a vizsgálatban résztvevők jelentős százaléka (65,6%) úgy nyilatkozott, hogy problémák esetén konzultálnak a laboratórium diplomásaival, 21,9%-a csak részben veszi igénybe, nem válaszolt a kérdésre a vizsgálatban résztvevők 12,5%-a (4. ábra).

A laborleletekkel kapcsolatos konzultáció gyakorisága, eredményessége



4. ábra Összefoglaló ábra a laboratóriumi leletekkel kapcsolatos konzultációról

Forrás: Saját kérdőíves adatok

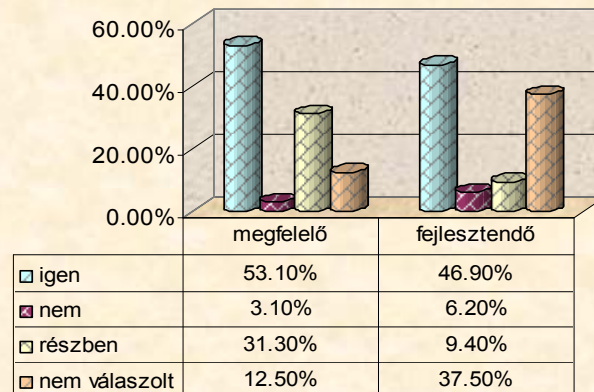
Pozitív eredménynek tekinthető, hogy a felvilágosítás hasznosságát, eredményességét, a vizsgálatban résztvevő szervezeti egységek jelentős százalékban megfelelőnek tartották. A válaszolók 81,3%-a teljes mértékben elégedett volt, mindössze 6,2%-a tartotta csak részben megfelelőnek. Nemleges válasz nem volt, a kérdésre a vizsgálatban résztvevők 12,5%-a nem válaszolt.

Az orvosi laboratóriumi szakterületre vonatkozó, saját ismeretek bővítése kérdésre a válaszadó szervezeti egységek 53,1%-a megfelelőnek, 31,3%-a részben megfelelőnek, 46,9%-a fejlesztendőnek, 9,4%-a részben fejlesztendőnek minősítette saját ismereteit.

Összességében a vizsgálatban résztvevők jelentős százaléka (50,0%), nem nyilatkozott ebben a kérdésben.

(5. ábra)

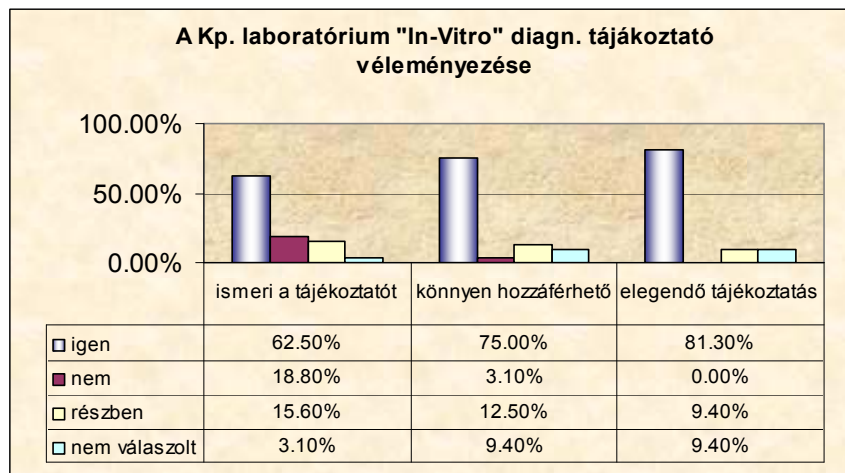
Hogyan minősíti saját laboratóriumi ismereteit?



5. ábra Összefoglaló ábra az in. Vitro diagnosztikai ismeretek megítéléséről

Forrás: Saját kérdőíves adatok

A Központi Laboratórium „in-vitro” diagnosztikai vizsgálatokkal kapcsolatos tájékoztatójáról, mely a belső internetes hálózaton mindenki számára hozzáférhető (Felhasználói Kézikönyv), alkotott vélemények szerint a résztvevők 62,5%-a ismeri a tájékoztatót, részben ismeri (16,5%), nem ismeri a válaszolók 18,8%-a. Könnyen hozzáférhetőnek tartja a vizsgálatban résztvevő szervezeti egységek 75,0%-a, részben hozzáférhetőnek a válaszolók 12,5%-a. Nemleges válasz mindössze 3,1% volt. Nagyon jó eredményeket kaptunk a tájékoztató minősítéséről. Az adatok azt mutatják, hogy jelentős százalékban (81,3%) megfelelő tájékoztatást nyújt a szervezeti egységek részére (6. ábra).



6. ábra Összefoglaló ábra az in. Vitro diagnosztikai tájékoztatóról

Forrás: Saját kérdőíves adatok

Az in vitro orvosi laboratóriumi diagnosztika szakterületen a legkevésbé fontos, és a legfontosabb szempontok szerinti minősítéssel kapcsolatos kérdésre az adatok összesítése a vizsgálatban résztvevők elsősorban a szakmai tudást, majd a megbízhatóságot tartották a legfontosabbnak. Ezt követte a problémakezelés, a laboratóriummal való konzultációs lehetőség, a kapcsolattartás és tájékoztatás (1. táblázat).

Szempontok	Minősítés				
	(1- legkevésbé fontos.....5- legfontosabb)				
	1	2	3	4	5
1. Szakmai tudás	-	-	-	3,1%	96,9%
2. Megbízhatóság	-	6,3%	-	6,3%	87,4%
3. Problémakezelés	-	-	6,3%	31,2%	62,5%
4.....A laboratóriummal való konzultációs lehetőség	-	-	9,4%	28,1%	62,5%
5. Kapcsolattartás, tájékoztatás	-	6,3%	9,4%	28,1%	56,2%

1. táblázat Az orvosi laboratórium minősítési szempontjairól fontosság szerint

Forrás: Saját kérdőíves adatok

Arról, hogy a Petz Aladár Megyei Oktató Kórház Központi Laboratóriumának szolgáltatásait milyen mértékben ajánlaná másoknak, a vizsgálatban résztvevő szervezeti egységek 90,6%-a nyilatkozott úgy, hogy biztosan ajánlaná.

A levont tapasztalatok

A kiértékelés után a vizsgálatban résztvevő szervezeti egységek vezetőinek írásban köszöntük meg, hogy intézményünk in vitro orvosi laboratóriumi szolgáltatására vonatkozó elégettségének felmérésében megosztották velünk véleményüket, tapasztalatukat. Az összefoglaló értékelését a belső internet hálózaton mindenki számára elérhetővé tettük.

Az összefoglalóban törekedni próbáltunk arra, hogy tájékoztassuk a szervezeti egységeket arról, hogy mi az a probléma, amit tud javítani a Központi Laboratórium, milyen terveik vannak a jövőre nézve, illetve melyek azok a

nehézségek, melyeket az objektív körülmények miatt nem lehet megoldani.

- Számos javaslat érkezett új, korszerű vizsgálatok, európai színvonalú támogatottságú **panelek beépítésére**. - **SBO paneleket kidolgoztuk**.
- **Hiányzó hormonvizsgálatok** pótlása helyben, vagy más labor igénybevételével
 - Renin, Aldosteron, SHBG, calcitonin, IGF1, Chromogranin A,
 - Adrenalin, Noradrenalin, 17-OH progeszteron, DHEA-S, Dihidrotesztoszteron, (11)-DOC, 18-OH DOC;
 - VMA, Macroprolactin; - **Szabályozott, intézményi szintű szerződéskötések megtörténtek**.
- A **Zrínyi telephelyen** ügyeleti időben, a sürgős laborvizsgálat nem teljesen rendezett - **Telephely megszüntetésre került**.
- Élelmiszer specifikus IgE panelvizsgálat (**nutritív allergének**) - **Orvos szakmai indokok alapján elutasítva**.
- **Western Blotting** technika - **Indexált OENO – nincs intézményi kompetencia**.
- **Porphyria** vizsgálati panel biztosítása - **Indexált OENO – nincs intézményi kompetencia**.
- Pajzsmirigy hormonok **vizsgálati algoritmusát bevezetni**- **Bevezetés megtörtént**.
- Vizelet 5-HIA, széklet elastase, széklet calprotectin, IgG típusú szöveti TgA elleni antitest, HBV-HCV (PCR-molekuláris diagnosztika) - **Indexált OENO-k – nincs intézményi kompetencia, külső szolgáltatóval a szerződéskötések megtörténtek**.

A javaslatok beépítése a működésbe

Az elégedettségi vizsgálat feltárta azt a hiányosságot, mely szerint a szervezet egységeiben az in vitro diagnosztikai ismeretek nem minden területen kielégítő. Ennek a probléma megoldása érdekében a Központi Laboratórium munkatársai folyamatos továbbképzéseket szerveztek a különböző célcsoportok számára. Az orvosok részére kredit pontos tájékoztató oktatás zajlott, melynek fő témái a diagnosztikai paletta sokszínűségének megismertetése, valamint az eredmények értékelésének módszere volt. A szakdolgozók számára pedig a fókuszban a vérvételek technikai kivitelezése és az itt felmerülő preanalitikai hibaforrások kiküszöbölésének lehetőségei szerepeltek.

Amennyiben a klinikusok esetlegesen nem a klinikai képbe illeszkedő eredményt tapasztalnak lehetőségük van a telefonos konzultáció kérésére a laboratórium diplomásaitól.

A Központi Laboratórium működési rendjére vonatkozó információkat, illetve szakmai ajánlásokat folyamatosan frissítjük az intraneten a szakma folyamatos részvételével.

A szolgáltatás igénybevevők ismereteinek bővítésére további lehetőség a „nyitott napok” tartása (Abramowitz és mtsai, 1987). Meghatározott időpontokban az érdeklődők számára a laboratórium munkájának bemutatása közelebb hozhatja a támogató szolgáltatásokat igénybevevőkhöz a bonyolult rendszereket.

A minőségirányítási rendszerek alapvető működésének megfelelően, a PDCA ciklus elemeihez igazodva a közel jövőben ismételt felmérést tervezünk, hogy lemérhessük, hogy a rendszerbe beépített jobbitó intézkedések hogyan szolgálták az igénybevevők elégedettségét.

A visszajelzések mind a laboratórium, mind a klinikum számára fontos információkkal bírnak, elősegítik a hatékonyabb betegellátást, jobbítják az együttműködést, valamint kijelölik a fejlesztési irányt mind a minőségi ellátás, mind a hibajavító tevékenységek területén.

2.2 In vivo képalkotó diagnosztika, Radiológiai Osztály

A képalkotó diagnosztikai vizsgálatok, a hagyományos röntgendiagnosztikától a legmodernebb eljárásokig, és invazív radiológiáig a modern medicina és természettudomány új lehetőségeit, hatékonyságát és sikereit biztosítják

- a szűrővizsgálatokban,
- a diagnosztikában,
- a differenciál-diagnosztikában,
- a gyógykezelés eredményességének monitorozásában,
- a betegség nyomon követésében és a prognosztikában.

Második lépésben a felhasználói elégedettség mérésében tehát e területre koncentráltunk.

A felmérés során a kitöltöttség aránya 88,23 % volt.

A teljesség igénye nélkül az alábbi kérdéscsoportok válaszait tartjuk kiemelendőnek:

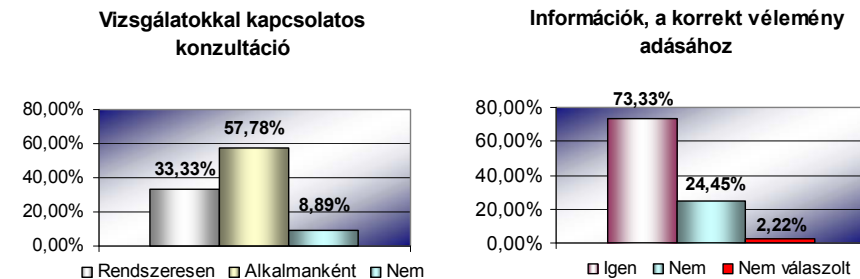
A képalkotó diagnosztika **szerepének és fontosságának megítéléséről**, a betegek kivizsgálásában és gyógyításával kapcsolatos témakörben az összesített adatok alapján, a vizsgálatban résztvevők 51,11%-a úgy véli, hogy munkájában kiemelt fontosságú, 42,22%-a pedig fontos helyet foglal el a képalkotó diagnosztika. A betegek ki-

vizsgálásában és gyógyításában a képalkotó diagnosztikai véleményt, a válaszolók 37,78%-a meghatározó fontosságúnak, 60,00%-a lényegesnek tartja.

Arra a kérdésre, hogy **mennyire korrelál a radiológiai lelet a klinikummal**, az alábbi eredményeket kaptuk. A vizsgálatban résztvevők 93,33%-a úgy nyilatkozott, hogy a radiológiai lelet többnyire, elősegíti a diagnózist, illetve kezelést, 6,67%-a viszont azt válaszolta, hogy teljes mértékben elősegíti.

A sürgős vizsgálati kérések fogadásának rendjéről, a vizsgálatok gyors elvégzéséről kérdések kapcsán a vizsgálatban résztvevők 84,44%-a teljes mértékben elégedett a sürgős vizsgálati kérések fogadásának rendjével, mindössze 13,34%-a válaszolt nemmel, 2,22%-a pedig nem nyilatkozott ebben a kérdésben.

A sürgős vizsgálatok elvégzésével maximálisan elégedettek voltak. A nyilatkozók 86,67%-a, megfelelő gyorsaságúnak tartja. Nem volt jelentős azoknak a százalékos aránya (8,88%), akik nemmel válaszoltak, illetve nem válaszoltak a kérdésre (**7. ábra**).



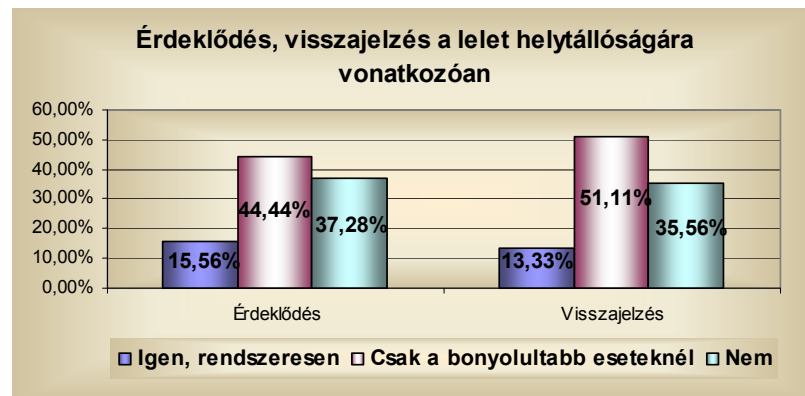
7. ábra A radiológusokkal való konzultációk vonatkozásában a válaszok, megoszlása
 Forrás: Saját kérdőíves adatok

Az összesített adatok alapján a vizsgálatkérők 33,33%-a rendszeresen, 57,78%-a alkalmanként **konzultál** a vizsgálatokról, a radiológus orvosokkal. Nemleges válasz mindössze 8,89% volt.

Arra a kérdésre, hogy **a vizsgálatot indikáló szakemberek megadnak-e minden információt** a radiológusnak a korrekt vélemény adásához, a válaszolók 73,33%-a igennel, 24,45%-a nemmel válaszolt. Egy esetben vélekedtek úgy, hogy nem tartják szükségesnek (8. ábra).

Az érdeklődés, visszajelzés vonatkozásában a vizsgálatkérők véleménye alapján a válaszolók 15,56%-a nyilatkozott úgy, hogy a radiológusuk rendszeresen érdeklődnek leletük helytállóságáról, illetve a betegek további sorsával kapcsolatban. A vizsgálatban résztvevők 44,44%-a azonban azt válaszolta, hogy csak a bonyolultabb eseteknél tapasztalnak érdeklődést. A válaszolók 37,78%-a viszont, nemleges választ adott.

Arra a kérdésre, hogy a vizsgálatkérők **adnak-e visszajelzést** a leletező radiológusnak **a lelet helytállóságáról** (más kiegészítő vizsgálatok, a kórlefolyás, a műtéti lelet, illetve a boncolás eredményének tükrében), az összesített adatok az alábbi eredményeket tükrözik. A válaszolóknak a 13,33%-a rendszeresen ad visszajelzést a radiológusoknak, 51,11%-a csak a bonyolultabb eseteknél, 35,56%-a viszont nem.

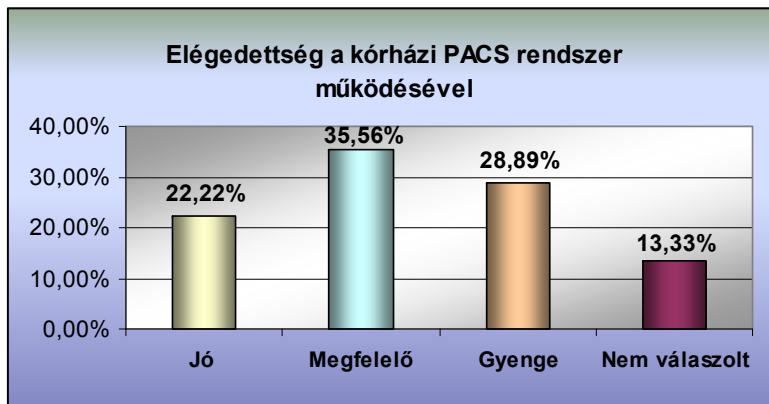


8. ábra Érdeklődés, visszajelzés a lelet helytállóságára vonatkozóan

Forrás: Saját kérdőíves adatok

A tervezett vizsgálatok előjegyzési rendszerének kapcsolatban a vizsgálatkérők mindössze 26,67%-a adott jó minősítést a tervezett vizsgálatok előjegyzési rendszeréről. A válaszadók többsége, 60,00%-a elfogadhatónak tartja, 13,33%-a rossznak ítélte meg.

A kórházi PACS rendszer működéséről, a képek minőségéről az összesített adatok alapján, úgy tűnik, hogy a vizsgálatkérők a PACS rendszer működésével kevésbé elégedettek (9. ábra)



9. ábra Elégedettség a kórházi PACS rendszer működésével

Forrás: Saját kérdőíves adatok

A felvetett problémák megoldásában, néhány esetben szintén az objektív körülmények (forráshiány számítógépes park cseréje, külső szolgáltató és kórházi rendszer informatikai összehangolása) jelentenek akadályt. Előrelépés történt ugyanakkor a tájékoztatásban, rendszeresen kerülnek a belső hálózatra újabb, előjegyzéssel, sürgős vizsgálati kérésekkel kapcsolatos tájékoztatók, szakmai útmutatók. Tanulásként levonható azonban, hogy az intranetes informálódási lehetőségek kihasználása távolról sem ideális, ösztökélni kell a dolgozókat a rendszeres használatra. Az egyes osztályok vizsgálati kontingenseinek változtatása, esetleges emelése csak részletes teljesítmény elemzések elvégzése után, objektív adatokkal alátámasztva időszerű.

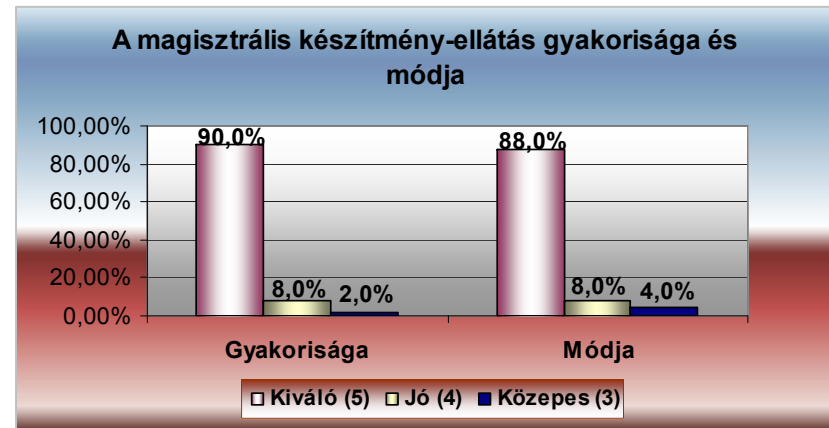
2.3 Gyógyszerészeti Osztály (az infúzió-, kötszer- és gyógyszer-ellátásról)

A felmérés technikai kivitelezése abban tér el a többitől, hogy a kérdőívek kiosztására a Főnövéri Testület meg-

beszélésén került sor, a válaszadók pedig a szervezeti egységek vezető ápolói voltak.

Feldolgozott kérdőívek száma: 50 db

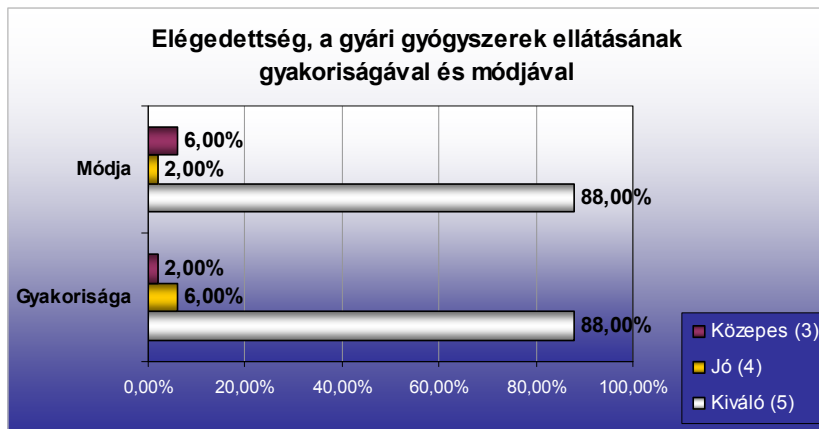
Az összesített adatok alapján, a vizsgálatban résztvevők 90,00%-a maximálisan elégedett a magisztrális készítmény-ellátás gyakoriságával, 8,00%-a jónak értékelte, mindössze 2,00% adott (1 fő), közepes minősítést (10. ábra



10. ábra : A magisztrális készítmény-ellátás gyakorisága és módja

Forrás: Saját kérdőíves adatok

A gyári gyógyszerek ellátásának gyakoriságáról és az ellátás módjáról kérdéskörben kiváló eredményeket kaptunk a gyári gyógyszerek ellátásának gyakoriságáról, az ellátás módjáról. A vizsgálatban résztvevők 88,00%-a teljes mértékben elégedett, 6,00%-a jónak tartja, 2,00%-a közepes értékelést adott (11. ábra)



11. ábra Elégedettség a gyári gyógyszer ellátottsággal

Forrás: Saját kérdőíves adatok

A kötszer-ellátás gyakoriságának, az ellátás módjának megítélésével kapcsolatban a kötszer-ellátás gyakoriságát és módját a vizsgálatban résztvevők jónak értékelték. Az ellátás gyakoriságával a válaszolók 74,00%-a maximálisan elégedett volt, 20,00%-a jónak, 6,00%-a közepesnek minősítette (12. ábra)



12. ábra Elégedettség a kötszer ellátottsággal

Forrás: Saját kérdőíves adatok

Az infúzió-ellátás gyakoriságának, az ellátás módjának megítélésében a vizsgálatban résztvevők az infúzió-ellátás gyakoriságát megfelelőnek tartják. A válaszolók 72,00%-a kiváló, 8%-a jó, 2,00%-a közepes minősítést adott.

Az összesített adatok alapján megállapítható, hogy a betegosztályok és részlegek jelentős százalékban elégedettek, az infúzió-, kötszer- és gyógyszer-ellátással.

Fontos, hogy a gyógyszerészeti, szakgyógyszerészeti konzultációs tevékenységre, kliniko-farmakológiára a jelen felmérés nem terjedt ki!

A gyógyszerészeti ellátás terén a Központi Citosztatikus Laboratórium, mely 2013 áprilisában kezdte meg működését, új szolgáltatási forma, itt is tervezünk elégedettség vizsgálatot, fél év tapasztalatainak tükrében.

Összefoglalás

Az Intézményünkben működő minőségirányítási rendszerek belső és felülvizsgáló külső auditjai során felmerült, hogy mérjük háttérszolgáltatást nyújtó szervezeti egységeinkkel kapcsolatosan a szolgáltatásokat igénybe vevők elégedettségét.

Várható volt, hogy a visszajelzések mind a támogató szolgáltatást nyújtó szakmai egységek, mind a klinikum számára

- fontos információkkal bírnak,
- elősegítik a hatékonyabb betegellátást,
- jobbítják az együttműködést,
- kijelölik a fejlesztési irányt mind a minőségi ellátás, mind a hibajavító tevékenységek területén.

A diagnosztikai és támogató szolgáltatások alapvető fontosságúak a betegellátásban. Szükséges, hogy ezen a szakterületek is kielégítsék a páciensek, a betegek és azoknak az orvosoknak, szakmai partnereknek, szolgáltatóknak a szükségleteit, akik felelősek a betegek ellátásáért

Az értékelés igazolta, hogy a minőségi betegellátáshoz nélkülözhetetlen szakmai tudás és megbízhatóság az érdeelt felek számára egyaránt a legfontosabb, de felszínre kerültek azok a nehézségek is, melyeket az objektív körülmények miatt nem lehet megoldani.

4. Irodalom

Szakirodalom:

Abranowitz, S.,Coté, A.A.,&Berry, E. (1987) Analyzing patient satisfaction:a multianalytic. QRB, April,122-130

Boján, F.,Belicza Éva: Bevezetés az egészségügyi minőségbiztosításba 1995 Debrecen EMIKK füzetek 5. szám 15.oldal

Davis,S.L.& Adams-Greenly, M. (1994) Integrating patient satisfactionwith a quality impovement program.JONA, 24, 28-31

Koczor Zoltán dr.: Az elégedettség mérése és összefüggése a minőséggel Magyar Minőség 2002/6 11-14

MSZ EN ISO 9001:2009

Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok (2007)

Internetes letöltések:

http://www.quality-mmt.hu/adat/fajlok/letoltesek/magyar-elektronikusfolyoirat/mm_2001-2009/02_06_mm.doc

Adatszolgáltatók, adatforrások

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház felhasználói elégedettség vizsgálat kérdőívei

Hirdessen a

MAGYAR MINŐSÉG[®]-ben

a Magyar Minőség Társaság havi folyóiratában

A/ A minőségügyi rendszer

A mikrobiológiai vizsgálatok olyan minőségének biztosítása, amely megfelel mind a szakmai és törvényi előírásoknak mind a megrendelők elvárásainak, szabályozott tevékenységet és minőségirányítási rendszer működtetését kívánja meg a laboratóriumoktól.

A minőségszabályozás lényege, hogy a folyamatokra nézve előírásokat, követelményeket fogalmazunk meg, ezek megvalósulását folyamatosan nyomon követjük, ellenőrizzük, a visszakereshetőség érdekében ezeket dokumentáljuk, eltérés esetén intézkedéseket fogantossítunk a hibák megszüntetésre és megelőzésére, a bevezetett intézkedések hatásosságát elemezzük és ezeket az eredményeket felhasználva a tevékenységeket tovább fejlesztjük.

A szabályozás magában foglalja a tevékenység valamennyi területét, elemét és munkafázisát.

A szabályozott működés kiterjed a vizsgálati tevékenység folyamatába belépő vizsgálati minták, anyagok, a folyamatban részt vevő berendezések, személyzet, környezet, a folyamatot alkotó módszerek és a folyamat végeredményét képező, eredmények minőségének biztosítására. Ennek megvalósítása érdekében a vizsgálatokhoz megfelelő és folyamatosan kontrollált feltételeket kell biztosítani. A tevékenység minden részét előzetes terv szerint, rendszeres ellenőrzés mellett kell folytatni. A folyamat valamennyi részének megfelelő működését, ellenőrzöttségét dokumentációval kell igazolni.

1. A vizsgálatokat végző laboratóriumok működésének területei, ahol a szabályozásnak érvényesülni kell:

- A rendszerbe belépő elemek
- A vizsgálati tevékenység
- A rendszerből kilépő elemek

1.1 A rendszerbe belépő elemek

A vizsgálati minta, a vizsgálatot végző személyek, a vizsgálatához (valamennyi fázis) szükséges eszközök, berendezések, a vizsgálatokhoz felhasznált anyagok (vegyszerek, diagnosztikumok, táptalajok), a vizsgálat elvégzésének környezeti feltételei, az alkalmazott vizsgálati módszerek a belépő elemek.

A rendszerbe csak olyan elemeket vihetünk, amelyeket előzetesen kiválasztottunk azt értékelve, hogy a vizsgálat alapvető céljának és követelményeinek megfelelő-e.

Minden belépő elem ezután is csak ellenőrzés és a megfelelőség jóváhagyása után kerülhet be a folyamatba.

A megfelelő **vizsgálati minta** a záloga a helyes eredménynek, ezért a minta vizsgálatra való alkalmasságát az anyagátvételnél szigorúan ellenőrizni kell. A mintavételi és szállítási előírásokat, a minta nem megfelelőségének és visszautasításának kritériumait a laboratórium rögzíti olyan dokumentumban, amelyet a beküldők részére átad, illetve elérhetővé tesz.

A **felhasznált anyagok** minősége nagyban befolyásolja az elvégzett munka eredményét. A vegyszerek, reagensek, táptalajok, kontroll törzsek megfelelőségéről minden használatba vételnél meg kell győződni.

A tevékenység során **alkalmazott eszközök, műszerek, berendezések** ugyancsak nagy hatással vannak a munka minőségére. Minden eszközt és berendezést alkalmazásba vétele előtt be kell üzemelni, amikor is sor kerül annak ellenőrzésére és igazolására, hogy a berendezés a vizsgálat céljának megfelel és megbízható eredményeket szolgáltat. A berendezések, eszközök, műszerek helyes működő képességének folyamatos fenntartása, biztosítása elengedhetetlen feladat. (VI. 4)

A laboratórium vizsgáló tevékenységének minden fázisában arra megfelelően kiképzett és felhatalmazott **személyzet** működik közre. A személyzet munkájának folyamatos nyomon követése, értékelése kiemelkedően fontos eleme a tevékenység minőségszabályozásának. Gondoskodni kell arról, hogy a dolgozók megszerezzék, és napra készen tartsák a rendeletekben előírt illetve a szakmailag szükséges szakképesítéseket. Ennek megvalósulása a személyre szabott képzési terv kidolgozásával és értékelésével érhető el. Az újonnan belépő dolgozók részére ütemezett oktatási naplót kell készíteni, amely tartalmazza az egyes munkafázisok elsajátításának időzítését, ellenőrzését, az önálló munkavégzésre történő felszabadítás tényét.

A vizsgálatok elvégzéséhez megfelelő **környezet** biztosítása is alapvető fontosságú. A laboratóriumi környezet jellemző paramétereire (pl. hőmérséklet, páratartalom, mikrobiológiai tisztaság) vonatkozó követelményeket meghatározzuk, az értékeket rendszeresen monitorozzuk, eltérések esetén a hiba elhárítására intézkedéseket hozunk. Amennyiben a hiba károsodást okozott a vizsgálati mintában vagy a felhasznált anyagokban, gondoskodni kell a hiba hatásának megszüntetéséről új anyagok felhasználásával, szükség esetén új vizsgálati minta bekérésével. Valamennyi megtett intézkedésről feljegyzést kell készíteni a nyomon követhetőség érdekében.

1.2 A vizsgálati tevékenység

A vizsgálati folyamat a laboratórium működésének alapja, ezért annak megfelelőségét folyamatosan ellenőrizni kell. (VI.2) Vizsgálni és elemezni kell a kivitelezés olyan lépéseit, amelyek hatással vannak a vizsgálat eredményére. Az egyes lépések megfelelőségét a technikai érvényesítést (validálást) végző személy igazolja. Csak az igazoltan megfelelően elvégzett vizsgálatról adható ki eredmény. Amennyiben a vizsgálat során problémákat tapasztalni és az eredmény nem a várakozásnak megfelelő, a lehetséges hibák okát, forrását fel kell tárni. Olyan intézkedéseket kell hozni, amely egyrészt az aktuális hibát elhárítja, másrészt a jövőbeli előfordulás esélyét minimálisra csökkenti. Ilyen esetekben a vizsgálat megismétlésére kell, hogy sor kerüljön.

A tevékenység végzésére a személyzetnek, a laboratóriumnak szakmailag mindig felkészültnek kell lenni, ezt jártassági körvizsgálatokban való részvétellel lehet ellenőrizni és igazolni.

A vizsgálat elvégzésére való képességet folyamatosan fejleszteni kell, továbbképzésekkel és belső ellenőrzésekkel, átvizsgálásokkal, elemzésekkel és értékelésekkel egyaránt.

1.3 A rendszerből kilépő elemek

A laboratórium tevékenységének kimenete: - a „termék” - a **vizsgálat eredménye**, a laboratóriumi lelet. A vizsgálati eredményeket kiadásuk előtt érvényesíteni validálni kell. Ez a folyamat két részből tevődik össze: a technikai validálás a vizsgálati módszer megfelelő kivitelezését igazolja, az eredmény validálás pedig a kapott vizsgálati eredmény érvényességét, a feltett diagnosztikai kérdésre adott válasz megfelelőségét igazolja. (VI. x).

2. A szabályozott működés megvalósítása, a minőség-irányítási rendszer működtetése

A minőségirányítási rendszer működtetéséhez a legalkalmasabb, ha megfelelő dokumentációs szerkezetet hoz létre a laboratórium. Ennek általánosan elterjedt formája, amely egyes rendszerszabványok követelményeinek is megfelel, a következő: A vizsgálati tevékenységet és azt támogató folyamatokat szabályozó legmagasabb rendű dokumentum a minőségirányítási kézikönyv, amely a minőségirányítási rendszer teljes egészének átfogó leírását tartalmazza (4. pont). A kézikönyv fejezetei a rendszer elemeit írják le és bemutatják a rendszerelemek közötti kapcsolatokat. A szabályozás részletesebb előírásait az eljárás leírások a konkrét megvalósítás menetét a munkautasítások rögzítik.

3. A minőségirányítási rendszer működésének igazolása

A laboratórium, amennyiben létrehozta és működteti minőségirányítási rendszerét, részt vehet felhatalmazással rendelkező külső testületek által végzett igazoló eljárásokban. A szerint, hogy milyen rendszerszabványok, mely követelményeinek teljesülését vizsgálja, a testület két eljárást különböztetünk meg: a tanúsítást és az akkreditálást.

3.1 Tanúsítás

A tanúsítás az irányítási rendszer szabvány követelmények szerinti működését igazolja. Legfőbb, legáltalánosabb rendszerszabvány az ISO 9001 (Minőségirányítási rendszerek), amely alapján az átvizsgálást lefolytatják. Az ISO 9001 szabvány alkalmazása során a szervezetnek bizonyítani kell, hogy folyamatosan képes olyan terméket szolgáltatni, amely megfelel a vevői, jogszabályi és egyéb szabályozó követelményeknek. A rendszer

működtetésének célja a vevői elégedettség folyamatos növelése, alapja a folyamatközpontú megközelítés.

Sok esetben a minőségirányítási rendszer mellett, azzal szoros összefüggésben működtetnek más irányítási rendszereket is pl. a világon legelterjedtebben alkalmazott KIR Környezetközpontú irányítási rendszer (ISO 14001), MEBIR Munkahelyi egészségvédelem és biztonság irányítási rendszere (MSZ 28001, OHSAS 18001). A KIR ISO 14001 szabvány alkalmazásának fő célja a törvényi előírások betartásán alapuló környezettudatos működés kereteinek megvalósítása a környezeti szennyezés megelőzésére. Az ISO 14001 a környezeti tényezők szabályozására, a szervezet tevékenységeinek, termékeinek és szolgáltatásainak a természettel való kölcsönhatására összpontosít.

A MEBIR OHSAS 18001 szabvány alkalmazható az olyan szervezetekre, amely az egészségi és biztonsági veszélyeknek kitett alkalmazottak vagy egyéb érdekeltek egészségügyi kockázatát a minimumra kívánja csökkenteni, vagy ki akarja küszöbölni.

Az irányítási rendszerek tanúsítására számos szervezet rendelkezik jogosítvánnyal.

3.2 Akkreditálás

Az akkreditálás olyan tevékenység, amely során külső felhatalmazott szervezet hivatalosan elismeri és igazolja, hogy egy szervezet alkalmas meghatározott feladatok elvégzésére, műszakilag érvényes adatokat és eredményeket szolgáltat. Magyarországon a 2005. évi LXXVIII törvény értelmében a Nemzeti Akkreditáló Testület (NAT) az akkreditációt végző egyetlen hazai szervezet. A NAT az akkreditálást az európai és nemzetközi szabványokat közlétező nemzeti szabványok és a NAT által kidolgozott szakma-specifikus dokumentumok követelményei

szerint végzi, harmonizálva a nemzetközi és európai akkreditálási eljárás rendekkel.

Az orvosi mikrobiológiai laboratóriumok vizsgálati tevékenységére az MSZ EN ISO/IEC 17025 Vizsgáló és kalibráló laboratóriumok felkészültségének általános követelményei c. szabvány és az MSZ EN ISO 15189 Orvosi laboratóriumok c. szabvány, valamint a NAR-20-IX szakma-specifikus NAT dokumentum vonatkozik.

Az akkreditálásban való részvétel önkéntes, hatósági díjszabásban rögzített költsége van. A szervezet minimum 3 hónapig működteti a minőségirányítási rendszerét, majd ezt követően a NAT-hoz előírások szerinti kérelmet nyújthat be az eljárás elindítása érdekében. Az akkreditálás kérelmezhető mindkét fent említett rendszerszabvány szerint együttesen vagy külön-külön is, az alkalmazott szabvány megnevezése a kiadott okiraton feltüntetésre kerül.

4. Az MSZ EN ISO/IEC 17025 szabvány szerinti minőségirányítási kézikönyv tartalma

4. FEJEZET IRÁNYÍTÁSI KÖVETELMÉNYEK

- 4.1 Szervezet
- 4.2 Irányítási rendszer
- 4.3 Dokumentumok kezelése
- 4.4 Megrendelői szerződések átvizsgálása
- 4.6 Szolgáltatások és szállítások
- 4.7 Szolgáltatás a megrendelők számára - vevőszolgálat
- 4.8 Panaszok kezelése
- 4.9 Nem megfelelő vizsgálatok és tevékenységek kezelése
- 4.10 Minőségfejlesztés
- 4.11 Helyesbítő tevékenység
- 4.12 Megelőző tevékenység
- 4.13 Feljegyzések kezelése

- 4.14 Belső auditok
- 4.15 Vezetőségi átvizsgálás

5. FEJEZET MŰSZAKI KÖVETELMÉNYEK

- 5.1 A műszaki követelmények általános irányelvei
- 5.2 Személyzet
- 5.3 Elhelyezési és környezeti feltételek
- 5.4 Vizsgálati módszerek és a módszerek érvényesítése
- 5.5 Laboratóriumi berendezések
- 5.6 A vizsgálatok visszavezethetősége
- 5.7 Mintavétel
- 5.8 A vizsgálati minták kezelése
- 5.9 A vizsgálati eredmények minőségének biztosítása
- 5.10 Eredmények közzlése, leletkiadás

B/ Az alkalmazott módszerek validálása, ellenőrzése

A laboratóriumok tevékenységének célja bizonyos szakmai kérdések megválaszolása vizsgálatok, mérések elvégzésével. A laboratóriumok a megrendelői kérések kielégítésére olyan vizsgálati módszereket választanak, amelyek szakmailag megalapozottak, alkalmasak a vizsgálat céljának teljesítésére, segítséget adnak a klinikai diagnózisok felállításához, vagy a járványügyi helyzet feltárásához, egyeztettek és megfelelnek a megrendelők igényeinek. A kiválasztás szempontja ezen felül, hogy a laboratórium személyzete képes legyen a kiválasztott módszer megfelelő alkalmazására és rendelkezésre álljanak a megfelelő anyagok, eszközök és berendezések.

A vizsgálati módszerek szakmai háttérét nemzeti és/vagy nemzetközileg elfogadott útmutatók, előírások, elismert szervezetek kiadványai képezik, technikai megvalósításhoz diagnosztikus kitek esetén a gyártói módszerleírás szolgál.

1. A módszerek érvényesítése (validálás)

A laboratóriumban alkalmazott vizsgálati módszerek megfelelőségének és megbízhatóságának ellenőrzése és igazolása a laboratóriumi tevékenység alapfeltétele, és a laboratórium feladata, felelőssége. Az akkreditáció körébe vont vizsgálatok esetén pedig szabványkövetelmény is előírja a módszerek érvényesítését.

A vizsgálati tevékenység a felmerült szakmai kérdés megválaszolására legalkalmasabb módszer kiválasztásával kezdődik. Ez a választás döntő hatással van a vizsgálat eredményességére. Rutin vizsgálatok többsége esetén ez a kiválasztás a szakmai előírások szintjén megtörténik, de sok esetben több módszer közül kell az aktuális célnak legmegfelelőbbet kiválasztani.

Az alkalmazott módszer -a rendszerszabványok terminológiája szerint- lehet szabványos, nem szabványos és saját fejlesztésű.

- **Szabványosnak** minősülnek a hazai és a nemzetközi szabványok előírásai szerint végzett vizsgálatok, továbbá az elfogadott nemzetközi és hazai kivitelezési útmutatók, kézikönyvek, guide-line-ok, illetve a szakmailag megalapozott gyártói validálással rendelkező diagnosztikus kitek leírásai szerint végzett vizsgálatok.
- **Nem szabványos**, a laboratórium által módosított, továbbfejlesztett a vizsgálat, ha a fenti forrásokban leírt módszerektől bizonyos lényeges paraméterben eltérő módon végzi a laboratórium a vizsgálatot.
- **Saját fejlesztésű** a módszer, amennyiben a laboratórium saját maga dolgozza ki a kivitelezés metodikáját és a fenti forrásokban megtalálható leírásoktól lényeges pontokban eltér, vagy azokban nem is található meg.

A módszerek validálása azt igazolja, hogy a laboratórium által alkalmazott vizsgálati módszer a célnak megfelel,

azaz a laboratórium érvényes, szakmailag megfelelő, a diagnózist támogató eredményt ad a megrendelőnek, és kellően felkészült az erőforrások tekintetében.

A módszer cél szerinti megfelelőségét a metodika teljesítmény jellemzői tükrözik. Ezek a mérhető és statisztikailag értékelhető paraméterek a következők lehetnek:

- specificitás,
- szelektivitás,
- érzékenység,
- kimutathatósági határ,
- reprodukálhatóság,
- ismételhetség,
- precizitás,
- pontosság,
- mérési bizonytalanság.

2. A módszerérvényesítő eljárások és kivitelezésük

2.1 Verifikálás

A szabványos és szabvány jellegű módszerek esetében a fent említett teljesítmény jellemzőket nem kell a laboratóriumnak meghatározni. Ezek külső szakmai forrásokból hozzáférhetők és az elemzésekhez felhasználhatók. A laboratórium ebben az esetben verifikálást végez a módszer bevezetésekor, annak igazolására, hogy a metodika az adott laboratóriumi feltételek között is teljesíti a követelményeket. Ennek igazolására szolgáló módszerek:

- referenciaetalonokkal vagy anyagmintákkal végzett kalibrálás, gyári kontroll- mintákkal végzett mérések,
- az alkalmazott módszer összehasonlítása eltérő, ismert, validált, standard, referencia módszerrel,
- részvétel laboratóriumi összehasonlító vizsgálatokban, szervezett jártassági vizsgálatokban

- a mérést befolyásoló tényezők szisztematikus elemzése,
- a mérési bizonytalanság becslése.

A verifikálásra a fenti módszerek valamelyike, vagy azok kombinációja alkalmazható. Minél több módszert alkalmazunk, annál több információ fog rendelkezésre állni a kiadott eredmények megbízhatóságáról. A vizsgálati módszer és a feladat (cél) ismeretében kell a verifikálás módját meghatározni. A verifikálási eljárás eredményeit a nyomon követhetőség érdekében jegyzőkönyvben, feljegyzésben kell rögzíteni.

2.2 Validálás

A nem szabványos és saját fejlesztésű módszerek esetén a kidolgozott metodika részletes validálását a laboratóriumnak kell elvégezni a módszer alkalmazásának megkezdése előtt, a módszerre jellemző teljesítmény-paraméterek meghatározásával, kiértékelésével.

A jó validálási eljárás tervezéséhez, kivitelezéséhez ismerni kell magát a vizsgálati módszert és jellegzetességeit, a minta tulajdonságait, meg kell határozni az adott vizsgálatban lényeges szerepet játszó paramétereket, a teljesítményjellemzőket, meg kell állapítani, hogy a módszer a teljesítményjellemzők milyen határértékei között alkalmas a feladat megoldására adott megbízhatósággal.

A validálás folyamata

- tervezésből,
- a validálási eljárások kiválasztásából,
- a megfelelőségi kritériumok meghatározásából,
- a validálási eljárások kivitelezéséből,
- az eredmények kiértékeléséből,
- dokumentálásából,
- és a módszer minősítéséből áll.

A validálás során a feladat célját és a vizsgálati minta természetét figyelembe véve kell a vizsgálandó teljesítményjellemzőket megválasztani és az azokkal szemben támasztott követelmények szigorúságát meghatározni.

A vizsgálat cél és követelmények szerinti alkalmasságának megítéléséhez a vizsgálat teljes folyamatát, minden fázisát (mintavétel, mintaszállítás és kezelés, előkészítés, mérés) be kell vonni az érvényesítés folyamatába, mind a verifikálás mind pedig a validálás során.

3. A vizsgálatok minőségének biztosítása

A bevezetett és alkalmazott vizsgálati módszerek minőségét folyamatosan biztosítani kell, a személyzet felkészültségét napra készen kell tartani. Ennek érdekében a folyamatokat rendszeresen külső és belső ellenőrzési eljárásoknak kell alávetni.

Az ellenőrzés gyakoriságára és módjára a laboratóriumoknak szabályozással kell rendelkezni.

A kiválasztott ellenőrzési eljárást vagy eljárásokat önállóan vagy több módszer együttes kombinációjában célszerű alkalmazni a vizsgálati eljárás követelményeinek megfelelően.

3.1 Belső minőség-ellenőrzés módszerei

- napi kontroll – tanúsított, referencia anyagok, kontroll reagensek, mikroorganizmus törzsek használata
- időszakos kontrollok
- megismételt vizsgálatok, újra mérések korábbi megőrzött mintákkal
- összehasonlítás olyan más módszerekkel, amelyek ugyanannak a paraméternek a meghatározására szolgálnak.
- szakmai ellenőrzés, felülvizsgálat
- rendszeres átvizsgálás (belső audit)

3.2 Külső minőség-ellenőrzés módszerei

- jártassági vizsgálatok
- laboratóriumok közötti összehasonlító vizsgálatok

A minőségellenőrzés adatait mindenkor értékelni és elemezni kell. Amennyiben a vizsgálatokhoz kapcsolódó meglévő előírt határértékektől eltérés mutatkozik, a laboratórium helyesbítő intézkedéseket valósít meg.

A belső minőségellenőrzés eredményeit jegyzőkönyvben rögzítik. A jegyzőkönyv a vizsgálati módszerre vonatkozó követelményeket és azok teljesülésére vonatkozó eredményeket és megállapításokat tartalmazza az alkalmazott minőségellenőrzési eljárás meghatározásával.

Vizsgálati eredményeket, leleteket csak megfelelő külső és belső minőségellenőrzési eredmények birtokában szabad kiadni.

A minőségellenőrzés elemzése során feltárhatók a nem megfelelő működések okai, illetve az előforduló hibák tendenciái is, ezek jó alapot szolgáltatnak a laboratórium számára a vizsgálati tevékenység folyamatos javítására, fejlesztésére.

4. A vizsgálati módszerek kivitelezésének szabályozása, rögzítése

Ahhoz, hogy a laboratórium az általa végzett módszereket mindig az előírt módon és minőségben végezze, elengedhetetlen a metodikákat írásos formában rögzíteni.

A munkafolyamatok, kivitelezési eljárások leírásának elterjedt, és a rendszerszabványok követelményeit is kielégítő módja, ha ún. munkautasításokban foglaljuk össze a vizsgálatra vonatkozó valamennyi információt.

A munkautasítások tartalma a következőkre terjedjen ki:

- A vizsgálat célja, alkalmazási területe, elméleti háttere
- A vizsgálati módszer jellege, jellemző paraméterei
- Az eredményt befolyásoló tényezők, a vizsgálati módszer mérési bizonytalanságának megállapításának módja és a mérési bizonytalanság becslése
- A vizsgálati minta kezelése és előkészítése
- A szükséges berendezések, eszközök, anyagok reagentisek felsorolása
- A szükséges környezeti feltételek, speciális biztonsági előírások felsorolása
- A kivitelezési eljárás részletes leírása
- A minőségellenőrzés szabályainak felsorolása
- A nem megfelelő vizsgálatok esetén alkalmazott intézkedések, hibák elhárítása
- A vizsgálati eredményének értékelése,
- Az eredmények validálása, kiadása, az interpretálás szabályai

Gondoskodni kell arról, hogy a munkautasításokban leírtak valamennyi a munkafolyamat végzésében érintett dolgozó számára ismertek és hozzáférhetőek legyenek. Amennyiben változások történnek a leírásokban, biztosítani kell, hogy mindenki csak az érvényes, aktuális munkautasításokkal rendelkezzen, azokat használja a munkavégzés során. Az aktualitásukat veszített dokumentumokat archiválni kell, és a tévedések elkerülése érdekében el kell távolítani a munkavégzés helyszínéről.

C/ A leletkiadás szabályozása

A laboratóriumi vizsgálati tevékenység végeredménye a lelet, amely a vizsgálatra vonatkozó releváns információt, a vizsgálat eredményét, szükség esetén annak véleményezését, értelmezését tartalmazza, és amelyet a vizsgálatot kérők számára a laboratórium kiad.

A laboratóriumok csak olyan vizsgálatok eredményeit adhatják ki, amelyek megfelelő külső és belső minőség-ellenőrzési minősítéssel rendelkeznek. A laboratóriumok leleteket csak módszertani és szakmai ellenőrzés (technikai és szakmai validálás) után közölhetnek. Az érvényesítéseket és ellenőrzéseket a feladatra feljogosított személyek végzik.

Törekedni kell arra, hogy a kiadott mikrobiológiai leletek formailag egységesek legyenek.

A leletek készülhetnek erre a célra fejlesztett számítógépes programokkal (pl. MedBakter), továbbá számítógéppel szerkesztett formátumban vagy előrenyomtatott űrlapokon.

A vizsgálati eredményeket objektíven, pontosan, érthetően, a vizsgálat típusának megfelelően kell közölni olyan módon, hogy a megrendelők (beküldők) igényét kielégítse.

A laboratóriumnak szabályozást kell kidolgoznia és működtetnie a leletek kiadásának rendjéről az információk és az adatok védelme, a nyomon követhetőség érdekében.

A szabályozásnak ki kell térnie ki az eredmények kiadásának és a leletek kezelésének valamennyi területére: tárolás, megőrzés, módosítás, hozzáférés, archiválás.

1. Eredmények közlése, kiadása

1.1 A vizsgálati eredményközlő lap (lelet) általános tartalma

- az eredményközlő lap címe
- a leletet kiadó osztály/laboratórium adatai (az Intézet neve, címe, osztály/laboratórium megnevezése, osztályvezető neve, elérhetőségek)
- a megrendelőre vonatkozó adatok (intézmény vagy a vizsgálatot kérő neve, címe)

- a vizsgálati naplósorszám (beküldő)
- a beteg adatai (minimálisan: TAJ szám, születési idő, név – kivéve anonim vizsgálatok)
- a beküldött minta adatai (típus, beérkezési idő, a mintavétel ideje – a vizsgálat szempontjából lényeges pontossággal, nap, ill. óra perc megjelöléssel)
- a beküldött minta vizsgálati eredményei
- az elvégzett vizsgálatok módszereinek megnevezése, azonosítója.
- a laboratóriumnak az eredmény(ek)re és a szolgáltatásra vonatkozó értelmezései, véleményezései, magyarázatai, megjegyzései, amennyiben szükséges.
- továbbá a leleten szerepel még a lelet kiadásának dátuma, a leletet validáló (érvényesítő) személy neve, valamint a validálás pontos időpontja.

A laboratórium, ill. a szervezet határozza meg, milyen feltételek mellett tekinthető a lelet érvényesnek: pl. egy felhatalmazott diplomás munkatárs aláírásával, pecséttel ellátva, vagy aláírás nélkül, a validálással érvényes.

1.2 Validálás (érvényesítés)

Az eredmények kiadásának feltétele, hogy érvényes és ellenőrzött adatok, információk álljanak rendelkezésre. A módszer helyes kivitelezését, a kapott eredmények érvényességét a **technikai validálás** során kell ellenőrizni. Ezt a feladatot arra felhatalmazott munkatárs(ak)nak kell végezni, aki(k) a vizsgálat során keletkezett feljegyzéseken aláírással, kézjeggyel igazolja(k) az eredmények helyességét és kiadhatóságát. Az adatokat valamilyen erre a célra fejlesztett számítógépes szoftver (pl. MedBakter) segítségével, vagy manuálisan rögzítjük szövegszerkesztő, táblázatkezelő programmal.

A kiadásra kerülő lelet érvényesítése a tényleges **szakmai validálás**. A validálásra felhatalmazott szakorvos,

orvos vagy egyéb diplomás ellenőrzi a leletben foglaltakat, az adatbevitel megfelelőségét, az információk egyezését a beküldő lapok, vizsgálati jegyzőkönyvek és a számítógépes felület adatainak egybevetésével. A validáló vizsgálja az eredmények hihetőségét, a klinikai információkkal való összefüggéseit, és a korábbi eredményekhez való viszonyát is.

1.3 Véleményezés, értelmezés

A vizsgálatot kérők számára a vizsgálat eredményeit egyes esetekben értelmezni szükséges a kívánt diagnosztikai cél elérése, a lelet felhasználásának megkönnyítése érdekében.

A leleten az eredmény magyarázatát, értelmezését, a korábbi vizsgálatok eredményeivel való összehasonlítását, illetve az összehasonlítás jelenlegi eredményre gyakorolt befolyásoló vonatkozásait a vizsgálati eredményektől elkülönítve kell feltüntetni. A vizsgálati eredménnyel összefüggésben álló, szakmailag megalapozott véleményezés, interpretálás az arra felhatalmazott diplomás munkatárs feladata.

1.4 Akkreditáció körébe vont vizsgálatok

Amennyiben a laboratórium a Nemzeti Akkreditáló Testület által akkreditált vizsgálatokat is végez, úgy az akkreditált státuszra való hivatkozást a NAT előírásainak megfelelően kell feltüntetni a leletlapon. Az akkreditáció körébe vont vizsgálatokat egyértelműen meg kell különböztetni az akkreditáción kívül esőktől.

1.5 A leletek kiadása

Az eredmények továbbítása a beküldő részére általában írásos formában, postai úton, lezárt, borítékban történik. A borítékra, az egészségügyi adatra és a felbontás korlátozására figyelmeztető jelzést kell elhelyezni. Előzetes

megbeszélés alapján - a beküldő kérésére - futárok útján is történhet a kézbesítés. A leletek futár segítségével történő kézbesítését -átadás/átvétel- dokumentálni kell.

Elektronikus eredményközlésre is sor kerülhet amennyiben a laboratórium kórházi vagy egyéb zárt informatikai hálózati rendszerben működik. Ennek részletes szabályozását is ki kell dolgozni. Nyílt hálózatokon keresztüli adatközlés az adatvédelem szempontjából kockázattal jár, ezért az eredményközlésnek ezt a formáját lehetőleg kerülni kell.

1.6 Sürgős esetben történő eredményközlés

Rendkívüli esetekben (sürgős vizsgálat, a beteg állapota kritikus eredmények, járványügyi események) az írásos eredményt megelőzheti telefonon, elektronikus úton vagy faxon kiadott előzetes eredményközlés. Ezekben az esetekben a bizalmas adatkezelésre, a beteg adatainak védelmére a lehetőség szerinti legnagyobb szigorúsággal kell eljárni. Erre vonatkozóan külön szabályozást kell a laboratóriumnak kidolgozni. A telefonos és faxon történő eredményközlést minden esetben követi a hagyományos, postai úton történő leletkiadás is. Minden telefonon vagy faxon történő leletkiadás tényét fel kell jegyezni a vizsgálatkérő (beküldő) lap hátoldalán vagy egy Telefon-naplóban, rögzítve a kiadás (beszélgetés) dátumát, időpontját, tárgyát, az adatközlő személy nevét, a kapcsolattartó személy nevét, beosztását.

1.7 Továbbított lelet, közreműködő laboratórium, referencia laboratórium

Azokban az esetekben, amikor egy laboratórium a kért vizsgálatot -eszközök és kompetencia hiányában- nem vagy csak részben tudja elvégezni, a beküldő kérésének teljesítésére a vizsgálati mintát, ill. a kitenyészett baktérium törzset a beküldő kérelmével (vagy annak máso-

latával) és az elvégzett vizsgálat részeredményével együtt a magasabb kompetencia szintű laboratóriumba kell továbbítani. Ugyanígy szükséges eljárni a rendeletileg szabályozott járványügyi minták esetén is. A kompetens laboratórium a vizsgálat elvégzését követően a beküldő részére küldi meg az eredményt, feltüntetve a részeredményt közlő laboratóriumot, vagy csatolva az eredeti részeredményt. Rendeletileg szabályozott járványügyi minták esetén a járványügyi hálózat illetékese is megkapja a lelet egy példányát.

A megerősítő vizsgálat céljából a referencia laboratórium részére beküldött minták (pl. vérsavó vagy baktérium törzsek) esetén az eljárás hasonló.

2. Leletek kezelése

2.1 Leletek tartalmának utólagos módosítása

Leletek módosítására sor kerülhet, ha a vizsgálatokban, ill. a lelet tartalmában változás történik:

- utólag a lelet kiadását követően észlelt nem megfelelőségek esetén (pl. a vizsgálat elvégzéséhez használt reagens-kit nem megfelelősége, vagy a be rendezés meghibásodása, a betegre és/vagy a beküldőre vonatkozó adatokban, a kiadott vizsgálat eredményben talált nem megfelelőségek)
- előzőleg már kiadott -részeredményt követő- újabb eredmény kiadása esetén, a lelet(ek) tartalmának változtatása válik szükségessé. A módosított tartalmú leleten kerüljön feltüntetésre a módosítás ténye, oka és az, hogy a módosítással melyik előző lelet vagy vizsgálati eredmény válik érvénytelenné, vagy mely korábbi részeredményhez kapcsolódik az újabb lelet. Ha a laboratórium nem megfelelő vizsgálati tevékenység következtében téves leletet küldött ki, az

észlelést követően a leletet vissza kell vonni és megfelelő leletet kiadni.

2.2 Leletmásolat kiadása

A beküldő /megrendelő /beteg kérésére leletmásolat kiadható, „LELETMÁSOLAT” és az eredeti lelet dátumának feltüntetésével. A másolatként kiadott leletnek alaki és tartalmi vonatkozásban is egyeznie kell az eredetileg kiadott lelettel. A lelet részleteiben nem, csak teljes terjedelmében másolható.

2.3. Leletek tárolása, megőrzése, selejtezése, archiválása

A kiadott leleteket a laboratórium ellenőrzés és visszakereshetőség érdekében köteles tárolni és megőrizni az iratkezelési szabályozásoknak megfelelően, ajánlottan 5 évig. Ez történhet a másodpéldányok papír alapú tárolásával vagy elektronikus formában. Az általánosan használt MedBakter programból a leletek visszakereshetők, a megtett beavatkozások a rendszer naplózási funkcióját kihasználva nyomon követhetők. A leletek tárolásánál az adatvédelmi előírásokat a legmesszebbmenőkig be kell tartani, illetéktelen hozzáférést valamint a feljegyzések és adathordozók esetleges károsodását meg kell akadályozni. Az elektronikus adatok rendszeres mentéséről az archív állományok védelméről gondoskodni kell.

A megőrzési idő lejártával a selejtezést úgy kell elvégezni, hogy az adatok a továbbiakban ne legyenek felismerhetők.

Szociális ellátás – egészségügyi ellátás vagy betegellátás?

Minőség a gyakorlatban

Sprecher Zoltánné



A minőségirányítás már a szociális szférában is kezd ismertté válni, és úgy vélem lassan kezd elterjedni.

A Szent Erzsébet Otthon 2009-ben döntötte el, hogy az ISO 9001:2008 nemzetközi standardok követelményei szerint kívánja nyújtani a szolgáltatásait.

Ez a döntés nagy feladat elé állította a munkatársakat, hiszen minden munkafolyamatról szabályzatot és eljárási rendet kellett készíteni, miközben figyelemmel kellett kísérni a törvények és rendeletek, ezen felül a nemzetközi standard követelményeit és nem utolsósorban az ellátottak szükségleteit. Azonban mégis úgy érzem, hogy a munkatársak szemléletében történő változás elérése volt a legnehezebb, a megnövekedett dokumentációtól valamint a szigorú szabályozástól való félelem miatt. Mára már elmondhatjuk, hogy az intézményünk dolgozói elfogadják, és minőségi munkát végeznek.

Egy év felkészülés után megszereztük az első tanúsítványunkat, és ezzel elkezdődött a fejlődés a minőségi munka tekintetében.

Az a kérdés, hogy a szociális intézményben gondozás vagy szakápolás folyik, a Szent Erzsébet Otthonban a válasz „mindkettő”, ugyanis többszintű idősgondozást végzünk: szociális és egészségügyi ellátást egyaránt. A többszintű idősgondozás Manhertz elve azt jelenti, hogy nálunk van Nyugdíjsház, Gondozási Intézet és Ápolási Intézet (1. ábra).



1. ábra

Korábban, mint szociális Intézmény kizárólag gondozást végeztünk, de mára, a kor előre haladásával megváltoztak az igények. Az aktív kórházi osztályoktól gyakran kaptuk vissza a betegeket olyan állapotban, hogy az ellátási szükséglete szakápolást igényelt, azonban ezt a tevékenységet a szociális intézményekben nem lehet elvégezni. A szociális törvény körülírja azokat a tevékenységeket, amelyek kizárólag a gondozási tevékenységek közé tartoznak, illetve amelyek már egészségügyi tevékenységnek számítanak.

Ezért a következő évben továbbléptünk, fekvő, krónikus, idős betegek részére létrehoztuk Ápolási Intézetünket (2. ábra). Ez a tevékenységünk, úgy tárgyi, mint személyi és

szakmai felkészültség tekintetében az egészségügyi törvény előírásainak kellett megfeleljen. Ezt a lépésünket részben a tulajdonos javaslatára, részben pedig az intézményünkben élők szükségleteinek és igényeinek figyelembe vétele alapján tettük meg, ezzel is kiemelve a betegközpontú ellátás lényegét. Tehát bővült az ápolási tevékenységi jogosultságunk, szakápolást is végezhetünk, pl. krónikus sebkezeléseket, infúziós kezeléseket, szondatáplálást, stoma kezelést stb.



2. ábra

Majd az egészségügyi tevékenységünkre vonatkozóan is felkészültünk a minőségi munkavégzésre a MEES (Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok) standardok alapján, és 2010-ben megszereztük az erre vonatkozó tanúsítványt is.

2012 évben megpályáztuk és elnyertük a Magyar Minőség Háza aranydíját, mert úgy értékelték, hogy a Szent

Erzsébet Otthonban megvalósított többszintű idősgondozás Európában egyedülálló.

A Szociális Intézményekben ellátásra szorulóknak nem egy akut eset miatt kerülnek felvételre, mint a kórházi osztályra, hanem csak abban az esetben, ha krónikus betegség kapcsán, vagy csupán az idős korból adódóan életvitelükben önellátási nehézségek lépnek fel. Ez azt jelenti, hogy nem egy átmeneti elhelyezést vesznek igénybe, hanem fel kell adniuk a korábbi életvitelüket és véglegesen beköltöznek az Intézménybe. Éppen ezért nem csupán az egészségi és fizikai állapotukra kell nagy figyelmet fordítanunk, hanem a társas kapcsolatok kialakítására, az idős ember igényeinek megfelelő szabadidő eltöltésére, hitvallásuk gyakorlására is lehetőséget kell biztosítanunk.

Ennek érdekében jó kapcsolatot építettünk ki a helyi iskolákkal, óvodákkal, helyi idősek klubjával, a polgármesteri hivatallal, folyamatosan fejlesztjük a kapcsolatunkat a helyi rendelőintézettel, és mentőállomással (ez utóbbi még nehézkesen megy). Az utóbbi pár évben jó kapcsolatokat alakítunk ki és szakmai tapasztalatcserét folytatunk tőlünk távolabb eső szociális intézményekkel is.

Az ápolási Intézetünknek több funkciója van: az intézményben élők szakápolása, rehabilitáció (műtétek utáni lábadozás), gondozási intézeti felvételi procedura lebonyolítása, vagyis gondozási szükséglet vizsgálat.

A szociális intézményekben a felvételi procedura nagyon alapos vizsgálattal jár, ezért segítségünkre van az előre elkészített felvételi eljárási rend, valamint a létrehozott Ápolási Intézetünk. Ezzel lehetőség nyílt arra, hogy a vizsgált személy a végleges felvétel előtt 5 napra beköltözzön Intézetünkbe, kölcsönösen megismerjük egymást, a munkatársak megfigyeljék a napi tevékenységét, hogy

milyen szintű ellátásra szorul, valamint ő is megismerje az intézmény életét.

Az egészségi állapot felmérésben nem csupán a korábbi zárójelentésekre és a kliens házi orvosának véleményére hagyatkozunk, hanem az Intézményben dolgozó szakorvosok (belgyógyász, pszichiáter-neurológus, reumatológus), valamint az ápolási intézet szakápolóinak vizsgálati eredménye alapján hozzuk meg a végleges elhelyezésre vonatkozó döntésünket.

Az Intézmény orvosa heti 2x3 órában rendel, és heti 3x2 órában vizitel, a pszichiáter-neurológus heti 2x3 órában, a reumatológus szakorvos pedig heti 1x3 órában rendel az intézményben.

Az Ápolási Intézetben rehabilitációra is van lehetőség, pl. combnyaktörés utáni lábadozás, diabetes betegség esetén gyakoroltatjuk az inzulin adagolását, amíg a család kellőképpen felkészül a beteg ellátására, a dietetikus segítségével a CH számolásában segítünk, de szolgáltatásunk igénybe vehető arra a pár napra vagy hétre is, amíg a család szabadságát tölti.

A rehabilitációhoz gyógytornászunk van, aki heti 3x6 órában végzi gyógyító tevékenységét. Egy nagyon jól felszerelt fizioterápiás centrummal is rendelkezünk, amelyről elmondhatjuk, hogy 50 km körzetben nincs hasonló. A kezelést reumatológus szakorvosunk írja ki a betegek részére, amelyet az intézmény lakói éves szinten meghatározott összeg-határáig térítésmentesen vehetnek igénybe.

2013.01.01.-től megszereztük az ÁNTSZ engedélyt és ezzel a fizioterápiás kezeléseket már a környező településeken élők is igénybe vehetik.

További lépéseket is tettünk ez ügyben, hiszen ha a beteg nem akar elmenni a házi orvosához egy beutalóért, majd külön elmenni a reumatológus szakorvoshoz a kezelések felírásáért, akkor ezt megteheti az intézmény szakorvosánál is.

Hogy tovább fokozzuk a kiszolgálást, az intézmény személyszállítást is végez betegkísérővel együtt, tehát a rokonoknak nem kell szabadságot kivenni, hogy az idős hozzátartozóját elvigye a kezelésekre.

Az ápolási intézetünkben lehetőséget nyújtunk azoknak a végstádiumos betegeknek, akiknek kórházi kezelésre már nincs szükségük, ellátásuk azonban nehézséget okoz a családnak. Biztosítjuk a hozzátartozóknak, hogy bármikor látogathassák a beteget, illetve igény esetén, vendégszobába történő elhelyezést is.

Intézetek közötti átjárhatóság

A Gondozási Intézetben és a Nyugdíjasházban lévő lakó áthelyezésre kerülhet az Ápolási Intézetbe, olyan megbetegedése esetén, amely kórházi kezelést nem, de szakápolást igényel.

Az áthelyezéshez az Intézmény orvosa -vagy szakorvosdokumentált javaslata szükséges. Amennyiben a lakó nem kíván élni az Intézet által felkínált lehetőségekkel, az Intézmény orvosa kórházba utalja a beteget. Az áthelyezés azt jelenti, hogy a korábbi lakrészét el kell hagynia, azonban az ápolási idő leteltével oda kerül vissza. A lakrésze ez idő alatt, más személlyel nem tölthető be. Ha az állapota nem javul, végleges elhelyezést biztosítunk számára az Ápolási Intézetben.

A javaslat alapján áthelyezett lakók az Ápolási Intézet kompetenciája körébe tartozó szakápolást vehetik igénybe.

Az áthelyezéskor készül egy dokumentált állapotfelmérés, ápolási dokumentáció (ápolási anamnesis, ápolási terv rövid-, közép- vagy hosszú távú), valamint orvosi utasítás, amely tartalmazza az orvos által előírt kezeléseket. Állapotának javulása esetén is az Intézmény orvosának javaslatára kerülhet vissza-helyezésre a korábbi lakhelyére.

A szakápolás igénybevételeért külön térítési díj nem terheli a gondozottat, mert a szakápolás is Intézményen belüli ellátásnak minősül.

A szakápolási tevékenységi jogosultságunk miatt folyamatosan képezzük munkatársainkat, OKJ Ápolókkal, diplomás ápolókkal, felnőtt szakápolókkal, és OKJ szociális gondozókkal rendelkezünk.

A szociális intézményekben dolgozó ápolókra nagy felelősség hárul, hiszen -szemben a kórházi ápolással, ahol a nap 24 órájában elérhető az orvos- a szociális intézményben megfelelő szakmai döntéssel kell életben tartani a beteget, amíg a mentő a helyszínre érkezik.

A kreditpontokat a szociális és az egészségügyi területen egyaránt megkapják, azonban az egészségügyi dolgozókra vonatkozó béremelés a szociális intézetekben dolgozókra nem vonatkozik.

Jelenleg az a legnagyobb problémánk, és véleményem szerint a legtöbb szociális intézmény azzal küzd, hogy elfogadtassa magát az egészségügyi ellátó rendszerrel. Rossz tapasztalataink vannak az egészségügyi ellátásban dolgozók viselkedésével, mert riasztás esetén, amikor a mentőorvos kiérkezik, gyakran nem kívánatos megjegyzéseket tesz szakképzett ápolóink munkavégzésére. Több esetben is előfordult, hogy a mentésben résztvevő orvosok vagy mentőápolók kétségbe vonták a szakmailag tapasztalt, diplomás ápoló referálását (észleléseit).

(Pl. kérdőre vonták ápolóinkat, hogy miért riasztották őket, hiszen a beteg nincs is életveszélyes állapotban. Munkatársunk a tünetek alapján ragaszkodott a kórházba utaláshoz és végül kiderült, hogy mégis neki volt igaza. Vagy egy másik gyakori probléma, amivel ugyancsak a szociális intézmény dolgozóinak munkáját becsülik alá, hogy minden kórházi zárójelentésen az első mondat, hogy „exicosis miatt infúziót kapott a beteg”, pedig a mentőorvos megkapja az ápolói zárójelentést, amely tartalmazza, hogy a beteget naponta infundáltuk, tehát nem lehet kiszáradás.)

Ezekkel a példákkal azt szeretném érzékeltetni, hogy a szociális intézetekben dolgozó munkatársak legalább olyan kiemelkedő szakmai tudással rendelkeznek, mint a kórházban dolgozók és meg kellene próbálni együttműködni velük, hiszen ezzel egymás munkáját segítenénk.

A kórháznak meg van határozva, hogy bizonyos betegségek esetén hány nap ellátásban részesülhet a beteg, utána a beteget otthonába bocsájtja. Ekkor kerülünk mi előtérbe és örül a hozzátartozó, hogy nem kell szabadságot kivenni, vagy éppen az emeltre felcipelni a szülőt, vagy nagyszülőt, hanem van megoldás. Ezt a megoldást kínálja a Szent Erzsébet Otthon és velünk együtt más szociális intézmény, ahol a beteg van a középpontban. Ebben igen nagy segítségünkre lennének az egészségügyi ellátásban dolgozók, mert -megítélésem szerint- szoros együttműködést kellene kialakítani, de ehhez mindkét részről szemléletváltásra van szükség.

A minőségirányítási rendszernek köszönhetően dokumentáltan be tudjuk mutatni az intézményünkben történő ellátás folyamatát, a gyógyszeres kezeléseket, a bevitt és ürített folyadék mennyiségét, a sebek állapotának változásait, a beteg tápláltsági állapotát. Azt is dokumentáltan be tudjuk mutatni, hogy a beteg a kórházból

való átvétel napján milyen állapotban, vagyis milyen ápolási szövődményekkel kerül felvételre, ugyanis fényképet készítünk a hámphányos, sebes bőrfelületről. Az indikátorok készítésénél jól kimutatható, hogy mennyi idő alatt tudtuk teljes gyógyulást elérni.

A minőségi munkavégzés kapcsán bevezettük, hogy kórházba utaláskor készítünk egy ápolási szükséglet-részletező lapot, amelyen kiemeljük a beteg aktuális problémáit.

Azt is pontosan dokumentáljuk, hogy a kórházi kezelés idején tett látogatásokkor a szociális nővér milyen tájékoztatást kapott a beteg kezelő-orvosától, milyen állapotváltozást tapasztalt.

Volt rá példa, hogy egy kivizsgálás kapcsán elő kellett venni egy bizonyos esetre vonatkozó bejegyzéseket és egészségügyi dokumentációt, amely részletesen alátámasztotta a beteg ellátását, illetve a kórházi látogatás tapasztalatait és orvosi tájékoztatásokat.

Negyedévente méréseket végzünk minden munkaterületen, amelyek segítségével nyomon követhetjük a munkánk hatékonyságát, és a szükséges változtatásokat ezek alapján végezzük el.

Ilyenek például az ápolással kapcsolatos szövődmények, kórházba utalások gyakorisága, gyógytorna és fizioterápiás kezeléseken való részvétel, munkatársak betegség miatti hiányzásai, beteg/lakó/hozzátartozói elégedettség, dolgozói elégedettség, évente egyszer, szükség esetén azonnal elvégezzük a tápláltsági indexet, ez a diéta, illetve a roborálás szempontjából jó támpont stb.

Létrehoztunk egy Intézményi Infekciókontroll Antibiotikum Bizottságot, amely további mérések elvégzéséhez

nyújt segítséget, valamint a megelőzés, illetve a nosocomiális fertőzések időben történő felismerését.

Azt akarjuk, hogy a megszerzett szakmai hírnevünket biztosítani tudjuk, az ellátást igénybe vevők tartós bizalmát elnyerjük, minőség- és versenyképességünket megőrizzük és javítsuk, mindezt úgy, hogy középpontban tartjuk azokat az értékeket, melyek az idős kort jellemzik, és gazdaggá teszik.

Célunk, hogy Otthonunk a Szociális, és Egészségügyi Törvények, valamint egyéb jogszabályokban meghatározottak alapján működjön, az ellátásra szoruló személyeknek széleskörű, szakmailag magas színvonalú ellátását biztosítsuk, és az igénybevevők elvárásait maradéktalanul teljesítsük.

Azt kívánjuk maradéktalanul megvalósítani, hogy a minőségi munka nem tett, hanem szokás legyen.



MAGYAR MINŐSÉG TÁRSASÁG
HUNGARIAN SOCIETY FOR QUALITY

Szolgáltatásminőség a külső minősítő szemével

Mikó Zsuzsanna 

Felvetés

A Debreceni Egészségügyi Minőségügyi Napokon, de más fórumokon is, pl. irányítási rendszer auditokon, gyakran felmerül a kérdés, hogy mit is értünk az **egészségügy minőségén**; mit jelent a minőségbiztosítás, a minőségirányítás, a minőségfejlesztés ezen a speciális szolgáltatási területen; milyen követelményeknek feleljen meg egy egészségügyi szolgáltató? Szabványos irányítási rendszer követelményeknek

- pl. ISO 9001 – Minőségirányítási rendszerkövetelmények,
- ISO 14001 – környezetközpontú irányítási rendszerek követelménynek,
- OHSAS 18001- munka és egészségbiztonsági irányítási rendszerek követelményeinek,
- ISO 27001 – információbiztonsági irányítási rendszerek követelményeinek),
- vagy standard alapú követelményeknek (pl. Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok),
- vagy esetleg egy szabványként vagy standardként nem rögzített, nem formalizált, de létező az egészségügyi szolgáltatóval szemben reálisan megfogalmazott kimondott vagy ki nem mondott elvárásnak?

Gyakran felmerülő kérdés az is, hogyan tegye láthatóvá, kézzel foghatóvá az egészségügyi szolgáltató a minőség iránti elkötelezettségét, tanúsítsa-e az irányítási rendszerét egy külső tanúsítóval?

Hosszú évek óta napirenden levő kérdések ezek, sokan, sokfelé keresik a választ, a megoldást.

A következőkben az SGS Hungária Kft. Egészségügyi munkacsoportja által az elmúlt kb.10 évben, a különböző irányítási és standard alapú rendszer tanúsítása során a belső szakmai megbeszéléseken rendszerezett gondolatokat, tapasztalatokat összegeztem.

Kiindulás

A fentiekben megfogalmazott felvetésre, a válasz keresése során mindenképpen elsődleges szempont az, hogy értelmezzük az **egészségügyi ellátás minősége** fogalmát. Fontos, hogy tisztázzuk, hogy ez alatt a szakmai szempontokat helyezzük-e fókuszba, a **szakmai minőséget** értjük-e, vagy a “piaci” szemlélet alapján a **működéshez kapcsolódó teljesítést** vizsgáljuk.

A definíció megadásakor tisztázandó, hogy a minőség “jót” vagy “**célnek való megfelelést**” jelent-e.

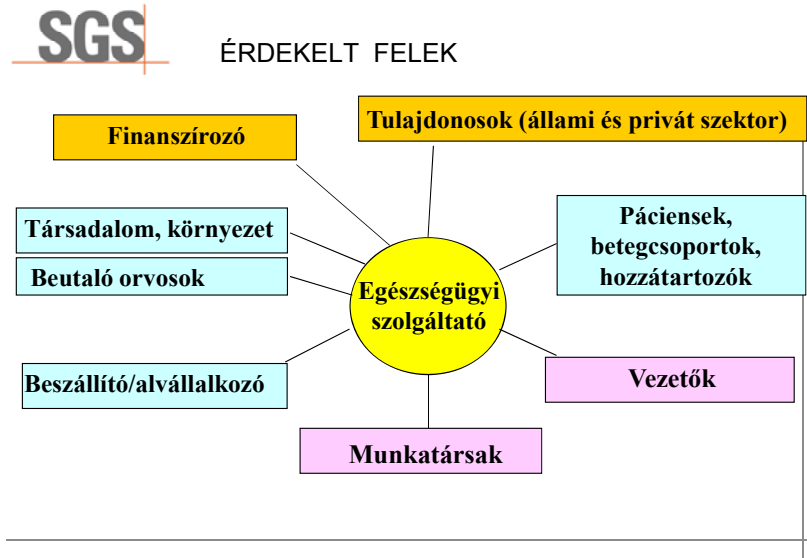
Nem szabad elfelejtkezni arról sem, hogy az egészségügyi szolgáltató szempontjából, vagy a szolgáltatást igénybevevője oldaláról közelítjük meg ezt a kérdést

Az egészségügyi ellátás minősége egy nagyon **összetett, komplex fogalom**, az érdekelt felek széles köre határozza meg a tartalmát. pl.:

- páciens, hozzátartozó oldalról: a megbízható, gyors, udvarias ellátást jelentheti
- a szolgáltató munkatársai oldaláról: a megbecsülés, elismerés, folyamatos fejlődés, megfelelő munkakörülmények
- a szervezet vezetői oldaláról: szakmai siker, karrier
- a beutaló orvosok, a társadalmi környezet oldaláról: megelőzés, egészségmegőrzés, egészséges társadalom

- beszállítók, alvállalkozók oldaláról: hosszú távú együttműködés

Az érdekelt felek körét az **1 ábra** foglalja össze:



1. ábra

Amikor az egészségügy minősége fogalmát próbáljuk meghatározni, hasznos lehet visszaidézni a minőségügyi szakma elismert képviselői által megfogalmazottakat is:

Shiba professzor a szolgáltatások minősége vizsgálatakor a következők szempontokra helyezte a hangsúlyt: a **követelménynek** való megfelelés, az **érdekelt felek igényeinek** való megfelelés, az **ár/költség** figyelembevétele, **Látens**, ki nem mondott elvárásoknak való megfelelés.

Zeithaml, Parasuraman, Berry a szolgáltatásoknak 10 dimenzióját fogalmazták meg. ezek a következők:

- Megbízhatóság - „a teljesítmény állandósága”
- Alkalmazkodóképesség - „rugalmasság”
- Hozzáértés - „tudás, ismeret, jártasság”

- Hozzáférhetőség - „rendelkezésre állás”
- Udvariasság - „illem, tisztelet, figyelem”
- Kommunikáció - „a vevő nyelve”
- Hitelesség - „hírnév, szavahihetőség”
- Biztonság- „veszély, kockázat, kétely”
- A vevő megértése - „a vevő szükséglete”
- „Kézzel fogható tényezők”- „a szolgáltatás fizikai megjelenése

A minőség fókuszai az egészségügyben

A fentiek alapján az egészségügyi szolgáltatás minőségét három fő csoportba bontva érdemes vizsgálni:

1. Ellátás minősége

főbb jellemzői lehetnek pl.:

- összességében mi az ellátás eredménye orvosi szempontból (tudás, felkészültség, megfelelő eredmény),
- páciens szempontból (tünetektől való megszabadulás, életfunkciók javulása);
- az ellátáshoz való hozzáférhetőség (akkor és ott – várólisták, várakozási idők, korlátozták-e az ellátást, stb.);
- a szolgáltatás összetétele összhangban van a populáció igényeivel?
- a kockázatok kezelése (okozott sérülések, betegségek, sérelem illetve azok elkerülése);
- hatékonyság – megtakarítás; hiánypótló szolgáltatás.

2. Kapcsolatrendszer minősége

főbb jellemzői lehetnek pl.:

- páciens/hozzátartozó – orvos/nővér kapcsolata;
- kommunikáció - tájékoztatás; emberi és figyelmes megközelítés, udvariasság (páciens orientáltság, érdekenység, kedvesség);

- intimitás, adatvédelem; egyenlőség elve; panaszkezelés.

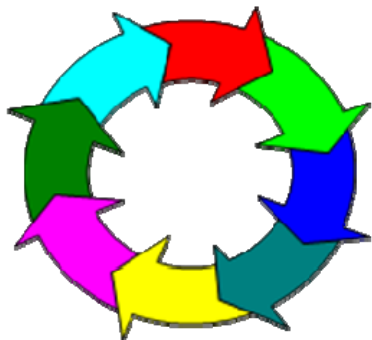
3. Az ellátás környezete

főbb jellemzői lehetnek pl.:

- megközelíthetőség; komfort, előjegyzési rendszer; eszközökkel való ellátottság.

Fontos hangsúlyozni, hogy ezek a területek, jellemzők együtt, egyszerre jelennek meg egy egészségügyi szolgáltatónál, mindegyikkel érdemes és kell foglalkozni a **szempontok közötti egyensúly** biztosítása mellett.

Az **irányítási rendszerek** követelményeinek bevezetése és alkalmazása hasznos keret, segítség az egészségügyi szolgáltató vezetése számára. Amikor egy egészségügyi szolgáltató a működés, azon belül az azt leíró egyes jellemzők alakulását vizsgálja, illetve fejleszteni, javítani igyekszik a napi működése során, megfontolandó a **folyamatos fejlődés alap logikája** (PDCA, **2. ábra**) mentén dolgozni. Bevált és jó vezetői eszköz a feladatok megvalósításának menedzselésére, kézben tartására.



PDCA

2. ábra

- elvárt paraméterek meghatározása,
- erőforrások, feltételek biztosítása,
- ha szükséges szabályozások bevezetése,

- ellenőrzés, kontroll,
- javítás, szükség szerint,
- folyamatos helyesbítés, megelőzés.

A minőség értékelése

Ahogy a fentiekben az egészségügy minősége definícióját 3 fókusz-területre bontva vizsgáltuk, az értékelésre is egy hármas felosztás példáját mutatom be:

1. páciens szempontból (client quality) –

az értékelés fő területei pl: megfelelő javulást eredményez az ellátás; kényelmes, hozzáférhető; nem jelent fizikai-lelki megterhelést, megfelelő a tájékoztatás, kielégítő komfort, személyes jó kapcsolat

2. szakmai szempontból (professional quality) –

az értékelés fő területei pl.: szakmai szabályainak betartása; lehető legnagyobb objektív javulást eredményez az adott szakképzettség és felszereltség mellett az ellátás.

3. vezetői szempontból (management quality) –

az értékelés fő területei pl.: az erőforrások optimális felhasználása; gazdaságilag hatékony, szakmailag hatásos ellátás.

Az **irányítási rendszerek** követelményeinek bevezetése és alkalmazása az értékelés során is hasznos keret, segítség az egészségügyi szolgáltató vezetése számára. Az irányítási rendszerek nemzetközi szabvány alapján történő alkalmazása elterjedt Angliában, Németországban, Olaszországban, Magyarországon.

Standard alapú rendszereket leginkább Angliában, Spanyolországban, Franciaországban, Csehországban, Lengyelországban, Magyarországon vezettek be az egészségügyi szolgáltatók.

Az önértékelési modellek alkalmazása leginkább a skandináv országokban, Németországban elterjedt.

Tapasztalatok

Az SGS Hungária Kft. Egészségügyi munkacsoportjában az irányítási rendszerek és a standard alapú rendszerek külső auditjai során a **komplex audit módszerét** követjük. A vizsgálatok során értékeljük a betegellátás folyamatát, beleértve az erőforrásokat is. Vizsgáljuk, hogy milyen indikátorokat vezetett be az egészségügyi szolgáltató a szakmai illetve a működési teljesítmény mérésére. Vizsgáljuk a felkészültséget, jártasságot, ennek fejlesztését, a tudományos munkát. Retrospektív kórlapvizsgát végzünk. A tapasztalatokat összevetjük a szakmai és jogszabályi követelményekkel, a beteg/ munkatársi/ érdekelt felek elvárásaival pl. kockázat és biztonság szempontból, illetve az egyes szolgáltatók által saját maguk számára megfogalmazott követelményekkel.

Az auditok eredménye egy a fejlesztési irányokat meghatározó **auditjelentés** és konzultáció.

Sok jó gyakorlattal találkozunk az auditok során. Ilyen pl. minőségfejlesztő eszközök, módszerek alkalmazása az egészségügyben is; a beteg utak megfelelőségének vizsgálata szervezetség, betegbiztonság szempontjából; ápolási és orvosi folyamatok modulszerű rendszerének kialakítása

Ugyanakkor jellemző az útkeresés, a közös értelmezések megtalálása.

Tapasztalataink alapján az **indikátorokkal való mérések** széleskörű elterjesztése továbbra is előttünk van. Jellemzőek a **nem megfelelő** vagy **hiányosan** gyűjtött adatok, vagy a nem szakszerű feldolgozás. Sokszor **indokolatlan** az adatgyűjtés, az adatok nem relevánsak, tehát a szolgáltató értékelése és a szükséges fejlesztés szempontjából nem fontosak. Előfordul, hogy a feldolgozott adatok értékelését követően **nem születik meg az a döntés**, amely az adatok, illetve az adatokon alapuló

arányszámok alapján (indikátorok) értékeli az eltérést, reaktív módon korrigálja az észlelt eltérést, vagy pro-aktív, megelőző módon fejleszti az ellátás minőségét.

Kulcs-üzenetek

Tapasztalataink alapján a legfontosabb az egészségügyi szolgáltató számára a minőségi teljesítmény biztosítása érdekében -akár szabvány alapú, akár standard alapú megközelítés mentén szervezi azt-, hogy **tevékenységeiket azonosított, átlátható, szabályozott folyamatokon keresztül biztosítsák**,

- ahol meghatározottak az erőforrások, (anyag, infrastruktúra, berendezés, ember, környezet);
- feljegyzések, emlékeztetők készülnek, és rendszerek a belső átvizsgálások;
- ahol adatokat (indikátorok) gyűjtene a folyamatok nyomon követésére, megfigyelésére, és értékelésére; és
- ahol folyamatos a tanulás annak érdekében, hogy a működés állandó javítása, a problémakezelés szilárd alapokon nyugodjon.

Az olyan problémák feloldása, mint pl. az, hogy a rossz minőségnek nincs visszatartó ereje, és a jó minőségnek nincs pozitív hatása, külső motivációja, **képzéssel, vezetői és tulajdonosi akarattal** lehetséges.

Fontos a hierarchiából következő akadályok feloldása **csoportmunkák** növelésével és **szervezettefejlesztéssel**.

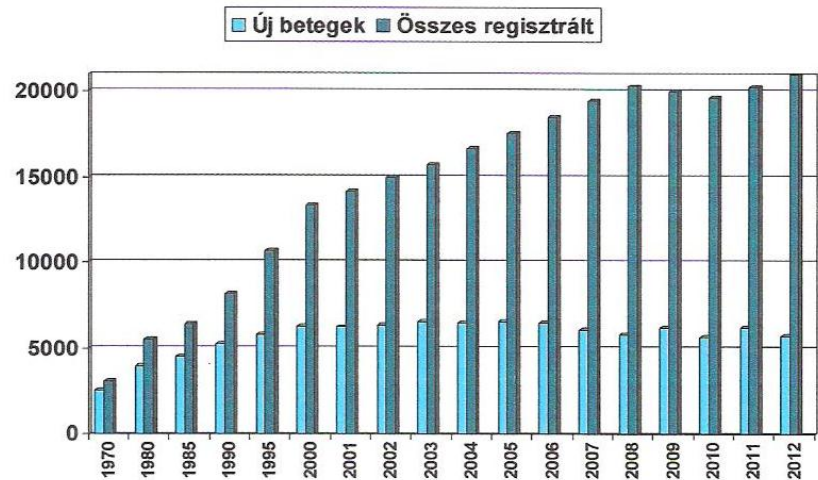
A felső vezetés **elkötelezettsége és aktív részvétele** szabvány vagy standard alapú irányítási rendszerek működtetésében egyaránt elengedhetetlen.

A tüdődaganatok ellátásának minőségi szempontjai

Prof. Dr. Szilasi Mária 

A tüdőrák 100 évvel ezelőtt csaknem ismeretlen volt, ritka betegségként írták le, az 1900-as évek elejéig közel 100 tüdőrákos esetet jegyeztek fel. Adler 1912-ben készült monográfiájában 374 esetet írt le, és felteszi a kérdést, hogy vajon érdemes-e a tüdőrákról írni.

Ma már látjuk, hogy ez nem így van. Ismert tény, hogy a tüdőrák szedi a legtöbb áldozatot a rosszindulatú megbetegedések között a világon. A világon éves incidenciája eléri az 1,6 milliót, amely az összes daganatos megbetegedés 13%-a. Sajnos még 1,4 millióan halnak meg évente a világon tüdőrákban. Az éves incidencia arányszáma igen magas és a hosszú távú túlélési mutatók sem változtak szignifikánsan (12-18%) az utóbbi években. Az új terápiás modalitások ezt még szignifikánsan nem növelik, inkább a rövid és a középtávú túlélés javul. Sajnos a kissejtes tüdőrák tekintetében az elmúlt évekhez hasonlóan továbbra sincs előrelépés. A nem kissejtes tüdőrák esetében évente újabb és újabb kihívások előtt állunk, mind a diagnosztika, mind a terápia terén. Magyarországon több mint 10000 új beteget regisztrálnak évente (**1. ábra**).



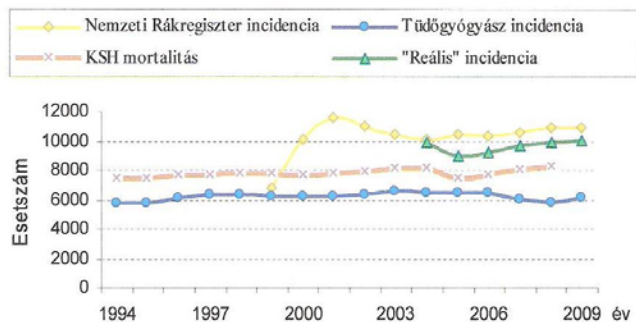
1. ábra

A tüdőgondozók által jelentett tüdőrák morbiditási adatai eltérnek a Nemzeti Rákregiszter adataitól, a különbség évek óta megfigyelhető. A valós incidencia érték a Nemzeti Rákregiszter értékeihez áll közelebb. Az incidencia adatai az elmúlt évben hosszabb távon nem mutatnak lényegesebb mozgást. Ugyanez mondható el a mortalitásról is (**2. ábra**).

Tüdőrák incidenciája és mortalitása Magyarországon
(Forrás: Pulm. intézmények, Nemzeti Rákregiszter, KSH)

Tüdőrák incidenciája és mortalitása adatai
Magyarországon

(Forrás: Pulm. intézmények, Nemzeti Rákregiszter, KSH)



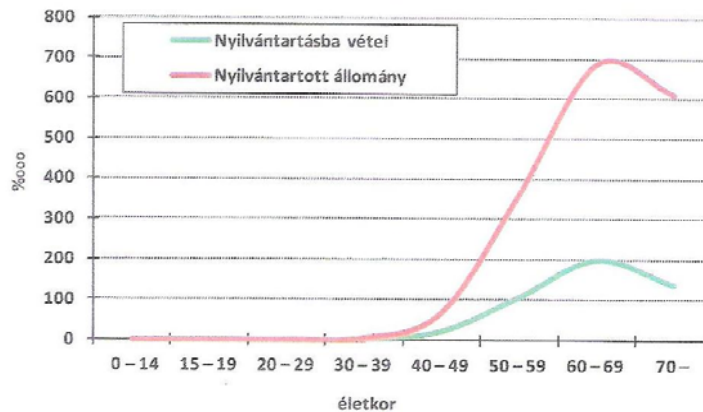
2. ábra

A 2008-as prevalencia számmal csaknem azonos a jelenlegi, feltűnik azonban az igenis biztató jel, mely az éves prevalencia adatok kifejezett és öröndetes növekedését mutatja az utóbbi tíz évben, mely a terápia sikeresebbé válását jelzi.

A fejlett országokban a tüdőrák prevalenciája és mortalitása egyértelműen emelkedik, azonban a férfiak esetében az emelkedés lassul, illetve stagnál a férfiak dohányzásának csökkenésével, addig a nők körében növekszik, most éri el a tetőzést.

Ha a tüdőrák kórfolyását tekintjük, akkor azt mondhatjuk, hogy a tüdőrák főként az idősebb korosztály megbetegedése. Ez igaz a férfiak és a nők esetében is (3. ábra).

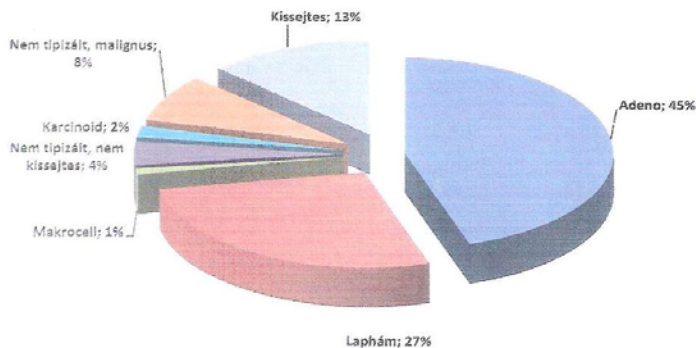
Primer hörgőrákos betegek korcsoportos megoszlása
Korányi Bulletin 2013. 1. szám



3. ábra

A tüdőrák patológiai típusainak változását elemezve látható, hogy még 10 évvel ezelőtt a laphámrák volt a leggyakoribb típus, 5 évvel ezelőtt már az adenocarcinoma vált a leggyakoribb sejtípussá, azonban még alig megelőzve a laphámrákot, az utóbbi években az adatok az adenocarcinoma térnyerését mutatják (4. ábra).

Patológiailag igazolt új megbetegedések sejtípusa
Korányi Bulletin 2013. 1. szám



4. ábra

A tüdőrák gyógyulási esélyei még mindig rosszak, a várható 5 éves túlélés Magyarországon 8-10%, egyetlen kuratív terápia a műtét.

A tüdőrák rizikótényezői közül a dohányzás a kiemelkedő egyértelműen, a betegség elsősorban a dohányzással hozható összefüggésbe, a betegek 80-90%-a dohányzik vagy dohányzott (5. ábra).

Etiológia

- Dohányzás
- Légszennyeződés
- Azbeszt
- Nehézfémek (króm, nikkél, kadmium, arzén); szárazelem gyártás, festékipar, ércbányászat
- Radon (uránbányászok)
- Endogén hajlamosító tényezők



5. ábra helye

Magyarországon a felnőtt népesség mintegy 40%-a dohányzik (férfiak 35-40%-a, nők 22-24%-a). A dohányzás

15x kockázatonövekedést jelent a tüdőrák tekintetében (6. ábra).

Dohányzás és tüdőrák

- A tüdőrákosok 85-90%-a dohányzik, vagy dohányzott.
- A dohányzás 15x kockázatonövekedést jelent a tüdőrák tekintetében.
- Bármely szövettani típus esetén, de a klasszikus a laphámrák, újabban az adenokarcinóma.

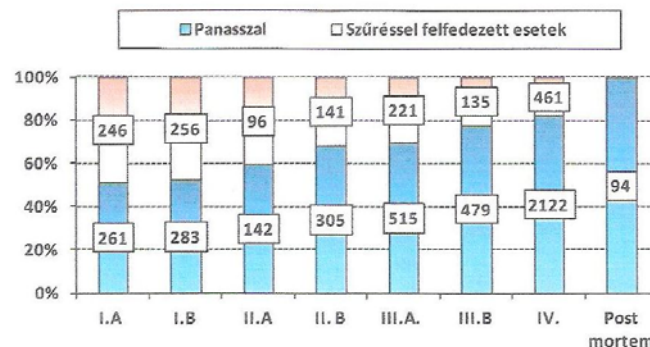


6. ábra

A szűréssel kiemelt betegek aránya magasabb a korai stádiumokban, de sajnos az előrehaladottabb stádiumban döntően panasszal fedezik fel a betegséget.

A szűréssel felfedezett tüdőrákos betegek aránya alacsony, 25% körüli. A tüdőrák korai felismerése nehéz, hiszen kezdetben nincsenek tünetek, s a mellkas röntgen- felvétel is lehet negatív (7. ábra).

2012-re vonatkozó adatok
Korányi Bulletin 2013. 1. szám



7. ábra

Amikor a tüdőrák tünetei megjelennek és a röntgen is eltérést mutat, sajnos a folyamat már igen előrehaladott. Gyanút keltő tünetek esetén a kivizsgálás során a beteget alaposan ki kell kérdezni a családban előforduló betegségekről (rákos megbetegedések, tüdő- és szívbetegségek stb.), majd a foglalkozási körülményeiről (szerepelhet-e a rák kialakulásában valamilyen rákkeltő anyag), a dohányzásról (leszokott-e, mennyit szív vagy szívott és mit, mióta stb.), illetve egyéb betegségeiről is tájékozódni kell.

A tüdőrák kivizsgálása során a szakmai ajánlásoknak megfelelően a fizikális vizsgálat után a műszeres vizsgálatok következnek, a mellkas röntgen, EKG, légzésfunkció, laborvizsgálatok, mellkas CT, bronchosopia, hasi UH, koponya CT, csontszcintigráfia, PET-CT, MR az ajánlott vizsgálatok (8. ábra).

Diagnosztika – algoritmus, elvek

Állapotfelmérés, az elváltozás mibenlétének tisztázása, a stádium meghatározása.

- Anamnesis (otthoni és munkahelyi környezet, dohányzás), fizikális vizsgálat, EKG
- Mellkas PA röntgen
- Légzésfunkció
- Rutin labor, haemostasis, tumor markerek: CEA, CA 125, NSE, TPA, Cyfra 21-1, SCC
- Mellkasi CT
- Bronchofiberoscopia (ill. TTTB, pleurabiopia, sebészi biopszia)
- Hasi UH
- Koponya CT
- Teljes test csontscintigraphia
- PET-CT

Kiegészítő vizsgálatok:

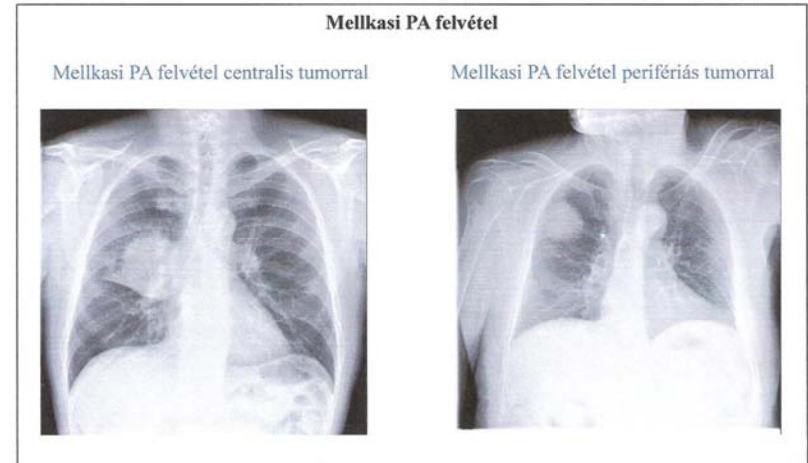
- MR

8. ábra

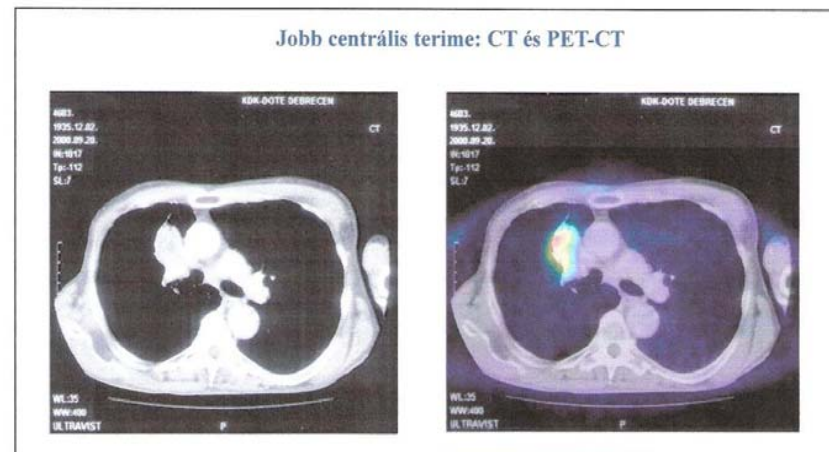
Az endoscopos vizsgálat során törekednünk kell a min-tavételre, ha az elváltozás ily módon nem érhető el, ak-

kor transthoracalis biopsziát végzünk, ha így sem jutunk citológia vagy szövettani eredményhez, sebészeti biopsziát indikálunk.

A citológiai-szövettani diagnózis egyik alapja a további kezelési stratégiának (9. 10. 11. ábra).

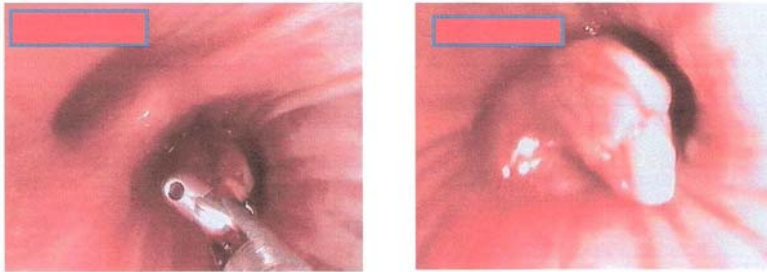


9. ábra



10. ábra

Bronchofiberoscopia - kimetszés



11. ábra

A terápiás terv kidolgozásánál figyelembe kell venni a primér tumor lokalizációját, a daganat patológiai típusát, biomarkereit, a daganatos megbetegedés kiterjedtségét, ezen belül a primer tumor kiterjedését, a nyirokcsomók érintettségét, áttétek jelenlétét vagy hiányát, a beteg általános állapotát (kardiális állapot, légzésfunkció) és társbetegségeit (12. ábra).

A tüdőrák terápiáját meghatározza

A tumorral kapcsolatos tényezők:

szöveti típus (kissejtes vagy nem kissejtes tüdő-tumor, a nem kissejtesen belül laphám carcinoma vagy adenocarcinoma)

molekularis jellemzők: EGFR és K-RAS gén-status

TNM stádium

Beteggel kapcsolatos tényezők:

társbetegségek

pl. COPD: a beteg légzésfunkciója miatt nem alkalmas rezekciós műtétre

performance status

életkor

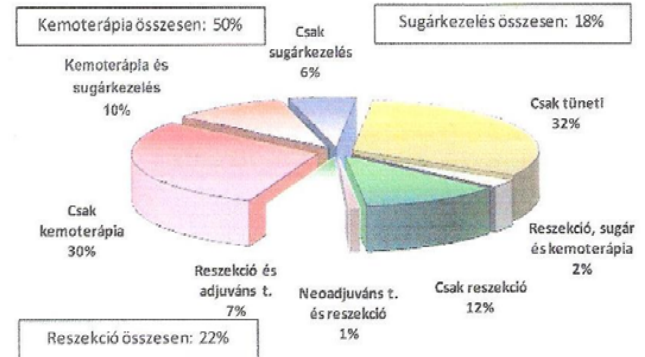
12. ábra

Törekednünk kell, ha lehetséges a sebészeti resectiora.

Az operabilitásról illetve a beteg kezeléséről onkológiai bizottság dönt. A bizottság tagjai a kezelő tüdőgyógyász, ezen kívül onkológus, mellkassebész, patológus, radiológus, sugárterápiás szakember.

A műtéten kívül további kezelési lehetőségek a kemoterápia, sugárkezelés illetve célzott kezelés a megfelelő kritériumok alapján (13. ábra).

Az új esetek megoszlása terápia szerint
Korányi Bulletin 2013. 1. szám



13. ábra

A daganatellenes kezelés során fellépő mellékhatások kezelése a szupportív terápia.

A palliáció a daganat okozta panaszok, tünetek mérséklése, mikor már daganatellenes kezelést nem tudunk alkalmazni (14. ábra).

Szupportív, palliatív terápia a tüdőrákban

Definíció

- Szupportáció („támogatás”): a daganatellenes kezelés okozta mellékhatások mérséklése.
- Palliáció („elfedés”): a daganat okozta panaszok, tünetek mérséklése, mikor már daganatellenes kezelést nem tudunk alkalmazni.
- = tüneti kezelés



14. ábra

A tüdődaganat a megelőzhető tumorok közé tartozik. A legfontosabb feladat a dohányzás visszaszorítása (primer prevenció). Egyrésztől azt jelenti, hogy a már dohányzó emberek leszoktatása, másrészt a még nem dohányzó emberekben erősíteni, hogy ne dohányozzanak. Elsősorban a fiatal korosztály érintett.

A szekunder prevenció a betegség minél korábbi diagnosztizálása, kiszűrése (15. ábra).

Megelőzés

Primer prevenció: dohányzás visszaszorítása

- Dohányzással való epidemiológiai összefüggés:
- USA-ban a '70-es éveket mintegy 15-20 évvel követve megindult a tüdőrák morbiditás csökkenése.
- Magyarországon a felnőtt lakosság 40%-a dohányzik (csak Oroszország előz meg).
- Egy 25 éves dohányos 25%-kal rövidebb életet fog élni, ha nem változtat dohányzási szokásán. (Egy szál cigarettára -5.5 perc.)

Secunder prevenció: minél korábbi felfedezés

- Nincs egységes álláspont és ajánlás. Próbálkozások: mRTG, köpetcitológia, bronchofiberoscopia, LD CT.
- Mo.: speciális helyzet a tüdőszűrők kialakítása révén

15. ábra

A betegek utókövetése 5 évig javasolt, amennyiben daganatmentességet érünk el a kuratív célú kombinált modalitású (sebészi+gyógyszeres+sugár) kezeléssel.

Öt év követés után tekintjük gyógyultnak a beteget, de természetesen a recidiva vagy egy másik lokalizációjú daganat kialakulása nagyobb eséllyel fordul elő, ezért a beteg figyelmesebb önvizsgálata és komplex életmódváltás javasolt (16. ábra).

Követés, gondozás

Vizsgálat	Műtét után eltelt idő		
	1-2 év	3-5 év	5 év után
Fizikális vizsgálat	3 havonta	6 havonta	évente
Mellkas-röntgenvizsgálat	műtét utáni státusz rögzítés, majd 3 havonta	6 havonta	évente
CT	műtét utáni státusz rögzítés, majd 6 havonta, vagy recidiva gyanúja esetén	évente vagy recidiva gyanúja esetén	évente vagy recidiva gyanúja esetén
MRI	recidiva gyanúja esetén, speciális esetben	recidiva gyanúja esetén, speciális esetben	recidiva gyanúja esetén, speciális esetben
PET-CT	recidiva gyanúja esetén, speciális esetben	recidiva gyanúja esetén, speciális esetben	recidiva gyanúja esetén, speciális esetben
Ultrahang	6 havonta vagy metasztázis gyanúja esetén	6 havonta vagy metasztázis gyanúja esetén	évente vagy metasztázis gyanúja esetén
Tumormarker	nincs specifikus	nincs specifikus	nincs specifikus
Csont-izotópvizsgálat	panasz esetén	panasz esetén	panasz esetén

Egyéb vizsgálatok recidiva gyanúja esetén

16. ábra

Az akut stroke ellátás szakmai megfelelősége, minősége

Dr. Diószeghy Péter 

A cerebrovasculáris betegségek, a stroke (anyanyelvünk lassan feledésbe merülő szép és találó kifejezésével „szélütés” vagy „gutaütés”) korunk népegészségügyi szempontból kiemelkedően fontos betegségcsoportját képezik. Ezt igazolandó néhány adat: Európában 15 millió az agyi érkatasztrófa átesettek száma, évente 1,2 millió új stroke beteg van, közülük 300 000 meghal, 300 000 rokkant lesz. Változatlan helyzet esetén, figyelembe véve a népességen belül az idősök arányának emelkedését is, 2020-ra az esetek számának 30%-os növekedésével kell számolni.

Következményei nem csak a beteg, hanem a közvetlen hozzátartozók számára is súlyosak, de az egész közösség, a társadalom terhei is jelentősek. Felnőtt korban a leggyakoribb oka rokkantságnak, a betegek 32 – 42%-a szorul a későbbiekben tartósan segítségre, válik önálló életvitelre képtelenné. A második leggyakoribb oka a szellemi hanyatlásnak.

A legsúlyosabb következmény azonban a magas halálozás: 30 napon belüli 12 – 18 %, 1 éven belüli további 25 – 30 %. Ez a harmadik leggyakoribb halálok.

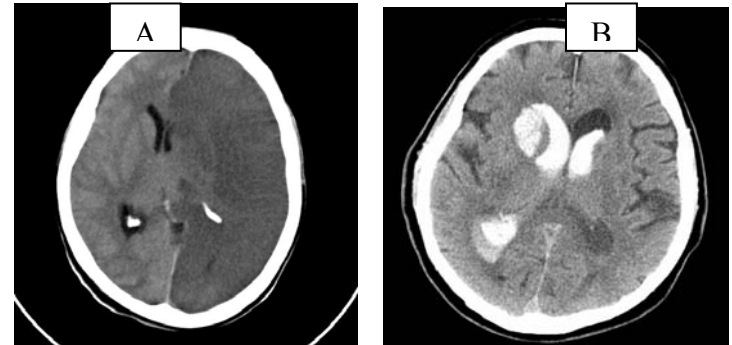
Hazánkban az akut stroke esetek száma évente 30 000 – 40 000, az incidencia 1,5 – 2-szerese a fejlett államokban észleltek. Ez nagy terhet jelent az ellátó rendszer számára, a stroke miatti kórházi felvételek száma évente 50 000 – 60 000 (Vokó és mtsai. 2008).

A magyarországi stroke halálozás magas, évente emiatt egy kisvárosnyi honfitársunkat, 16000 – 18000 főt veszítünk el. Ebben azonban nagyok a régiónkénti egyen-

lőtlenségek, de az északkeleti régióban, főleg Szabolcs – Szatmár – Bereg megyében kiemelkedően magas a stroke halálozás (Vokó és mtsai. 2008).

Évente 100 000 lakosra 720 érrendszeri halálok esik. Ebből 40% a szív ereinek, 36% az agyi erek, 24% a perifériás artériák megbetegedéséhez köthető (Vokó és mtsai. 2008).

Az agyi érkatasztrófa két alaptípusa (1. ábra) az ischaemiás ($\approx 87\%$) és a vérzéses ($\approx 13\%$) stroke (Writing Group Members, Circulation, 2010; Mehdiratta és Caplan 2007.).



1. ábra A) a teljes bal féltekét érintő, térfoglaló jellegű ischaemiás károsodás. B) a kamrákba törő állományvérzés

Az akut stroke ellátás háttere, szervezése Szabolcs – Szatmár – Bereg megyében

A betegirányítás és az ellátás is egységes, a hazai és a nemzetközi szakmai ajánlásokon alapuló protokoll szerint történik. A fenti működési szabályok kialakítására,

írásba foglalására 2010-ben tartott egyeztető megbeszélésen került sor, melyen valamennyi érintett fél, az ÁNTSZ, az OMSZ és a megye valamennyi kórházának képviselője részt vett. A megbeszélés egyik legfontosabb eredménye, hogy a beutalási rendszertől függetlenül, a thrombolysis központok elérhetőségét figyelembe véve, településre lebontva megtörtént a thrombolysisre alkalmasnak látszó esetekre vonatkozóan a beteg-utak meghatározása.

Mi indokolta, sőt kényszerítette ki az érintettek szoros együttműködését? Az acut ischaemiás stroke ellátás új lehetőségének, a vérrögoldó kezelésnek (thrombolysis) megjelenése a therapiás palettán a 90-es évek közepén. Ettől kezdve tekinthető valóban sürgősségi esetnek az acut ischaemiás stroke, és kell versenyt futnia az ellátásnak az idővel. A fejlődés fontosabb lépései:

1996: az FDA (Food and Drug Administration) elfogadta ischaemiás stroke-ban a szöveti plasminogen aktivátornak (rtPA) a kezdet után 3 órán belüli alkalmazását vérrögoldásra.

2002: EMEA (European Medicines Agency) zöld utat adott az rtPA európai alkalmazásának.

2008: az ECASS III. tanulmány (Hacke et al. 2008) igazolta, hogy az rtPA kezelés 4 ½ órán belül alkalmazva is hatékony lehet.

2009: AHA/ASA (American Heart Association/American Stroke Association) ajánlás a therapiás időablak 4 ½ órára bővítésére.

2011: a 4 ½ órás therapiás időablak európai elfogadása (EMEA).

A fentiek alapján kijelenthető, hogy ma az acut ischaemiás stroke egyedüli, széles körben hozzáférhető,

igazoltan hatékony oki kezelése az rtPA-val végzett thrombolysis.

A jövő azonban új lehetőségekkel is kecsegtet, melyek közül a legígéretesebbek:

- Új rtPA készítmények (tenecteplase, desmoteplase) megjelenése.
- Az időablak további bővítését lehetővé tevő módszerek bevezetése, elterjesztése:
 - Lokális, intraarteriás thrombolysis.
 - Az intracranialis erek mechanicus thrombectomiával történő recanalizációja, amiről biztató eredményeket publikáltak (Pasquale et al. 2012, Alsheklee et al. 2012).

Az új lehetőségek azonban új kihívást jelentenek az egészségügy számára, aminek lényege: Versenyfutás az idővel! Az új szlogen „Time is Brain”. Ennek az összefüggésnek a szemléltetésére álljon itt néhány adat (Saver et al. 2006). Az acut stroke minden órájában a veszteség: 714 km myelinsalt idegrost; 120 millió neuron; 830 billio synapapsis; 3,6 életév.

A fejlődés új gondolkodásmódot, szemléletváltást követel az ellátórendszertől. A stroke ellátás központi feladatává a korszerű acut ellátás vált. A stroke ellátás szakmai megfelelőségét, minőségét az acut ellátás színvonala határozza meg. Meg kell vallani ez sokszor nehezen, évek alatt, lassan tudatosodik, és ez nem csak a lakosságra, hanem sok szakmán belülre is igaz. Az új lehetőségek a betegeknek új reményt jelentenek, sokszor a teljes gyógyulás esélyét teremtik meg. Az egészségügy számára viszont új kihívással jár, a korábbinál szervezettebb, összehangoltabb munkát követel meg. Az alapellátástól a mentőszolgálaton keresztül a kórházig min-

den ellátó egységnek pontosan meghatározott feladatokat kell minél gyorsabban teljesíteni. Ehhez jól definiált beteg-utak, könnyen áttekinthet, de pontos protokollok kellene. A stroke kezdetétől eltelt idő fontosságát kitűnően érzékelteti az NNT (egy sikeres esetre eső kezelések száma) és az NNH (egy szövődményre eső kezelések száma) értéknek az idővel összefüggő változása (1. táblázat):

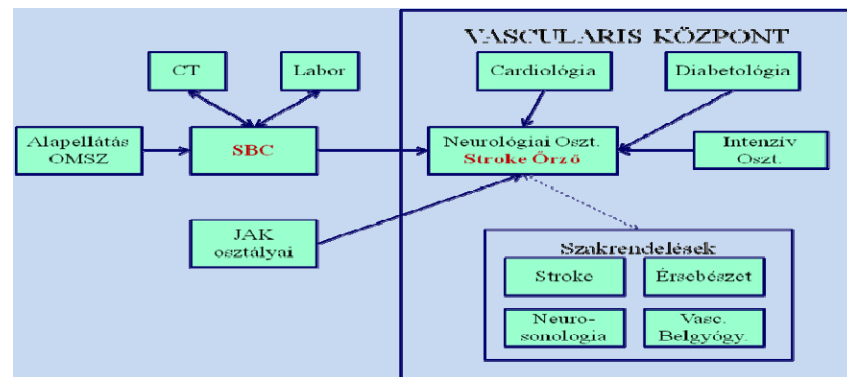
Stroke kezdetétől eltelt idő (perc)	NNT	NNH
0 – 90	3,6	65
91 – 180	4,3	38
181 – 270	5,9	30
271 – 360	19,3	14

1. táblázat A stroke kezdetétől a thrombolysis kezdetéig eltelt idő valamint az egy sikeres kezelésre eső kezelések (NNT), illetve egy szövődményre eső kezelések (NNH) száma közötti összefüggés (The ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA Study Group Investigators, 2004).

Az acut stroke ellátás rendszere kórházunkban

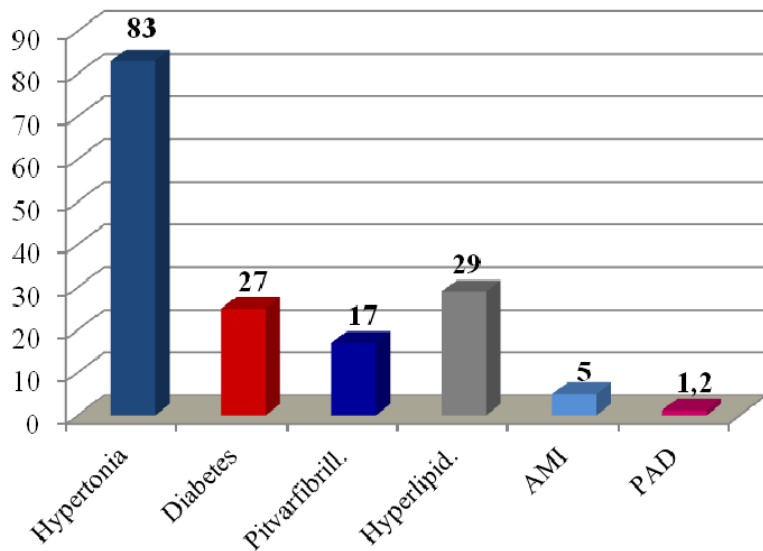
A Jósa András Oktatókórházban az egykapus rendszernek megfelelően kevés kivételtől eltekintve minden beteg a Sürgősségi Betegellátó Centrumba (SBC) érkezik (2. ábra). Az SBC közvetlen szomszédságában található a laboratórium és a CT, intenzív részleg áll rendelkezésre. Itt kezdődik az acut ellátás, megtörténnek az alapvizsgálatok, megszületik a döntés a thrombolysisról. A thrombolysis indikációjáról minden esetben neurológus

szakorvos dönt, aki folyamatosan ellenőrzi is a beteget. A lysis megtörténte után kerül a beteg a Neurológiai Osztály Szakmaspecifikus Őrzőjébe, majd a Stroke Részlegre. A Neurológiai Osztály egy olyan kórházi központban működik, ahol valamennyi fontos társszakma megtalálható (cardiológia, diabetológia, intezív részleg). Ez nagyban megkönnyíti az együttműködést, amire gyakran van szükség, hiszen a számos kísérő betegség előfordulása föltétlenül team munkát igényel.



2. ábra Acut stroke betegek – beteg-utak, ellátási organogram

Betegforgalmunkról 2010. évi részletes elemzés áll rendelkezésre. Összesen 1190 acut stroke beteget kezeltünk, 89 % volt az ischaemiás stroke, ami megegyezik a nemzetközi adatokkal (87%). A betegek száma 50 év fölött feltűnően magas, a csúcst 71 – 80 év között éri el. Az ischaemiás stroke-ban a mortalitás megfelelt a nemzetközi átlagnak, 24 órán belül csupán a betegek 1 %, 30 napon belül 15 % halt meg. A mortalitás a korról párhuzamosan meredeken emelkedik, majd 80 év után zuhan. A mortalitás arányát korcsoportonként megvizsgálva meglepő, hogy nincs számottevő különbség a férfiak és a nők között, 70 – 80 év között van egyedül lényeges különbség a férfiak kárára.



3. ábra Belgyógyászati betegségek gyakorisága acut ischaemiás betegekben

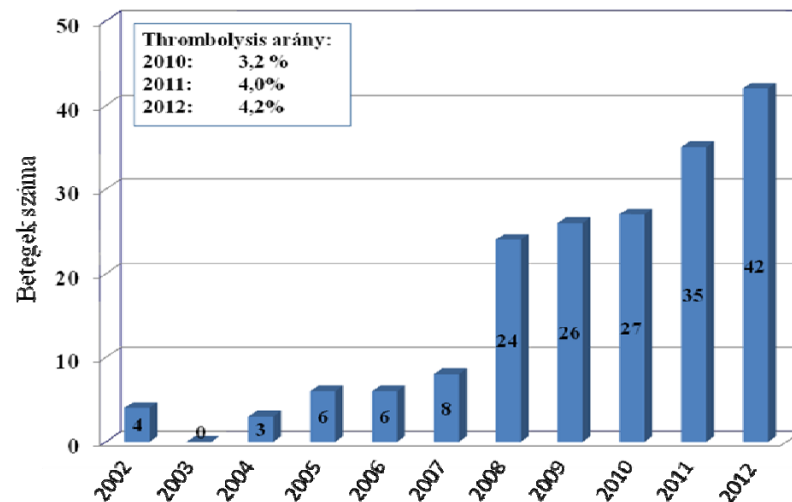
Betegeink 83 %-a volt hypertoniás, ami lényegesen magasabb az irodalmi adatoknál (70 – 72%). Negyed-részüik diabetese (irodalmi adat 18%), és ami különösen figyelmet érdemel, 1/3-uk nem tudott cukorbetegségéről. Még rosszabbak az arányok, ha a csökkent glucose toleranciát is figyelembe vesszük, ami 16 % volt. A pitvarfibrillatio előfordulása 17%, szemben a 13%-os irodalmi adattal. A pitvarfibrillatio is gyakran csak a stroke kapcsán került diagnosztizálásra. A fibrilláló stroke betegek mortalitása feltűnően magas: 30 napon belül 26%, egy éven belül 40%. (3. ábra)

Thrombolysis

Ma az acut stroke ellátás kulcskérdése a thrombolysis. Európa fejlett és anyagilag is jó helyzetben lévő, modern infrastruktúrával és jól szervezett egészségügyi rend-

szerral rendelkező országaiban nagyságrenddel magasabb a thrombolysisek aránya, mint hazánkban: Ausztria 18%, Magyarország 2%. Két fontos feladat áll előttünk az ellátás minőségének javításában: 1.) az esetek számának növelése, 2.) a stroke kezdetétől a lysisig eltelt idő csökkentése.

Az esetek számának növelése elsősorban a prae-hospitalis ellátáson múlik. Fontos azonban a kórházon belüli betegirányítás szervezettsége, pontos szabályozottsága. Így érhető el, hogy a kórházba terápiás időablakon belül érkezett, minden arra alkalmas betegnél megtörténjen a lysis. A Jósa András Oktatókórházban korán, a kezelés európai elfogadásával egy időben került bevezetésre a thrombolysis kezelés. A kezdeti évek alacsony esetszáma után 2008-tól jelentős növekedés kezdődött (4. ábra). A jelenlegi thrombolysis arány a hazai élmezőnyhöz tartozik, de így is messze elmarad a kívánatostól.



4. ábra A thrombolysisek száma a Jósa András Oktatókórházban

A lysisre kerülő betegek számának növelésére egyik lehetőség, hogy elemezzük a terápiás időablakon belül felvett, de nem lysiselt betegeknek a kezelés elmaradásának okait. Az így szerzett tapasztalatok segíthetik az ellátás gyenge pontjainak feltárását, és a javító intézkedések bevezetését. 2011-ben kezdtük ezt az elemző munkát, ami szerepet játszhatott a 2011 és 2012 évi lysis szám jelentős emelkedésében. 2011-ben 874 volt az akut ischaemiás stroke miatt kezelt beteg száma, közülük lysis időn belül 188 (21,5%) beteg érkezett, de 153 betegnél nem történt meg a beavatkozás. Az utóbbiak közül 89 esetben az érvényes szakmai ajánlásnak megfelelően, egyértelműen helyesen döntött a kezelő orvos. A lysis elmaradását magyarázó okok között leggyakrabban a bizonytalan kezdet (19 eset), javuló (15 eset), enyhe (25 eset), vagy a súlyos (17 eset) neurológiai tünetek szerepelnek. 40 betegnél nem volt elfogadható indoklás (20 esetben egyáltalán nem volt indokolás). A javuló és az enyhe tünetek nem tekinthetők egyértelmű kizáró oknak, az irodalmi adatok (Urrea et al. 2013) és saját tapasztalataink szerint ezeknél a betegeknek is érdemes elvégezni a lysis-t. Ha azoknak az eseteknek csupán felénél megtörténne a lysis, akiknél nem találtunk elfogadható indoklást, illetve akiknél a tünetek enyhék vagy javulóak voltak, elérnénk a 10 % körüli, jónak mondható európai szintet. Fontos arra is rámutatni, hogy a lysis elmaradásának jogi következményei is lehetnek, kártérítési igényt alapozhat meg, mivel az érvényes szakmai ajánlás tartalmazza a thrombolysis javaslatát. Ebből a szempontból különösen azok az esetek lehetnek kritikusak, amelyeknél nincs elfogadható indoklása a kezelés elmaradásának.

	Átlag/Tartomány (perc)			
	No	Stroke kezdet ↓ Kórházi felvétel	Stroke kezdet ↓ Lysisig eltelt idő	„Door to Needle Time”
2002-2008	51	72,3 10 – 208	136,3 86 – 300	84,9 15 – 245
2009	26	56,54 8 – 135	137,3 70 – 255	83,6 31 – 190
2010	27	63,2 0 – 132	158,5 70 – 300	94,4 38 – 236
2011	35	64,9 0 – 127	149,2 90 – 215	84,6 48 – 147
2012	42	86,3 40 – 190	172,5 105 – 275	86,1 45 – 215

2. táblázat A thrombolysis szempontjából fontos időtartamok

2008. óta rendszeresen követjük thrombolysált betegeink ellátását: az életkort, a képalkotó eljárásokat, a stroke kezdetétől a kórházi felvételig, a kórházi felvételtől a lysis elkezdéséig („door to needle time”), a stroke kezdetétől a lysisig eltelt időt, a betegek állapotváltozását (módosított Rankin skála, NIH Stroke Skála) és a szövődményeket. Megállapíthatjuk, hogy az elmúlt 3 – 4 évben jelentős előrelépés csak a betegszámokban van, a prognózis szempontjából fontos, az ellátással összefüggő időtartamok nem változtak (2. táblázat). Különösen a „door to needle time” javítására kell törekedni a kórházi ellátás során, hiszen ez kizárólag a megfelelő szervezésen, az összehangolt munkán múlik. Ennek ellenére ezt az időt

nem sikerült csökkenteni, a cél a már elfogadhatónak tekinthető 60 perc alatti érték lenne.


Az ellátás szakmai megfelelősége szempontjából fontos a szövődmények gyakorisága. A thrombolysis legfenyegetőbb szövődménye a vérzés. Súlyosnak tekinthető, tünetet okozó intracranialis vérzés az eddigi 181 kezelésből 12 betegnél fordult elő (6,6 %), ami megegyezik a nemzetközi átlaggal (6%). A súlyos vérzések közül 5 volt fatális. Tünetet nem okozó intracranialis vérzést egy esetben láttunk. Súlyos szisztémás vérzés nem volt, csupán 9 esetben fordult elő enyhe subcutan vagy nyálkahártya vérzés. Allergiás reakció egy betegnél jelentkezett.

A minőségellenőrzés fejlesztése

A kórházi ellátás során a beteg beérkezésétől a kezelés elkezdésig terjedő idő megváltoztatására van lehetőség. Ehhez ellenőrizni kell az ellátás minden mozzanatát, fel kell tárnai az ellátás azon gyenge pontjait, melyek javítása/megszüntetése lehetőséget teremt a kezelés elkezdéséig tartó idő lerövidítésére. A cél érdekében az eddigi ellenőrző rendszert továbbfejlesztettük, olyan részletekről is adatokat gyűjtünk, melyekről eddig nem voltak megbízható információink.

Továbbra is fontosnak tartjuk a STROKE TO DOOR és a DOOR TO NEEDLE időt, de a CT és LABORTÓRIUMI lelet elkészültét is monitorozni kívánjuk, mivel elsősorban ennél a két vizsgálatnál jelentkezhet idővesztés. Kidolgoztunk egy un. „**ACUT STROKE ELLÁTÁS - AUDIT LAP**”-ot (5. ábra), mely tartalmazza mindazokat a szempontokat is, melyek kontraindikációt jelenthetnek. Ez megkönnyíti és pontosabbá teszi a therapiás időablakon belül érkezett, de nem lysalt betegek követését. Ezt a továbbiakban is fontosnak tartjuk a thrombolysis minőségi ellenőrzése szempontjából. A dokumentum nem

csak a minőségellenőrzés céljait szolgálja, hanem a klinikusok munkáját is segíti, könnyen áttekinthetővé teszi a kontraindikációkat, a teendőket.

ACUT STROKE ELLÁTÁS - AUDIT LAP		EHB 7-09/00-21 Változat: 1 Hatályba lépés: 2013.03.04	
			
Beteg neve: _____		Felvétel dátuma: _____	
TAJ száma: _____			
Stroke kialakulásának időpontja:napóraperc			
Szül. idő: _____			
Kórházba érkezés időpontja:napóraperc			
Életkor (18 év alatt, 80 év felett)*: STROKE TO DOOR:óraperc			
Lakcím: _____			
(*) kontraindikációt jelentő értékek			
ANAMNÉZIS (kizárási kritériumok)		FELVÉTELI STÁTUSZ	
Korábban intracerebrális vérzés	<input type="checkbox"/>	Pulsus:/min	Ritmuszavar: <input type="checkbox"/>
Haemorrhagiás diathesis	<input type="checkbox"/>	RR:/..... Hgmm (kontraid.>185/110 Hgmm)	
Korábbi stroke + diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Test súly (becsült):kg	
Előző három hónapban		Test hőmérséklet:C	
Stroke	<input type="checkbox"/>		
AMI	<input type="checkbox"/>	LABOR ÉRTÉKEK	
Koponya trauma	<input type="checkbox"/>	Labor lelet kérés időpontja:napóraperc	
Nagy műtét	<input type="checkbox"/>	Labor lelet kiadás időpontja:napóraperc	
Előző három hónapban vérzés		Thr: (<100 G/L*)	
Gastrointest.	<input type="checkbox"/>	Fvs:	
Urogen.	<input type="checkbox"/>	Na:	
Egyéb	<input type="checkbox"/>	K:	
10 napon belül		Vércukor: (≤2,8 v. ≥22*)	
Szülés.	<input type="checkbox"/>	CK:	
3 napon belül		Creatinin:	
Nem komprimálható helyen artéria punk	<input type="checkbox"/>		
Jelenleg		CT/MR	I / N
Acut trauma	<input type="checkbox"/>	CT/MR lelet kérés időpontja:napóraperc	
Aktív vérzés	<input type="checkbox"/>	CT/MR lelet kiadás időpontja:napóraperc	
Ismert bakteriális endo- pericarditis	<input type="checkbox"/>	Vérzés	<input type="checkbox"/>
Ismert súlyos májbetegség	<input type="checkbox"/>	Ischaemia	<input type="checkbox"/>
Acut pancreatitis	<input type="checkbox"/>	Media területének >1/3-a érintett*:	<input type="checkbox"/>
Ismert aneurysma	<input type="checkbox"/>	Korai jelek:	<input type="checkbox"/>
Vérzésveszéllyel járó daganat	<input type="checkbox"/>		
Epileptikus roham stroke kezdetén	<input type="checkbox"/>		
Anticoaguláns terápia			
Heparin	<input type="checkbox"/>		
K vit. antagonist	<input type="checkbox"/>		
Aktívált Xa faktor inhibitor	<input type="checkbox"/>		
Egyéb	<input type="checkbox"/>		
Neurológiai vizsgálat időpontja:			
.....napóraperc			
NIH Stroke Skála lízis előtti: (≥25*)	<input type="checkbox"/>		
Lízis elkezdhető	<input type="checkbox"/>		
Beteg lízisbe beleegyezik	<input type="checkbox"/>		
KEZELÉS			
Döntés időpontja:napóraperc		Actylise adagja 10 % bolusban (mg)	
Kezelés kezdetének időpontja:napóraperc		Maradék (60 perc alatt, mg)	
DOOR TO NEEDLE:óraperc		Összdózis (0,9 mg/testsúly, max 90 mg): I / N	
Kezelés befejezésének időp.napóraperc		Szövődmény:	<input type="checkbox"/>

5. ábra Acut stroke ellátás – Audit lap

Összefoglalás

Az akut ischaemiás stroke ma elfogadott, egyedüli oki kezelése a szöveti plasminogen aktivátorral végzett szisztémás thrombolysis. Ezzel összefüggésben céljaink:

1. A thrombolysis kezelésben részesülő betegek számának növelése.
2. A stroke kezdetétől a lysisig terjedő idő minél rövidebbre szűkítése.

Ezek a célok összhangban vannak a Népegészségügyi Program stroke alprogramjának céljaival, az akut stroke halálozás és morbiditás csökkentésével. A célok az érintett szakmák szoros együttműködésével, stroke team-ek szervezésével, az ehhez szükséges szervezeti keretek, infrastruktúra kialakításával érhetőek el. Ezeknek a céloknak az elérését segítheti a minőségellenőrzős jól kidolgozott kontrollja, az ellátás gyenge pontjainak feltárása.

Irodalom

1. Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, Brozman M, Dávalos A, Guidetti D, et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. *N Engl J Med.* 2008, 359(13): 1317-1329.
2. Pasquale Mordasini, Christoph Zubler, Gerhard Schroth, Jan Gralla: Thrombectomy for Acute Ischemic Stroke Treatment: A Review. *EJMINT Invited Review*, 2012: 1238000077
3. Alsheklee A, Pandya DJ, English J, Zaidat O, Mueller N, Gupta R, Nogueira R: Merci mechanical thrombectomy retriever for acute ischemic stroke therapy: literature review. *Neurology.* 2012, 25:S126-34.

4. Writing Group Members, et al. Heart Disease and Stroke Statistics 2010 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulatio*, 2010, 121:e46-e215.
5. Mehdiratta M, Caplan LR. Acute stroke thrombolysis: an update. *Prog Cardiovasc Dis.* 2007, 49:430-438.
6. Vokó Z, Széles Gy, Kardos L, Németh R, Ádány R: Az agyérbetegségek epidemiológiája Magyarországon az ezredfordulót követően. *LAM*, 2008, 18:31–38.
7. Saver JL: Time is brain--quantified. *Stroke*, 2006; 37:263-266.
8. The ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA Study Group Investigators: Association of outcome with early stroke treatment: pooled analysis of ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA stroke trials. *Lancet*, 2004, 363: 768–74.

Urra X, Ariño H, Llull L, Amaro S, Obach V, Helena Ariño, Llull L, Amaro S, Obach V, Cervera Á, Chamorro Á: The Outcome of Patients with Mild Stroke Improves after Treatment with Systemic Thrombolysis. *PLoS ONE*, 2013, 8(3): e59420. doi:10.1

Jók a legjobbak közül Beszélgetés Kállai Tamással

Szódi Sándor 



„...a válság hatására több cég a nem megfelelő területeken – így például a minőségirányításra és a szervezetfejlesztésre fordított erőforrásokon – próbál rövidtávon spórolni. Meggyőződésem, hogy egy fenntartható jövőhöz nem ez a megfelelő út.”

Kállai Tamás

- Nyitányként szeretnék kérni egy vázlatos szakmai önéletrajzot!
- Ausztriában nőttem fel. A bécsi érettségi vizsgát követően az Eötvös Loránd Tudományegyetem Bölcsészettudományi karán, majd a Testnevelési Egyetemen végeztem tanulmányaimat. Az egyetemek befejezését követően 1996-tól oktatással és oktatásszervezéssel foglalkoztam, majd 2003-ban szervező-koordinátorként kerültem a B. Braun Avitum Hungary Zrt.-hez. 2006-tól a hazai Avitum Dialízis Hálózat operations managere voltam, majd 2009-ben operatív igazgatóként a teljes magyarországi B. Braun-vállalatcsoport -a B. Braun Avitum Hungary Zrt. és a B. Braun Medical Kft.- igazgatóságának tagjai közé kaptam kinevezést. 2012-től új feladatkörrel bővült a területem, a B. Braun-vállalatcsoport Magyarországon folytatott értékesítési tevékenységéért is én felelek. A minőségirányítási területek vonatkozásában nemzetközi belső auditori, valamint

nemzetközi EFQM értékelői képesítésekkel rendelkezem, így a B. Braun Avitum Hungary Zrt.-nél az EFQM kiválósági modell bevezetésére alakult teamet a kezdetektől én vezetem.

- 2006-tól a hazai cég Dialízis Hálózat operatív igazgatója vagy. Mivel foglalkozik a gyakorlatban az operatív igazgató?
- Nagy vonalakban úgy tudnám megfogalmazni, hogy a cég stratégiai céljainak és a vevői igényeknek megfelelő szolgáltatást biztosító operatív folyamatok irányítását végzem. Munkaköri leírásom több oldalt foglal el, amelyből a teljesség igénye nélkül többek között biztosítom a megfelelő szintű betegellátás végzéséhez szükséges infrastruktúrát, és humánerőforrást, a hálózat költségeinek szigorú kontrollját, továbbá én vagyok a felelős a vállalat minőségirányítási, minőségbiztosítási és minőség-ellenőrzési politikájának kialakításáért és a standard működési folyamatok irányításáért is.

- Több alkalommal volt szerencsém előadásodat hallgatni. Számomra mindig egy minőség iránt elkötelezett vezetőként jelentél meg. Felfogásod szerint mit jelent és miért ennyire fontos számodra a minőség?

- A B. Braun Avitum Dialízis Hálózat egészségügyi szolgáltatást nyújt, így számunkra a legjobb minőség az elfogadható minimum. A betegellátásban nincs kompromisszum, így a folyamatok szigorú szabályzása, azok rendszeres ellenőrzése és fejlesztése a kulcs, hogy az elvárt és szükséges minőséget biztosítsuk. Kiemelten fontosnak tartom, hogy ennek a jelentőségét minden vezető a területére vonatkozóan megértse és alkalmazza.

- Véleményed szerint mit lehetne tenni hazánkban a minőség presztízsének növeléséért?

- Nem a minőségügy presztízsével van jelenleg probléma, hanem azzal, hogy a válság hatására több cég a nem megfelelő területeken -így például a minőségirányításra és a szervezetfejlesztésre fordított erőforrásokon- próbál rövidtávon spórolni. Meggyőződésem, hogy egy fenntartható jövőhöz nem ez a megfelelő út, pont ellenkezőleg, ezekkel a rendszerekkel kell megtalálni azokat a fejlesztendő területeket, amelyek hosszú távon biztosítják a szervezet sikeres működését.

- Mit teszel tudásod karbantartásáért, hogy jutsz új ismeretekhez?

- Elkötelezett hívei vagyunk a minőségirányításnak, így az ISO-folyamatok működésünknek állandó alapjai, és napi rendszerességgel használjuk az EFQM kritériumrendszert a szervezet folyamatos fejlesztése érdekében. A napi működésünk így az én ismereteimet is folyamatosan karban tartja. Új ismeretek elsajátításához pedig a lehetőségeimhez mérten minél több -mind

hazai, mind nemzetközi- szakmai rendezvényeken veszek részt.

- Úgy tűnik, hogy a társadalmi szerepvállalás különösen fontos számodra és munkád hangsúlyos részévé vált!

- Valóban, a társadalmi felelősségvállalás hangsúlyos szerepet kap munkánk során. Ez abból adódik, hogy a B. Braun-cégcsoport filozófiája mind nemzetközileg, mind pedig Magyarországon lehetővé teszi számunkra, hogy mindennapi működésünk mellett olyan fontos célokat támogassunk, amelyek a szélesebb társadalom számára értékeket teremtenek. Társadalmi szerepvállalásunkat kidolgozott terv alapján, évről évre szélesebb körben végezzük, amely során a hosszú távú elköteleződés kiemelt célunk. Ez irányú tevékenységünk-ről évente kiadjuk CSR - beszámolómat, amelyből a munkatársak és partnereink is megismerhetik azokat a szervezeteket, alapítványokat és programokat, akikkel együttműködünk.

- A B. Braun Zrt. minőségpolitikájából, „minőségszakmai” munkájából mire vagy leginkább büszke?

- Integrált minőségügyi rendszerünk 1999-es kiépítése óta számos olyan eredményünk volt, amely mérföldkönek számított szolgáltatásunk eredményességének és hatékonyságának növelése szempontjából. A legnagyobb presztízsű elismerésünk kétség kívül a tavaly ősszel elért EFQM Kiválósági Díj döntős helyezése, amelyet elsőként nyertünk el a dialízis-szolgáltatók között. Mindezek mellett a legbüszkébb azonban arra vagyunk, hogy valamennyi sikerünk az Avitum közel 700 dolgozójának közös, felelősségtudatos munkájának eredménye.

- Szép eredményeket értetek el a szervezeti önértékelés során. Mivel ajánlanád más cégek vezetőinek figyelmébe ezt a fontos menedzsment eszközt?
- Önértékelési folyamatunk a különböző eredmények (betegekkel, dolgozókkal, társadalmi szerepvállalással kapcsolatos, valamint a cég stratégiájához közvetlenül kapcsolódó kulcseredmények) megvizsgálásával lehetőséget ad szervezetünknek, hogy azonosítsuk erősségeinket és a fejlesztendő területeket. Hálózatunkon belül erre építve kialakítottunk egy belső minőségügyi díjat is, ami ösztönzőleg hat 18 dialízis-központunkra: az összességében legjobb eredményt elérő helyszín minden évben Belső Minőségügyi Különdíjban részesül. A modellel elértük, hogy a teljes körű minőségirányítás a dialízis-hálózat minden dolgozója számára ne csak egy ideológiát, hanem a napi gyakorlatot jelentse. Sikeredt a teljes hálózatban a mindennapi működés részévé tenni a RADAR - logikán alapuló gondolkodást és a kiválósági modell működését. Így az összes dialízis-központ a saját működési területére vonatkozóan önállóan tudja elvégezni a kritériumrendszer szerinti önértékelést. A projekt további hozadéka, hogy a szervezeti fejlesztések és az eredmények javítása ez által nem kizárólag központilag, hanem helyi szinten, az egyes dialízis-állomások egyedi működése alapján is megvalósulnak.
- Hogyan értékeled a közelmúltban, az ISO 9000 FÓRUM-tól kapott „A MINŐSÉGÉRT” Egyéni Vándordíjat?
- Hatalmas megtiszteltetés számomra, hogy a vándordíj elnyerésével a szakemberek egy olyan körébe kerülhettem, akik nagyon sokat tettek a magyarországi minőségügy fejlődéséért. Az ISO 9000 FÓRUM-mal évek óta sikeresen együttműködünk, előadóként mind

jómagam, mind munkatársaim aktívan részt veszünk az éves kongresszuson és lehetőségeinkhez mérten folyamatosan támogatjuk a tevékenységüket, hiszen meghatározó szerepet töltenek be a magyarországi minőségfejlesztési folyamatokban.

- Milyen rövid és hosszabb távú terveid vannak?
- Rövid-távon most fókuszáltabban az új feladataimra koncentrálok az értékesítési területen, azonban az Avitum Hálózatban elért eredmények fenntarthatóságának biztosítása továbbra is mindig előtérben marad. Az Avitum Hálózatban az EFQM-alapú önértékelés és a kritériumrendszer alapján folytatott szervezete-fejlesztés a napi munkafolyamataink részét képezik, és természetesen minden más területemen az itt tapasztaltakat és tanultakat is felhasználom a sikeresség érdekében.
- Hogyan regenerálódasz? Mi jelenti számodra a kikapcsolódást? Mi a hobbid?
- Jelenleg kevés szabadidőm marad, azonban amikor lehetőségem van, kikapcsolódásként, a napi stressztől történő elszabaduláshoz mindig szívesen sportolok. Regenerálódásnak azonban elsődleges a család, így a szabadidőm legnagyobb részét feleségemmel és kislányommal töltöm. Fontos megtalálni a megfelelő egyensúlyt a munka és a magánélet vonatkozásában, ahhoz, hogy teljes életet élhessünk.
- Köszönöm válaszaidat. Jó egészséget és további munkasikereket kívánok!

A TÁRSASÁG HÍREI ÉS PROGRAMJAI

➤ XXII. Magyar Minőség Hét

2013. november 5-6.

Pályázatok:

- Magyar Minőség Háza Díj 2013.
- Magyar Minőség Szakirodalmi Díj 2013.
- Az Év (szakterület megnevezése) Irányítási Rendszermenedzsere 2013.
 - Magyar Minőség e-Oktatás Díj 2013.
 - Magyar Minőség Portál Díj 2013.

Eseménysorozat:

[Minőségirányítás aktuális kérdései, jó gyakorlatok és a projekt működés minőségirányítási vonatkozásai](#)

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

„A Mikulás is benchmarkol - 7.” konferencia

2013. december 5. Budapest, Hotel Benczúr

A konferencia védnöke: Prof. Dr. Cséfalvay Zoltán parlamenti és gazdaságstratégiáért felelős államtitkár – Nemzetgazdasági Minisztérium

A sorrendben 7. A Mikulás is Benchmarkol Konferenciánk ahhoz a kormányzati törekvéshez csatlakozik, amely a termelés felfuttatása, és ezzel új munkahelyek létesítése útján kívánja gazdaságunkat fellendíteni. Ebben a törekvésben az egyik, legkézenfekvőbb módszer a hazai KKV-k felkészítése, alkalmassá tétele arra, hogy a végtermékszállítók beszállítóivá váljanak, ezzel új munkahelyeket teremtve, importot váltsanak ki. Konferenciánkon azt a módszert követjük, hogy a kormányzati célok és módszerek ismertetése után, az érintett felek, vagyis

- egyrészt a befogadó nagyvállalatok,
- másrészt a sikeres KKV beszállítók cserélik ki tapasztalataikat, sikereiket és esetleges kudarcaikat, egymás és a jövőbeli partnerek okulása céljából.

A fentiek figyelembevételével a Konferenciánkon való részvételt ajánljuk a már ma is az aktív és passzív beszállítóknak, hogy tanulhassanak egymás módszereiből. De ezen kívül azoknak a szervezeteknek különösen ajánljuk, amelyek gazdasági célként tűzték ki, hogy felfejlődni, beszállítóként alkalmassá válni kívánnak.

Program

09.00 – 09.30 Regisztráció

09.30 – 09.45 Levezető elnök: Szódi Sándor minőségügyi és oktatási vezető – IFKA Iparfejlesztési Közhasznú Nonprofit Kft.

Megnyitó: Dr. Bárdos Krisztina ügyvezető igazgató – IFKA Iparfejlesztési Közhasznú Nonprofit Kft.

09.45 – 10.30 Aktuális gazdaságstratégiai kérdések. A beszállítók fejlesztése
Prof. Dr. Cséfalvay Zoltán államtitkár – Nemzetgazdasági Minisztérium

10.30 – 10.40 „A Mikulás is benchmarkol-6.” konferencia legjobb előadója díj átadása

10.40 – 11.05 NI. a beszállítókért
Dr. Ábrahám László ügyvezető igazgató – National Instruments Hungary Kft.

11.05 – 11.30 Szünet

11.30 – 12.00 Lakics Kft. az „Év kiváló Beszállítója”
Lakics Péter ügyvezető – Lakics Gépgyártó Kft.

12.00 – 12.25 SMR és a beszállítók segítése
Tibori-Pál Levente vezérigazgató – SMR Hungary Bt.
12.35 – 13.30 Ebéd

13.30 – 13.55 Beszállítók fejlesztése a Continental Automotive Hungary Kft.-ben
Hortobágyi Csaba minőségügyi vezető – Continental Automotive Hungary Kft.

13.55 – 14.20 Beszállító fejlesztési programok a kiemelt járműipari központokban
Pomázi Gyula ügyvezető igazgató – Provice Üzleti és Informatikai Tanácsadó és Szolgáltató Kft.

14.20 – 14.45 Az OTP Bank ajánlatai
Harnóczi György termékvezető – OTP Bank Nyrt.

14.45 A konferencia zárása

A programváltoztatás jogát fenntartjuk!

A **jelentkezési lap** letölthető:

<http://ifka.hu/ifka2/hu/rolunk/szervezet/minosegfejlesztes>

Társszervezők: ISO 9000 FÓRUM, EOQ Magyar Nemzeti Bizottság, Magyar Minőség Társaság, TQM Szövetség, TÜV Rheinland Inter-Cert Kft.

Médiatámogatók: Magyar Minőség, Minőség és Megbízhatóság, TelePress online hírportál, MISZ Hírlevél, Gazdaság és Közélet, Ma & Holnap, Zöld Ipar Magazin, Felnőttképzési Figyelő, Logisztikai Magazin, TRANSPACK Csomagolási, anyagmozgatási, logisztikai szaklap, RAABE Tanácsadó és Kiadó Kft., A+CS Logisztikai magazin.

Önértékelési szakértő - 10 napos akkreditált képzés

Részletes program (ütemterv)

Nap	Modul	Időpont	Előadó
1.	1.	2013. 11. 12. 9:00-17:00	IFKA Iparfejlesztési Közhasznú Nonprofit Kft. Szódi Sándor
	Minőség		
	Minőség koncepciók		
	TQM, team munka		
	Folyamatszabályozás		
	ISO		
	Vevői elégedettség		
2.	2.	2013. 11. 13. 9:00-17:00	IFKA Iparfejlesztési Közhasznú Nonprofit Kft. Szódi Sándor
	TQM technikák (5S, Benchmarking, FMEA, Folyamatábra, Hatlépéses problémamegoldás, Ok -okozati elemzés, Pareto diagram, SWOT).		
3.	3.	2013. 11. 19. 9:00-17:00	Szövetség a Kiválóságért Közhasznú Egyesület munkatársa
	Minőségi Díj modellek		
	Önértékelési módszerek		
	Az EFQM modell kritérium rendszere		
	Díjak és pályázási lehetőségek		
	Benchmarking politika, gyakorlati benchmarking		
4.	4.	2013. 11. 20. 9:00-17:00	Szövetség a Kiválóságért Közhasznú Egyesület munkatársa
	Az értékelés módszere - RADAR értékelő mátrix		
	Az RADAR értékelés mátrix gyakorlati alkalmazása		
5.	3.	2013. 11. 26. 9:00-17:00	IFKA Iparfejlesztési Közhasznú Nonprofit Kft. Szódi Sándor
	A Nemzeti Minőségi Díj hasznossága / győztesek véleménye		
	A vezetés meghatározó szerepe		
	NMD győztes pályázat alkritériumainak feldolgozás egyéni és csoportmunkában		
6.	3.	2013. 11. 27. 9:00-17:00	IFKA Iparfejlesztési Közhasznú Nonprofit Kft. Szódi Sándor
	Önértékelést és pályázatírást segítő javaslatok		
	Felkészülés a helyszíni szemlére		
	Pályázatírás projekttervének elkészítése		
	A Nemzeti Minőségi Díjak értékelésének tapasztalatai / általános hibák		
	Az EFQM modell két alkritériumának komplett értékelése		
	Visszajelzések készítése		

7.	5.	2012. 12. 03. 9:00-17:00	ISO 9000 FÓRUM Rózsa András
	Projektmenedzsment Csapatépítés		
8.	5.	2013. 12. 04. 9:00-17:00	ISO 9000 FÓRUM Rózsa András
	Stratégiai alkotás folyamata Változásmenedzselés		
9.	3.	2014. 12. 10. 9:00-17:00	NMD győztes szervezet képviselője
	Tapasztalatcsere korábbi NMD győztes szervezet képviselőjével		
10.	5.	2013. 12. 11. 9:00-17:00	IFKA Iparfejlesztési Közhasznú Nonprofit Kft. Szódi Sándor
	Benchmarking politika, benchmarkolási formák Vizsga		

Jelentkezés

Önértékelési szakértő - 10 napos akkreditált képzésre

Modul	Dátum	Időpont
1-2.	2013. november 12-13.	9:00 – 17:00
3-4.	2013. november 19-20.	
5-6.	2013. november 26-27.	
7-8.	2013. december 3-4.	
9-10.	2013. december 10-11.	

Jelentkezési határidő és visszaigazolás a szervezők részéről: 2013. november 4.

Részvételi díj 2013-ban is változatlan áron:

200 000 Ft/fő! Az ár szállásköltséget nem tartalmaz!

Oktatási helyszín: IFKA oktatóterem - 1063 Budapest, Munkácsy Mihály u. 16.

Közalapítvány és képzés akkreditált, így a képzési díj ÁFA tárgyi adó mentes.

A képzésbe való bekapcsolódás feltétele: érettségi bizonyítvány.

További információkkal e-mail-en, telefonon szívesen állnak rendelkezésre

Szódi Sándor szodi@ifka.hu

Kovács Henriett kovacs.henriett@ifka.hu

telefon: +36 1 332-0362, fax: +36 1 332 0787

A jelentkezési lap megküldése egyben fizetési kötelezettséggel is jár, ezért a részvételi díjat a számla kézhezvétele után a számlán megjelölt időpontban és számlaszámra átutalással kell befizetni.

A képzéshez kapcsolódó szolgáltatás díjmentes!

Jelentkezési lap:

http://ifka.hu/ifka2/hu/szolgaltatasok/oktatas_kepzes/oner_tekelesi_szakerto

Beszámoló

az ISO 9000 FÓRUM jubileumi, XX. Nemzeti Konferenciájáról

Rózsa András

A tisztelt olvasókat örömmel tájékoztatjuk, hogy minden tekintetben sikeresen zárult az ISO 9000 FÓRUM XX. Nemzeti Konferenciája, melyet új környezetben és részben megújult arculattal szerveztünk meg 2013. szeptember 12-13-án Balatonalmádiban, a RAMADA Balaton Konferencia Hotelben. A rendezvényen összesen 420 fő vett részt, teltházas volt úgy a Plenáris, mint a szekciók. Az előadások többsége magas tetszési indexet kapott a hallgatóságtól.

Rózsa András az ISO 9000 FÓRUM elnöksége nevében (1. ábra) köszöntötte a Jubileumi XX. Nemzeti Konferencia valamennyi résztvevőjét, előadóját és vendégét. Ismertette, hogy a konferencia programja, a „**Minőség – Együttműködés – Társadalmi felelősség**” tematika ötletét az adta, hogy az ISO 9000 FÓRUM jól működő civil társadalmi szervezet, fenntarthatóan és sikeresen tevékenykedik és minden -erre méltó- személlyel és szervezettel partner kíván lenni.

Visszatért a közel 20 évvel ezelőtti megalakulásra. 1994. októberben, Gyopárosfürdön tartották a minőségügyben tanúsított vállalatok Konferenciáját. Ott merült fel a FÓRUM megalapításának gondolata, majd 1994. december 14.-én, 41 magyarországi vállalkozás és az EOQ MNB megalakította a Magyarországi Tanúsított Cégek ISO 9000 Fórumát. Ezt követően, 19 éven keresztül, a Nemzeti Konferenciák száma 1-el mindig meghaladta a szervezet megalakulás éveinek számát. Ebben az évben az elnökség úgy döntött, hogy a megalakulás évét teljes évnek tekintjük, így a mostani XX. Nemzeti Konferencián

ünnepeľjük meg a szervezet fennállásának húszadik évfordulóját is.

Nagyon pozitív dolognak tartjuk, hogy a mostani konferencia meghirdetésében, népszerűsítésében önzetlenül vettek részt a tanácsadó, és kivétel nélkül az összes minőségügyi társadalmi szervezetek.



1. ábra A Konferencia elnöksége

A Plenáris ülésen Dr. Chikán Attila, a BCE professzora nemzetközi összehasonlításban mutatta be, hogy a minőség a versenyképesség és a sikeresség egyik meghatározó eszköze úgy mikro-, mint makrogazdasági szinten. Kiemelte, hogy a termék- és szolgáltatásminőség versenyképességben betöltött szerepében a vevőorientáció domináns (azaz: az erőteljesebb vevőorientáció - magasabb minőséget igényel).

Dr. Bartus Gábor, (Nemzeti Fenntartható Fejlődési Tanács titkár) a fenntarthatóság és társadalmi felelősségvállalás esélyeit és dilemmáit vetette fel. Megvilágította a témában alkalmazott fogalmakat és példákon keresztül ismertette, hogy milyen módon kapcsolható a fenntartható fejlődés a minőség fogalmához és a vállalati felelősségvállaláshoz.

Dr. Várszegi Asztrik, főapát (Pannonhalmi Bencés Főapátság) üdvözölte a hallgatóságot és a következőt mondta: „a konferencia témáját illetően Önök az emberiség, világunk és benne hazánk rendkívül fontos, ha nem legfontosabb kérdéseivel foglalkoznak. Választ keresnek a létkérdésre, hogy az emberiség -benne a mi életünk-további sorsa miként alakul, kézben tartható-e bolygónkon az élet a fenntartható fejlődéssel”. Kiemelte, hogy azoknak van jó esélyük a sikerességre, akik hittel, reménnyel és szeretettel élnek és együttműködnek. Véleménye szerint „a fenntartható fejlődésre egy esélyünk van, ha a változtatást magunkon kezdjük és magunkon demonstráljuk - nagy szeretettel”.

Rózsa András (ISO 9000 FÓRUM elnök) „**A FÓRUM és minőségügy 20 éve**” című előadásában előre vetítette, hogy a „hőskori” sikereken túl az utolsó 8-10 év minőségügyi hiányosságairól is kell beszélni, amelyek miatt jelentősen devalválódott a minőségügy fogalma és a rendszer-tanúsítványok értéke Magyarországon. Elfogadva Dr. Chikán Attila állítását, hogy a minőség a versenyképesség egyik alapvető eszköze, látnunk kell a minőségügy hiányosságait is. Való igaz, hogy a Nemzeti Konferencián általában a legjobb szervezetek, a kiválóak vesznek részt és ezeket a vállalatokat, szervezeteket pozitív példaként kell bemutatni, de a minőségügy fejlődésének, azaz a vállalkozások és az ország versenyképességének fékjeit is látnunk kell.

Az előadásokat követően 10 perces, rendkívüli sikeres filmvetítés következett, amelyben 105 fotó összeállításban láthattuk az ISO 9000 FÓRUM tevékenységét „**20 éve a minőség szolgálatában**” címmel.

A Plenáris ülésen Dr. Molnár Pál (EOQ MNB elnök), Dr. Kecskés Gábor (Zala Megyei Kórház orvos igazgató) és Dr. Simon Attila (Herendi Porcelánmanufaktúra Zrt. vezérigazgató) hozzászóltak a „Partnerünk az ISO 9000 FÓRUM” témában. Ezt követően átadták a 20. éves alapító okleveleket az ISO 9000 FÓRUM alapítóinak, illetve a köszönő okleveleket a FÓRUM Ex-szervező csapatának (2. és 3. ábra).



2. ábra Az alapítók



3. ábra A szervezők csapata

Az „A” szekcióban a magas színvonalú előadások sokrétűsége jól mutatta be a szekció jelmondatát: „**Múltunk, jelenünk, jövőnk a minőség tükrében**”. **Dr. Németh Balázs**, a Kvalikon Kft. ügyvezetője tömören vázolta a minőségügy fejlődését az évtizedek során megjelenő sokféle módszer bemutatásával. **Koncz Judit**, (AUDI HU Motor Kft. rendszeraudit vezető) meggyőzően ismertette, hogy egy világmárkát gyártó cég fejlődése is a szakemberek lelkes szakmai munkáján alapul. **Kurucz Mihály**, (HungaroControl Zrt. repülésbiztonság vezető) szemléletesen mutatta be a légi közlekedés biztonságát eredményező sokirányú, integrált és jól összehangolt tevékenységet. A vállalkozások hatékonyságát növelné, sikerességét eredményezné, ha a **Dr. Horváth Zsolt**, (INFOBIZ Kft. ügyvezető) és **Pflanzner Sándor**, (BCM Software Kft. műszaki vezető) által bemutatott ésszerű informatikai rendszert széleskörűen alkalmaznák a vállalatok. Energiagazdálkodásunk meghatározó tényezőjének, a Paksi Atomerőműnek a helyzetét és jövőjét elemezte előadásában **Puskás László**, kiemelt projektvezető. Előadásából egyértelműen következik, hogy Paks a

jövőben is hazánk energiaellátásnak meghatározó eleme lesz. **Toldi Árpád**, (Videoton Electro-Plast Kft. MIR vezető) a Videoton példáján keresztül mutatta be, hogy a termelés minőségét a megfelelő munkakörülmények széleskörű tudatosításával és megvalósításával kell biztosítani. **Dr. Veress Gábor**, (MTESZ elnök) szekció elnök összefoglalója szerint a színvonalas előadások jól mutatták be a minőségügy múltjának, jelenének és jövőjének egy-egy kérdéskörét, de természetesen nem tudták teljes-körüen ismertetni a minőségügy hazai helyzetét, hiszen az előadók az élenjáró cégek tevékenységét foglalták össze. A kevésbé sikeres vállalkozások minőségügyi helyzetéről a konferencián csak néhány megjegyzés hangzott el.

Több év után az ISO 9000 FÓRUM ismét lehetőséget biztosított a tanúsító szervezetek számára, hogy közvetlenül válaszolhassanak az érdekelt felek (tanácsadók és megrendelők) által felvetett kérdésekre. „**Az Irányítási Rendszerek tanúsításának új szemlélete, hozzáadott értéke**” című kerekasztal beszélgetésen a válaszadók a következő tanúsító szervezeteket képviselő személyek voltak: Gergely István - QTT Tanúsító Kft., Dr. Gutassy Attila - TÜV Rheinland InterCert Kft., Sőre Andrea - European-Cert Tanúsító Kft., Zrupkó János - DNV Magyarország Kft., Gyöngy István - ÉMI TÜV SÜD Kft., Kákonyi András - SGS-Hu Kft., Dr. Oláh József - NAT, Jászainé Sziklai Gertrud - NAT, Tánczos Lajos - International Cert Hu Kft. A kerekasztal beszélgetést Tunkli Gábor és Kormány Tamás moderálta. Rózsa András bevezetőjében kiemelte, hogy: „a TASZK négy tanúsító szervezete (SGS Hungária, TÜV Rheinland InterCert, ÉMI-TÜV SÜD és a DNV Magyarország) 2006-ban szerepelt utoljára önálló szekcióban. Az utóbbi két évben több tanúsító szervezet, illetve vállalkozás képviselője felvetette, hogy hasznos lenne egy kerekasztal beszélgetést szervezni, ahol az érdekeltek (megrendelők,

tanúsítók, tanácsadók, NAT) megtárgyalhatják a minőség-irányítási rendszerek tanúsításával kapcsolatos problémákat, újdonságokat, illetve jövőbeli elképzeléseket.

A témában rendelkezésre álló adatok helyességét többen vitatták, de abban egyetértés alakult ki, hogy az **ISO 9001-es szabvány szerint tanúsított szervezetek száma jelentősen csökkent Magyarországon** az elmúlt években. Ennek számos oka van. A résztvevők egyetértettek abban is, hogy ahol erős az iparági nyomás (autóipar, élelmiszeripar stb.) ott komolyan veszik a minőségirányítási rendszereket, bár ezek inkább iparág specifikus szabványokon alapulnak. Azon szervezeteknél, ahol a valós működés szabályozására és fejlesztésre használják minőségirányítási rendszerüket, a tanúsítványon túl is szükség van hozzáadott értékre, de nem alakult ki egyetemes vélemény a tanúsító szervezetek között, hogy mi is a tanúsítás hozzáadott értéke.

Hozzáadott értéknek tekintenék a megrendelők, ha a tanúsítóktól gyakorlatiasabb válaszokat kapnának a fejlesztésekre, továbblépésre. A NAT képviselői viszont jelezték, hogy ilyen jellegű jogosítványt nem engedélyeznek a tanúsítóknak, mivel ez az ő értelmezésükben már tanácsadási tevékenységnek számít. Ezen a problémakörön hosszan elvitatkoztak a jelenlévők, s láthatóan mindkét oldal elégedetlenül zárta le ezt a témát. **„Szakmai konklúziót, továbblépési irányt megfogalmazni e kérdéskörben nem tudtunk”**, fogalmazta meg **Tunkli Gábor**, moderátor (BBL Tanácsadó Kft., ügyvezető).

Az akkreditáció nélkül dolgozó tanúsító szervezetekkel kapcsolatos felvetések teljesen kezelhetetlennek tűntek mind a NAT, mind a jelen lévő tanúsítók részéről. Az érdekelt felek pedig úgy gondolják, hogy a NAT-nak kellene rendet teremteni az akkreditáció nélkül dolgozó szervezetek vonatkozásában. Szomorú volt megállapítani, hogy a NAT nem látja a tanúsítandó és tanúsított

szervezetek problémáit, és a tanúsítókkal együtt úgy gondolják, hogy a minőségügyi devalvációs folyamatban van-e/lenne-e valamilyen feladatuk, szerepük. Levezető elnökként **Kormány Tamás**, (CONTROLL Holding Zrt. vezérigazgató) az alábbiakban összegezte: **„a tanúsítók az ügyfelekre hárítják a felelősséget és kényelmesen behelyezkednek abba az üzleti modellbe, hogy náluk a megrendelők teljes körű és magas színvonalú szolgáltatást kapnak, azok a problémák, melyek a piac szereplői irányából érkeztek nem az ő szervezetükre, személyzetükre vonatkoznak”**.

A válaszadók (tanúsított szervezetek) nagy többsége egyetértett azzal, hogy az ISO 9000 FÓRUM-on belül hozzák létre a **Tanúsítási és Tanúsítói Szakbizottságot**, amely részben érdekvédelmi feladatokat is ellát. Ennek tevékenységében olyan tanúsító szervezetek vehetnének részt, amelyek tagjai az ISO 9000 FÓRUM-nak, akkreditáltak és ügyfelei igazolják a tanúsítás szakmai és etikai megfelelőségét. A szakbizottság megalakítására novemberben kerülne sor.

„Az egészségügy jövője az új szakmai irányelvek és az együttműködés szellemében” című szekcióban főleg az orvos-beteg kommunikációval valamint az egészségügyben végbemenő változásokkal foglalkozó előadások hangzottak el, közel 50 fő részvételével, **Dr. Kecskés Gábor**, (Zala Megyei Kórház orvos-igazgató) elnökségével, melyen nemcsak a kórházakból, hanem tanácsadó és tanúsító szervezetektől érkező résztvevők is jelen voltak. Felvezetőként **Dr. Velkey György**, a Magyar Kórházszövetség elnöke beszélt a betegellátás során a minőség, etika érvényesüléséről és tárta fel a motivációs tényezőket a kórházi ellátásban. Előadása szervesen kapcsolódott a plenáris ülésen Dr. Várszegi Asztrik, panonhalmi bencés főapát által elmondottakhoz és középontjában a szeretet, mint az orvosi ténykedés elenged-

hetetlen eleme és a minőség meghatározója állt. Színvonalas és élvezetes volt **Dr. Pilling János**, pszichiáter, a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetében működő orvosi kommunikáció csoport vezetőjének előadása az orvosi kommunikáció hatékonyságáról, kiemelve az empátia és az egyénre szabott tájékoztatás szerepét az orvos-beteg kommunikációban. A Szegedi Tudományegyetem Dél-Alföldi régiós térségi ellátó központként végzett, egy országos pályázat keretében megvalósult, térségi együttműködésének tapasztalatairól szólt **Dr. Kovács Iván**, az SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ stratégiai igazgatója. **Dr. Sesztakovné Varga Krisztina**, a SE-AOK-AITK, MIR szakreferensének előadása az Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika minőségirányítási rendszer alkalmazása során elért sikereit és eredményeit mutatta be. Részletesen beszélt a dokumentációfejlesztés során végzett folyamatos minőségfejlesztési tevékenységről és ehhez kapcsolódva érzékeltette a minőségfejlesztés hétköznapi jelentkező nehézségeit is. **Dr. Répási János PhD.** -TEVA Gyógyszergyár Zrt.- minőségbiztosítási tanácsadó pergő, humorral átszőtt előadását a gyógyszeripar mai helyzetéről és trendjeiről pozitívan fogadták a résztvevők. **Dr. Belicza Éva**, a GYEMSZI képviselőjében tartott tájékoztatást a jelenleg kialakítás alatt álló rendszer készülségéről – akkreditáció előkészületeiről. Ismertette a megvalósult feladatokat és a tervezett intézkedéseket. Az akkreditációs rendszer bevezetéséhez kapcsolódva **Dr. Gődény Sándor** (DE OEC, Megelőző Orvostani Intézet) beszélt nagyon tömören a klinikai audit lehetőségéről és jelentőségéről. Az előadásokat követő vitában ez a két téma kapta a legtöbb hozzászólást. Élénk véleménycsere alakult ki a tervezett akkreditáció jelentőségéről, gyakorlati hasznáról, illetve a minőségügyi tanúsítással való viszonyáról.

A közoktatási szekció munkája „A köznevelés megújítása, minőségfejlesztés a mindennapokban” mottóra épült, mintegy 80 fő részvételével. **Radicsné Szerencsés Terézia**, az Országos EGYMI Egyesület elnöke által vezetett programon szó esett az EGYMI-ket érintő várható változásokról és az általuk ellátandó jövőbeli feladatokról. A családsegítő szolgálat és az iskola-egészségügyi ellátás új útvonalat jelenthet az egységes gyógypedagógiai módszertani intézmények számára. Az integráció jeles intézményeinek és szakembereinek jutalmazására országos kitüntetési rendszer felállítását is támogatták az egyesület tagjai. Pályázati források biztosítanak lehetőséget az országos Ki mit tud? verseny lebonyolítására, amely minden sérülési területen, integrálva kerül majd megszervezésre. 2013. november 14-én, Kiskőrösön rendezik azt a konferenciát, amely az EGYMI-k által ellátott utazótanári hálózat megerősítésének lehetőségeivel és az ellátandó új területekkel is foglalkozik. Az EGYMI online térkép frissítését a megváltozott feladatok indokolják. **Kapcsáné Németi Júlia**, az Educatio Kft. munkatársa, SNI programszakértő meghívott vendégként volt jelen a tanácskozáson, aki hangsúlyozta, hogy meg kell vizsgálni a múlt, a jelen tapasztalatait és a jövő lehetőségeit. Véleménye szerint a civil szervezetek hatalmas nyomásgyakorlásra képesek. Erősíteni kell az intézmények körében a referencia szerepet. **Tóth Géza**, Közigazgatási és Igazságügyi Hivatal, közoktatási szakértő „A tanfelügyeleti rendszer bevezetése Magyarországon” címmel tartott tájékoztatót. A minőségi munka alapfeltétele olyan ellenőrzési rendszer kidolgozása, amely hosszú távon biztosítja a pedagógusok szakmai felkészültségét. Hangsúlyozta, hogy a jövőben kiképzésre kerülő tanfelügyelők munkája mindenképpen a segítségnyújtásra, nem pedig az elmarasztalásra kell, hogy épüljön. **Pecsenye Éva**, közoktatási szakértő a be-

vezetésre kerülő pedagógus életpálya modell részleteiről szólt. A hallgatóság körében nagy érdeklődést keltett ez az aktuális téma. A jelen lévők megismerkedhettek a pedagógusok minősítési alapjául szolgáló portfólió elemeivel is. **Mezei Csilla**, Szandaszőlősi Iskola, pedagógus, minőségfejlesztő csoportvezető, a Nemzeti Minőségi Díj, és általában a közoktatási intézmények által elnyerhető díjak megszerzésének tapasztalatairól számolt be. Kifejtette, hogy bizonyos időközönként kifejezetten előremozdító hatása van annak, ha egy intézmény kollektívája megméretteti magát akár hazai, akár nemzetközi vonatkozásban. **Viedner Mónika**, Kiskőrösi EGYMI munkaközösség vezető, és **Schaffer István**, egységvezető, az egyéni átvezetés tervek elkészítésének feltételeiről, folyamatáról, tapasztalatairól számolt be. A pedagógus - gyermek - szülő hármasság együttműködése döntő jelentőségű a folyamat sikeressége szempontjából. Az egyéni átvezetési terv jelentősége a középiskolából a munkaerőpiacra való kijutás tekintetében a legnagyobb. A sajátos nevelési igényű gyermekek esetében az egyéni átvezetés célja a munkavállalás területén is jelentkező, csekélyebb esélyek növelése. **Rózsa Mónika**, Pressley Ridge Mo. Alapítvány, szakmai vezető „A szervezeti háttér és a szakember tudatosságának a szerepe a nehezen szerethető/nehezen kezelhető gyerekek nevelésében” című előadásában olyan hálózati munkáról számolt be, ahol a fejlesztő tevékenység hátterében a pedagógusok szupervíziója áll. Ennek lényege, hogy az óvónők, tanítók, tanárok a problémás esetek kezelésében a megfelelő szakemberektől tudnak segítséget kérni. Az eredményességet jól tükrözi, hogy bizonyos idő eltelte után a kollégák -amellett, hogy igénylik az efféle megsegítést- már önmaguk is rájönnek a továbblépéshez szükséges teendőkre. Az országosan is egyedülálló alapítvány tevékenysége a jövőben nagy segítséget je-

lenthethet a nehezen kezelhető gyermekek nevelésében és a pedagógusok mentálhigiénés megsegítésében.

Mátrai Norbert, (BANOR Kft., KAIZEN Institute) szerint „**LEAN menedzsment és a vállalati hatékonyság összefüggései**” szekció a témát gyakorlati példákon keresztül mutatta be. Az előadók hangsúlyozták, hogy a legnagyobb kihívást ma már nem a LEAN módszertani ismeretek hiánya, hanem a valódi LEAN transzformáció végrehajtása és a LEAN fejlődési gyakorlat beépítése a vállalati működés napi gyakorlatába jelenti. Az előadók a vállalatuknál történő LEAN transzformáció és kultúraváltás terén elért konkrét eredményeiket és több éves tapasztalataikat osztották meg a hallgatósággal. **Baranyi Béla**, TQM vezetői szemlélettel mutatta be, hogy hogyan zajlott a LEAN szemléletű folyamatfejlesztés ARIS támogatással a 2010-2013 időszakban az EDF DÉMÁSZ Csoportnál. Előadásában végigvezette a LEAN fejlesztési folyamatot a vevői és vezetői elvárások megfogalmazásától a fejlesztési akciók megtervezésén és kivitelezésén át a monitoring folyamatokig. **Vincze Róbert**, a Knorr-Bremse VJRH Kft. minőségirányítási vezetője előadásából megismerhettük a vállalatánál kifejlesztett és napi gyakorlatban alkalmazott probléma-megoldási folyamatot. A BAKA CIP egy strukturált és logikus folyamatos fejlesztési folyamat, amely automatikusan bevonja a művezetőket és a dolgozókat a teljesítmény-fejlesztési akciókba, kihívásokat támaszt és egyben fejleszti az embereket és felkészíti őket a vállalati problémák megoldására. **Jáger Tibor**, a VERITAS Dunakiliti Csatlakozástechnikai Kft. ügyvezetője a LEAN gyártási filozófia eredményességéről tartott előadást. Kiemelte, hogy az eredményes működés zálogát a képzett szakemberek, fejlett technika, magas hatékonyság, motivált munkatársak és költségmegtakarítás jelentik. **Csapó Szilárd**, a Pioneer Hi-Bred Zrt. DPS helyi szakértője előadásában bemu-

tatta a LEAN és a DPS bevezetésének tapasztalatait a cég szarvasi vetőmag üzemében. Bemutatta a DPS bevezetési folyamat lépéseit és kulcstényezőit a szezonális üzemben működő termelési folyamatokban. Kiemelte, hogy a LEAN kultúraváltás csak mindenki bevonásával érhető el, és a fejlesztések sikereinek fenntartására standardokra és folyamatos fejlesztésre van szükség. **Staszny Péter**, az SMR Automotive Mirror Technology Hungary Bt. vállalati kapcsolattartója előadását a „Trendek a magyarországi autóiparban az SMR példáján” címmel tartotta. Bemutatta a folyamatos fejlődést vállalatánál a LEAN és a KAIZEN területén, az alkatrészkezelés fejlesztését és a valós idejű termelésmonitorozás bevezetését. **Inspurger Tamás**, a Thomas & Betts Gyártó Kft. gyárigazgatója bemutatta a Toyotánál működő Total-TPS rendszer kifejlődését és működését, valamint azokat a gyakorlati tapasztalatokat, amelyeket a Magyar AOTS Társaság által szervezett Japán Total-TPS tanulmányútja során szerzett.

A „Fenntarthatóság és társadalmi felelősségvállalás” szekciónyitó előadását **Dr. Matolay Réka**, a BCE, VGI Döntésemélet tanszék egyetemi adjunktusa tartotta. A fenntarthatóság, CSR és környezetvédelem összefüggései mellett a terület gazdag eszköztáráról is tájékozódhattak a hallgatók. Érdekes volt hallani a területre vonatkozó kutatási megállapítások és gyakorlatok közötti összhangról. Néhány példán keresztül megismerhettük az „Evickélő”, az „Őszinte”, a „Piszkos” és a „Kibúvó” stratégiák jellemzőit. A Grundfos Magyarország Gyártó Kft. fenntartható fejlődés vezetője **Urbán Katalin**, a cég fenntarthatósági stratégiája mellett szólt vezetési elveikről és gyakorlatukról. Léggfőbb értékeik: fenntartható, őszinte és megbízható, emberközpontú, független, partner központú, töretlen ambíciók. A cég egyik fontos célkitűzése, hogy technológiai fejlesztéseik során érvénye-

süljenek a globális fenntarthatóság elvei. A mérnöki pálya népszerűsítése, a tehetségek itthon tartása fontos tennivalóik egyike. **Üszögh Lajos**, a 100 éves MIVÍZ Kft. ügyvezető igazgatója cége felelős magatartásán kívül sok érdekességet elárult a csapvízről, a legszigorúbban ellenőrzött élelmiszerről. Sokaknak okozott meglepetést, az 1 l ásványvíz és az 1 l ivóvíz előállításának költsége közötti óriási különbség. A környezettudatos magatartásra nevelést több, a fiataloknak tartott rendezvény főtőival is illusztrálta. A fenntarthatóság egy speciális területéről, a termékbe épített minőség fenntartásáról **Kaufmann Krisztina**, az Opel Szentgotthárd Kft. minőségirányítási koordinátora tartott példamutató előadást. Látható volt a GMS öt alapelve (emberek bevonása, egységesítés, beépített minőség, rövid átfutási idő, folyamatos fejlesztés) és a hozzájuk tartozó elemek sora. Az Opel számára a beépített minőség azt jelenti, hogy a minőségi elvárások minden folyamatban teljesülnek s a hibák nem kerülnek tovább a következő folyamatba. **Tóth Csaba László**, a THOT Quality Management Kft. ügyvezetője a TAM-TAM-ot hívta segítségül, hogy erőteljesebben világíthasson rá a fenntartható fejlődésre. Ízelítőt kaphattunk az Accor Hotels fenntarthatósági törekvéseiről a 7 pillér és 21 tevékenység felvázolásával. A 7 pillér: egészség, természet, széndioxid kibocsátás, innováció, helyi célok, foglalkoztatás és párbeszéd. Az előadó részletesen kitért az Accor magyar és szlovák reprezentánsainak eredményeire. A Zwack Unikum Nyrt-nek a fenntarthatóság terén elért sikerei mozgatórugóit láthattuk **Patakiné Gyökeres Mónika** előadásában. Az irányítási rendszerek vezetője erősségeik között első helyen a stabil családi vállalati értékeket és a tulajdonosi jelenlétet említette. Különösen büszkéek arra, hogy hulladékhasznosítási arányuk 2012-13.-ban elérte a 98%-ot. Magyarország egyik vezető italgyártójának eredményeihez a

tanúsított és integrált irányítási rendszerek is nagymértékben hozzájárultak. A szekció vezetője, **Szödi Sándor**, az IFKA Iparfejlesztési Közhasznú Nonprofit Kft. minőségügyi és oktatási vezetője kiemelte az előadók lelkiismeretes felkészülését, a résztvevők figyelmét és aktivitását. Meggyőződésének adott hangot, hogy a szekció előadásából mindenki profitálhat a saját területén és biztatta is a jelenlévőket a jó gyakorlatok megismerésére és adaptálására.

„Tanuljunk azoktól, akik a válságban is megtalálták a jó megoldásokat” szekcióban azok a sikeres kis- és közepes, valamint nagyvállalkozások osztották meg tapasztalataikat a mintegy 80 fős résztvevői körrel, amelyek a válságban is sikeresen menedzselték a változásokat, jövőorientáltan és hosszútávban gondolkodnak, s már korábbi tapasztalataikból is tanultak. Elsőként **Macher Endré**, a Macher Kft. ügyvezető igazgatója a válság jó hatásairól tartott előadást, melyben elmondta, hogy 3 válság tanulságaiból merített. Az elsőt 1989-ben a VIDEOTON szétesésekor élte meg, amikor is megszűnt a munkahelye, s elhatározta, hogy családi vállalkozást alapít. A második válságot a 2000-es évek elején élték át a Macher Kft.-ben, amikor a legfontosabb német vevőjük amerikai piaca bedőlt. Ez időben a cég főként egy vevőnek szállított, ezért pénzügyi válságba került, s rákényszerült arra, hogy válságtervet készítson, új piacokat keressen és megnyerje a hitelezőket. A harmadik válságot 2008-ban a cég az első időkben nem érezte, de előre látóan újabb válságtervet készített, s ez segített a sikeres átvészelésben. Tanulságok: a válságra tervet kell készíteni és időben kell tudni reagálni; a válság hatását a munkatársakkal is érzékeltetni kell. **Dr. Simon Attila**, a Herendi Porcelánmanufaktúra Zrt. vezérigazgatója a cég hagyományaival kezdte, majd rövid cégbemutatót követően a változás-menedzselés módszertanát ismertette

a helyzetfelméréstől az intézkedések meghozataláig. Kitörési pontot 3 fő területen lát: a termék, a vállalatvezetés és a stratégia innovációjában. A válság sikeres túlélése csak kitűnő minőséggel, a költségek csökkentésével, a kereskedelem fejlesztésével, a hatékonyság növelésével és a jövőben való hittel érhető el. A cégvezető üzenete: **„Minden jó állapotnál van egy jobb, magasabb minőségi állapot, amelynek elérésére való törekvés a menedzsment kötelező feladata.”** **Király Zoltán**, a DANA Kft. ügyvezető igazgatója szerint a jó szervezetek és a kiváló szervezetek között a különbség a szinergia-hatás-érvényesítési képességében rejlik. A szinergia a részek közötti kapcsolat javítása, együttműködése, melynek révén többleteredményt lehet elérni. Hét fő fókuszterületet fogalmazott meg, melyek mentén optimalizálni lehet a működést: a vezetés, a szervezeti kultúra, a kreativitás, a stratégia, a kultúra, a változás és a folyamatok. A vezetés témakörében a leader típusú vezetés, ahol a vezető csapatot épít és közösen határozzák meg az utat, eredményesebb, mint a menedzser típusú, amely kitűzi a célt, s keresi hozzá a megvalósító munkatársakat, vezetőket. A szervezeti kultúrában fontosnak tartja a **hibakeresést**, és nem a **hibáskeresést**, a szervezeti tanulást, tanítást és javasolja, hogy a vezető kérdésekkel, s ne válaszokkal támogasson. Végül bemutatta a termelésben dolgozó autonóm munkacsoportok által működtetett Szinergia táblát. **Hortobágyi Csaba**, a Continental Automotive Hungary Kft. MIR vezetője bemutatta az autóiipari megrendelések visszaesését Magyarországon és világviszonylatban 2008-2010 között, majd ismertette a Continental Magyarország Kft. válságkezelési folyamatát. A válság hatására a szervezeten belül erősödött a lean szemlélet, a költségcsökkentési akciók felgyorsultak, és Agility Tervet készítettek, mely a Gyors Reagálás Terve a válsághelyzetre. A válságra Szervezeti, Pénzügyi, Mi-

nőségügyi és Humán válságkezelést alkalmaztak. Azonban a drasztikus megszorítások helyett a cég hosszú távú célt fogalmazott meg: felkészülés a válság végére. A vezetés úgy gondolja, hogy arra kell felkészülni, hogy válság bármikor bekövetkezhet, s nem félni kell, hanem tudatosan, gyorsan reagálni, s észre kell venni a válság kezdetét és a válság végét is. **Galambos Sándor**, a NYÍRSÉGVÍZ Zrt. műszaki vezérigazgató helyettese a szolgáltató vállalatok specialitására hívta fel a figyelmet, mely egyrészt a tevékenységük összetettségéből, másrészt a területi kiterjedtségből és az előre nem tervezhető szervizelési, javítási feladatokból adódik. A cég 1994 óta működtet minőségirányítási rendszert és sokfajta minőségfejlesztő módszert alkalmaz. Bevonja a fejlesztésbe a munkatársakat és sikeresen alkalmazzák a benchmarking módszert. A vezetés legfőbb célja: az emberi erőforrás sikeres menedzselése. Az elmúlt évtizedek szisztematikus fejlesztő munkájának és a közös tanulásnak eredményeként a cég sikeresen tudta benyújtani működési engedély pályázatát. **Fehér Ottó**, a SIRIUS Bt. ügyvezető igazgatója kakukktojás volt a szekció előadói között, mert a kreativitás fejlesztéséről és vállalati alkalmazásáról tartott előadást. A folytonos megújuláshoz szükségünk lesz az innovatív módszerek, szellemi technikák megismerésére és a kreativitási képességeink fejlesztésére, melyhez az elméműködés hatékonyságát kell fejlesztenünk. Az előadó számos módszert fejlesztett ki, többek között a Villám FMEA módszert. A kreativitási képesség fejlesztésének módszereit ma már felsőoktatási intézményekben is oktatják, s a vállalkozásoknak is hasznos az új módszerek megismerése és alkalmazása. **Sugár Karolina**, (Szövetség a Kiválóságért KhE elnöke), szekció elnök összefoglalásként úgy értékelte, hogy a sikeres vállalkozások felkészülnek a válságra, tanulnak belőle, tervet

készítenek, kialakították képességüket a gyors reagálásra, bevonják és megtartják a munkatársakat, mivel ez jövőbeli sikerük záloga, növelik hatékonyságukat, új, innovatív megoldásokat keresnek és fokozzák a munkatársak kreativitási képességét. Igaz, mindez kötelessége a menedzsmennek válság nélkül is.

Az előadások után szabadidős programok voltak. Ezt követte az ünnepi vacsora, Szekeres Adrien koncertje, a törzsvendégek és az egyéni tagok díjazása, a Totó nyemremények átadása.



4. ábra A hallgatóság

A kétnapos rendezvény végén a FÓRUM elnöksége a következőképpen nyilatkozott: „A már „nagykorúvá” vált 20 éves ISO 9000 FÓRUM példaértékűen igazolja, hogy a tagság aktív részvételével és támogatásával, ésszerű és költséghatékony gazdálkodással, szakmai alázattal és elkötelezettséggel, és a többi minőségügyi társadalmi szervezet tevékenységének tiszteletben tartásával igenis lehet gazdaságosan, eredményesen és közérdekűen dolgozni, együttműködni.”

MAGYAR MINŐSÉG XXII. évfolyam 10. szám 2013. október

TARTALOM	CONTENTS
SZAKMAI CIKKEK, ELŐADÁSOK	PROFESSIONAL ARTICLES, LECTURES
Tisztelt Olvasó!	Dear Reader!
Kórházak minőségügyi rendszerének értékelése az Európai Unióban - Dombbrádi Viktor - Dr. Gődény Sándor	Evaluation of Hospital Quality Systems in the European Union - Dombbrádi, Viktor – Dr. Gődény, Sándor
Statisztikai folyamatszabályozás és további kvantitatív módszerek az ápolásvezetésben - Kárpáti Zoltán	Statistical Process Control and Further Quantitative Methods in Leadership of Nursing - Kárpáti, Zoltán
Felhasználói elégedettség vizsgálata a Petz Aladár Megyei Oktató Kórházban - Dr. Hetyésy Katalin - Kaproncai Gabriella	Consumer Satisfaction Analysis in the Petz Aladár County Teaching Hospital - Dr Hetyésy, Katalin - Kaproncai, Gabriella
Az orvosi mikrobiológiai laboratóriumi szolgáltatás minőségügyi vonatkozásai - Dr. Zala Judit	Quality Aspects of Medical Laboratory Service in the Field of Microbiology - Dr. Zala, Judit
Szociális ellátás – egészségügyi ellátás vagy betegellátás? Minőség a gyakorlatban - Sprecher Zoltánné	Social Provision - Health Care or Sickness Care? Quality in Practice - Sprecher, Zoltánné
Szolgáltatásminőség a külső minősítő szemével – Mikó Zsuzsanna	Service Quality – as Seen by an External Auditor – Mikó, Zsuzsanna
A tüdődaganatok ellátásának minőségi szempontjai - Prof. Dr. Szilasi Mária	Quality Aspects of Lung Tumor Treatment – Prof. Dr. Szilasi, Mária
Az akut stroke ellátás szakmai megfelelése, minősége – Dr. Diószeghy Péter	Professional Compliance, Quality of Acute Stroke Treatment – Dr. Diószeghy, Péter
Jók a legjobbak közül - Beszélgetés Kállai Tamással - Szódi Sándor	The Best among the Best - Report with Kállai, Tamás – Szódi, Sándor
A TÁRSASÁG HÍREI ÉS PROGRAMJAI	NEWS AND PROGRAMS OF THE SOCIETY
XXII. Magyar Minőség Hét	21th Quality Week
HAZAI ÉS NEMZETKÖZI HÍREK, BESZÁMOLÓK	DOMESTIC AND INTERNATIONAL NEWS AND REPORTS
„A Mikulás is benchmarkol - 7.” Konferencia 2013. december 5.	7th Santa Claus Is Benchmarking as Well Conference - 05 December 2013
Önértékelési szakértő - 10 napos akkreditált képzés	Self Assessment Education - Accredited 10 Day's Course
Beszámoló az ISO 9000 FÓRUM jubileumi XX. Nemzeti Konferenciájáról - Rózsa András	Report on the XX Jubilee National Conference of ISO 9000 FÓRUM - Rózsa, András