

Táncterápia alkalmazása és hatékonyságának mérése II. típusú diabetes mellitusban szenvedő időskorú pácienseknél

Járomi Melinda¹, Kálmán Anita²

¹gyógytornász, főiskolai adjunktus, Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar
Fizioterápiás Intézet
²gyógytornász

A vizsgálat célja: A tánc, mint aerob mozgás befolyásának vizsgálata II. típusú diabetes mellitusban szenvedő, időskorú páciensek vércukorszintjére.

Vizsgálati módszer: A mozgásterápia során aerob edzésként az idősök által kedvelt táncstílusok mozgásanyagát használtuk és alakítottuk át a fizioterápia és az edzéselmélet elveinek megfelelően, valamint izomerősítő és izomtömeg növelő gyakorlatokat alkalmaztunk. 18 önként jelentkező páciensnél vizsgálták a vér aktuális vércukorszintjét és HbA1c szintjét négy hónapon keresztül.

Eredmények: A 4 hónapos terápia hatására a HbA1c és a vércukorszint jelentősen csökkent (a normál tartományba került) a megfelelő terápiás elvek mellett.

Következtetés: A megfelelő intenzitással és gyakorisággal végzett edzésprogram hatékony kiegészítése lehet a cukorbeteg terápiajának és rehabilitációjának.

Kulcsszavak: II. típusú diabetes mellitus, táncterápia, idős kor

A probléma ismertetése

Az idősebb korban jelentkező cukorbetegség mára, akárcsak a világban, hazánkban is a népbetegségek közé sorolható. A világban 2025-re 300 millió cukorbetegét prognosztizálnak, akik közül a II. típusban szenvedők száma rohamosan emelkedik (King, et al., 1998). Egyes becslések szerint a hazánkban cukorbetegségben szenvedők száma kb. 500 000 fő. Míg korábban a felnőtt populáció idősödő részét érintette túlnyomórészt a megbetegedés, addig mára több tanulmány bizonyítja, hogy egyre fiatalabb korban jelenik meg a II. típusú diabetes mellitus (ADA, 2000). Az egészséges életmód kialakításának szükségességére már korai gyermekkorban lehetőség nyílik, amit a megelőzés érdekében ki is kell használni.

A II. típusú diabetes mellitusban van a legnagyobb jelentősége azoknak a külső tényezőknek, amelyek nemcsak a betegség kialakulását, hanem a már meglévő állapot súlyosbodását, a szövődmények megjelenését késleltethetik. Ebben elvitathatatlan szerepe van az életvezetésen belül az egészséges táplálkozás mellett a megfelelő rendszerességű és típusú testmozgásnak.

A testmozgás a II. típusú diabetes mellitus (DM) rehabilitációjának sokat vitatott kérdése. A testmozgás DM-ra gyakorolt jótékony hatásáról Sushrura, indiai orvos írt először ie. 600-ban. Évszázadokon keresztül a mozgás megítélése, a pozitív és negatív tapasztalatok alapján az egyik végtéletről a másikba csapott, a mozgás hol ajánlott volt, hol tiltott. 1919-től a vércukorszint mérés bevált eljárás lett, így igazolható volt, hogy már rövid ideig tartó testmozgás is képes csökkenteni a vércukorszintet. Az 1970-es években számos vizsgálatot végeztek, amelyekből levonható volt, hogy a testmozgás pozitívan hat a DM pácienseknél, de az egységes testedzés nem javasolt, a szövődmények fennállásának függvényében egyes gyakorlatok kifejezetten veszélyesek is lehetnek (Gordon, 1993). 1993-ban az Amerikai Diabétesz Szövetség (American Diabetes Association, ADA) mozgásterápiás javaslatokat dolgozott ki a betegség különböző formáinak és stádiumának megfelelően.

Felmérésünk során arra kerestünk választ, hogy kialakítható-e egy olyan hatékony mozgásforma, melyben az idős páciensek örömeiket lelik, feltehetően hosszútávon végzik, és betegségüket kedvezően befolyásolja.

Elméleti háttér és felhasznált fogalmak

A fokozatosság elvét figyelembe véve az ADA mozgásterápiás protokollja a következő gyakorlatcsoportokra épül (Gordon, 1993):

1. Aerob mozgás során, ahol az egyén maximális aerob kapacitásának 60-75%-át veszik igénybe, a szervezet legfőképpen izom glycogent és vér glucost hasznosít, ezzel a mozgás során csökken az aktuális vércukorszint. Ajánlott mozgásforma: aerob, kocogás, kerékpározás.
2. Izomtömeg növelő gyakorlatok hatására javul a sejtek inzulin szenzitivitása és ezzel hatékonyabbá válik a cukoranyagcsere. Ajánlott mozgásforma: rezisztencia edzés.

A program hatékonyságát számos vizsgálat bizonyítja, bár tapasztalatok szerint az idős betegek nagy része idegenkedik az aerob jellegű mozgásformától.

A vizsgálat célja

A betegek életkorának és érdeklődésének megfelelő (tánc elemeit tartalmazó) mozgásprogram kialakítása a II. típusú idős DM páciensek számára, mely rendszeresen, hosszú távon végezhető, a mozgás paraméterei pontosan meghatározhatóak és az edzésmélet szabályai betarthatóak. A II. típusú DM pácienseknél vizsgálni a tánc, mint aerob mozgás hatását az aktuális vércukorszint és a HbA1c változására.

Vizsgálati módszerek és minta

A vizsgálatban résztvevő betegek a Baranya Megyei Kórház diabétesz szakrendelésén gondozott páciensek voltak, akik egyben a pécsi Diabetes Klub tagjai is. A mozgásprogram ismertetésére a Diabetes Klubban került sor előadás keretében. A páciensek ezután önkéntesen jelentkeztek a programra, majd orvosi kivizsgálás és laborvizsgálat után ergometriai vizsgálat következett, melyet a PTE ÁOK Mozgástani Intézetben végeztek. A programot 30 fő részvételével indították és végül 18 fő (8 férfi, 10 nő) adatait értékelték. Ennek oka az volt, hogy csak azoknak a betegeknek az eredményeit dolgozhatták fel, akik a 4 hónapos mozgásprogram során heti három alkalommal végeztek testmozgást. Az edzésmélet szabályai szerint edzéshatás csak ilyen gyakoriság esetében várható. A vizsgált páciensek átlagéletkora 61,5 év (53-75 év) volt, betegségüket átlagosan 9,5 éve diagnosztizálták és folyamatos gondozás alatt álltak.

A mozgásprogram megkezdése előtt és után (1. és 16. héten) HbA1c értéket vizsgáltak. A laborvizsgálatokra a Baranya Megyei Kórházban került sor. A tornafoglalkozások előtt, közben 30 percnél és a végén vércukorszint mérést (D-Count Personal), vérnyomás és pulzuszámolást (Omron RX2, POLÁR pulzuszámoló óra) valamint szükség esetén acetonnal (Diabur 5000) mérést végeztek. A felkészülés során kiszűrték a mozgásprogramban való részvételt ellenjavalló tényezőket. Kontraindikált a mozgás, ha 16,6 mmol/l feletti a vércukorszint, 13,3 mmol/l feletti a vércukorszint és a vizeletben ketontestek vannak, kezeletlen proliferatív retinopátia, kezeletlen veseelégtelenség, súlyos autonóm neuropátia, amely terhelésre systoles vérnyomásesést okoz, instabil angina pectoris, embolisatio, thrombophlebitis, myocarditis, aortastenosis, jelentős pitvari és kamrai aritmiák, 100/min feletti pulzus, harmadfokú AV blokk, kezeletlen hypertonia – 180/105 feletti érték (Cooper, 2001).

A tornaprogram során folyamatosan szem előtt tartották a biztonságos testedzés szabályait és felkészültek az esetleges veszélyek elhárítására is. A programot heti 3-szor azonos időben végezték a páciensek, a tréningről edzésnaplót vezettek, mely tartalmazta az edzés típusát, intenzitását, pulzus, vérnyomás, vércukor értékeket, szénhidrát fogyasztást, Borg skálát és a program tetszési indexét. A páciensekkel folytatott előzetes beszélgetést követően megtervezték a mozgásprogramot.

Mozgásprogram felépítése (Beamer, 2003):

– Aerob edzést (30-45 perc) táncos mozgásanyagot alkalmaztunk (Balla, 1999) (angol keringő, tangó, rock and roll, polka). Az edzés célpulzus (Bálint, 1995) értéke a maximális pulzus 60-70%-a, melyet Karvonen képlettel számoltunk:

$$HRt1 = (HR_{max} - HRé) \times 0,6 + HRé$$

$$HRt2 = (HR_{max} - HRé) \times 0,75 + HRé$$

Magyarázat:

HRt1, HRt2: célpulzus

HRmax: maximális pulzus

HRé: ébredési pulzus

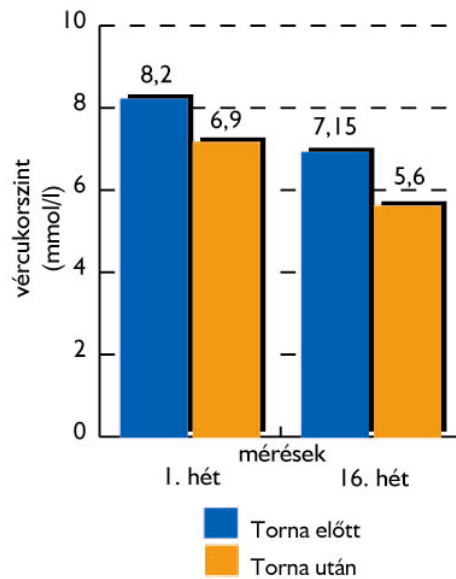
– Izomtömeg növelő, izomerősítő gyakorlatok (Corbin, 2002)(10-20 perc), stretching (5-10 perc).

A tréninghatás elérése érdekében legalább heti háromszor szükséges tornászni (Apor, 2000). Az edzések között ne teljen el két napnál több, mivel háromnapos pihenés után a metabolikus paraméterek visszatérnek az edzést megelőző állapotra (Kerényi, 1998), és az edzéseffektus megszűnik.

Eredmények

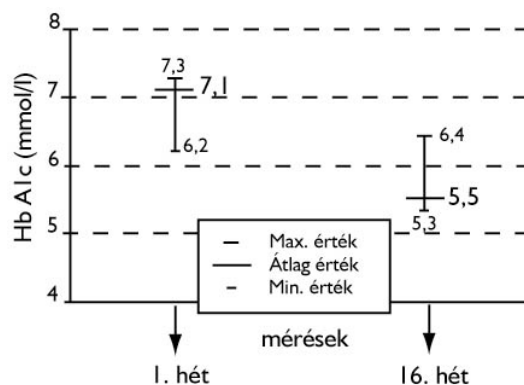
Az 1. ábra az aktuális vércukorszint mérés eredményeit mutatja. A foglalkozások előtt és után mért vércukorérték különbségek igazolják, hogy a célpulzus tartomány megválasztása helyes volt, a szervezet szénhidrátot használt fel izommunka fedezésére.

Az 1. és 16. héten az edzés előtt és után mért vércukorértékek között csökkentést tapasztaltunk, ami a kis elemszám ellenére is jelentős. A 16. héten a torna előtt és után mért értékek nagyobb arányú csökkenését regisztráltuk, ennek oka lehet az edzés intenzitásának, időtartamának növekedése, valamint a 4 hónapig végzett rendszeres edzés metabolikus tréninghatása.



1. ábra – Vércukorszint változása az 1. és 16. hét között

A 2. ábrán látható a HbA1c érték változása, amely az elmúlt 30-60 nap átlagos vércukorszintjéről ad felvilágosítást és jelentős indikátora a szénhidrát anyagcserének. A HbA1c értéke a terápia megkezdése előtt magasabb értéket mutatott, a táncos edzésprogram végén mért értékek a normál tartományba (4,3 - 6,1 mmol/l) kerültek.



2. ábra – HbA1c szint változása 1. és 16. hét között

Megbeszélés

A II. típusú diabetes mellitusban szenvedő páciensek testedzésének a célja az inzulin érzékenység növelése, valamint az izomtömeg növeléssel az izom glukóz felvevő képességének fokozása. A meghatározott szempontok szerint kialakított mozgás hatására javul a glukóz tolerancia, csökken az inzulin igény, illetve csökken a vércukorszint. Ezeknek a szempontoknak a laborvizsgálatok alapján megfelelt a táncos edzésprogram. Az edzésnapló tetszési indexe szerint a páciensek jól érezték magukat a program során, olyan mozgásformát sikerült kialakítani és megtanítani, melyet hosszú távon szívesen alkalmaznak. A táncterápia a jó közérzet fokozásán és a társas együttlét lehetőségén túl kontroll mellett megfelelően kiegészítheti a terápiás protokollokat és kielégítheti a betegségben ajánlott mozgásigényt. Az időskorú pácienseknél a teljes életmód megváltoztatása, a kialakult szokásrendszerek befolyásolása sokkal nehezebb feladat akkor, ha már egy betegséggel vagy annak szövődményeivel állunk szemben. Ha a páciensek mindennapi életét, szokásait tanulmányozzuk és megtaláljuk benne azokat a cselekvési formákat, amiket szívesen végeznek és végeznének, akkor könnyebben tehetjük őket motiváltabbá életvezetésük megváltoztatására.

Irodalom

1. ADA (2000). Type 2 diabetes in children and adolescents. *Pediatrics*, 105, 671-680.
2. Apor, P. (2000). A cukorbetegség javítása testmozgással. *Háziorvosi Továbbképző Szemle*, 5, 60-63.

3. Balla, I. (1999). Social Ballroom Dances. TF jegyzet: Budapest, pp.12-18.
4. Bálint, G. és Bender, T. (1995). A fizioterápia elmélete és gyakorlata. Springer: Budapest, pp. 65-70.
5. Beamer, B. (2003). A testedzés szerepe a diabetes mellitus megelőzésében és kezelésében. Orvostovábbképző Szemle, 10, 121-122.
6. Cooper, G. (2001). Diabetes Mellitus and Exercise. ACSM'S Health & Fitness, 5.
7. Corbin, A. (2002). Concept of Physical Fitness. McGraw Hill: New York, pp. 273-343.
8. Gordon, C. (1993). Diabetes és testedzés. Print: Budapest, pp 41-56.
9. Fövényi, J. (1998). A diabetes késői szövődményeinek megelőzése. Gyógyszereink, 48, 129-135.
10. Halmos, T. (2002). Diabetes Mellitus. Medicina: Budapest, pp. 21-30.
11. Kerényi, Zs. (1998). A diabetes mellitus új kritériumai és klasszifikációja. Orvostovábbképző Szemle, különszám, 7-12.
12. King, H., Aubert, R.E., és Herman, W.H. (1998). Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. Diabetes Care, 21, pp. 1414-31.
13. Peuser, J. (1994). A Borg skála használata a fizikai teljesítőképesség megítélésénél. Mozgásterápia, 3, 10-12.
14. Reichel, M. és Nolte, C. (2001). Fizioterápia. Medicina: Budapest, pp. 371-551.
15. Szóts, P. (1996). Biokémia. TFjegyzet: Budapest, pp. 42-45.
16. White, L. és Sehrmann, A. (2000). Cukorbetegség és testedzés. Orvostovábbképző Szemle, 7.

[Vissza a tartalomhoz](#)

A diplomás ápoló hallgatók pályaválasztási motivációja és pályaelhagyás

Kovácsné Tóth Ágnes, főiskolai adjunktus¹
Dr. Feith Helga Judit, főiskolai tanársegéd¹
Dr. Balázs Péter, főiskolai tanár²

¹ Széchenyi István Egyetem Egészségügyi és Szociális Intézet, Győr
² Semmelweis Egyetem-EFK, Népegészségtani Intézet, Budapest

Az előadás elhangzott az V. Ápolásmenedzsment Országos Konferencián, Szeged, 2004. április 2-3.

A vizsgálat célja: Jelen kutatásban a szerzők a diplomás ápoló hallgatók pályaválasztási motivációját és a pályaelhagyás kapcsolatát vizsgálják.

Vizsgálati módszer és minta: Harmad és negyedéves diplomás ápoló hallgatók körében, országos mintával, önkitöltős, kérdőíves módszerrel történt adatgyűjtés (N=226 fő).

Eredmények: Az embereken való segítség a hallgatók 58,4%-át jelentős mértékben befolyásolta a pályaválasztásban. Közel azonos arányban érvényesült a család és barátok hatása (33,9%, 28,7%). A karrier lehetősége kevésbé vagy egyáltalán nem befolyásolta hallgatók közel kétharmadát. A biztos állás lehetősége miatt a kutatásban résztvevők több, mint fele választotta az ápolói pályát. A megkérdezettek 65,5%-a mondta azt, hogy a tanulmányaik megerősítették a pályaválasztásukat, 78,3%-uk diplomás ápolóként kíván elhelyezkedni. Átlagosan 56,2%-ban ezt külföldi munkavállalás keretében tervezik, Zalaegerszegen ez az arány 92,9%, Szombathelyen pedig 69,6% volt.

Következtetések: Eredményeink szerint a hallgatók többsége diplomás ápolóként kíván elhelyezkedni, de nem Magyarországon, hanem külföldön. Motivációként 52,25%-ban a jövedelmi lehetőségeket és 47,3%-ban a nyelvtanulást jelölték meg. Általános jelenség, hogy a pályaelhagyás mellett az ápolóképzésben résztvevők száma is meredeken csökken, ami egyaránt kihívás az oktatás és a munkahelyi menedzsmentek számára.

Bevezetés

A hazai pályaválasztással kapcsolatos kutatások nemzetközi összehasonlításban is jelentős eredményeket értek el, mind az elméleti megközelítés, mind a módszertan tekintetében. Jelentős hazai kutatók, Csirszka, Rókusfalvy, Ritoók, Völgyesi, és munkásságuk hatására honosodott meg a hazai tudományos gondolkodásban a fejlődéselmélet és az életút elve. Az évek folyamán dinamikus pályalélektani elméletté formálódott a fejlődéselv és az a felismerés, hogy a pályaválasztás egyúttal az egész életutat meghatározó munkatevékenység választása. Ezen szemléletet Herskovits, Xantus, Szilágyi, Rajnai és Schüttler írásai tükrözik.

A hazai kutatások Super és Ginsberg fejlődéstani elméletére épültek. Super pályafejlődés-elméletének az a módszertani jelentősége, hogy szerves egységben kezeli a pályaválasztás, a szakmai beválás és a szakmában folytatott tevékenység folyamatát. (Szilágyi, 1987).

Bármely szakmára vagy hivatásra való felkészülés már gyermekkorban elkezdődik, a szocializáció során erősödik és céltudatosan a választás irányába orientálódik. Az ápolók pályaválasztásában jelentős vonzerő az emberekkel való foglalkozás, a betegek és kiszolgáltatottak segítése iránti vágy.

Az ápolói hivatás erős azonosulást feltételez a hallgatókról. Ezt támasztja alá a korai pályaválasztás is, amelynek motivációja a gyermekkori élményekben keresendő. A pályaeorientáció a társadalmi tagoltság dimenzióiban keletkezik, és ezen belül a szocio-kulturális háttér a legfőbb meghatározója. Pályaképük sajátossága a szakmával összefüggő szerepekkel való azonosulás. Optimális a pályaeorientáció, ha az objektív és a szubjektív tényezők összhangban vannak egymással, valamint az egyéni és társadalmi érdekek is találkoznak.

A média gyakran foglalkozik az egészségügyben jelenlévő létszámhiánnyal, amely különösen az ápolók körében jellemző. Évről évre csökken az ápolói pályát választók száma, és az „elvándorlás” is fokozódik az ápolói területről. Éppen ezért a jelen kutatás célja volt feltárni a diplomás ápoló hallgatók pályaválasztásának személyes, kulturális és szociális okait, és ezek kapcsolatát a pályaelhagyással.

Hipotézis

A diplomás ápoló hallgatók pályaválasztásánál legerősebb motiváció az embereken való segítség, amelyre hatást gyakorol a személyes beállítódás, a kulturális és a szociális háttér. A pályára eleve kevesen lépnek be, így a pályaelhagyás nem szakmai okokra vezethető vissza, és az altruisztikus attitűdnek nem ellensúlya az anyagi megbecsülés hiánya.

Kutatási módszer és minta

2003 novemberében és decemberében a harmad és a negyedéves diplomás ápoló hallgatók körében kvantitatív szociológiai vizsgálat készült. Az adatgyűjtés önkéntes kérdőíves módszerrel történt. A kutatásban 226 fő vett részt.

Elsősorban arra kerestük a választ, hogy a mintában részt vevő hallgatókat elsődlegesen mi motiválta az ápolói pálya választásában. Az értékelés 4 fokozatú skála segítségével történt (1 = nagyon befolyásolta, 2 = befolyásolta, 3 = kevésbé befolyásolta, 4 = egyáltalán nem befolyásolta). A válaszmegoszlások az első táblázatban találhatók.

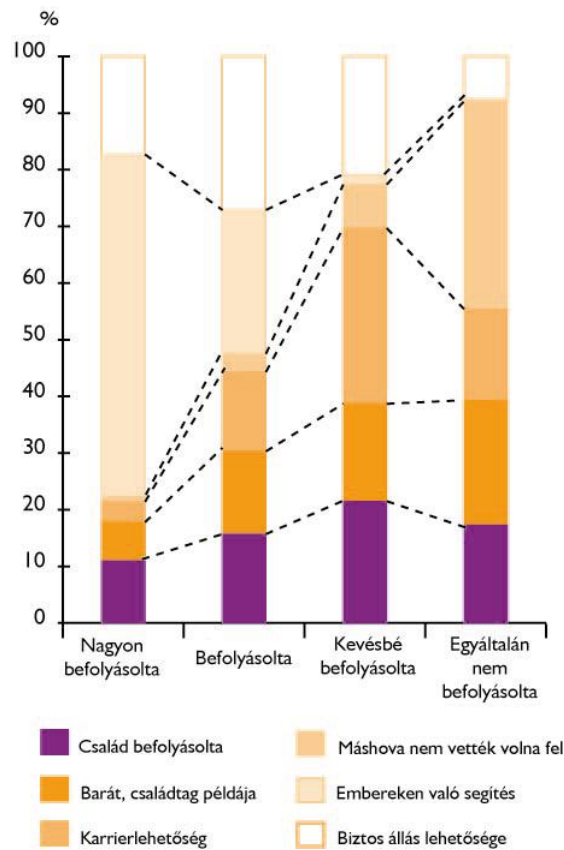
	Kiadott kérdőívek száma	Visszaküldött kérdőívek száma	Válaszadási arány %	Adatfeldolgozásra került
Budapest	52	42	80	42
Győr	41	34	82	34
Gyula	27	23	85	23
Nyíregyháza	52	36	69	36
Szeged	29	29	100	29
Szombathely	28	23	82	23
Zalaegerszeg	16	14	87,5	14
Összesen	271	226	83	226

1. táblázat – A kutatásban használt kérdőív jellemzői (N=226 fő)

Eredmények

Az embereken való segítség a hallgatók 58,4%-át „nagyon befolyásolta”, 38,5%-át „befolyásolta” a pályaválasztásban. Eredményeink hasonlítanak a Baráthné-Lantos szerzőpáros 1998-ban végzett kutatásának megállapításaihoz (Baráthné, Lantos, 1999). A család és barátok hatása közel azonos arányban érvényesült. A karrier lehetősége a hallgatók többségét (73,9 %) kevésbé vagy egyáltalán nem befolyásolta. A biztos munkahely kedvező lehetősége miatt a kutatásban résztvevők 58,0%-a választotta az ápolói pályát. Az emberekkel való foglalkozás és segítség szándéka meghatározó szakmaválasztási motívumként szerepelt. A pálya negatívumai ellenére úgy tűnik ez a hivatás Archimedes-pontja, amelyet próbál ellensúlyozni az embereken való segítség szándéka (Fónai, Pattyán, Szoboszlai, 2001).

A pályaválasztást motiváló tényezők az 1. ábrán láthatók. Feltételezhető, hogy az anonimitás ellenére az eredményeket az elvárásoknak való megfelelés és az önigazolás is befolyásolta.

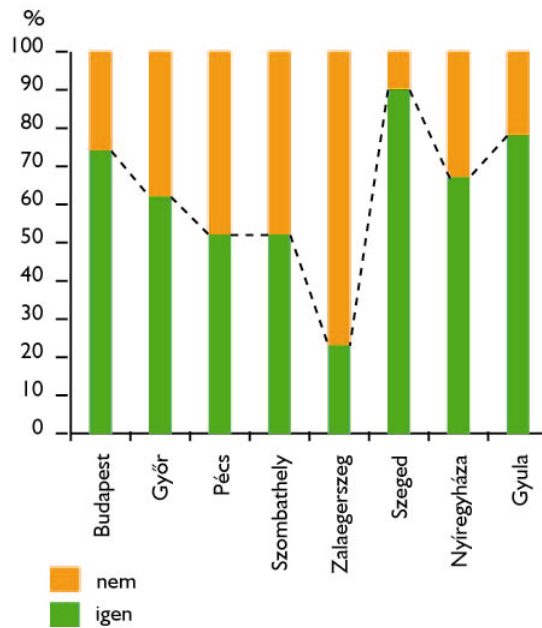


1. ábra – Pályaválasztási motiváció (N=226 fő)

A pályaválasztás megalapozottságát igazolja, hogy a kutatásban résztvevők 82,2%-a az egészségügyi főiskolai szakot jelölte meg az első helyen (16,8% nem első hely, 1% nem válaszolt). Azok között, akik az egészségügyi főiskolai szakot nem első helyen nevezték meg, legmagasabb az orvosi egyetemet megjelölők aránya, ezt követte a tanári vagy tanítói pálya, tehát ez is a humán irányultságú érdeklődést igazolja.

A pályaválasztásra való felkészülés folyamatában – tudatosan, vagy önkéntelenül – a hallgatók számos, a pályáról alkotott külső környezeti hatást is befogadnak. E hatások lehetnek jelentősek, vagy elhanyagolható mértékűek. (Kiss, Schüttler, 1985). A külső tényezők feltárására a szülők iskolai végzettségét és a pályaválaszra gyakorolt hatásának összefüggését vizsgáltuk.

A tanult pályán való megmaradás motivációját erőteljesen befolyásolja a főiskola által nyújtott értékrenddel való azonosulás, vagyis a pályaszocializáció sikere. A megkérdezettek 65,5%-a mondta azt, hogy a tanulmányai megerősítették a pályaválasztását. A második ábrán látható, hogy a megkérdezett hallgatók véleménye szerint a tanulmányok során a szegedi képzési hely adja a leghatásosabb megerősítést az ápolói pályához.



2. ábra – A hallgatók szubjektív véleménye a pályaszocializáció sikeréről (N=226 fő)

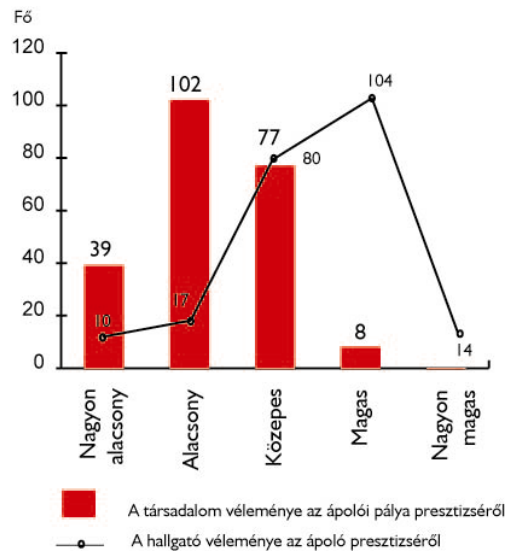


3. ábra – A hallgatók elhelyezkedési szándéka (N=226 fő)

A harmadik ábra a pályaválasztás sikerét igazolja; a mintában résztvevők 78,3 % diplomás ápolóként szeretne elhelyezkedni. Mindezt annak ellenére választották a hallgatók, hogy tisztában vannak a pálya minden nehézségével. A várható negatívumok között leginkább tartanak az ápoló kollégák kedvezőtlen magatartásától (67,3%), és a végzettségüknél alacsonyabb szintű munka végzésétől (51,3%). A vezetők és az orvosok kedvezőtlen magatartását, másfelől a rugalmatlan időbeosztást a kutatásban résztvevők harmada sorolja az ápolói munkakör nehézségei közé. Kutatásokkal alátámasztott tény, hogy a munkahelyi légkörnek és a kapcsolatok elszegényedésének szerepe van a pályaelhagyásban és a dolgozók egészségi állapotában (Pikó, 1999).

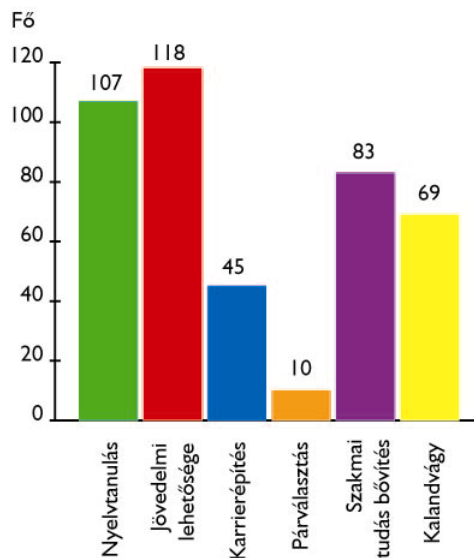
A kutatásban résztvevők véleménye szerint a társadalom az ápolói pályát alacsonyra értékeli (17,3% nagyon alacsonyra, 45,1% alacsonyra). A társadalomnak az egészségügyi dolgozókról alkotott képe alapvetően két okból romlott az utóbbi években. Az egyik az ellátás hiánya, vagy késedelem az ellátásban, a másik a média tévesen értelmezett szerepe az állapotok tükrözésében (Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium munkacsoportja, 2004).

A hallgatók 52,2%-a vélekedett úgy, hogy az ápolói pályának magas a presztízse, és a jövőbe vetett optimizmusukat tükrözi az is, hogy ez a közeljövőben tovább fog erősödni (57,1%). Érdekes ellentmondás figyelhető meg, megkérdezettek 69,5% ugyanakkor nem ajánlaná gyermekének az ápolói pályát. Meglehetősen ambivalens véleményekről van szó, amelyeket együttesen befolyásolnak a professzionalizáció ellentmondásai, az oktatás magas elvárásai és a szakma összes sajátossága. A vélemények közötti különbségeket a 4. ábra mutatja.



4. ábra – Vélemények az ápolói pálya presztízsről (N=226 fő)

A megkérdezett harmad és negyedéves diplomás ápoló hallgatók 56,2%-a tervezi, hogy külföldön helyezkedik el, és ennek érdekében már előkészületeket is tett a teljes minta közel 20%-a. Motivációként első helyen a jövedelmi lehetőségeket jelölték meg (52,2%), majd közel azonos arányban a nyelvtanulás lehetőségét (47,3%). Egyáltalán nem meglepőek ezek az eredmények a kezdő diplomás minimálbérhez közeli juttatás ismeretében. A külföldi munkavállalás motivációi az 5. ábrán láthatók.



5. ábra – A külföldi munkavállalás motivációja (N=226 fő)

További kutatásra érdemesnek tartjuk azt a meglepően nagyarányú (29,6%) véleményt, amely szerint nehéz vagy nagyon nehéz elhelyezkedni diplomás ápolóként hazánkban.

Következtetések

Összességében igazolva látjuk a hipotézisünk első részét, mert a pályaválasztási motivációk közül a legerősebbnek az emberekben való segítség bizonyult. A hipotézis második része viszont nem nyert igazolást, mert a kutatásban résztvevők többsége diplomás ápolóként kíván elhelyezkedni, igaz, elsősorban külföldön, a magasabb bérezés miatt.

Az Európai Unióhoz (EU) való csatlakozás a külföldi munkavállalást lényegesen egyszerűsítette. A végzettségek kölcsönös elismerése, az oktatási rendszer egységesítésére tett lépések, és az EU egészségügyi munkaerőhiánya gyakorlatilag már most korlátlanul piacépessé tette szakdolgozóinkat.

Hazánkban a társadalmi és gazdasági körülmények változásának hatására jelentősen csökkent az egészségügyi pálya hagyományos vonzása (2. táblázat), és a trend megfordításához a béremelés önmagában már nem elegendő. A vonzással együtt csökkent az ápolói pálya társadalmi presztízse is, és a beteg emberek is egyre kevésbé bíznak az egészségügyben. Hosszú évek tudatos és kitaró munkája árán lehetne az ápolói pályát újra megbecsültté, elismertté, keresetté tenni, és ebben döntő részt kell vállalnia az oktatásnak, és az egészségügyi menedzsmentnek.

Tanév	1995/96	1996/97	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04*
I. éves hallgató	288	253	333	333	341	336	262	254	154

2. táblázat – A diplomás ápoló képzésben résztvevők nappali tagozatos első évfolyamos hallgatók száma

Forrás: KSH, Statisztikai évkönyv, 2003

* A képzési helyek Tanulmányi Osztályainak adataiból számítva

Irodalom

1. Baráthné, K. Á, és Lantos, Zs. (1999). Diplomás ápolók a munka világában a Vas Megyei Markusovszky kórházban. Nővér, (2) 3-8.
2. Fónai, M., Pattán, L., és Szoboszlai, K. (2001). Szociális munkások pályaképének néhány eleme. Esély, (3).
3. Kiss, E. és Schüttler, T. (1985). A középiskolások pálya- és iskolaválasztási szándéka és értékorientációja. Országos pedagógiai Intézet: Budapest, 11-26.
4. Molnár, R. és Molnár, P. (2002). Az orvosi pályaszocializáció, Lege Artis Medicinae, (12.) 4. 250-254.
5. Pikó, B. (1999). Körkép a Csongrád megyei nővérek társadalmi helyzetéről és hivatásuk szakmai presztízsének megítéléséről. Egészségügyi Gazdasági Szemle, (37.) 1. 79-89.
6. Szilágyi, K. (1987). Érték és munka. Oktatókutató Intézet: Budapest, 7-35.
7. Egészségügy, Szociális és Családügyi Minisztérium munkacsoportja (2004). Vitaanyag az egészségügyi dolgozók helyzetéről az átalakuló egészségügyben.

[Vissza a tartalomhoz](#)

Kezelési esélyek: akut stroke-beteg ellátása kardiológiai profilú Intenzív osztályon

Gerencsér Beáta egyetemi okleveles ápoló hallgató

Ruttkay Bánk diplomás ápoló hallgató

Országos Gyógyintézeti Központ, Kardiológiai Intenzív Osztály

Annak ellenére, hogy a szív és érrendszeri betegségeket a gyakorlatban egy csoportba, illetve azonos kategóriába soroljuk, mégis ritka kivétel, amikor az akut stroke beteget a címben megnevezett osztályon kezelik. A jelen esetismertetés célja bemutatni, hogy a vállalható kockázatok figyelembe vételével, a páciens esélyei kedvezőbbek lehetnek, ha helyi kezelést alkalmazunk, mintha tovább küldenénk a speciális stroke központba.

Mivel a bemutatott beteg ellátása nem szenvedett el késést (az azonnal megkezdett kezelés és a stroke centrumba szállítás közötti idő kritikus lehet), nem csúszott ki abból az időintervallumból, amikor még megkísérelhető a thrombus feloldása (agyi thrombozisz esetén 4-6 óra).

Intézetünk Fül-Orr-Gégészeti Klinikáján fekvő, 45 éves betegnél reggel 7 órakor bal oldali hemiparesis, beszédzavart, vérnyomás kiugrását (180/100 Hgmm) észlelték. Osztályunkra a frissen elvégzett koponya CT után került, amin vérzés nem volt kimutatható, neurológiai konzílium embolizáció lehetőségét vetette fel. A beteg megérkezésekor cardiális paraméterei rendezettek voltak (RR:130/90Hgmm, P:90/min), hemiparesise és beszédzavara változatlanul fennállt.

Orvosaink rTPA-val (alteptase) végzendő thrombolysis megkezdését rendelték el, melyet a beteg állapotának észlelését követő 1 óra múlva kezdtünk el. 25 mg rTPA bólusban, ezt követően 100 mg rTPA-t adagoltunk 1 óra alatt.

A terápiát annak ellenére elkezdtük, hogy nagyfokú kontraindikáció állt fenn, hiszen a beteg előző nap gégészeti műtéten esett át, így a nagyfokú vérzés lehetősége fennállt.

Az elzáródás feloldásának megkezdése után fél órával mindkét orrfélből és a szájnyalakhárttyáról is vérzést észleltünk, melyet gégeészeti konzílium során tamponálással megszüntettek. Az rTPA adásával párhuzamosan intravénás nátrium-heparin adagolását is elkezdjük, az első 4 órán keresztül 500 E/óra, majd az első 24 óráig 800 E/óra, majd a thrombolysist követő 4. napig 1000 E/óra sebességgel adagoltuk, a beteg alvadási paramétereinek (APTT, fibrinogén) és vérképének napi kétszeri kontrollja mellett. A gyakori ellenőrzésnek a fő oka volt, hogy egyrészt az alvadásgátló adagolása megfelelő legyen, másrészt a thrombolysis legfontosabb „mellékhatását”, a vérzést mihamarabb észleljük (nem csak felületi nyálkahártya vagy szűresatorna, hanem gastrointestinalis, urogenitalis, retroperitonealis vérzés is előfordulhat). Folyamatos laboratóriumi kontroll alatt tartottuk betegünk elektrolit háztartását, oedema ellenes kezelésben részesült, stabilizáltuk vérnyomását.

A kezelés megkezdése után 12 órán belül a hemiparesis megszűnt, a beszédzavara pedig fokozatosan csökkent. A thrombolysist követő 3. napon eltávolítottuk az orrtamponokat, az 5. napon áttértünk szubkután adású LMWH alvadásgátlásra, betegünket mobilizálni kezdtük. A nálunk töltött 5 panaszmentes és stabil nap után áthelyeztük betegünket további neurológiai kivizsgálás céljából a területileg illetékes stroke osztályra, további kardiológiai ellenőrzése ambulanciánkon történik.

Összegzés

A stroke a leggyakoribb olyan betegség, amelyik a független életvitelt a legjobban korlátozza, hazánkban is a vezető halálokok között szerepel. Betegünk a legnagyobb esélyt kapta a teljes felépülésre azzal, hogy nem vesztett időt intézetek közötti szállítással, a lehető leghamarabb ellátásra került, annak ellenére, hogy ez nem szakosodott stroke centrumban történt. Szakszerű kezeléssel, gondozással azonban egyenértékű ellátásban részesíthetők betegeink.

A kardiológiai és neurológiai gondozása során figyelmet kell fordítani a beteg rizikófaktorainak csökkentésére, megszüntetésére (dohányzás, túlsúly, hypertonia, hyperlipidaemia, emelkedett vércukorszint), melyek külön-külön és együttesen is hajlamosítanak nemcsak agyi vascularis történések előfordulására, de egyéb érrendszeri megbetegedésekre is.

Irodalom

1. Balogh, Z és Siklódi, M. (1998). Neurológia és ápolástana. Budapest: HIETE.
2. Mumenthaler, M. (1999). Neurológia. Budapest: Medicina Kiadó.

[Vissza a tartalomhoz](#)



IIASA-SHIBA DÍJ egyéni kategóriában („Életműdíj”)

Csikai Sándorné, vezető auditor
Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei Jósa András Kórház

Az IIASA-SHIBA DÍJ eredete, lényege, bemutatása

Shoji Shiba japán professzor a nyolcvanas évek közepén az Ausztriában székelő Nemzetközi Alkalmazott Rendszerelemzési Intézet (International Institute for Applied System Analysis – IIASA) kutatójaként tanulmányozta az európai minőségügy helyzetét.

A Nemzetközi Rendszerelemzési Intézet nemzetközi szakértőjeként hazánk akkori ipari miniszterének felkérésére egy tíztagú magyar csoporttal **Cselekvési Programot** dolgozott ki a **TQM** (ÁMR – Átfogó Minőségvezetési Rendszer) bevezetésére a magyar iparban. Tiszteletdíját – Shiba professzor és a IIASA – felajánlotta a IIASA-Shiba Díj megalapítására, amely e rendszer bevezetésében kitűnt vállalatok, csoportok és egyének erőfeszítéseit ismeri el.

Az alapító a díjat 1996-tól az ipar és a szolgáltatás mellett az egészségügy és az oktatás, majd 2001-től a közszolgálat területére is kiterjesztette. A magyar IIASA-Shiba Díj alapítása a világon a harmadik ilyen jellegű díj volt a japán Deming-díj és az amerikai Malcolm Baldrige-díj után.

A minőségügy szolgálatában

E kis bevezető után bemutatkozom és röviden bemutatom azt a pályázati dokumentációt, amely alapján 2004-ben – az egészségügy területén elsőként – egyéni díjra érdemesnek tartott a IIASA-Shiba Alapítvány Kuratóriuma és az Értékelő Bizottság.

1961-64-ig munka mellett ápolóképzőbe jártam.

1964-1990-ig a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei Jósa András Kórházban dolgoztam. Ez alatt a két és fél évtized alatt az ápolói ranglétra minden fokán megjelentem. Osztályvezetői, majd 1980-tól 1990. végéig kórházvezető ápolónői feladatokat láttam el.

1992-2001-ig a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei Pszichiátriai Szakkórház ápolásvezetője, majd minőségügyi szakember voltam.

2002-től jelenleg is – újra – a Jósa András Kórházban segítem a gyógyító-megelőző betegellátást, a minőségügy területén.

A minőségügyi – minőségfejlesztési munkába – intenzíven és célirányosan – 1995-től kapcsolódtam be.

„Látens” formában 1984-ben már kutatást végeztem a Jósa András Kórházban az ápolási munka minőségének mérése és értékelése témában. Az államvizsgára készülve szakdolgozatom témájául ezt választottam.

Akkor még nem tudtam, hogy kutatásom komoly alapját képezte az önértékelés, a belső benchmarking és az elégedettségi vizsgálatok módszereinek.

1995-ben a nagyállói kórház ápolásvezetőjeként igen komolyan vettem a tudományos alapokra helyezett, menedzsmenti elkötelezettségen alapuló minőségirányítási alapelveket. Ezek az alapelvek ugyanis a szakmai tevékenység elvárásaival teljesen összhangban voltak és vannak. Mint a menedzsment egyik tagja – példamutatással – viszonylag rövid idő alatt meg tudtam győzni munkatársaimnak nagyobbik részét a minőség fontosságáról. Arról a nélkülözhetetlen magatartásformáról, amely a jövő (szakmai) elvárásainak természetes velejárója. Ebben a meggyőző munkában természetesen komoly támogatóra találtam az akkori főigazgató (Dr. Vágvolgyi János) és a gazdasági igazgató (Nagy Illés) személyében. A vezetői elkötelezettség – amely a minőségügy szellemiségének és gyakorlati megvalósításának a kulcsa – a menedzsment egyetlen tagjából sem hiányzott.

1996-ban a közös és végleges (vezetői- és beosztott munkatársi) döntést követően elkezdtük a minőségügyi (minőségirányítási) rendszert kiépíteni az EN ISO 9002:1994 szabvány követelményei szerint. Külső tanácsadó segítségével, ápolásvezetőként irányítottam a rendszer kiépítését.

Ugyanebben az évben – a rendszer építése mellett – vállaltam, hogy a rendelkezésemre álló hazai tudományos minőségügyi módszerek alkalmazását bevezetve megpályázom a IIASA-Shiba Díjat szervezeti kategóriában. Ezzel minden – a minőségügy berkeiben fontos – belső és külső hozzáértőnek és érdekelt félnek tudomására szerettük volna hozni azt a komoly műhelymunkát, amit végeztünk. Díjat nem, de Oklevelet nyertünk és talán a legnagyobb elismerést, Shiba professzor Úr hallatlan felénk fordulását, érdeklődését. Ugyanis mi voltunk a „kakukktójas”, az „első fecske” a díjért küzdő versenytéren.

Az öröm közepette folytattuk az ISO alapú minőségirányítási rendszer építését, az oktatást, felkészülést. Az eredmény: 1998-ban sikeres tanúsító audit. Közben 1997-ben újabb pályázatírás és miénk lett a IIASA-Shiba Díj elsőként az egészségügyi ágazatban.

A sikerek után fokozódott a munkakedvünk. Igyekeztem az irodalomban fellelhető és más szervezetektől – elsősorban az ipari, termelői cégektől – átvehető módszereket megtanulni és azokat munkatársaimmal együtt alkalmazni.

Ezek a módszerek:

- TQM csoportok kialakítása konkrét feladatok megoldására,
- 5 S módszerrel rendteremtés,
- a Probléma megoldás 7 lépése,
- a PDCA módszer,
- az Ok-hatás elemzés – ISHIKAWA diagramon ábrázolás
- Brainstorming módszer alkalmazása a döntés-előkészítés fázisában,
- EFQM önértékelés,
- Egyéni önértékelés,
- Benchmarking (külső-belső) módszer,
- Interjú módszer.

1999-2000-ig kidolgoztuk, bevezettük és tanúsítottuk az ISO 14001:1996 szabvány követelményei szerint a Környezetirányítási és az MSz/T 28800:1999 (BS 8800:1996) szabvány alapján a MEBIR (Munkahelyi Egészségvédelem és Biztonság Irányítási Rendszer) rendszereket. Így jött létre az Integrált Minőségirányítási Rendszer (IMR).

A „nagy mű” megalkotása után 2001. decemberében eljöttem Nagyállóból.

2002-ben Nyíregyházán a Jósa András Kórházban kezdtem, illetve folytattam szakmai tevékenységem a minőségért. Itt már egy kialakult, egymástól függetlenül külön-külön működő minőség- és környezetirányítási rendszer fogadott.

Ebben az évben írták ki első ízben az Észak-Alföld Minőségi Díjat, amely a Nemzeti Minőségi Díj „előszobája”.

Mint „új” munkatárs kórházi szinten nem volt bátorságom kezdeményezni a pályázat elkészítését, de egy szakmacsoporton belül igen. Így a Gyermekgyógyászati Szakmacsoport pályázata „nyerő” lett a megméretésen.

Szolgáltatási kategóriában elhoztuk a díjat. (A régióban, az egészségügyi szolgáltató szervezetek közül elsőként!)

2003-ban az új ISO 9001:2000 szabvány szerinti minőségirányítási rendszer - beleszöve a Kórházi Ellátási Standardok (KES) szempontrendszerét – tanúsítására került sor.

2003. második felében a kórház felső vezetése felé előterjesztettem azt a javaslatot, mely szerint célszerű lenne megvalósítani a működő rendszereink integrációját, kibővítve az MSz 28001:2003 MEBIR követelményekkel. Így a rendszerek egymással kompatibilisen, egyszerűen kezelhetőkké válnak. Szabad kezet kaptam a tervezésben, szervezésben.

Az Integrált Minőségirányítási Rendszer elkészült, működik. A működés folyamatát belső auditoraink követik a belső auditálás során.

Miért szükséges a minőségirányítási rendszerek fúziója?

Azért, mert:

- A szervezetben kialakított rendszerek külön-külön működtetve elszigetelődnek.
- Ez a különállóság megteremti és növeli a konfliktusveszélyt, csökkenti a hatékonyságot, akadályozza a folyamatok közötti átjárhatóságot, az egyes előíró dokumentumokat (MIR – KIR – MEBIR politika, eljárások stb.) feleslegesen ismétljük.
- A rendszerek integrálása csökkenti a szervezeten belüli szerkezeti akadályokat.
- Az egészségügyi szolgáltató szervezetekre jellemző, hogy törvények, rendeletek kötelezővé teszik a minőség-, környezetvédelem, a munkahelyi egészségvédelem és biztonság követését a munkatársak, páciensek és valamennyi érdekelt fél védelme céljából. Ez a tény szinte „kezünkbe adja” a rendszerek integrálásának előfeltételeit.

A kórház működésére ez az integrációs folyamat mindenképp pozitív hatást fejtett ki.

Ugyanis:

- Folyamatorientált szervezet alakult ki.
- Minden munkatárs ismeri a folyamatokat.
- A folyamatokban meghatározott és egyértelmű a felelősség.
- Az indikátorok segítségével mérhető folyamat költség áll rendelkezésre, amely a vezetői döntés egyik eszköze.
- Meghatározott folyamatcéllok vannak, melyek fejlesztése a PDCA elv alapján történik.
- A rendszer- és folyamatközpontú elmélet és gyakorlat (szemlélet) igazi „nyertese” valamennyi érdekelt fél.

Személy szerint számomra is rendkívüli az integrált rendszer hatása, mert az új kihívás számos feladat elé állított. Ezek a feladatok:

- Megtanulni összefüggésében kezelni a rendszereket.
- A szabványok alapján megtalálni azokat a kapcsolódási pontokat, amelyek az összefüggéseket logikai és szakmai szempontok szerint is rendezik.
- Elfogadtatni az integráció fontosságát, a rendszer- és folyamatközpontúság elvét.
- Érveket felsorakoztatni, amelyek hiteles bizonyítékai annak, hogy az integráció mindenki számára jó lehet, ha együtt gondolkodunk és együtt munkálkodunk.
- Ezt a feladatot külső tanácsadó nélkül megvalósítani nem kis vállalkozás, de a kórház pénzügyi helyzete takarékosra intett.
- Siker esetén nem csak megyei, de országos viszonylatban is példaértékűnek tekinthető az eredmény.

(A tervezett külső felüyeleti audit 2004. december 9-10-én lesz.)

Az integrált rendszer megalkotásával, bevezetésével hipotézisünk is körvonalazódik a várható eredmények vonatkozásában.

Ezek:

Eredmények a gazdasági területen:

- évenként felülvizsgált, minősített beszállítóink vannak,
- az eszközök, műszerek személyhez kötöttek, a felelősség követhető,
- a műszerekhez, gépekhez csak kompatibilis vegyszereket használunk, így nincs garanciavesztés,
- az eszközök átvizsgálása, hitelesítése tervezett, időben történik, így az elhasználódás lelassul,
- biztosítjuk a megfelelő munkakörülményeket, védőeszközöket,
- a rendszeres munkavédelmi oktatás segít kivédeni, illetve csökkenteni a munkabalesetek számát.

Eredmények a szakmai ellátás területén:

- szakmai protokollok alapján történő munkavégzés,
- tervezett és célorientált a képzés és továbbképzés,

- javult a dokumentációs fegyelem,
- a munkafolyamatok szabályozottak lettek, ezáltal a munkafázisok eredményei és a tevékenység során keletkezett dokumentumok azonosíthatóak, nyomon követhetőek, ellenőrizhetőek,
- a munkatársak közötti együttműködés harmonikusabb, a betegek áthelyezése, továbbutalása egységesen dokumentált,
- az elégedettség mutatók a betegek körében a szakmai ellátás vonatkozásában javulást mutatnak.

Ezek az eredmények a stratégiai tervvel és a kitűzött célokkal összhangban vannak.

Hogyan tovább?

Néhány gondolat a fejlesztés vonatkozásában:

- Meg kell őrizni azokat az erősségeket, amelyek segítettek a rendszerek integrációs folyamatában.
- A rendszer működtetése során feltárjuk és fejlesztjük azokat a gyenge pontokat, amelyek akadályokat jelenthetnek a jövőben.
- A rendszer sikeres működtetése érdekében „belső auditorpárok” segítik a hibafeltárási tevékenységet.
- A minőségfejlesztési módszereket komplex formában alkalmazzuk, a részrendszerek (MIR – KIR – MEBIR) összeolvadnak.
- Saját arculatunkra formálva az EFQM önértékelési modell alkalmazását szeretnénk 2005-ben megvalósítani.

A 32 oldalas pályázatomban röviden ezen a koncepción nyugszik. Valójában a közel 10 éves minőséggel kapcsolatos szakmai munkámat az Integrált Minőségirányítási rendszerben, mint keretben helyeztem el. Így lett ez egyéni „életműdíj”.

Ez úton is köszönetet mondok a volt és jelenlegi vezetőimnek, vezetőtársaimnak, valamennyi volt és jelenlegi munkatársamnak mindkét kórházban, ahol dolgoztam és dolgozom, hogy engedtek dolgozni és segítettek a sok-ötlet kimunkálásában, megvalósításában. Közvetlen munkatársaim mellett köszönet illeti azokat a szervezeteket és képviselőiket, akik a rendszerek, módszerek megismertetésében és az egészségügy területére történő adaptációban segítettek. Nevezetesen:

- a Minőségfejlesztési Központ – IMFA munkatársainak,
- a Nemzeti Minőség Klub ülés mindenkori házigazdáinak,
- a különböző minőségügyi- minőségfejlesztő fórumok szervezőinek,
- az egészségügyi Minisztérium Minőségügyi Munkacsoportjának.

Úgy gondolom, pályámunkám mondanivalójának összegzésére Halász Gábor sorai a legalkalmasabbak:

„A minőség önmagában is érték, mégpedig olyan érték, amivel soha, sehol nem lehet elégedettnek lenni.

*A minőség jobbítása érdekében mindig lehet valamit tenni és mindig érdemes megvizsgálni, hogy mi az, amit tenni lehet.”**

* Köztoktatás és minőség, in: Manchin Róbert (szerk.)

A minőség teremtése, Magyar Gallup Intézet, Budapest, 2000, 132-154. o.

[Vissza a tartalomhoz](#)

IIASA-Shiba Díjas a Heim Pál Gyermekkorház

Kujalek Éva minőségügyi vezető
Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorház

A Heim Pál Gyermekkorház tevékenysége

A Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorház 13 fekvőbeteg és 7 diagnosztikai osztállyal, valamint 38 rendeléssel működik. Országos, fővárosi és területi szakfeladatokat is ellát. Alapellátási ügyeleti szolgálatot is biztosít 10 kerület gyermeklakosai részére. Az Intézményhez tartozik az Anyatejgyűjtő Állomás, melynek feladata a főváros egész területén az anyatej gyűjtése, feldolgozása, elosztása, kiszállítása.

A Heim Pál Gyermekkorház részt vesz az orvosképzésben alap- és szakképzés szintjén, az egyéb egészségügyi egyetemi és főiskolai képzésben, az alap-, közép-, és felsőfokú szakdolgozó képzésben.

A 380 ágyon évente átlagosan 18500 fekvő-, a szakrendeléseken 300 000 járóbeteg kerül ellátásra. A dolgozói létszám megközelítőleg 950 fő.

A Heim Pál Gyermekkorház jelenleg Magyarország legnagyobb és legszélesebb szakmai spektrumú gyermekegészségügyi központja.

A Heim Pál Gyermekkorház céljai

Az Intézménynek, mint egészségügyi szolgáltatónak, elsődleges és legfontosabb célja, hogy:

- a hozzá forduló gyermekek a lehető legrövidebb időn belül meggyógyuljanak,
- életminőségük egészségügyi szempontból minél magasabb szintű legyen,
- a kórházban tartózkodás, gyógyítás, kezelés során lehetőleg ne érje őket fájdalom,
- pszichés megterhelésük minimális legyen.

Az Intézménynek, mint szervezetnek célja:

- a vevői, partneri, tulajdonosi és finanszírozói elvárásoknak való megfelelés,
- az Intézmény által nyújtott szolgáltatásokkal való elégedettség megismerése, növelése,
- az összes itt folyó tevékenység hatékonyságának és minőségének javulása,
- az ellátás/szolgáltatás szakmai színvonalának megtartása, emelése,
- a munkakörülmények javítása,
- a dolgozói elégedettség növelése,
- tevékenységéből adódó esetleges negatív környezeti hatások minimálisra csökkentése.

Az integrált minőség- és környezetközpontú rendszer kiépítése, a minőségfejlesztés folyamata

A kitűzött szervezeti célok elérése érdekében, és, hogy a megvalósítás folyamatosan összhangban legyen a szakmai követelményekkel, az érvényben lévő jogszabályokkal, minőségügyi rendszer kiépítése és működtetése mellett döntött a kórház vezetése. Ezt megelőzően, 1996-tól a minőségbiztosítás és a controlling néhány elemét már alkalmazta a kórház. A minőségügyi rendszer kiépítésének folyamata, évről-évre:

1998. Három munkacsoport alakul, Fejlesztő, Minőségügyi és Controlling Csoport néven.

Tevékenységük:

- a kórház által nyújtott szolgáltatások minőségének folyamatos fejlesztése,
- a szolgáltatások folyamatainak megismerése és részletes tervezése,
- a szolgáltatások során felmerülő hiányosságok időben történő felismerése,
- a megszüntetésükhöz szükséges intézkedések előkészítése,
- a hiányosságok okainak feltárása,
- az azokból fakadó költségek, károk csökkentése,
- a szakmai és minőségügyi követelményeknek való megfelelés,
- a saját követelményrendszer fejlesztése.

1999. A munkacsoportok által végzett, valamint a minőségirányítási rendszer kiépítése, működtetése és fejlesztése érdekében tett valamennyi tevékenység összehangolására, a minőségbiztosítással, minőségfejlesztéssel kapcsolatos egyéb teendők ellátására *minőségügyi vezető* kapott megbízást. A minőségügyi vezető egyéb felelősségeitől függetlenül, minden jogkörrel rendelkezik a minőségügyi rendszer hatékony működtetéséhez, a minőségbiztosítási előírások betartásához, érvényesítéséhez.

Az év elején a Fejlesztő Csoport által kidolgozásra kerül a szakmai irányelvek fejlesztésének helyi eljárási leírása, majd az egyes szakterületek képviselőinek véleményét figyelembe véve prioritási mátrix készül a fejlesztendő folyamatokról és eljárásokról, s ennek alapján megkezdődik a konkrét feladatok végrehajtása. Megtörténik pl.: az ápolási dokumentáció egységesítése összkórházi szinten, elkezdődik az ápolás és a gyógyítás szakmai irányelveinek kidolgozása az egyes betegellátó osztályokon.

Ezzel párhuzamosan a Controlling Csoport havonkénti rendszerességgel ellenőrzi és elemzi a szervezeti egységek betegellátási mutatóit, a teljesítmény-elszámolás megfelelőségét, szükség esetén elvégzi, illetve megszervezi ezek javítását. A Minőségügyi Csoport a folyamatok megfelelőségének, minőségének mérésére alkalmas módszerek kidolgozását, és azok alkalmazásával elemzéseket végez. Az eredmények ismeretében javaslatokat dolgoz ki az ellátás minőségének biztosítására, fejlesztésére, a hibák kiküszöbölésére.

Az év második felében felkészítő cég segítségével megkezdődik az **MSZ EN ISO 9001:1996** szabvány szerinti dokumentáció elkészítése, elsőként a Minőségügyi Kézikönyv.

Ezzel egy időben történik az első oktatás minden szervezeti egység egy képviselőjének részvételével. Ez a tájékoztatáson, a minőségszemlélet kialakításán kívül, egyben a munkatársak szélesebb körű bevonását is jelenti a fejlesztésekbe, az eddigi munkacsoporttagok és a szakmai irányelvek fejlesztéséhez felkért szakértők mellett.

2000. Az előzőekben leírt tevékenység folytatódik. Az év elején vezetői döntés születik a környezetközpontú, **MSZ EN ISO 14001:1996** szabvány szerinti követelményeknek való megfelelési szándékról. Így integrált rendszerbe illesztve zajlik tovább az alapl dokumentáció kidolgozása.

A munkatársak további oktatása, tájékoztatása és a belső auditorok felkészítése után sor kerül az első belső felülvizsgálatra, majd az **előaudit**ra. Az ellenőrzéseken tapasztalt nem-megfelelések és észrevételek alapján javítások, módosítások történnek.

Júliusban az SGS Hungária Kft. auditorai végeznek **tanúsító felülvizsgálatot**, melynek eredménye, hogy a Heim Pál Gyermekkorház megfelel az **MSZ EN ISO 9001:1994** és az **MSZ EN ISO 14001:1996** szabványok követelményeinek. Ez valamennyi fekvőbeteg és diagnosztikai osztályra, 28 szakrendelésre, és az összes kiegészítő, kiszolgáló szervezeti egységre érvényes.

2001. Az év első felében megtörténik a minőség- és környezetközpontú rendszer kiterjesztése az Anyatejgyűjtő Állomásra. Júniusban munkacsoport alakul a **HACCP élelmezési minőségbiztosítási rendszer** kiépítésére.

2002. A HACCP élelmezési minőségbiztosítási rendszer bevezetése az Élelmezési Osztályon. Elkészül több az orvos-szakmai munkautasítás is. Az ápolással való szülői elégedettségi felmérés megismétlése, az eredmények összehasonlítása a korábbiakkal, javító intézkedések megtétele.

2003. Az integrált minőség- és környezetközpontú irányítási rendszer bevezetése két külső telephelyen, a Rottenbiller utcai és a Zoltán utcai szakrendeléseken.

Az egész intézményben megtörténik az áttérés az új, **MSZ EN ISO 9001:2001** szabványra, valamint ennek megfelelően a dokumentáció módosítása, kiegészítése. Ezen kívül a **Kórházi Ellátási Standardok (KES)** követelményei szerint a minőségügyi rendszer bővítésre kerül. Fejlesztésképp szakmai auditok módszertanának kidolgozása, a szakmai felülvizsgálatok megkezdése.

Az ellátással való szülői elégedettségi és a dolgozói elégedettségi felmérések megismétlése.

2004. Tanúsító audit: az **MSZ EN ISO 9001:2001**, **MSZ EN ISO 14001:1996**, és a **KES (2.0)** követelményeknek való megfelelés igazolása. E mellett a **HACCP** rendszer működtetése.

A minőségfejlesztés során alkalmazott módszerek (néhány példa)

Kollegiális véleményezés: A minőségügyi dokumentumok rendszerében munkautasításnak számítanak a kezelési és diagnosztikai protokollok, a szakmai irányelvek, az ápolási standardok és egyéb utasítások. A kollegiális véleményezés segíti, hogy az egyes szakterületek művelőinek igen magas szintű, és mindenkor aktuális szakmai tudása közkinccs legyen. Biztosítja a szakmai fejlődést, az új szakmai ismeretek elterjedését és alkalmazását az egész kórházban, valamint az ellátás egységességét. A széleskörű véleményezés miatt a munkatársak nagyszámban megismerik a tervezet még a bevezetés előtt, így alkalmuk van a felkészülésre, ha szükséges.

Adatgyűjtés: Az elégedettségi felméréseknél és egyéb vizsgálatoknál az adatgyűjtés reprezentatív, randomizált, randomizált rétegzett, vagy teljes körű mintavétellel történik. A vizsgálatok rendszeres időközönként (1-2-3 évente) ismétlődnek, ezek:

Az ápolással való szülői elégedettség mérése.

Az ellátás egészével való szülői elégedettség mérése.

Szakrendelésekkel, kijáró ügyelettel való szülői elégedettségi felmérés.

A beteg gyermekek közérzetének, fájdalmának felmérése.

A beteg gyermekek jogainak érvényesüléséről felmérés.

Dolgozói elégedettségi felmérés.

Belső audit: A 20 belső auditor nem csak az érvényben lévő szabályozások ismeretét és betartását ellenőrzi, hanem az ISO szabványok érvényesülését a gyógyítás, ápolás során. Évente két alkalommal tartunk minőségügyi, egyszer környezeti auditot.

Szakmai audit: A szakmai auditok célja a betegellátás rendszeres és kritikus elemzése. A két szakmai területnek megfelelően orvos-szakmai és ápolás-szakmai auditori csoport alakult 5-5 fővel, akik standardalapú, retrospektív és egyidejű vizsgálatot végeznek.

Belső benchmarking: A kórházon belül biztosított az egymástól való tanulás lehetősége. A rendszeresen végzett vizsgálatok, mérések és a végzett munka mutatószámait az osztályok megkapják. Így lehetőségük van arra, hogy eredményeiket összehasonlítsák más osztályokéval, vagy akár a saját, korábbi teljesítményükkel. Felvehetik a kapcsolatot más, jobb eredményt produkáló osztályok vezetőivel.

Elismerések, jutalmak

A Kórház vezetése hosszú évek óta értéknek ismeri el a magas szintű szakmai tevékenységet, a jól végzett munkát, a minőséget, és vezetői magatartásában ezt közvetíti is a szervezet felé. A munkatársak kiválasztásánál, a középszintű vezetők kinevezésénél kiemelkedő szempontként kezeli a személy végzettségét, képzettségét, szakmai gyakorlatát.

A teljesítmények arányában belső anyagi ösztönző rendszert hozott létre és működtet a betegellátási teljesítmény ösztönzésére 1996. óta. A havi jutalomkeret nagyságát az ellátott betegek száma és az esetek súlyossága határozza meg.

A kimagasló szakmai tevékenységek, és az azt végző munkatársak elismerésére az Intézmény vezetése a közalkalmazottaknak adható kitüntetések, jutalmakon kívül egyéb formát is talált.

1992 óta, évente maximum három személyt az „*Év szakdolgozója*” címmel tünteti ki. Az átadás az Ápolók Nemzetközi Napján történik.



1997-ben került sor először *Heim Pál Emlékérem* odaítélésére. Heim Pál Emlékéremmel díjazható:

I. A Heim Pál Gyermekkorházban kiemelkedő gyógyító és tudományos munkát végzők.

II. A Heim Pál Gyermekkorházban a gyermekápolás fejlesztésében kiemelkedő munkát végzők.

III. Meghívott hazai és külföldi támogatók, előadók.

IV. A Heim Pál Gyermekkorház érdekében aktívan tevékenykedő nyugdíjasok.

A *Heim Pál Emléklap*ot évente egy, 30 évesnél nem idősebb szakdolgozó kaphatja, aki kiemelkedő szakmai fejlesztő és gyakorlati munkát végez a széles értelemben vett ápolás területén.

A kitüntetések nem csak erkölcsi elismerést jelentenek, hanem anyagit is, hiszen mindegyik mellé pénzjutalom is jár.

Belső szemléletváltás és továbbfejlesztés

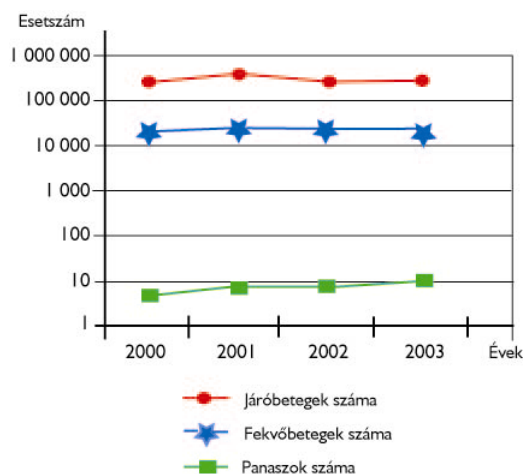
A minőségügyi rendszer kiépítésével és működésével a szervezeten belül minden területen elkezdődött, illetve folytatódott a minőség szemlélet kialakulásának, kialakításának folyamatmértékben hozzájárul az évek óta következetes vezetői hozzáállás, a vezetői elkötelezettség, melynek következtében a vezetés által a szervezet felé közvetített értékrend tud érvényesülni. A munkatársak megbecsülése, és az általuk végzett tevékenység elismerése ahhoz vezet, hogy mindenkinek fontos maga a szervezet is, és a szervezeti célok megvalósulása, ezek között a minőség- és környezetközpontú rendszer működése, a minőségfejlesztés.

A Kórházban az egyes szakterületek elismert és jeles képviselői dolgoznak, mind az orvoslás, mind az ápolás területén. A magas szintű szakmai tudás gyakran jár együtt a minőség iránti igényességgel. Ez is, valamint a bevezetett oktatások segítik a minőség szemlélet fejlődését.

A tanúsítványok elérése pozitív visszacsatolásként, a közösségi sikerélményt jelentenek. Hasonlóképpen az elvégzett, igen jó eredményt mutató a gyermekek körében végzett felmérés a közérzetről, fájdalomérzetről, illetve a szülők körében az ellátással, ápolással való magas elégedettség.

A minőségfejlesztés az egészségügyben a jelenlegi viszonyok, azaz az egyre csökkenő anyagi és emberi erőforrások mellett, kis lépésekben tud haladni. Az ellátás színvonalának szinten tartása is nagy erőfeszítéseket igényel, mind a szervezettől, mind az egyes munkatársaktól. Külső tényező még a gyermekellátásban az évről-évre csökkenő születésszám. Mindezek mellett a szolgáltatást igénybe vevők száma a Heim Pál Gyermekkorházban növekszik.

A növekvő betegszám mellett az igazgatókhoz írásban benyújtott panaszok száma nem nőtt lényegesen, 2003-ban összesen 315311 beteg ellátása történt meg, a szülői panaszok száma 11 volt, ez 0,03 ezrelék, hasonlóan a korábbi évekhez. (1. ábra)



1. ábra – Betegforgalom és panaszok száma

A saját fejlesztésű kérdőívekkel, ellenőrzőlapokkal végzett vizsgálatokkal megismerhetők az elvárások, valamint a fejlesztésre, javításra szoruló területek, amik a további tervezést segítik. A minőségfejlesztési terv készítésekor a munkatársak javaslatait is felmérjük, és figyelembe vesszük. A tervezés során meghatározzuk azt is, milyen mértékű javulás lenne célszerű, kinek milyen intézkedést kell meghozni, végrehajtani, milyen indikátorral mérjük a megvalósulást.

A minőségügyi rendszer folyamatosan működik, fejlődik és bővül, integrálva a (jelenlegi) négy, az **ISO 9001**, **ISO 14001**, a **HACCP** és a **KES** szabványt, illetve követelményt. Az integrált minőség- és környezetközpontú rendszer bevezetése, működése és fejlesztése valamennyi munkatárs aktív közreműködésével valósulhatott meg.

A IIASA-Shiba Díj odaítélése a végzett munkánk elismerése mellett további lendületet ad a minőségfejlesztéshez.

[Vissza a tartalomhoz](#)

A Zala Megyei Kórház ápolásfejlesztő csoportjának elismerése SHIBA minőségi pályázaton

Bognárné Laposza Ilona
ápolási igazgatóhelyettes

Az IISA-SHIBA pályázat célja számunkra nem volt ismeretlen, mert 1997-ben szervezeti kategóriában kórházunk elnyerte a díjat.

Az ápolás területén önállóan nem volt tapasztalatunk ilyen feltételekkel történő megmérettetésre, ezért nagy kihívás volt a csoport számára. A pályázati kiírás szempontjai meghatározottak és ezen pontok alapján mutatjuk be csoportunk eredményeit.

A csoport tagjai:

Bognárné Laposza Ilona, ápolás igazgató helyettes – auditor

Kovács Ildikó, belgyógyászati osztályvezető főnővér – szakoktató

Salamonné Baranyai Éva, kardiológiai osztályvezető főnővér – szakoktató

Tompa Lászlóné, minőségbiztosítási szervező – minőségügyi mérnök

A *pályázatot benyújtó munkacsoport célkitűzése bemutatni* a pályázaton keresztül a minőségirányítási rendszer fejlesztési eredményeit, kifejezetten az ápolás területére fókuszálva. A pályázat értékét adhatja, hogy az országban tudomásunk szerint intézeti szinten még nem került ilyen formában értékelésre és elemzésre az ápolás folyamata.

Az intézeti minőségpolitikai célkitűzéséhez kapcsolódóan végeztük tevékenységünket:

- Folyamatosan törekszünk vevőink jelenlegi és jövőbeli szükségleteinek megismerésére, teljesítésére, a vevői elvárások felülmúlására.
- Folyamatosan mérjük, értékeljük a vevői igényeket és elégedettséget.

- A felső vezetés gondoskodik arról, hogy a vevői igényeket és elvárásokat meghatározzák, követelményekké alakítsák és teljesítsék.
- Célunk olyan környezet létrehozása, amelyben a munkatársak teljes mértékig részt vesznek a szervezet céljainak elérésében Erre eszközként szolgál a humán erőforrás bevonása, fejlesztése, képességeinek a szervezet javára történő kihasználása.
- Az emberi erőforrások fejlesztése az oktatás és kutatás folyamán keresztül valósul meg. A munkatársak igényeit és elégedettségét folyamatosan mérve megteremteni a feltételeket az innovációhoz, a csoportmunkához.

Ápolás folyamata a PDCA elv alapján

FOLYAMATLÉPÉS	ÁPOLÁSI TEVÉKENYSÉG	DOKUMENTÁCIÓ
HELYZETFELMÉRÉS	Betegfelvétel Ápolási anamnézis felvétele	Ápolási dokumentáció Lázzlap
ÁPOLÁSI CÉLKITŰZÉS	Ápolási szint besorolásának megfelelő tevékenységek meghatározása	Ápolási dokumentáció
ÁPOLÁSI TERV	Protokoll szerinti ápolás végzése Tevékenység eredményeinek rögzítése	Ápolási dokumentáció Lázzlap
ÁPOLÁS ÉRTÉKELÉSE	A beteg távozásakor, az ápolási terv módosításakor, illetve a folyamatos munkavégzés során végzett értékelés	Ápolási dokumentáció Távozási lap

Az ápolás értékelésének, fejlesztésének folyamata

1. A vizsgálat irányának kiválasztása.
2. Adatok gyűjtése
3. Adatok rendszerezése, elemzése
4. Eredmények értékelése
5. Eljárásleírásban foglaltaktól való eltérések elemzése → okok feltárása
6. Szükséges módosító, javító intézkedések megtétele.
7. A követő vizsgálat idejének meghatározása.

Az ápolás folyamatát a minőségirányítási rendszerben dokumentáltan az eljárásleírások, műveletleírások, ápolás-igazgatói utasítások tartalmazzák. Az ápolási folyamat leírása lehetővé tette a dokumentált eredményekből származó információ visszacsatolását, hasznosíthatóvá tette a további beavatkozásokban hasonló ápolási, gondozási szituációkban.

Így az ápolás dinamikus folyamattá válik, amely alkalmas az adaptációra és fejlődésre.

Az ISO 9001 szabvány követelményeinek megfelelő folyamatszabályozás és az ehhez kapcsolódó minőségügyi dokumentumok kidolgozására az intézetben fejlesztőcsoportok alakultak.

Ápolási protokollok alkalmazása

A minőségirányítás irányuljon az ápoló szakmai tevékenységének javítására a betegek érdekében. Ezt kívánja elérni a betegcentrikus, dinamikus megközelítésen alapuló standardkészítési folyamat.

Az **ápolási protokoll értelmezése kórházunkban** a helyi gyakorlatot leíró, azaz az aktuálisan végzett meghatározott, tervezett ápolás, ellátás, kezelés, beavatkozás a beteg gyógyulása érdekében szükséges **események és tevékenységek rendszerezett listája**.

Felépítése

1. Cél meghatározása
2. Az átlagos ápolási napok meghatározása
3. Ápolási probléma meghatározása
4. Ápolási cél meghatározása
5. Az ápolási tevékenység meghatározása a cél megvalósulása érdekében.

A minőségügyi rendszer kiépítésének kezdetekor fejlesztőcsoportok dolgozták ki az ápolás folyamatára vonatkozó minőségirányítási dokumentumokat (eljárás, műveletleírás, utasítás). Ennek ellenére azonban problémák adódtak a tevékenység végzése során, ekkor megalakult a problémamegoldó team, amely minőségügyi módszerek alkalmazásával kereste a legjobb megoldást.

A probléma megfogalmazását követően leírtuk a jelenlegi állapotot, elkészítettük a megoldások jegyzékét - a módszer: ötletroham innovációs transzfer – a megoldási javaslatokhoz pareto elemzését készítettünk és ábrázoltuk.

A következő ábrákon (2. és 3. ábra) bemutatunk a módszer elemeiből:

<p>Adatgyűjtés a probléma természetéről</p> <p>Mikor történik a probléma? Mikor kezdődött? Hol található? Mit tartalmaz? (problémák?)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kiket érint? - Miért történik? (ok- okok?) - Hogyan történik? 	<p>Befolyásoló tényezők meghatározása:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kevés ápolószemélyzet - ápolók szakképzettségi megoszlása (ált-, szak-, diplomás-, segéd-) - gyakorló ápolók jelenléte - továbbtanulókat helyettesítő ápolók más osztályról
<p>Hatás:</p> <ul style="list-style-type: none"> - elégedetlen betegek - minőségi ápolás sérül - frusztrált ápolók - team munka zavart szenved 	<p>Kívánatos állapot:</p> <ul style="list-style-type: none"> - elégedett betegek - minőségi ápolási folyamat működése - jól működő team - tanuló ápolók sikeres gyakorlata

2. ábra

Lépések	Feladat	Felelős	Határidő
1.	A csoporttagok kiválasztása, megalakítása	Ápolásfejlesztő csoportvezető	
2.	Leggyakrabban előforduló diagnózisok meghatározása	Osztályvezető ápoló	
3.	Orvosi diagnózishoz tartozó ápolási feladatok, beavatkozások meghatározása	Diplomás ápoló	
4.	Szakirodalom ajánlásainak tanulmányozása	Diplomás ápoló	
5.	Meglévő MBE, MBM, API-UT-ok elemzése, kiegészítése	Fejlesztő csoport	
6.	Protokollok felállítása	Fejlesztő csoport	
7.	Konzultáció orvos szakmával	Fejlesztő csoportvezető	
8.	Elkészült anyagok zsűriztetése, módosítása	Osztályvezető ápoló	
9.	Protokollok véglegesítése	Osztályvezető ápoló	
10.	Bevezetés, oktatás	Ápolásfejlesztő csoportvezető	
11.	Bevezetés hatásának vizsgálata, ellenőrzése	Ápolásfejlesztő csoportvezető	

3. ábra – Megvalósítási terv, akcióterv

Protokoll mérések fejlesztése

2003. évi célkitűzés a gyógytornászok protokolljainak elkészítése volt szakma specifikusan, így 17 új protokoll készült.

A másik célkitűzés az ápolási protokollok újabb mérése, melynek programterve áthúzódik a 2004-es évre is. Az osztályok bemutatják az általuk elkészített méréseket kiscsoportos formában. A csoportok összetétele „vegyes” lesz, vagyis a belgyógyászat, sebészet és kis klinikumok területéről lesznek meghívott szakdolgozók. A bemutatások célja az elemzések során felvetődő ötletek, technikák, sikerélmények, gondok, problémák feltárása, megbeszélése, a további sikeres vizsgálatok megvalósítása érdekében.

A fejlesztőcsoport SWOT analízist végzett, hogy a legjobb módszert válassza a továbbfejlesztésre. (4. ábra)

Erősségeink Működő minőségügyi rendszer	Gyengeségeink Benchmarking hiánya
---	---

Oktató kórház Jól képzett szakdolgozók Törvényi előírásoknak való megfelelés (kockázatelemzés, katasztrófa terv, adatvédelem, stb.) Karrierépítés lehetősége	Mérések, elemzések csak részterületeken Gyenge motiválás Teljes vevőkör szükségleteire kiterjedő ismeretek hiánya
S	W
T	O
Külső hatások, befolyások Finanszírozások bizonytalansága Minimumfeltételek előírásai Bizonytalan ápolóképzés Bérek az ágazatban Dolgozók kiégése	Lehetőségek További mérési lehetőségek meghatározása Mérések, elemzések végzése Vevők jövőbeli szükségleteinek megismerése Belső információs hálózati rendszer kiépítése Külső benchmarking végzése

4. ábra

A SWOT elemzés alapján megállapított gyengeségekre és lehetőségeink kihasználására a következőket terveztük:

- Benchmarking partner keresése
- Széles körű oktatások
- Protokoll mérések fejlesztése
- Munkatársak motiválása

Célzottan terveztük a „Minőségmenedzsment- technikák az ápolás minőség fejlesztésében”, valamint az „Ápolók és szakdolgozók menedzseri szerepben” kreditpontos továbbképzést.

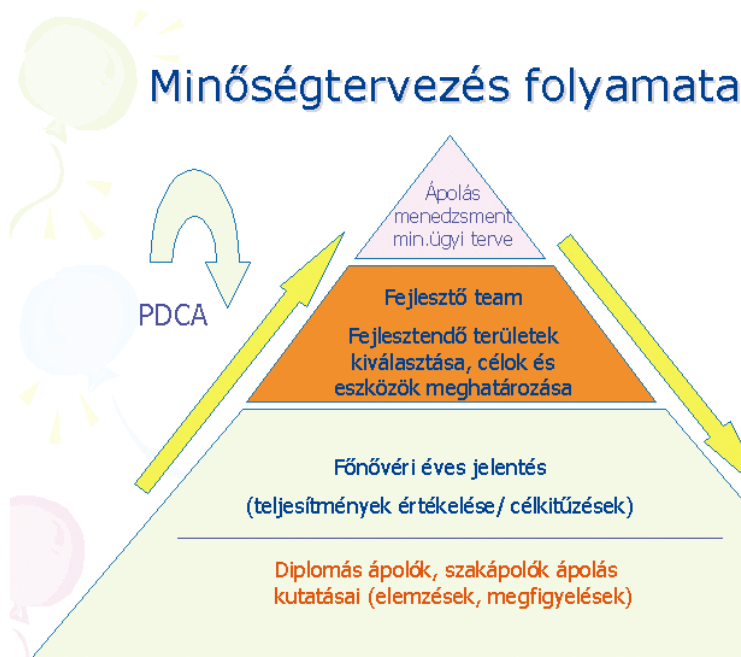
A **minőség szemlélet változását benchmarkinggal mértük fel** szintén a Jósa András Kórházzal együttműködve. Az első felmérés 1999-ben történt intézetünkben. Ugyanezzel a kérdőívvel mértük fel 2003-ban a két kórház szakdolgozóinak minőséggel kapcsolatos véleményét az ápolás területén. A kérdőíves felmérésben részt vett szakdolgozók aránya ZMK 90%, JAK 83%.

Példa egy ápolási protokoll részletes elemzésére:

ÁPOLÁSI DIAGNÓZIS	ÁPOLÁSI CÉL	ÁPOLÁSI TERV
Fájdalom jelentkezett 85%-nál	Fájdalom enyhítése, megfigyelése	Fájdalomcsillapítás 100%-ban eredményes
Hányinger, hányás jelentkezett 30-45%-nál	Hányinger csillapítása, hányás megszüntetése, hányadék megfigyelése	Csillapítás 100%-ban eredményes
Hőemelkedés, láz jelentkezett 90-45%-nál	Láz csillapítása	Hőmérőzés napi 6x, orvosi terápia alkalmazása , eredményessége 100%.
Megváltozott táplálkozás jelentkezett 100%-nál	Megfelelő testsúly megtartása	Diétás tanácsadás, enterális táplálás, eredmény: 100%
Csökkent gázcseré jelentkezett 25%-nál	Kielégítő gázcseré biztosítása	Oxigén belélegeztetés 100%

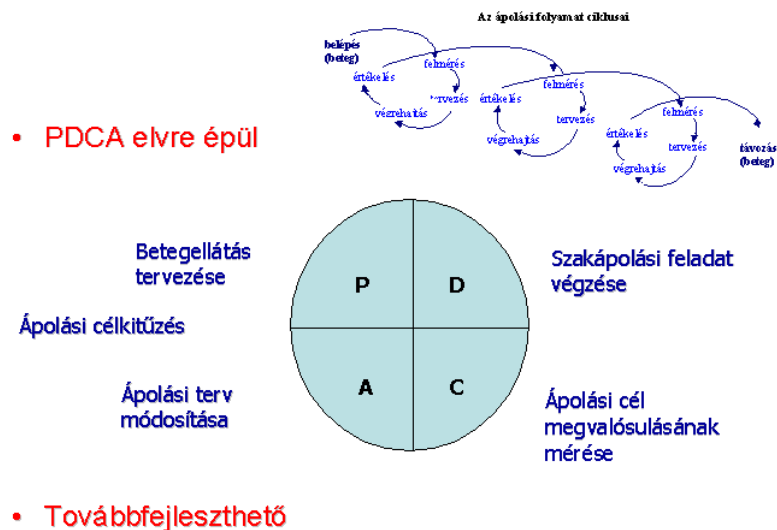
A minőségi ápolás céljának megítélése számunkra megnyugtató a másik kórházhoz viszonyítva, hiszen továbbra is a betegközpontú ápolás érvényesül, az ápolói munka megítélése kedvező.

Kórházunkban a fejlesztéseket követően a minőségtervezés folyamatát az alábbi ábra szemlélteti:



Az ápolási protokollok folyamatos fejlesztéséhez a minél nagyobb gyakorlat, tapasztalat és minőségtechnikai eszközök alkalmazása szükséges. A csoport munkák során gyakran alkalmazzuk ezeket a módszereket, amelyeket IISA SHIBA professzor 2 napos személyes tréningjén sajátíthattunk el és a közeljövőben munkatársainkkal is szeretnénk megtanítani. Pl.: swot analízis, pareto analízis, halszálka diagram, beachmarching, probléma megoldás hét lépésben, 5S, Kaizen, egymástól való tanulás, stb. A protokolljaink jellemzőit ábrában foglaltuk össze, a fenti módszerek ismerete alapján:

ZMK ápolási protokolljainak jellemzői



Hosszú távú cél:

- Az intézet minden osztályán *megfelelő szinten alkalmazzák* a minőségi eljárásokat, módszereket, méréseket.
- Az ápolás-kutatás területén munkatársaink országos szinten is sikereket, eredményeket érjenek el a karrierépítés, az ápolói hivatás elismertetése érdekében.

Rövidtávú cél:

A **lehető legjobb gyakorlat megtalálása** az ápolói munka minőségének mérésére az eddig végzett protokoll mérések eredményeinek beépítésével.

Terv:

- Ápolásfejlesztő teamek alakítása belgyógyászati, sebészeti, kisklinikumi felosztásban.
- Csoportos esetismertetések a fejlesztő csoportok munkájából intézeti szinten max. 20-20 fő részvételével.
- Az esetismertetéseket követően kerekasztal megbeszélés formájában a résztvevők véleménynyilvánítása, ötletek, javaslattevési lehetőségek.
- Az összegyűjtött információk további hasznosítása a fejlesztő teamek feladata lesz.
- Oktatások szervezése a gyakorlati és elméleti munka megismertetése, esetelemzések.
- A protokollok újbóli felülvizsgálata, szükség szerint átdolgozása, vagy újak készítése.
- A mindennapi munka során alkalmazni a leírt elméletet (protokollok szerinti munkavégzés).
- Értékelés, mérés a fejlesztő team által.

Rövid összefoglalónk nagyon szűk keresztmetszetet tudott bemutatni arról a fejlesztő munkáról, amelyet a mindennapi betegápolás mellett munkatársaink végeznek.

Kívánjuk és támogatjuk, hogy minél több ápoló a minőségügyi rendszer nyújtotta lehetőségeket kihasználva a személyes, és csoportmunkájában nyerjen elismerést.



[Vissza a tartalomhoz](#)

Az AIDS-szel fertőzött nők száma a világ minden régiójában növekszik – A 37,2 millió felnőt fertőzött AIDS beteg közel fele a nők közül kerül ki, állítja a UNAIDS/WHO közös jelentése

A legújabb felmérések szerint az AIDS-szel fertőzött nők száma jelentősen emelkedett az elmúlt két évben világszerte, a legnagyobb növekedést Kelet- és Közép-Ázsia valamint Közép-Európa térségeiben regisztrálták. Kelet-Ázsiában 56%-kal, Közép-Ázsia és Európa térségeiben átlagosan 48%-kal több esetet jelentettek az előző évekhez képest.

A nőket egyre jobban sújtja a fertőzés, a 15-49 év közötti fertőzött felnőtt korosztályon belül, Afrika Szahara alatti régiójában, a legrosszabb helyzetben lévő térségben, a nők aránya eléri a 60%-ot, azaz 13,3 millió főt. A jelentés szerint az AIDS járvány már korántsem egységes, az eltérő földrajzi területek jelentős különbségeket mutatnak a betegség epidemiológiájában, egyes országokban még a korai fázisban van az elterjedtség, de szinte mindenhol növekedés tapasztalható. Dr. Peter Piot, a UNAIDS vezetője szerint „A gyors megoldások ideje lejárt, a vészhelyzet szerű reagálás helyett kiegyensúlyozott és tartós, hosszú távú megoldásokat kell keresnünk”.

A fertőzés 2004-ben elérte a rekord 39,4 millió főt, ami a 2002-ben regisztrált 36,6 milliós számhoz képest hatalmas növekedés. Ázsiában az 50%-os növekedés hátterében Kína, Indonézia és Vietnám rossz eredményei állnak. Kelet-Európában a 40%-os növekedésért Ukrajna és Oroszország felelős, a 2003 végén regisztrált esetszám szerint a 860 ezer fertőzött beteget számláló Oroszország a legrosszabb helyzetben lévő térség Európában.

A nők helyzetét súlyosbítja, hogy jóval fogékonyabbak az AIDS fertőzésre. A férfiról-nőre terjedő fertőzés valószínűsége kétszer akkora, mint a nők közötti megfertőződésé. Különösen a fejlődő országokban alkalmazott gyakorlat (tartózkodás a szextől, hűségnek maradni a partnerhez, csökkenteni a szexuális partnerek számát, és kondomit használni) nem bizonyul elegendő védelemnek a nők számára. Dr. Piot szerint a nők hátrányos,

alárendelt státusát is meg kell változtatni ahhoz, hogy a járvány megállítható legyen. Különösen a nők elleni erőszak, jogaik biztosítása, iskolázottság és felvilágosítás terén van szükség előrelépésre.

A jelentés arra is felhívja a figyelmet, hogy naponta fiatalok millió lépnek aktív szexuális korba anélkül, hogy a megelőzéshez szükséges szolgáltatások rendelkezésre állnának. Ugyancsak a Szahara alatti régióban a 15 és 24 év közötti HIV fertőzöttek három negyede fiatal nő. Ebben az életkorban ráadásul a nők háromszor akkora valószínűséggel fertőződnek meg, mint a férfiak. Ráadásul számos fiatalkorú nő kénytelen a szegénység miatt a szexet, mint szolgáltatást felajánlani, általában idősebb férfiaknak, ami igen gyakori formája a fertőzés átadásának.

A jelentés rámutat arra, hogy az AIDS nem csak Afrika problémája. Észak-Amerikában és Európában is növekszik az új esetek száma, a heteroszexuális érintkezés során megfertőződött esetek száma 1997 óta megduplázódott Európa nyugati felén is. Anglia jelenleg az egyik legveszélyeztetettebb Európában.

Annak ellenére, hogy 73 országban (ami a fertőzöttség 90%-át adja) a középiskolások tájékoztatása megháromszorozódott, az önkéntes tesztre jelentkezők száma megkétszereződött, az anyáról gyermekre átadott fertőzések száma 70%-kal nőtt ugyanezen időszakban. Az AIDS kezelésére szolgáló antiretrovirális terápiában részesülők száma 2001 és 2003 között 56%-kal nőtt, jelenleg közel 440 ezer ember részesül benne.

A WHO igazgatója, Dr. Lee Jong-Wook szerint az AIDS gyógyszeres terápiáját szorosan kell kapcsolni a megelőzéshez, csak így lehet sikeres a kettős erőfeszítés. Egyértelműen jobban működik a megelőzés, ha a gyógykezelés ígértéhez kötődik. Ugyanakkor megelőzés nélkül milliók fognak megfertőződni, ami a gyógyszeres kezelést ellehetetleníti.

Nemzetközi Diabétesz Világnap – A Nemzetközi Diabétesz Világnapot rendszerint november 14-én, az inzulin felfedezőjének (Frederick Banting, 1891-1941) születésnapja körül ünnepeljük. Jelenlegi formájában először 1991-ben tartották meg, azóta az esemény népszerűsége évről-évre nő, mára több mint 140 országban 350 millió ember vesz benne részt. Az eseményt az Egészségügyi Világszervezettel (WHO) együttműködve a Nemzetközi Diabétesz Szövetség (IDF) rendezi. Az idén 13. alkalommal megrendezett Nemzetközi Diabétesz Világnap fő témája az elhízás volt. Küzdj az elhízás ellen, hogy megelőzd a cukorbetegséget! Statisztikák szerint minden második ember túlsúlyos Magyarországon, tehát a cukorbeteg „utánpótlása” folyamatosnak mondható. A WHO előzetes becslései alapján a föld lakosságának közel 12 százalékát érinti 10 éven belül a cukorbetegség problémája. Magyarországon mintegy 700 000, Budapesten 100 000 cukorbeteg él és legalább ugyanennyien veszélyeztetettek még. Közülük közel 1500 fő vett részt 2004. november 7-én, a Diabétesz Világnapon a Budapesti Cukorbeteg Egyesülete által szervezett előadássorozaton, ingyenes tanácsadason és kiállításon a XII. kerületi Művelődési Központban. A budapesti cukorbeteg legfontosabb találkozójának elsődleges célja a tájékoztatás, a tanácsadás, az ismeretterjesztés, a jobb orvos-beteg kapcsolat elérése és az érdekvédelem volt. A magyarországi betegszervezetek számos, az eseményhez kapcsolódó előadást, rendezvényt tartottak országszerte.

Együtt a rák ellen - Onkológiai Betegnap - 2004. november 17. – A Magyar Klinikai Onkológiai Társaság 2004. november 17. és 20. között harmadik alkalommal rendezte meg kétévente esedékes kongresszusát. A rendezvény egyik legfontosabb eseménye a november 17-i, a Társaság és a betegszervezetek (Rákbetegek Országos Szövetsége, Magyar Rákellenes Liga) közös szervezésében lebonyolított Betegnap volt, melynek célja, hogy hasznos információkkal lássa el a daganatos betegséggel élőket, és segítse őket abban, hogy az orvosokkal együttműködve maguk is bekapcsolódhassanak a gyógyítás folyamatába. A rendezvény fővédnöke Göncz Kinga, ifjúsági, családügyi, szociális és esélyegyenlőségi miniszter volt.

A kongresszus tudományos programját november 18-án Professzor Dr. Paul Kleihues, az EVSZ rákkutatásra specializálódott intézményének, a Nemzetközi Rákkutató Központnak a vezetője munkatársa nyitotta meg, Daganatos betegségek előfordulása című előadásával, amelyet nagy figyelem kísért a szakma részéről. A professzor előadásában a különböző daganatos megbetegedések előfordulásának gyakoriságát, a kialakulásukhoz vezető okokat, a daganattípusok régiónkénti eltérő előfordulási gyakoriságának okait vizsgálta, valamint kitért az elkövetkező évek során várható változásokra is.

A Nemzetközi Rákkutató Központ jelentése alapján 2025-re a daganatos megbetegedések száma világszerte a duplájára, évi 15 millióra fog növekedni. Ez a megdöbbentő adat eltérő okokra vezethető vissza. Míg az összes daganattípusra kivetített halálozási arány a fejlett országokban a legmagasabb, addig a fejlődő országokban a méh, méhnyak, és a máj daganatos megbetegedéseinek kiugróan magas száma a jellemző, ez a térségben gyakran előforduló Hepatitis-B és egyéb fertőzésekre vezethető vissza. A jóléti társadalmakban tapasztalható nagyszámú rákos megbetegedés kialakulásának három fő oka a „nyugati életforma”, a fiatalabb korban elkezdett dohányzás és a korai érintkezés rákkeltő anyagokkal.

Míg a dohányzás elsősorban a tüdőrák kialakulásában bűnös, addig a „nyugati életforma”, a mozgáshiány és a zsírokban gazdag, magas kalóriatartalmú étrend tehető felelőssé az emlő-, prosztatá-, vese-, hólyag- vastag- és végbélrák kialakulásáért, derül ki a jelentésből.

Kleihues professzor előadása során a globális adatok ismertetése mellett kitért a magyarországi adatokra is. Míg a tüdő- és szájrák kialakulásának gyakorisága Európa-szerte csökken, addig hazánkban és a szomszédos államokban ez a szám még mindig növekszik. Az egyik legérdekesebb adat, amely az előadáson elhangzott, a gyomorrák előfordulási gyakoriságának csökkenése mögött álló ok volt. Ez az ok pedig, bármilyen meglepő is, a hűtőszekrények elterjedése, mivel ez szorította vissza a gyomorrák kialakulásáért felelős sófogyasztást.



Szakmai konszenzus született a vizeletinkontinens betegek ellátásáról azon a közelmúltban rendezett konferencián, amelyet az INKO Fórum és a SEBINKO Szövetség kezdeményezésére szerveztek. A konferencia lehetőséget adott a témában érintett szakmai szervezetek – szakmai kollégiumok, egyesületek, intézmények -, valamint az egészségpolitika képviselői számára, hogy



közösen dolgozzák ki a konszenzus szövegét, s ennek alapján a tennivalókat mind a szakmák, mind a szakmapolitikusok, mind a finanszírozók felé.

Az INKO Fórum 35 500 nő körében végzett, nemzetközileg is egyedülálló felmérése szerint az inkontinencia hazánkban több, mint félmillió embert érint. A konszenzus kimondja, hogy előfordulási gyakorisága és súlyossága alapján az inkontinencia népegészségügyi probléma Magyarországon.

Kutatások igazolják, hogy az inkontinencia jelentős hatással van a betegek egészségére, mindennapi életére, életminőségére. A szakértők megállapították, hogy szükség van a lakosság ismereteinek és képességeinek fejlesztésére a megelőzés és az öngyógyítás terén. Javaslat született arra, hogy az inkontinencia kerüljön be a Nemzeti Népegészségügyi Programba. Ez azért is fontos, mert az inkontinencia az esetek többségében gyógyítható, vagy a beteg állapota javítható, ehhez viszont az érintetteknek el kell jutniuk a szakrendelésekre. Az INKO Fórum közelmúltban végzett felmérése szerint a betegek nagy része orvosi segítség nélkül néz szembe ezzel a problémával, holott az akaratlan vizeletvesztés az érintettek 52%-át esetenként zavarja, 16%-át nagyon, 2%-át pedig napi cselekvésében is gátolja. A kezelés mellett a szakértők szükségesnek tartják mind a terápiás, mind a rehabilitációs, mind a gondozási időszakban a beteg mindenkori állapotának megfelelő segédeszközzel – inkontinencia betéttel vagy nadrágpelenkéval - való ellátását. A gyógyíthatatlan inkontinens betegek esetében nélkülözhetetlen kritérium, hogy az érintettek megfelelő minőségű és mennyiségű inkontinencia segédeszközzel legyenek ellátva otthoni és intézményi környezetben egyaránt.

A konferencián részt vevő szervezeteknek fontos feladatuk jut a képzés területén is. Kiemelten a házi orvosok képzésében, továbbképzésében szükséges a folyamatos ismeretbővítés.

Az inkontinenciának jelentős gazdasági hatása is van, igen költséges kórállapot, amely finanszírozási problémákat is felvet. A szakértői panel munkacsoportok létrehozását javasolja annak a kimunkálására, hogyan oldható meg az inkontinencia ellátásának finanszírozása a korai felismeréstől a gondozásig, az alapellátástól az intézményi kezelésig.

A szakmai konszenzust a következő szervezetek delegáltjai írták alá:

SEBINKO Szövetség

INKO Fórum

Dr. Pusztai Erzsébet, Országos Egészségbiztosítási Pénztár, főigazgatói szaktanácsadó

Dr. Schvarcz Tibor, Országgyűlés Egészségügyi Bizottsága, elnök

Nőgyógyászati Szakmai Kollégium

Urológiai Szakmai Kollégium

Geriátriai Szakmai Kollégium

Védőnői Szakmai Kollégium

Magyar Otthonápolási és Hospice Egyesület

Magyar Ápolási Egyesület

Országos Alapellátási Intézet

Magyar Ápolási Igazgatók Egyesülete

Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara

Magyar Gyógytornászok Társasága

Orvostechnikai Eszközök Gyártóinak és Forgalmazóinak Szövetsége, Inkontinencia Szekció

Az alábbiakban olvasható a szakmai konszenzus a vizelet-inkontinens betegek ellátásáról.

További információ:

Gyurik Szilvia
INKO Fórum
Tel: 06-20-414-0452

Balatoni Ernőné
SEBINKO Szövetség
Tel: 06-20-938-6218

Az **INKO Fórum** mint szakmai szervezet 1996-ban jött létre azzal a céllal, hogy összefogja a vizeletinkontinencia – a vizelettartási és vizeletürítési zavarok – problémakörének általános kérdéseit, továbbá, hogy segítséget és támogatást nyújtson a közvetlenül vagy közvetve érintett embereknek. Hat orvosi szakterület – neurológia, pszichiátria, urológia, nőgyógyászat, rehabilitáció, geriátria – avatott képviselői aktív szerepet vállalnak abban, hogy felhívják a társadalom, az egészségügyi szakemberek, illetve a döntéshozók figyelmét a témakör jelentőségére, és ezáltal elérjék: a kórisme, a gyógyszeres és műtéti kezelés, illetve a segédeszközök minden érintett számára elérhetővé váljanak. Az INKO Fórum nemcsak ismeretterjesztő, egészségfejlesztő tevékenységet folytat a lakosság, a nyilvánosság felé, hanem szerepet vállal az inkontinenciával foglalkozó orvosok oktatásában, közvetíti a szakma felé a legújabb kutatási és terápiás megoldásokat.

Céljaink elérése érdekében adjuk ki az **Inko Inform** gyógyászati szaklapot, amelyet minden, az inkontinenciával foglalkozó szakember kézhez kap.

A folyamatos szakmai ismeretbővítés minél szélesebb körben való megvalósulását támogatva az INKO Fórum magas színvonalú konferenciákat, továbbképzéseket, kerekasztal megbeszéléseket szervez, illetve szakemberei előadásokat tartanak más szervezésű konferenciákon. 2003-ban a Magyar Nők Szövetségével közösen az INKO Fórum kerekasztal beszélgetést szervezett, ahol megállapítást nyert, hogy az inkontinencia népbetegség, és megfelelő minőségű ellátás szükséges az inkontinensek életminőségének javítása érdekében.

Az INKO Fórum a Magyar Védőnők Egyesületével 35 500 nő körében végzett országos felmérést a közelmúltban. A nemzetközileg is egyedülálló kutatás eredményei azt mutatják, hogy a megkérdezettek közel negyven százalékának van akaratlan vizeletvesztése.

Betegtájékoztató kiadványunkon, honlapunkon és a média segítségével keresztül segítséget, felvilágosítást adunk az érintetteknek és hozzátartozóiknak.

Az INKO Fórum akaratlan vizeletvesztéssel kapcsolatos tanácsadó, térítésmentesen hívható telefonszolgálatát az **INKO Line: 06-80-630-007** (hívható kedden 16-20 óráig, pénteken 9-13 óráig és szombaton 12-16 óráig). A telefonon történő tanácsadás diszkrét keretek között teszi lehetővé az érintettek és hozzátartozóik számára, hogy információt kapjanak az inkontinenciáról és megismerkedjenek a kezelési lehetőségekkel.

Internetes elérhetőség: www.inkoforum.hu

A **SEBINKO Szövetség** 1997-ben alakult. Jelenleg 130 egyéni és 12 intézményi tagja van. Taglétszáma folyamatosan bővül. Létrehozásának célját jól ismerteti a missziós nyilatkozat: „A SEBINKO Szövetség célja széleskörű hazai együttműködés és konszenzus kialakítása a krónikus sebek megelőzése és gyógyítása, valamint az inkontinencia ellátás javítása területén. Ezt a tudományos módszerek fejlesztésével és terjesztésével, oktatással támogatja.” 1997 óta minden évben megtartják tudományos ülésüket, ahol orvosok, szakdolgozók, valamint felkért előadók vesznek részt.

A SEBINKO Szövetség konszenzus konferenciákat szervez társszervezetekkel:

1. A nyomási fekély megelőzési/ápolási/oktatási stratégiájában 1999. évben,
2. A decubitus prevenció és kezelés témakörében 2003. évben,
3. A betegségekhez kapcsolódó alultápláltság szűrése, felmérése és terápiája mindennapi gyakorlati kérdései 2004. tavaszán,
4. A vizelet-inkontinens betegek ápolása és gondozása 2004. őszén.

Internetes elérhetőség: www.sebinko.hu

Szakmai konszenzusa vizelet-inkontinens betegek ellátásáról

Az INKO Fórum és a SEBINKO Szövetség kezdeményezésére az inkontinens betegek ellátásáról szervezett konszenzus konferencia minden résztvevője egyhangúlag egyetért az alábbiakban:

1. Az inkontinencia:

- előfordulási gyakorisága és súlyossága alapján
- a betegek életvitelét akadályozó, életminőségét egyaránt súlyosan befolyásoló,
- más betegségekhez kapcsolódva – azok gyógyulási és rehabilitációs lehetőségeit akadályozó,
- nehezen gyógyuló, fertőzésre hajlamos krónikus sebet okozó rizikó,
- valamint önálló, nehezen gyógyuló felázásos sebet okozó tényezőként

népegészségügyi probléma hazánkban is.

2. A konszenzus minden részletére vonatkozóan egyhangúlag elfogadja a konferencia az alábbiakat

**mind szakmai, mind jogi, mind etikai
vonatkozásaival együtt:**

az inkontinencia ellátása során a megelőzés, a korai felismerés, a terápia, a rehabilitáció és/vagy gondozás során érvényesíteni kell

**az ellátáshoz való hozzáférés esélyegyenlőségét,
a kliensek védelmét,
az egészségnyereség biztosítását.**

- 3.1. A szakértő panel továbbra is szakmailag irányt adónak tekinti az inkontinencia szakellátásában a Nemzetközi Kontinencia Társaság konszenzus konferenciáin kidolgozott algoritmusokat, mint ajánlásokat.
- 3.2. Az inkontinencia diagnózisa és terápiája pluridiszciplináris feladat.
- 3.3. Az inkontinencia az esetek többségében gyógyítható, vagy a beteg állapota javítható.
- 3.4. A szakértő panel feltétlenül szükségesnek tartja mind a terápiás, mind a rehabilitációs, mind a gondozási időszakban

**a fennálló betegségek kezelése és a potenciális problémák megelőzése érdekében
a beteg mindenkori állapotának megfelelő segédeszközzel történő ellátását.**

- 3.4.1. Keresni kell a konzervatív kezelésben az esélyegyenlőség biztosítása érdekében a különböző végzettségű szakdolgozók bevonásának lehetőségeit.
- 3.4.2. Az inkontinens betegek hatékony, költségkímélő ápolása – gondozása és az ápolási eszköz-használat megalapozottságának támogatása céljából az

ápolói

állapotfelmérésekben az

inkontinencia súlyosságának megállapításához jellemző besorolásaként:

az alkalmankénti,
a gyakori vizelet,
a teljes vizelet,
a teljes széklet, és
a teljes széklet-vizelet inkontinencia

megjelölés egységes használatát fogadja el a szakértő panel. Ezen az alapon alkalmazhatók az ápolásban a különböző rizikóskálák.

- 3.4.3. Az ápolók hazai kompetenciáját figyelembe véve a szakértő panel az alábbi

ápolási diagnózisokat

tartja egységesen elfogadhatónak – összhangban a nemzetközi törekvésekkel is – a mindennapi ápolási gyakorlatban:

- higiénés probléma – inkontinencia miatt
- szociális probléma – inkontinencia miatt
- szövethárosodási (felázásos seb) rizikó – inkontinencia miatt
- fertőzés veszélye – inkontinencia miatt

4.1. Az ellátás biztonságossága, hatásossága és hatékonysága érdekében a szakértő panel

kötelező/nélkülözhetetlen kritériumként

határozza meg, hogy a gyógyíthatatlan inkontinens betegek megfelelő minőségű és mennyiségű inkontinencia segédeszközzel legyenek ellátva otthoni és intézményi környezetben egyaránt.

A szakértő panel megerősíti, hogy a kizárólag vizelet-inkontinencia miatt ápolási okból alkalmazott állandó katéter használata szakmailag megengedhetetlen.

4.1.1. A megfelelő minőségű termék kiválasztására elfogadja a szakértő panel az INKO-Fórum, a Magyar Ápolási Egyesület és a SEBINKO Szövetség közreműködésével kifejlesztett

Inkoszelekt

alkalmazását.

5. Felkéri a szakértő panel a konszenzus kezdeményezőit (INKO-Fórum – SEBINKO Szövetség), hogy a konferencia álláspontjáról kezdjenek egyeztetéseket az Egészségügyi Minisztérium inkontinencia-cíval kapcsolatosan kiadott

indikátorairól

az alábbiak szerint:

Ápolási minőségi indikátor, ha a beteg átázott, vagy ha annak következményeként higiénés elhanyagoltságot (szagot, ápolatlanságot) tapasztalunk, vagy ha az inkontinencia miatt elkülönülés, reaktív depresszió, vagy felázásos seb keletkezik.

6.1. A fentiek mindennapi megvalósításához, mind az orvospérezésben-továbbképezésben – kiemelten a házi orvosok képezésében, továbbképezésében – mind az ápoló képezésben-továbbképezésben tartalmi és módszertani megújulás, az inkontinens betegek ellátásával kapcsolatos ismeretek folyamatos megújítása szükséges.

A gyógytornász állások számát növelni kell, hogy eleget tehessenek a beteg állapotának megfelelő, személyre szabott kezelés követelményeinek.

6.1.1. A továbbiakban is támogatja a SEBINKO Szövetség által kifejlesztett és jegyzett, a Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Bizottság által akkreditált Inkontinencia Koordinátorok továbbképezését.

6.1.2. Javasolja a szakértő panel a lakosság megelőzési, öngyógyítási ismeretei és képessége növelését. Ennek érdekében az inkontinencia témaköre kerüljön be a Nemzeti Népegészségügyi Programba.

7. A szakértő panel munkacsoportok létrehozását javasolja annak a kimunkálására, hogy hogyan oldható meg az inkontinencia ellátásának finanszírozása a korai felismeréstől a gondozásig, az alapellátástól az intézményi kezelésig.

8. A következő 2 évben – a konszenzus felülvizsgálatának időpontjáig – kiemelten fontosnak tartja a szakértő panel az inkontinens betegek életminőségének kiterjedt vizsgálatát.

A Project HOPE kórházi középvezetői képzési programja

„Segíteni az embereknek, hogy segíthessenek önmagukon, eredményesen, hatékonyan, hosszú távon” – ez a Project HOPE Alapítvány jelmondata. Az egészségügyi középvezetők képzésének programja az egészségügyi rendszerekben tapasztalható problémák hosszú távú, következetes megoldására helyezi a hangsúlyt. Programjai kiterjednek egészségügyi ellátó intézmények fejlesztésére, valamint az ápolók, orvosok, mérnökök és menedzserek képzésének valamennyi vonatkozására. Oktatási tevékenységének kiemelt területei között említhetjük a betegségmegelőzést, a közösségi egészségügyi ellátást, a kórházi szakellátást, az egészségügyi menedzsmentet és az egészségpolitikát. Az egészségügyi menedzsment programjai átütő sikerrel zajlanak az európai országokban, hosszú távon nyújtva segítséget a kórházi középvezetők számára. Magyarország mellett Lengyelországban, Csehországban, Lettországban, Észtországban és Litvániában is több száz középvezető végezte el a speciális, egyénre, illetve intézményre szabott tréninget. A Project HOPE munkatársai a képzés egyik legkiemelkedőbb eredményeként és egyben hosszú távú célkitűzéseként tartják számon azt, hogy a különböző országokban szervezett kurzusok résztvevői egyfajta regionális hálózatot alkotnak, hiszen az elsajátított közös tudásanyagra építve egymás munkáját is támogatni tudják.

A magyarországi képzésben 1999 és 2004 között 61 intézmény vett részt. A 2004-es évben öt olyan csoport volt, akik a programban már eddig is részt vevő intézményből érkeztek. Mellettük a program 15 új intézménnyel gazdagodott. A középvezető képző programon idén 60 egészségügyi vezető vett részt, ami 20 csoportot jelent. Ez a 20 csoport írásban is benyújtotta az általa kidolgozott projekt munkát. Közülük hat csoport munkáját értékelték bemutatásra méltónak a program magyar előadói, Dr. Belicza Éva, Semmelweis Egyetem Menedzserképző Központjának szaktanácsadója és Dr. Kullmann Lajos professzor az OORI főigazgatója.

A projektmunkák összefoglalói:

Szent Borbála Kórház, Tatabánya – Dr. Bányász Zsolt, Kecskeméti Csilla, Dr. Molnár László: „A központi műtő új munkarendje, délutáni műszak bevezetése, költségracionalizálása a Komárom-Esztergom Megyei Szent Borbála Kórházban”

A tatabányai Szent Borbála Kórház megyei ellátási feladattal rendelkező 924 ágyas kórház, ebből aktív betegellátás 716 ágyon történik. Az éves műtéti szám 12 000, ennek 28%-a ügyeleti időben történik, de az egyes műtők terhelése ügyeleti időben egymástól jelentősen eltér. A műtő megterhelése a 2004-ben befogadott egynapos sebészeti beavatkozások miatt jelentős mértékben megnő, egyes napokon a műtő működését délutáni időre is szükséges megnyújtani.

A projekt célja, hogy átszervezze az ügyeleti műtétek ellátását úgy, hogy a jelenlegi 3 ügyeleti műtéti teamet, amely két egymástól eltérő helyen van, egy központi helyre (Központi Műtő) integrálja. A projekt az integrálást oly módon tudja megoldani, hogy az nem jár elbocsátással, sőt két személy áthelyezésével és átképzéssel a központi műtő dolgozói állománya megfelel az Európai Unió ajánlásoknak is. Az emelt létszám lehetővé teszi délutáni műszak bevezetését is, az előjegyzett esetek délutáni ellátását, ezáltal képes fogadni a kórház az egynapos sebészeten megemelkedett betegszámot is.

Az összevonást az egyes teamek egyenlőtlen kihasználtsága, megterheltsége, valamint az EU követelményeivel ellentétes magas heti munkaóraszám indokolta. Az összevonás eredményeként a heti munkaóraszám nem haladja meg a törvényi előírásokat – átlagban heti 58 óra, közel azonos a műtői személyzet megterhelése, valamint jelentős összegű bérmegettakarítás érhető el. A bérmegettakarítás ellenére a dolgozók számára a projekt bevezetése kedvező, mert ezzel a munkarenddel nettó jövedelmük nem változik lényegesen.

Területi Kórház, Szentes – Dr. Ábrahám Ágota, Dr. Kiss Andrea, Dr. Tóth Edit: „Műtétes mátrix osztály és központi műtő működésének kialakítása”

Pavilonrendszerű, a legrégebben 123 éve kialakított épületegyüttesből álló kórházunk építészeti felújítása küszöbön álló feladatunk. Az ehhez szükséges forrást a tulajdonosunk által pályázandó 2005. évi címzett támogatásból és az önkormányzat által hozzá tett pénzügyi erőforrásból kívánjuk fedezni. A felújítási munkálatok tervezésénél a menedzsment arra az álláspontra jutott, hogy a rekonstrukciót össze kell kötni egy struktúra-váltási programmal. A szervezeti átalakításokat a költség-hatékonyabb működés, a folyamatosan változó finanszírozási viszonyokhoz való rugalmasabb alkalmazkodás igénye hívta életre.

Jelen projektünket ennek a struktúra-váltásnak a megszervezésére és lebonyolítására terveztük. A modern menedzsment technikák segítségével (SWOT/COMP, erőter- és érdekcsoport analízis) definiáltuk a változás

irányát és a változtatás folyamatát befolyásoló tényezőket. Megkerestük azokat a faktorokat, amelyek a betegek, a tulajdonos, a finanszírozó, a kórházi dolgozók számára a változtatás irányába illetve ellenében mutatnak. A jó hatások kiaknázásával és a visszahúzó erőknek a lehető legnagyobb mértékű minimalizálásán alapuló tervünkben a címzett támogatás beadását előkészítő folyamattól kezdve követhetjük nyomon a struktúra-váltás tervezetét az új szervezeti felépítés kialakulásáig. Utalunk az azt követő visszacsatolás, ellenőrzés szükségességére is. Projektervünkkel azt kívánjuk bemutatni, hogy hogyan lehet a megfelelően megválasztott, modern menedzsment technikákat alkalmazva a változtatás útján elindítani és vezetni egy „hagyományos” szerkezetű és gondolkodásmódú intézményt.

Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján – Korbáss Diána, Varga Roland, Dr. Vekszlerné Vukovics Éva:

„A takarítás hatékonyságának növelése, gazdaságosabbá tétele”

Az intézményvezetés rövid távú tervei között szerepel a takarítás reformja, amelyhez szorosan kapcsolódna a gazdaságossági szempontok – kevesebb tisztítószer-, vízfelhasználás-, hatékonysági szempontok – az egy főre jutó takarítandó felület növelése, természetesen kevesebb fizikai terhelés mellett – érvényesítése. Egyrészt a jelenlegi technológia idejétmúlt, nem felel meg sem higiénés, sem minőségi szempontoknak. Másrészt az előzőekhez kapcsolódva a takarítószemélyzet nem képes megfelelni a kor követelményeinek, magas az átlagos hiányzási napjaik száma, sok a táppénzes állomány, gond a nagymértékű helyettesítés. A folyamatos oktatások nem minden esetben hozzák meg a kívánt eredményt. Továbbá állandó terhet ró a minőség ellenőrzése a szakdolgozói személyzetre, valamint a higiénés szolgáltatra. Nem minden esetben szankcionálható a mulasztás.

Az előzőekből adódóan egyértelművé válik, hogy szükséges és elodázhatatlan a reform végrehajtása. A váltás természetesen gazdasági és szakmai haszonnal is jár, viszont költségek vonatkozásában alapos mérlegelés szükséges mind rövid, mind hosszú távon egyaránt.

A megyei kórház alapterülete kb.: 26 000m², amelynek több, mint 1/3-án lehetővé válna a gépesítés megvalósítása. Ezáltal növelhető az egy főre eső takarítandó felület nagysága jelentősebb fizikai munkavégzés növekedése nélkül. A korszerű berendezéseknek köszönhetően csökken a tisztító- és fertőtlenítőszer mennyisége, illetve a vízfelhasználás.

Megoldásként két alternatíva is felmerült:

1. Helyi átszervezés beruházással;
2. A takarítás vállalkozásba adása;

Elsősorban gazdasági számításokkal kell alátámasztani, melyik forma nyereségesebb és hatékonyabb hosszú távon. Mindkét alternatíva mellett ellen és kontra érvek egyaránt szólnak. Helyi átszervezés esetén saját beruházást kell végrehajtani, valamint továbbra is az intézmény feladatai közé tartozik folyamatosan a fogyóeszközök, tisztítószerbiztosítás. Viszont feltételezhetően kisebb lesz a személyzet ellenállása az átalakítással kapcsolatosan. Vállalkozásba adással a beszerzési és beruházási gondoktól megszabadulhat az intézmény, de feltételezhetően szintén ellenállásra lehet számítani a takarítószemélyzet részéről, igaz ezek megfelelő kommunikációval orvosolhatóak.

Gazdasági számításoknál igazi bevételről nem beszélhetünk, hiszen mindenképpen kiadással jár mindkét alternatíva, viszont elvi megtakarításról mindegyik esetben beszélhetünk. Ilyen például az átalakítás, illetve vállalkozásba adás következtében ki nem fizetett bér és járulékok költsége. Vállalkozásba adásnál további ilyen jellegű megtakarítás a tisztítószerek, a fogyóeszközök, gépek- berendezések értékcsökkenése, a személyzet munka- és védőruháinak költségei.

A számítások nettó jelenértékének figyelembevételével a vállalkozásba adás hoz pozitív megtérülést. Az intézmény vezetésének - a projekt bemutatásakor, a takarítás vállalkozásba adása esetén – javasoljuk, hogy a korszerű technológiával dolgozó és a technológiát szigorúan betartató pályázót részesítse előnyben.

Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórháza, Budapest – Istvánovszki Krisztina, Kövesi Jánosné, Dr. Papp Iászló, Dr. Török Árpád:

„Egészségügyi humánerőforrás menedzsment az uniós csatlakozás, valamint a jogszabályváltozások tükrében”

A munkaidő kereteket, ezen belül a napi munkavégzés korlátait (max. 12 óra/nap) meghatározó új jogszabályok hatálybalépése – 2004. május 01., ill. 2004. június 01. – elkerülhetetlenné tette az egészségügyi szolgáltatók – mint munkáltatók – részére új munkarendek meghatározását, elsősorban az ügyelet megszervezése tekintetében a folyamatos betegellátás biztosítása érdekében. A jogszabályi előírásoknak megfelelő új munkarendek kialakítása során nehézséget okoz a különböző szintű rendelkezések (irányelv, törvény, kormányrendelet, miniszteri rendelet) közötti koherencia hiánya, a jogi környezetnek a jogalkotó által történő folyamatos változtatása, és a munkavállalók egy részének az új munkarenddel szembeni negatív hozzáállása.

A projekt célja a Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet mintegy 21 fekvőbeteg ellátó egysége keretében ügyeleti tevékenységet ellátó 350 orvos és szakdolgozó részére olyan munkarend meghatározása és bevezetése, ami hosszútávon biztosítja a törvényes működést a munkaidőkorlátok teljes körű betartásával, a jelenlegi szervezett létszámhoz viszonyítottan minimalizálja a szakemberek többlet felvételét, megtartható az Intézmény fizetőképessége, nem csökken a szakmai színvonal és megőrizhető a dolgozó és a betegek elégedettsége.

A vonatkozó összes jogszabály értelmezése alapján rögzíthető, hogy a napi max. 12 órás munkaidő beosztás valamennyi jogszabályi előírásnak megfelel, így ezen időkorlát fő szempont az új munkarend meghatározása során. A többletszakember felvételének elkerülése érdekében, az általános napi 8 órás munkaidő mellett szükséges a nyújtott - 12 órás – műszak megszervezése és az éjszakai 12 órás műszak bevezetése, (esetleg társszakmák összevonhatók). Az ügyeleti időszakban kisebb betegforgalmat bonyolító osztályok esetében, ügyelet helyett készenlétet kell kialakítani. Ennek eredményeként, a jelenlegi szervezett dolgozói létszámmal bevezethető az új munkarend anélkül, hogy többlet anyagi forrásokat kellene bevonni, mivel az egy órára jutó bér növekedését a személyenként ledolgozott havi összmunkaidő csökkenése ellentételezi.

A projekt célja a megfelelő munkarend meghatározása. Ehhez szükséges mérni az osztályokon az ügyeleti időben végzett valós munkaidő mennyiségét, meg kell határozni a szükséges szakember létszámot annak költségvonzatával, ismerni kell a dolgozók hozzáállását a változtatáshoz.

Az eredményes bevezetés egyik fontos feltétele a dolgozók megfelelő tájékoztatása, a hatásos kommunikáció. A kívánt célt megfelelő team munkával lehet előkészíteni és végrehajtani. A team magját kell, hogy képezze nagy gyakorlattal rendelkező orvos szakmai vezető, valamint humánpolitikai, gazdasági és jogi szakember együttműködése.

Bugát Pál Kórház, Gyöngyös – Csépany Erika, Előházi Irén, Dr. Gyenge Hermina: „A központi sterilizáló működésének racionalizálása a költséghatékonyság és az ápolói munka hatékonyságának javítása érdekében”

A Bugát Pál Kórház Gyöngyös városi tulajdonú kórháza, mely 500 ágyal működik (406 aktív ágy, 94 krónikus ágy). Ellátási területe 100 ezer főt számlál, egyes szakmák esetében jelentős mértékű a területen kívüli betegek száma. A kórházban négy operatív osztályt kiszolgáló központi műtőblokk, valamint az egész kórházat kiszolgáló Központi Sterilizáló működik. A két részlegnek 2003. novembere óta van közös szakmai vezetője, amely döntés a változás, ill. a változtatás igényének kezdete volt. Az operatív szakmákat a Sebészet, Szülészeti-nőgyógyászat, Szemészet és a Fül-Orr-Gégészet képviseli.

A projekt célja: A változtatás igénye egyre inkább előtérbe kerül a minőségügyi előírásoknak, a higiénés rendszabályoknak való megfelelés, valamint a költséghatékonyság növelése érdekében. Az ápolói személyzet körében mutatkozó létszámhiány egyre erőteljesebbé teszi annak igényét, hogy a szakképzett ápolói személyzetet mentesítsük a nem szakmai tevékenység körébe tartozó munka alól.

Semmelweis Kórház, Miskolc – Koternics Klára, Kozsik Szilvia, Tóth Judit: „Teljesítményértékelési rendszer a miskolci Semmelweis Kórházban”

A humán erőforrás menedzsment több évtizedes elmaradással küszködik, mindennapi problémája hogyan tudja motiválni, fejleszteni a dolgozókat, mérni, értékelni és visszajelezni teljesítményüket. Ezért humán erőforrás fejlesztési projekt írásába kezdünk. A fejlesztéssel minőségügyi elvárást, a Kórházi ellátási standardok egyik standardját is teljesítjük.

Kompetencia alapú teljesítményértékelési rendszer kórházi szintű megvalósítását terveztük meg. A kompetencia alapú értékelés elve: megfelelés legyen a munkakör által megkövetelt kompetenciák és a munkakört betöltő személy kompetenciái között.

A helyzet felmérés során megállapítottuk, hogy intézményünkben nincs hagyománya az objektív teljesítményértékelésnek, hiányos a visszajelzés a munkatársaknak, bizonyos munkakörökben tisztázatlanok a kompetenciák és nincs kapcsolat a munkatelési eredmény és a jutalmazás között. Általános cél, hogy a kórház megfeleljen az erről szóló Kórházi Ellátási Standardnak. Speciális cél, hogy a teljesítményértékelés egységes eljárással, rendszeresen történjen, és hogy a rögzített kompetencia követelmények számonkérésével biztosítható legyen az elérhető legjobb minőségű betegellátás.

Az egyéni és csoportos teljesítményértékelés fő szempontjai munkakör elemzésen, munkaköri mátrix kompetencia meghatározásain alapulnak. Az egyéni értékelés további szempontjai például a szakképzettség, a továbbképzéseken való részvétel és a vállalt tevékenység. A csoportos értékelés az egyéni értékelések eredményeit team szinten összesíti és kiegészíti a team egyéb mutatóival, mint hiányzási ráta, fluktuáció, stabilitási index, szakképzettségi ráta, munkabalesetek aránya és minőségügyi tevékenység végzése. Az értékelések eredményei az oktatási terv célirányos és a fejlesztési igények pontos meghatározásában közvetlenül felhasználhatóak.

A projekt magas kommunikációs igényű, módszertana a tájékoztatástól az oktatásig terjed, írásos és szóbeli kommunikációs csatornák felhasználását is jelenti. A költségvetésben a közvetett hatások elemzése szerepel, a

számszerűsíthető pozitív hatások és a költség igény kiegyenlíti egymást, illetve nyereséget is hozhat, azonban nehezen bizonyítható, hogy a hatékonyság növekedése a projekt, vagy más hatások eredménye.

A projekt bevezetése a kiszámolható előnyökön túl jelentős az értékteremtő, belső kultúra fejlesztő hatásban is. Hosszú távon attitűdváltozást, a humán erőforrás megtartását és a kórház belső és külső munkaerő-piaci helyzetének stabilitását eredményezheti.