

Láttelelet®

HUNGA COORD
SAJTÓIRODA

Új etika?!

A Láttelelet előző lapszámában Új etika címmel megjelent tanulmánya kapcsán sok megkeresést kaptunk. A nevüket nem, vagy igen vállaló, elutasító vagy megerősítő vélemények alapján szerkesztőségünk ezúton közli, hogy a tanulmány olvasói véleménye, amely a szabad közlés demokratikus szellemében kapott helyet lapunkban. Ezért valóban helytelen volt a kijelentő mód alkalmazása, mert ez annak látszatát keltette, miszerint az írás valamelyik fontos grémium hivatalos álláspontja. Ezt látszott megerősíteni a címdalton történő felvezetése is, amely megtévesztésre adott okot. A lapban már többször publikáló, ezért külső munkatársunknak tartott szerző rövid életrajzának közlésével lehetőséget teremtünk a különböző nézetek közvetítésére, ezáltal is erősítve a független kommunikációra irányuló törekvésünket.

XLV. évfolyam

EGÉSZSÉGÜGYI KOMMUNIKÁCIÓS SZAKLAP

2001. 4-5. szám

Club-Aligai Fórum

Az egészségügyi szabályozás aktuális kérdései

Adott pénzmennyiségből a maximumot kihozni és optimális szolgáltatást nyújtani a lakosság egészségének – ezt célozza az egészségügyi szabályozás új rendszere, amelynek részleteiről Pulay Gyula, az Egészségügyi Minisztérium közigazgatási államtitkára beszélt az egészségüggyel foglalkozó újságírók balatonaligai fórumán.

Alapvetően két feladattal kell megbirkózni – mondta az előadó. Az egyik, hogy az ellátó rendszer struktúrája a valós igényekhez igazodjon, a másik, hogy olyan működési rend alakuljon ki az egészségügyben, amely a meglévő erőforrásokat a legjobban képes hasznosítani.

Felidézte az 1992-1993 közötti időszakot, amelynek maga is aktív részese volt. Ebben az időben viszonylag világos elképzelésekkel fogtak hozzá az egészségügyi rendszer átalakításához, többek között ekkor sikerült „becsempezni” a teljesítményszámítást a teljesítmény szerinti finanszírozás bevezetésével. A reform-

folyamat másik fő célkitűzése egy egészségesebb struktúra kialakítása volt. A helyzet sajnos nem sokat változott azóta: a fekvőbeteg ellátó hálózat nagyobb a kelleténél, a járóbeteg szakellátás közepesnek mondható, míg az alapellátás még mindig alulfejlesztett. Pedig köztudott, hogy az ellátó rendszer alacsonyabb szintjein olcsóbb és gazdaságosabb is a gyógyítás. Ráadásul a betegek szempontjából is az volna a kívánatos, hogy mindenkinek legyen egy olyan háziorvosa, aki törődik az egészségével és aki közreműködik a magasabb szintű egészségügyi szolgáltatások igénybevételekor. Ehhez viszont egy jól fejlett, nem túlterhelt és a definitív (lezáruló, befejezett) ellátások bizonyos körét is nyújtani képes háziorvosi szolgálatra van szükség. Kérdésre válaszolva Pulay Gyula elmondta, hogy az alapellátásban jelenleg húsz százalékos bővítést lát indokoltnak a minisztérium, de ez a definitív tevékenység terjedése és a lakosság elöregedése miatt még tovább növekedhet.

(Folytatás a 5. oldalon.)

„Nem elég az égi mannára várni...”

Egészségügyi miniszterünk fáradhatatlanul járja az országot, próbál reményt és hitet önteni az egészségügyi dolgozóikba. Lapunk területi munkatársai Miskolcra, Debrecenre, Veszprémre, Gyöngyösről küldik csaknem szóról szóra ugyanazt a tudósítást, de ott van a miniszter új objektumok átadásánál is, legyen az Cegléd vagy Szentes. Miközben következetesen hajítja végre reformbeli elképzeléseit: – személycseréket az országos intézetek élén, intézményi összevonásokat a traumatológia terén –, fogadja a WHO illetékesit, hiszen a hazai egészségügy rendbetételénél a népesség egészségügyi program megvalósítását kulcskérdésnek tekint. Ezért is vesz részt a szív- és érrendszeri betegségek szűrésének majálisi rendezvényén és ragad meg minden lehetőséget a lakossági fórumon a közvetlen kapcsolat kialakításához. Mint ismeretes, az Egészségügyi Minisztériumban jelenleg 13 programon dolgoznak és ennek egyik fő eleme a tragikus népegészségügyi mutatókon történő javítás különböző preventív programok segítségével. A tíz évre szóló program azért is jelentős, mert közelebb vihet a felismeréshez: a lakosság rossz egészségügyi állapota nemcsak az egészségügy felelőssége.

A háziorvosi praxisok teljes privatizációja érdekében az önkormányzati törvényt módosítani kell, az alapellátás privatizációja közgazdasági érdek és az eszközalapú amortizáció elismertetése esetében többszörös többletbevételezhez juthatna hozzá az alapellátás – nyilatkozta Debrecenben a Kenéz Gyula Kórház ISO 9001 minőségügyi tanúsítvány átadását követő fórumon, ahol megemlítette az egységes informatikai rendszer kiépítésének nélkülözhetetlenségét miszerint: chipkártyára cserélnék le a tb-kártyákat. Ennek fedezetül a Széchenyi terv jöhetne számításba.

A nővérhiány sem maradhatott ki a kérdések sorából, mert dr. Mikola István szerint is létkérdése ez a terület az egészségügynek. Nem tervezi a vállalkozói nővérstátusz megvalósítását, viszont a nővérekamara megalakulására a felkészülés elkezdését reálisnak tartja.

A balatonaligai szakmai konferencián a MOK elnöke Kupcsulik Péter professzor elmarasztalóan beszélt a kórházi privatizációról. A privatizációs gyakorlatok ismeretében helytelenítette a kórházi laboratóriumok és röntgendiagnosztikai egységek privatizálását. Erre a kérdésre reagálva a miniszter másnap Veszprém elmondta, nem a szaktárca feladata

hogy előírja, melyik kórházban hogyan privatizáljanak. Viszont olyan kereteket kell szabni, amelyekkel az egészségügyi intézmények vadprivatizációja, a „kalmazás” megakadályozható. A minisztérium ehhez az „érzékeny keretek” törvényi szabályozásával szándékozik.

Oberfrank Ferenc, az OEP főigazgatója reagálva a fentiekre elmondta: az egészségügyi tárcával közösen már nyolc kórháznál vizsgálják azt, hogy mi az oka az adott intézmény kiugró teljesítményének, s egyúttal áttekintik a költséges diagnosztikai eljárások területén tapasztalható ellentmondásokat is. A pár hete felállított mobil egységek (az úgynevezett OEP kommandók) szakmbergárdája is jelentést tesz majd az általuk vizsgált kórházak privatizált egységeinek tevékenységével kapcsolatban, s rövidesen két újabb egység is munkába áll – mondta a főigazgató az egyik napilap munkatársának. (balla)

Tudósítónktól

Szakmai körökben nagy várakozás előzte meg Mikola István egészségügyi miniszter közelmúltbeli, Veszprémbe tett látogatását. Sokan tőle remélik a megye fekvőbeteg ellátó struktúrájának ésszerűsítését, mi is erről kérdeztük először.

Pulay Gyula államtitkár úr nemrégiben azt mondta, hogy az úgynevezett „ágylábiörvény” hatályaon kívül helyezésével a jelenlegi ágyszámokat „befagyottak” tekintik, de a fenntartóknak jogukban áll majd megszüntetni vagy átcsoportosítani a kihasználatlan kapacitásokat. Mivel ezt eddig sem tették meg önszántukból, kérdés, milyen indirekt eszközökkel bírja rá őket a minisztérium, hogy lépjenek?

– Mindenekelőtt azzal, hogy összehangoljuk a járó- és a fekvőbeteg szakellátás finanszírozását, vagyis megszüntetjük azt a jelenlegi helyzetet, amelyben a járóbeteg szakellátás szolgáltatásainak forintértéke alacsonyabb, mint ugyanazon beavatkozásoké kórházi körülmények között. Ez most még arra ösztönöz, hogy azokat a betegeket is kórházi ágyakon kezeljék, akiket ambulánsan is elláthatnának. A kiegyensúlyozás eredményeként nagyobb tömegek fognak megjelenni a járóbeteg rendelőkben, ott képződnek a bevételek, a felszabaduló kórházi kapacitások pedig ráfizetésessé válnak. A folyamat automatikusan vezet majd ágyszám leépítéshez, aminek a konkrét végrehajtási módjait most dolgozzuk ki.

(Bővebben a 4. oldalon.)

Az évekig tartó előkészítő munka és a jogszabályi környezet, valamint a finanszírozási forrás megteremtése 1996. júliusától teszi lehetővé az otthonokban történő szakápolási szolgáltatást, valamint egyéb szakirányú szolgáltatásokat (gyógytorna, fizioterápia, logopédia) biztosítását.

Az otthoni szakápolás elsődleges célja az, hogy azon betegek számára, akiknél kórházi szintű orvosi ellátás nem indokolt, biztosítsa a szakápolási és egyéb szükséges ellátásokat a beteg otthonában.

Ma több mint 350 szolgáltató nyújtja – az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral kötött szerződés alapján – a fent említett ellátási formákat. E szolgáltató rendszerben mintegy 3000 ápoló, gyógytornász, fizioterápiás asszisztens tevékenykedik igen nagy számban vállalkozói formában.

A kezdeti nehézségek és idegenkedés időszakát elmúlt, ezt az ellátási formát megszerették a betegek, de egyre több háziorvos is elrendeli betegei számára. Ez az ellátási forma nagyon humánus, ugyanis abban a környezetben gyógyul és rehabilitálódik az egyén, amelyben mindennapi életét éli és ahol családtagjai szeretettel

veszik körül és segítik. Az elmúlt évek adatai szerint ebben az ellátási formában évente átlag 45-50 ezer beteg részesül, amelyet az E-Alap e célra jóváhagyott kasszájából finanszíroznak. Az otthoni szakápolás keretében nyújtott szolgáltatások biztonságosak, szakszerűen dokumentáltak, így ellenőrizhetőek mind szakmailag,

mind pénzügyileg. Az otthoni szakápolás nemcsak humánus, hanem gazdaságos is. Az Egészségügyi Minisztérium Ápolásügyi és Szakképzési Főosztálya az elmúlt évek során két alkalommal is végeztetett olyan számítást, amelynek során azt vizsgálta, hogy azok a betegek, akik otthoni szakápolásban részesültek és ezen

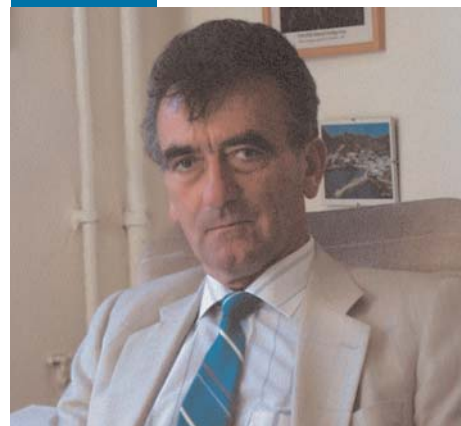
ellátásukat megelőzően, illetve követően kórházi ellátást nem kaptak, valójában milyen forrást használtak fel a kasszából. A vizsgálatok azt igazolják, hogy az otthoni szakápolás a kórházban történt ellátásnak mindössze harmadát igényli. A járóbeteg gyógyszer kasszá alig terhel, hiszen általában az egyébként is folyamatosan szedendő gyógyszereket kell biztosítani a beteg számára. Az otthoni körülmények között történt folyadékpótláshoz szükséges oldatok viszont nem jelentenek komoly terhet a kasszára.

(Folytatás a 2. oldalon.)

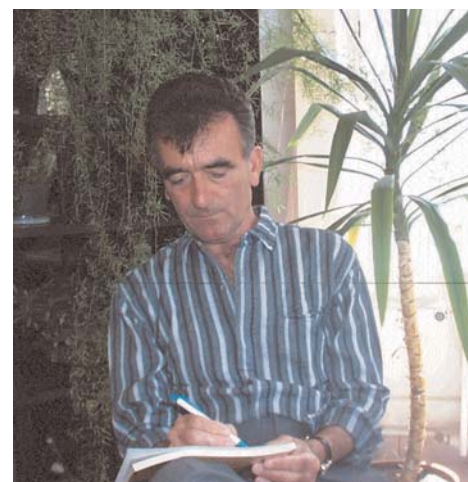
Otthoni szakápolás

A magyar lakosság számára biztosítani forrásból működtetett szolgáltatások közül „legfiatalabb” az otthoni szakápolás, amelynek bevezetésére az első döntés még 1993-ban történt meg.

MÁS KÉP



Professzor:
dr. Machovich Raymund
orvos-biokémikus



Író:
Machovich Raymund

„Egy korty idő...”
Megrendelhető: a szerkesztőségben

másképp...

A Látlelet – élve az Internet adta lehetőségekkel – arra volt kíváncsi, hogy az „ápolónő” szó alatt milyen információ található a világhálón. A találatok közül a számunkra legtanulságosabbat és legaktuálisabbat közöljük.

Május 12-én világszerte arra emlékeznek, hogy 1820-ban ezen a napon született Florence Nightingale brit ápolónő, aki munkájával az 1853-56-os krími háborúban szerzett érdemeket: önkéntes ápolónőket toborzott, mentette és ellátta a sebesülteket, később pedig ápolónőképző iskolát alapított. Az ápolók nemzetközi napjának témáját minden esztendőben az Ápolónők Nemzetközi Tanácsa (ICN) hirdeti meg. A szervezet idén a közösségi – családgondozói, munkahelyi, települési – ellátás fejlesztési lehetőségeinek keresését tartja időszerűnek.

Ápolónő „voltam”

Az újságban olvastam arról, hogy kevés az ápolónő. Én is ápolónő „voltam”. Úgy éreztem, le kell írnom mindazt, amit érzek. Régen, amíg fiatal voltam, azt hittem magamról, hogy fontos vagyok, hogy jól választottam, amikor erre a pályára léptem. A beteg embereknek mindig szük-

ségük van ránk. Beteg emberekkel foglalkozni nemes és szép feladat. Annak tartom még ma is. Múltak az évek, s rá kellett jönnöm, hogy kevesen osztják az én véleményemet. Ma már nemcsak az elesett, beteg embereknek kell segíteni, de rajtunk,

fontosabb, de anélkül sajnos a mai világban már nem lehet létezni. Család, gyerekek, három műszak. Kevés pihenés, sok felelősségteljes munka, minimális fizetés! Majdnem 30 évet sikerült ledolgozni ezen a szép, de nagyon lenézett pályán. Még

a pénz. Azóta sem sikerült elmenni nyaralni, de már nem is fontos. Megbetegedtem. Testileg, lelkileg egyaránt. Úgy éreztem, mintha a hátralevő élet már kevés lenne arra, hogy kipihenjem magamat. Leszázalékoltak. 67 százalékot kaptam. Elfogadtam, mert úgy éreztem, hogy nincs tovább, nem bírom. Pihennem kell. Négyeszer voltam műtve, az eróm, akaratom is mintha elhagyott volna. A megérdemeltnek hitt pihenésem nem tartott sokáig. Megtudtam, hogy nem vagyok eléggé beteg. Visszaminősítettek 50 százalékra. Meggyógyultam volna? Bárcsak igaz lenne. A rehabilitációs bizottság véleménye: fokozott idegi, fizikai megterheléssel járó munkát nem javasolnak. A segély, amit kaptam volna, 12.900 forint. Nem fogadtam el. Szeretnék még dolgozni, de 52 éves leszek. Hol van az a munkahely, ahol szívesen alkalmaznak egy elhasznált, hitevesztett 50 százalékos rokkant embert? És ha fizetnek is, legalább annyit lenne, hogy szerényen, de meg is lehetne élni belőle. Nem ittam és nem dohányoztam soha. Életem nagy részét munkával töltöttem. Nem számított, hogy ünnep van, éjjel vagy nappal, amíg bírtam! Szerintem ha jobban megbecsülték volna anyagiilag és erkölcsileg is az ápolónőket, akkor ma nem lennék olyan kevesen a pályán.

Tisztelettel:
Egy „volt” ápolónő

ÁPOLÓK NEMZETKÖZI NAPJA 2001. május 12.

„Ma Magyarországon az ápolói munkát csak azok végzik, akik szolgálatnak tekintik a betegek ápolását...”

ápolónőkön is segíteni kellett volna, már régen. Lassan már késő lesz. El kellene gondolkozni azoknak az embereknek, akik még tudnak tenni valamit az érdeklünkben! Lassan nem lesz, akiken segíteni kell, mert jobban fizető állás után néznek. Ki fog akkor ápolni?! A pénz nem a leg-

ma is a fülembé cseng: egyik orvos arról beszélt, hogy hová mennek nyaralni. Én csak hallgattam csendesen. Megkérdezte, hogy hová megyünk mi nyaralni? Sírással küszködtem, de nem mertem elmondani, hogy sehová. Nem telik rá, mert másra, fontosabb dolgokra kellett mindig

Otthoni szakápolás

(Folytatás az 1. oldalról.)

A beteg az otthonában kapott ellátása során valójában hozzájárul „saját ellátásához”, de ezt meg is spórolja az által, hogy mentesül a mindenki által jól ismert kórházi ellátáshoz kapcsolódó „egyéb” kiadásoktól. Ezt maguk a betegek igen gyakran hangsúlyozzák.

Az otthoni szakápolásnak nagyon nagy szerepe van és jelentős eredményt érnek el az agyi katasztrófa tünetek felszámolásában és a különböző műtét utáni állapotok rehabilitációjában, a krónikus sebek kezelésében, a hosszabb ideig tartó folyadékptlás biztosításában és stomaterápiában.

Merre tovább otthoni szakápolás?

Erre az ellátási formára egyre nagyobb szükség lesz, hiszen az a cél, hogy minél kevesebb és minél rövidebb idejű kevesebb és minél közelebbi idejű kevesebb drága kórházi szolgáltatást nyújtsunk. A rövid ideig tartó, sőt egynapos orvosi ellátási forma nem váltja ki az ápolást, erre igen gyakran hosszabb ideig szükség van az ilyen típusú ellátások esetében is. A jelenlegi kapacitást – amint arra lehetőség van – növelni kell. A rendszerben lévő tartalék hamarosan kimerül.

További információ: Sövényi Ferencné főoszt. vez. Eü.M. Ápolásügyi Főosztály, Tel.: 1/331-67-16

Dr. Falus Ferenc
a MOHE elnöke
Tel.: 06-309/327-967

GYÓGYÁSZATI SEGÉDESZKÖZ KÖLCSÖNZÉS ÚJ LEHETŐSÉG A BETEGELLÁTÁSBAN – OEP TÁMOGATÁSSAL

A szakmailag magasabb szintű gyógyító tevékenység és az átfogó egészségügyi reform megvalósítása szükségessé teszi a gyógyászati segédeszköz kérdés újragondolását. Ennek szerves részét képezi a fejlett államokban évtizedek óta jól működő kölcsönzési rendszer bevezetése, melyre hazánkban az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 2000. áprilisában modellkísérletet indított.

A tájékoztatás hiánya miatt azonban a 2000. évben a gyógyászati segédeszköz kölcsönzést a rászoruló és a felíró orvosok csak viszonylag kis számban vették igénybe, ezért az OEP megfelelő tapasztalat megszerzése érdekében a modellkísérletet meghosszabbította.

A kölcsönzési rendszer célja, hogy elősegítse az otthoni adaptációt, rehabilitációt időleges szükséglet esetén olcsóbbá tegye az eszközöz jutást a betegek számára, az OEP pedig a jelentkező megtakarítást új, eddig nem támogatott, nagy értékű ápolási eszközök támogatására fordíthatja.

Ahhoz, hogy a betegek gyógyászati segédeszközzel történő ellátása az egész országban bővíthessen, szükség van a működés feltételrendszerének meghatározására és egy jól körülhatárolható, ellenőrizhető területen történő kipróbálására.

A modellkísérlet alatt kidolgozásra kerülnek a hiányzó végrehajtási utasítások, szabályok, nyilvántartási, ellenőrzési, eljárás és működési protokollok, kipróbálható a rendszer a gyakorlatban annak összes jogi, gazdasági, engedélyezési részletével együtt.

A kísérletben a Budapest és Pest Megye területén rendelő orvosok, valamint az e területen élő betegek vehetnek részt.

A rászoruló és a kezelő orvosok véleményét, elégedettségét is figyelembe véve a modellkísérlet végére értékelhető információk állnak az OEP rendelkezésére, így a szükséges módosítások elvégezhetőek lesznek. Amennyiben a kísérlet sikerrel zárul, úgy az OEP a kölcsönzési rendszert az egész országra kiterjeszti.

A modellkísérlet tárgyát képező eszközök tételes felsorolását a 12/2000.(IV. 13.) EüM. rendelet 4. sz. melléklete (Magyar Közlöny 34. sz.) tartalmazza.

A rendelhető főbb eszközcsoporthoz:

- Légzőgyógyászati eszközök – inhalátorok, szívókészülékek;
- Ingerlők – két csatornás és négy csatornás Tens készülékek, stimulátorok;
- Antidecubitus eszközök – üllőpárnák, matracok;

- Gerincnyújtás eszközei – fekvő, illetve álló helyzetű húzásra alkalmas eszközök;
- Berendezés a mozgás, erő és egyensúly gyakorlásához – betegállító, végtagnőrázó készülékek;
- Higiénés eszközök;
- Fürdés eszközei – fürdőkád ülőkék;
- Személyes mozgás segédeszközei – rollátorok, kerekesszékek (kézi és elektromos), tartozékok;
- Emelőeszközök – kádba helyezhető beteg-emelő lift;
- Betegágyak – mechanikus, elektromos.

I. **Kölcsönzésre** a fent említett rendelet mellékletében szereplő segédeszközök írhatók fel, amennyiben azok rövid idejű, definitív szükségletet elégítenek ki. Felírása a szokásos GYSE vényen „DS: Időleges használatra”, valamint a javasolt használati idő (hónapok száma) megjelölésével történik. Kölcsönzés keretében eszközt - a szokásos gyógyászati segédeszköz rendelkezéshez hasonlóan - háziorvos javaslatára is csak szakorvos rendelhet.

Amennyiben az orvos nem kifejezetten egy konkrét típusú eszközt kíván megrendelni,

legendő felírni a vényre a **funkcionális megnevezést** (például TENS készülék, összecukható kerekesszék, mechanikus vagy elektromos betegágy stb.), lehetővé téve a betegek önálló választási jogát az azonos funkciójú eszközök közül, valamint a helyettesíthetőséget a rendelkezésre álló eszközök között.

Amennyiben az eszközöz **tartozék** is szükséges (például felsőtest rögzítő betegállítóhoz vagy kerekesszék tartozékok) az az eszköz vényén, külön felsorolva rendelhető.

Közgyógyellátottnak – a hagyományos GYSE támogatási rendszerhez hasonlóan – csak a listában „K” jelzéssel ellátott eszközök szolgáltatás ki térítésmentesen.

A listában „E”-vel jelölt eszközök olyan új, eddig nem támogatott eszközök („E” jelentése: csak az OEP egyedi engedélye alapján kölcsönözhető), melyek csak kölcsönzés keretében vehetők igénybe. Rendelésükkor a vényhez részletes szakorvosi vélemény, indoklás valamint a beteg vagy gondozójának kérelme szükséges. **A vényen ezen esetben az „Általános” jogcím** megjelölése szükséges. Az engedélyeztetést – a betegől átvállalva – a modellkísérletben résztvevő cég intézi.

Az „E” jelű eszközöknél a KGY betegnek is ki kell fizetnie a havi nettó kölcsönzési díj 15 százalékát + 25 százalék ÁFÁ-t.

Nagyon indokolt esetben a beteg által fizetendő kölcsönzési díj részleges vagy teljes finanszírozására külön méltányossági kérelemmel lehet fordulni az OEP-hez.

II. **A 6 hónapnál hosszabb idejű szükséglet esetén:**

- a hagyományos listában is szereplő eszközök – akár a kölcsönzési idő lejártá után is – végleges használatra felírhatóak vagy azokat a beteg megvásárolhatja. **A nagy értékű segédeszközöknél** választhat a beteg, hogy a végleges használatra felírt eszköz magas térítési díjat részletekben fizethesse ki.

- a listában „E”-vel jelölt egyedi engedélyes eszközökre a maximum 6 hónapos TB által támogatott kölcsönzési idő lejártá után lehetőség van a **bérelt eszköz részlete történő megvásárlására.**

Az eszközök a teljes havi kölcsönzési díj megfizetése mellett – TB támogatás nélkül is – kölcsönözhetőek és teljes áron vagy részlete is megvásárolhatóak.

A kölcsönzési modellkísérlet keretében az időleges használatra felírt vényeket beváltani, valamint a részletfizetési kedvezményeket igénybe venni a telephelyeinken lehet.

GYÓGYÁSZATI SEGÉDESZKÖZ KÖLCSÖNZÉS RECEPTE

...SEGÍTHETUNK? Írja meg: 239-2300

LBT Kft. telephelyek:
 1134 Bp., Dévai u. 11-13. • tel.: 239-2283 tel./fax: 340-1309
 1075 Bp., Rottenbiller u. 24. • tel.: 322-3494
 1135 Bp., Pannónia u. 22. • tel./fax 320-4053
 E-mail: lbt@lbt.hu

A nosocomialis surveillance és a minőségi ápolás kapcsolatának vizsgálata

Magyarországon 1993 óta a fekvőbeteg-ellátásban bevezetett teljesítményelvű finanszírozás értelmében az intézmények arra törekednek, hogy a normatív napokon belül lássák el a betegeket. Azonban a nosocomialis fertőzésekben szenvedő betegek meghosszabbítják az ápolás időtartamát. A nosocomialis surveillance és a minőségi ápolás kapcsolatát abban látom, hogy mindkettő hozzájárul a költségek csökkentéséhez, a bevételkiesés megszüntetéséhez, valamint lehetőséget biztosít több beteg ellátására. A fertőzéseket megoszlásuk, előfordulási gyakoriságuk alapján az irodalmi adatokkal vettem össze. A dolgozat három év adataira épül, melyek átlag-HBCS, CMI, ápolási idő és ápolási nap átlag-költsége alapján születtek.

Cél

Vizsgálatom célja arra irányult, hogy a nosocomialis surveillance és a minőségi ápolás milyen kapcsolatban áll egymással. Megállapítsam azt, hogy a két tevékenység valójában egy cél érdekében szolgál. Napjainkban előtérbe került a kórházakban is a minőségbiztosítás, valamint ezek összefüggései a kórházi fertőzésekkel. Mind több helyen találkozunk azzal a véleménnyel, hogy a kórházi ellátás minőségének a megítéléséhez fel kell használni az adott intézményben a nosocomialis fertőzések arányát.

Magyarországon 1993-óta a fekvőbeteg ellátásban bevezetett teljesítményelvű finanszírozás értelmében egy intézmény a normatív időn belüli ellátásra kapja meg a teljes díjat. Azonban a nosocomialis fertőzésekben szenvedő betegek fertőzéstől függően átlagosan 4-6 nappal hosszabbítják meg az ápolás időtartamát. Ennek következtében minél magasabb a nosocomialis fertőzések száma, annál nagyobb többletköltséget jelent ez az intézet számára.

A nosocomialis surveillance és a minőségi ápolás kapcsolatát hipotéziseim alapján abban látom, hogy mindkettő hozzájárulhat a költségek csökkentéséhez, a bevételkiesés megszüntetéséhez, valamint lehetőséget biztosít több beteg ellátására.

Az ellátó rendszer célja a lehető legkisebb ráfordítással a lehető legnagyobb hatékonyság elérése. A fogyasztó célja a haszonmaximalizálás elve: a lehető legkisebb költséggel lehető legnagyobb hasznosságot elérni.

Kutatásom célja több irányból egymásra épült, mellyel bizonyítani kívánom, hogy a minőségben nem megfelelően végzett egészségügyi szolgáltatás komoly bevételkiesést jelent egy intézmény számára.

A kutatás eredményei

Kutatómunkám eredménye több szálon fut össze. Egyrészt a kérdőíves felmérés adataiból, másrészt a statisztika módszereit használva jutottam adatokhoz, melyekkel átlag költségekkel párosítva végeztem számításokat. A számítások gazdasági eredményeit a következő részben ismertetem, ahhoz azonban, hogy sorra vegyem az eredményeket, előbb az irodalmi adatokat kívánom ismertetni.

Klinikai szempontból a négy leggyakoribb nosocomialis fertőzés a következő. A kórházi eredetű húgyúti fertőzések fordulnak elő leggyakrabban (összes esetek 40%-a). A posztoperatív sebfertőzések (17%), az alsó légutak fertőzések (18%) és a nosocomialis sepsisek (8%) lényegesen ritkább kórházi fertőzések. Bőr- és légúti fertőzés 5%, az összes többi nosocomialis fertőzés körülbelül 12%-ot tesz ki.

A nosocomialis fertőzés kialakulásában a kezdeti lépést az jelenti, hogy a bőr, az oesopharynx, a trachea és a bél normál flórája a kórházi felvételt követően rövid időn belül megváltozik. Kórházi eredetű mikroorganizmusok colonizálódnak. A folyamat felgyorsulhat és számos antibiotikumra rezisztens kórokozó telepedhet meg egyes betegeknél a gyakran feleslegesen és helytelenül megválasztott antibiotikumok miatt. A colonizációt elősegítik még a légutakban történő manipulációk, a bent fekvő, fertőzött betegekkel kialakuló kapcsolat, érintkezés fertőzött kezű ápolószeméllyel, nem kellően sterilizált gépek és eszközök használata, fertőzött ételek és italok fogyasztása.

Nosocomialis fertőzés azonban úgy is kialakulhat, hogy a bőrön, vagy a nyálkahártyákon át a kórokozó közvetlenül a szervezetbe kerül, vagyis a test természetes külső védőgátját átjutnak be a mikrobák a szervezetbe. Vannak olyan nosocomialis fertőzések is, amelyek esőként védekezőképességű betegeknél alakulnak ki és kórokozói a normális flóra egyes tagjai, tehát nem kórházi eredetűek.

Számos egyéb tényező is szerepet játszhat a nosocomialis fertőzés kialakulásában. Fontos rizikófaktornak számít például a műtét előtt a kórházban töltött idő, az operáció jellege, időtartama, az esetleges ureterkatéter, a gépi lélegeztetés, a szteroid és/vagy immunosuppresszív kezelés.

A kórházban ápolott betegek 2-10%-ában (átlag 5%) lép fel nosocomialis fertőzés. Természetesen a kórházi eredetű fertőzések gyakorisága osztályonként változik. Egyes intenzív terápiás osztályon ápolott betegek akár 40-70%-ában is kialakulhat.

Kórházi eredetű fertőzésben a megbetegedettek 1%-a hal meg, s további 3%-nak a halálához a nosocomialis fertőzés biztosan hozzájárul.

A halálozás betegcsoportonként is változik. Amíg a posztoperatív sebgyógyulások és az igen gyakori húgyúti fertőzések letelítési aránya 1%, addig a nosocomialis sepsisek halálozása 15-25% és a kórházi eredetű tüdőgyulladásoké 30%.

Magyarországon 1985 és 1989 között 26706 nosocomialis fertőzést jelentettek be, s a megbetegedettek 1%-a (269 egyén) halt meg.

Egyes becslések szerint 1991-es árszinten számolva a magyar egészségügynek 7-8 milliárd forintjába kerül évente a kórházi fertőzések ellátása. Ennek az összegnek körülbelül 1/3-a biztosan megtakarítható lenne.

Később részletezendő hipotéziseim közül az első háromnak igazolására a kérdőíves módszert választottam, melynek eredményei a következők:

1. Hány éve dolgozik egészségügyi pályán?
A válaszadók többsége, 47%-a 10 év fölött, és csak 6%-a dolgozik 0-1 éve, mely megengedi azt a feltételezést, hogy tisztában kell lenniük a nosocomialis fertőzés fogalmával, valamint a megelőzés lehetőségeivel is.

2. Határozza meg, hogy mit jelent az, hogy nosocomialis fertőzés!

Örömmel tapasztaltuk, hogy szakdolgozóink 92%-a helyesen válaszolt kérdéseimre.

3. A következő kérdés az volt, hogy: jelölje meg a higiénés kézfertőtlenítés helyes sorrendjét!

Ebben az esetben az ápolók közel fele, 49%-a hibás választ adott „kézfertőtlenítést cserélték fel a kézmosás szappannal” alternatívával. Bizonyos nosocomialis fertőzések azért jön létre, mert a beteg sérült immunállapota miatt saját mikroorganizmusaitól fertőződik. A legtöbb fertőzést azonban sajnos az egészségügyi dolgozók közvetítik, legtöbbször azért, mert kézmosásuk gyakorisága vagy technikája nem megfelelő. Kórházunkban felmérést végeztünk, melynek célja az volt, hogy megnézzük mennyire végzik hatásosan a higiénés kézfertőtlenítést szakdolgozóink. Egy bizonyos kézfertőtlenítő szert fluoreszcens anyaggal kevert össze a forgalmazó, mellyel dolgozóink szokásos módon higiénés kézfertőtlenítést végeztek. A kézfertőtlenítés hatékonyságát UV lámpa segítségével néztük. A kéznek azon területei, melyeken a kézfertőtlenítés nem volt eredményes, sötétebb színben voltak láthatóak.

4. Mely műveleteknél használ Ön steril gumikesztyűt?

Katéterezéskor 100%, sebkezeléskor 78%, vérvételkor 12%, betegfürdetésnél 15%, injekciózásnál 3%. Az ápolók kesztyű viselését gyakran tekintenek el a kézmosástól, a kesztyű azonban nem nyújthat teljes védelmet a rajta esetleg jelenlévő, nem látható apró lyukak miatt. A mikroorganizmusok elszaporodhatnak alatta, ezért a kesztyű felvétele előtt és levétele után is szükség van kézmosásra.

5. Milyen gyakorisággal cserélik ki osztályán a perifériás érkatétereket?

A válaszadók 51%-a jelölte meg azt, hogy naponta, 48%-a „ha a beszűrés környékén gyulladás jelei láthatók”, 13%-a hetente. 4% adott olyan választ, hogy „nem használják, csak szükség esetén”.

1. táblázat

Nosocomialis fertőzések megoszlása a Pándy Kálmán Kórházban 1995-1999

Nosocomialis fertőzés	Irodalmi adat %	1995 % eset	1996 % eset	1997 % eset	1998 % eset	1999 % eset
Összes fertőzések száma	-	127	171	187	175	182
Urogenitális fertőzés	70	27,5 35	16,5 28	15 28	16 28	19,2 35
Légúti fertőzés	18	27,5 35	34,5 59	25 47	32 56	31,3 57
Seb fertőzés	17	24,5 31	20,5 35	15 28	14 25	11,0 20
Szeepszis	8	1,5 2	3,0 5	5 10	3 5	11,5 21
Bőr- és légúti fertőzés	5	16,5 21	17,5 30	30 56	23 40	24,7 45
Egyéb	12	2,5 3	8,0 14	10 18	12 21	2,3 4

6. Sorolja fel a posztoperatív sebfertőzés tüneteit!

A válaszadók 70%-a hiánytalanul ismerte a tüneteket, míg 30%-nak hiányos volt az ismerete. Az ápoló szerepe rendkívül fontos a posztoperatív sebfertőzések megelőzésében, mert ezen fertőzések csak kis része keletkezik a műtétben, a többi a posztoperatív ápolás során. Ezért tartjuk fontosnak, hogy az ápoló ismerje ezen tüneteket, hogy időben megkezdődhessen a beteg kezelése, ezáltal a szövődmények számát is csökkenteni lehet, valamint izolálással védeni lehet a többi beteget az infekciótól.

7. Van-e olyan javaslata, amivel csökkenteni lehetne a nosocomialis fertőzések előfordulását?

– Asepsis, antiszepszis betartásával és betartásával,

– szakmai továbbképzések szervezése, – betegek megfelelő tájékoztatása higiénés szabályok betartására,

– szakmai protokollok, módszertani levelek ismerete és használata a gyakorlatban,

– nagyobb odafigyelés az ápolók részéről.

8. A Pándy Kálmán Kórházban 1996-ban kiadott módszertani leveleket alkalmazza-e Ön a gyakorlati munkája során?

Igen: 107 fő (83%), részben: 22 fő (17%).

Statisztikai számításokat végeztem 1995 és 1999 között arra vonatkozóan, hogyan alakult a Pándy Kálmán Kórházban a nosocomialis fertőzések gyakorisága, azok megoszlása. Ezt követően a nyert adatokat hasonlítottam össze az irodalomban leírtakkal (1. táblázat).

(Folytatás a 10. oldalon.)

Ez itt egy EU-s tagországbeli állásközvetítő hirdetésének a helye, melyben ápolónőket toboroz jól kereső külföldi munkavállalásra.

A Láttelelet Szerkesztősége — bár a szó szoros értelmében lételeme a hirdetés — még fizetség ellenében sem buzdítja olvasóit a hazai egészségügy elhagyására.

Hitünk és meggyőződésünk, hogy a döntéshozók ráébrednek arra, hogy ápolás nélkül nem képzelhető el semmilyen kórházi beavatkozás. S ennek a nélkülözhetetlen elemnek az anyagi elismerése ugyanúgy része az egészségügyi reformnak, mint az orvosi tevékenység.

S ez az evidencia a privatizációban is prioritást kap.

PMGY Alapítvány társadalmi célú hirdetése

MMM-Egészségügy

ugyanazért a munkáért ugyanazzal a szakértelemmel akár milliós összegeket is kereshet. A nővéreknél a különbség, hogy 3 vagy 20 beteg jut egy ápolóra és háromszor annyi fizetés. De ugyanannyit és ugyanolyan beosztással dolgoznak.

Mező Katalin nővér, Fejér megyei Szent György kórház:

– Folyamatos nappali éjszakai műszakban, reggel héttől este hétig, és este héttől reggel hétig. Közben egy alvó és egy szabadnap. Ez nem mindig betartható, igen sok probléma forrása.



Szűcs Judit nővér, Telki:

– Felszereltségben nagyon nagy különbség van, tehát fecskendők, kötszerellátás stb. és ezen kívül a beteganyag, a betegminőség is teljesen más, mint az állami kórházban.

• Körülnéztünk további két fővárosi kórházban is. Kérdésünkre az egyik helyen azt választották: csak a felújított szárnyban forgathatunk. A másik helyen pedig rossz körülmények között volt összezsúfolva 8-10 beteg. De ezeknek a kórházaknak bizonyos szempontból hatalmas előnyük van a magánkórházakkal szemben.



Dr. Harasta Judit sebészfőorvos, Telki magánkórház:

– Vannak speciális beavatkozások és speciális gyógyítási területek. Ezek nagy műszer-

igénnyel és gyógyszerháttérrel bírnak, ezért nem végzünk sokat belőlük, tehát privát kórházban ez nem lenne kifizető és nem is tudnánk biztosítani azt a biztonságot, amit egy állami, erre specializálódott, szakosodott centrumban, például a szervátültetések, idegrendszeri műtétek, agyműtétek.

A közkórházi beavatkozásokat az egészségbiztosító több kevesebb pénzzel támogatja, de a magánkórházi ellátáshoz egy fillérrel sem járul hozzá. Pedig a magánkórház éves finanszírozása annyiba kerül, mint amennyit az általunk kiválasztott közkórházban évente, csak a gépek felszerelések felújítására kellene költeni.

Ezt az összehasonlítást csak annyiban egészíteném ki: ugye voltak önök is laborvizsgálaton? Ahol az egész folyosón végig kellett vonulni egy pohárral... és persze a váróteremben vagy százan voltak. A magánklinikán erre is gondoltak. A WC-ből egy ablak nyílik és egyszerűen – arc nélkül névvel ellátva csak le kell tenni a poharat.

Műsorvezető: Nyugat-Európában az egészségbiztosító nem tesz különbséget állami és magánkórház között. Legfeljebb amennyivel többbe kerül a magánkórházi ellátás, azt kifizeti a páciens. Magyarországon erre nincs lehetőség. Ettől függetlenül egy egyhetes magánkórházi kezelés még mindig fele annyiba kerül, mint mondjuk Ausztriában.

Az szinte biztos, hogy ha csatlakozunk az Európai Unióhoz, nem hogy a világ, de még a be-

tegbiztosításunk sem fog változni. Ausztriában is, csak úgy, mint nálunk, mindenkinek a fizetésétől függ, hogy mennyit fizet havonta a közösbbe. A szomszédban a biztosítás felét az fizeti, aki a munkáját adja.

Dr. Rainer Bauer, orvosigazgató, Barmherzige Schwester:

– A betegbiztosítás mértéke nem változott, ha volt változás, az legfeljebb csak a fejlődésnek tulajdonítható. Az EU ezen a területen nem változtatott semmit. Mind a biztosítási összeg, mind a rendszer ugyanaz maradt.

• Bár a gyógyszerek egyáltalán nem lettek olcsóbbak, viszont drágábbak sem. Néhány beteg mégis az árakra panaszkodott. Ez egy úgynevezett receptadónak köszönhető, amely nem útiós találmány, hanem osztrák specialitás.

Christian Seiser, beteg:

– A gyógyszerköltségek az utóbbi években legalább 50 százalékkal emelkedtek. Ehhez jön még, hogy a homeopátiás készítmények árát teljes egészében nekünk kell kifizetnünk.

• A kórházi ellátást Ausztriában is a betegbiztosító finanszírozza. Az osztrák magán klinikákon viszont négyszer annyit fizet a beteg, mint Magyarországon.

Például, egy vakbél műtét itthon 150.000 forintba kerül, kint félmillió alatt nem ússza meg az ember. Egy szemészeti lézer kezelésért Magyarországon 85.000 forintot fizetünk, odakint ugyanez 400.000 forint. Így érthető, hogy az osztrákok egy része, még fogorvoshoz is Magyarországra jár.

Azt senki ne gondolja, hogy csak Magyarországon lett mostanában kevesebb a kórházi ágy. Ezek számát Ausztriában is jelentősen csökkentették. A munkaidőn nem tudnak rövidíteni, pedig az egészségügyben dolgozók egyre túlterheltebbek. Mintha csak a magyar egészségügyről beszéljünk. Kivéve a jövedelmeket. Egy gyakorlott osztrák orvos 800.000 egy ápolónő pedig 540.000 forintnak megfelelő shillinget visz haza minden hónapban.

Orvosigazgató:

– Az orvosok munkaideje egységes lett, a munkabér tulajdonképpen semmit nem változott. A dolgozókra pedig olyan előírások vonatkoznak, melyeket szinte lehetetlen betartatni a kórházban.

• Bár Németországban jobb a helyzet, de ebben az osztrák kórházban dolgozik néhány müncheni ápolónő is. Az ausztriai egészségügyi dolgozók is szívesen mennek külföldre tanulni pár évet.

Elisabeth Goriany, főnővér:

– A jobb külföldi munkalehetőségek és a magasabb keresetek az osztrák munkavállalók számára is vonzóak, de sajnos ilyen egyszerűen mégsem mehetünk külföldre.

• Tehát sokkal kevesebben jöttek külföldről és mentek ki dolgozni, mint amire számítani lehetett. Ez elsősorban amiatt van, mert a munkahelyeken meghatározzák, hogy hány hazai, és hány külföldi dolgozhat. Így elsősorban tanulási, és kutatási lehetőségeket, valamint ösztöndíjakat pályáznak meg az ausztriai orvosok. Külföldi munkavállalásukat viszont segítheti egy dokumentum.

Dr. Ernest Zulus, főorvos:

– Létezik egy úgynevezett EU diploma az orvosok részére. Amivel természetesen könnyebben kapunk munkát. Az ember ettől képzetlenebb lesz, de ennek ellenére a diplomának a megszerzése nem kötelező.

• Ezt a diplomát mindenki saját pénzéből, 3 év alatt szerezhethi meg. Sok új, és szigorú törvény nehezíti az orvosok munkáját, de ezek hosszútávon a betegek ellátásában hoznak minőségi javulást. Például új gyógyszer felírása esetén, az orvosnak szigorú felvilágosítási kötelezettsége van.

Michaele Zeiner, ápolónő:

– A betegek nálunk, a kórházban egyre igényesebbek, ezt amiatt van, hogy a kormánytól, médiától, folyamatosan azt hallják, hogy ilyen és ilyen színvonalat tudunk biztosítani a kórház ellátásban, és ezt aztán szeretnék is megkapni. De nekünk nincs lehetőségünk ezeket teljesíteni, elsősorban időhiány miatt.

Mert hogy a rengeteg új előírásnak megfelelően a papírmunka közel a négyszeresére növekedett. Az időigényes adminisztráció miatt, az ápolónők szerint a beteg az érkezéskor szívélyes üdvözlés helyett, jó, ha egy úrlapot kap.

Az MMM című műsort – melyet a Zolcer Produkciós Iroda készített – a Fogyasztóvédelmi Felügyelőség a Magyar Sajtó Világnapja alkalmából a „Fogyasztóvédelemért” névdíjban részesítette.

BRADO fertőtlenítő család

Bradoman higiénés kézfertőtlenítőszer 1 literes

Korszerű, széles antimikrobiális spektrumú kézfertőtlenítő szer. A készítmény Bradophen®, Fe- és Zn- komplexeket, bőrtápláló anyagot tartalmaz, etil-alkoholos oldatban.

Antimikrobiális spektrumú: Baktericid, Fungicid, Virucid, Tuberkulocid. Inaktíválja a hepatitis-B és HIV/AIDS vírusokat.
Eng.sz.: AKJF 10308/1988.

Bradoderm műtéti kézfertőtlenítőszer 1 literes

Korszerű, széles antimikrobiális hatásspektrummal rendelkező készítmény, műtéti beavatkozások előtti hatásos kézfertőtlenítéshez. A készítmény Bradophen®-t, fémkomplexeket és bőrtápláló anyagokat tartalmaz, etil-alkoholos közegben.

Antimikrobiális spektrumú: Baktericid, Fungicid, Virucid, Tuberkulocid. Inaktíválja a hepatitis-B és HIV/AIDS vírusokat.
Eng.sz.: AKJF 10167/1988.

Bradophen®H felületfertőtlenítőszer-koncentrátum 5 literes

Korszerű, tisztító hatású, széles antimikrobiális hatásspektrummal rendelkező felületfertőtlenítőszer.

Hatóanyag: Benzil-dodecil-bis(2-hidroxietil)-ammónium-klorid alkoholos közegben.

Alkalmazási terület: Járó- és fekvőbeteg-ellátó intézmények, gyógyfürdők, közfürdők, bölcsődék, óvodák mosható padló- és falfelületeinek, felszerelési, berendezési tárgyainak megelőző, folyamatos és záró fertőtlenítésére.

Alkalmazási koncentráció: 1 térfogat %.
Eng.sz.: EÜM 51909/1981.

Bradoman kézfertőtlenítő kendő

Kationaktív tenzid, propilén-glikol és bőrvédő adalékok etil-alkoholos vizes közegben.

Alkalmazási terület: Kéz, kisebb tárgyak (telefon, kilincs, számítógép, TV monitor stb.) és kisebb felületek (WC-ülöke stb.) letörléssel történő fertőtlenítése.
Eng.sz.: AKJF 10710/1990.

Florinett fertőtlenítő hatású folyékony szappan 5 literes

Hatóanyaga: Preventol CMK, Preventol O Extra, Preventol BP.

A folyékony szappanok előnyös tisztító tulajdonságai jól kiegészíthetők különböző antimikrobiális hatású komponensek hozzáadásával.

Alkalmazási terület: Kórházak, rendelők, járóbeteg-intézmények helyeiben. Használatát azoknak ajánljuk, akik fertőtlenítő hatású, környezetbarát, bőrkímélő tisztálkodószert kívánnak használni.

Csomagolás: 5 literes kanna.
Eng.sz.: OTH 533/1996.

Gyártja:



Florin Vegyipari és Kereskedelmi Rt.
Postacím: 6701 Szeged, PF.:49
Tel.: (36-62) 473-522
Fax.: (36-62) 466-993
Forgalmazza:
Hungaropharma, Phoenix Pharma, Omker, Bellis Rt., Bella-Hungária, Krico Kft.

A nosocomialis surveillance és a minőségi ápolás kapcsolatának vizsgálata

(Folytatás a 3. oldalról.)

A kutatás eredményei gazdasági szempontból

Mai ismereteink szerint a kórházakban szerzett nosocomialis fertőzések túlnyomó többségét 80-90%-át négy fertőzőcsoport teszi ki:

– urogenitális fertőzések körülbelül 40%, – légúti fertőzések körülbelül 15-20% – sebfertőzések körülbelül 15-20%, – sepsisek körülbelül 7-8%.

A nosocomialis fertőzések pénzügyi kihatásainak vizsgálata rendkívül fontos, hiszen a túlápulás több millió forintot jelenthet éves szinten egy intézmény számára. Számításokat végeztem a Pándy Kálmán Kórházban az 1997-98-99-évi előfordult nosocomialis fertőzéses esetek ellátására fordított költségek és bevételkiesés tekintetében (2. számú táblázat).

A nosocomialis fertőzések meghosszabbítják az egyébként szükséges kórházi tartózkodás időtartamát átlagban a következőkkel: urogenitális fertőzés 1, légúti fertőzés 7, sebfertőzés 8, sepsis 10 nappal.

Következtetések hipotéziseim szemszögéből

Kutatásom eredményeképpen a felállított négy hipotézisből kettő beigazolódott, egy részben igazolódott és egy hipotézis, amely alapvető feltétel lenne a nosocomialis fertőzések kialakulásának csökkentésében sajnos nem igazolódott be.

Első hipotézisem, miszerint minél régebben dolgozik egy szakdolgozó az egészségügyi pályán, annál több ismerettel rendelkezik a nosocomialis infekciókról és azok megelőzési lehetőségeiről, beigazolódott.

Az intézmény vezetősége rendkívül fontos feladatának tartja, dolgozóitól elvárja és számukra biztosítja a folyamatos képzést, továbbképzést. Ahhoz, hogy a szolgáltatás minőségi ellátást nyújtson, melyet a beteg, mint a szolgáltatás igénybevevője megkíván, a struktúra feltételei közül nem elegendő csupán a tárgyi és környezeti feltételek biztosítása, szükség van a személyi feltételek minőségi és mennyiségi biztosítására is. Hiszen, egy jól felszerelt kórházban is folyhat kevésbé jó minőségű ellátás a megfelelően képzett szakember hiányának következtében.

Második hipotézisem, mely szerint az egészségügyi szakdolgozók teljes köre ismeri, valamint a gyakorlatban helyesen alkalmazza a higiénés kézfertőtlenítést, nem nyert beigazolódást. A szakdolgozók közel fele, 49%-a hibásan válaszolt a felmérés alapján.

Az okot keresve megállapítottam, hogy a hazai tankönyvek, ápolástan könyvek nem tárgyalják részletesen a témát, nem hangsúlyozzák a kézfertőtlenítés fontosságát. A „Tájékoztató a fertőtlenítésről” című kiadvány foglalkozik legbővebben ezzel a témával.

Úgy gondolom, hogy az egészségügyi dolgozók nem tulajdonítanak nagy jelentőséget ennek az egyszerű műveletnek, pedig Semmelweis 1847-ban bevezetett klórvizes kézmosási eljárása óta tudjuk, hogy a kéznek jelentős szerepe van a nosocomialis fertőzések kialakulásában, melyet több nemzetközi hírfu szakember véleménye is alátámaszt.

Rotter osztrák professzor vizsgálatai szerint a kéz áll az első helyen a fertőzések közvetítésében. Wolf német professzor az újszülött osztályokon végzett vizsgálatokat, ahol a kéz átvitelét 90%-ban találta felelősnek a fertőzések kialakulásában. Conly amerikai orvos intenzív

osztályon a személyzet körében végzett intenzív oktatási és kontroll programja eredményeként a nosocomialis fertőzések 75%-os csökkenését érte el.

Ezen eredmények megerősíthetnek bennünket abban a feltevésben, hogy ha a higiénés kézfertőtlenítést hatékonyan szeretnénk alkalmazni a gyakorlatban, meg kell tanulni a helyes alkalmazást, valamint a bedörzsölés technikáját is.

Harmadik hipotézisem alapján feltételezem, hogy a Pándy Kálmán Kórházban megfogalmazott módszertani levelekben leírtakat a szakdolgozók a gyakorlatban alkalmazzák, mely hozzájárul a nosocomialis infekciók csökkenéséhez, csak részben igazolódott be.

Irodalmi adatok alapján az urogenitális fertőzések 40%-ban fordulnak elő, átlagosan egy nappal hosszabbítják meg a betegek kórházi kezelésének az időtartamát. Az urogenitális fertőzések tekintetében hipotézisem beigazolódott. Kórházunkban 1995-ben 27,5%-ban, 1997-ben már csak 15%-ban fordult elő urogenitális fertőzés. A katéterezésről szóló módszertani levél 1996. júliusában született, melynek alkalmazásával lényeges csökkenést tapasztalhattunk.

A légúti fertőzések a nosocomialis infekciók átlag 18%-át teszik ki. A kórházi tüdőgyulladás igen gyakran postoperatív fertőzés és a valószínűsége mellkasi, hasi műtétek után 38-szor nagyobb mint egyéb műtétek után. Az összes esetek egyharmada az intenzív osztályon ápolott, mechanikusan lélegeztetett, intubált betegek fordul elő. Átlagosan 4-9 nappal hosszabbítják meg az egyébként szükséges kórházi tartózkodás időtartamát, ami - költségkihatásait tekintve is - igen jelentős (lásd. negyedik hipotézis igazolását).

A Pándy Kálmán Kórházban 1996. november 01-től 1997. április 30-ig felmérés készült arra vonatkozóan, hogy az Intenzív Osztályon ápolott betegek közül hány százalék részesült lélegeztetésben, melyet az országos adatokkal hasonlítottunk össze.

Országosan intenzív osztályon elhelyezettek 35,3%-a részesült lélegeztetésben, ezzel szemben a Pándy Kálmán Kórház Intenzív Osztályán a betegek 55%-a. Országosan a 35,3%-ból 30,5% szenved el nosocomialis légúti fertőzést, kórházunkban az 55%-ból 30,5%. Ennek következtében a Pándy Kálmán Kórház Intenzív Osztályán a nosocomialis légúti fertőzések magasabb aránya az irodalmi adatokhoz képest az ellátandó betegek súlyosságával magyarázható.

A postoperatív sebfertőzések fertőző forrása lehet a műtő személyzete és a beteg maga, de lehet esetleg a műtő környezete, a padló vagy a műszer is. Általában sporadikusan jelentkeznek. Létrejöttüket alapvetően meghatározó három tényező a következő: a seb fertőzöttségének mértéke, a kórokozó virulenciája és a műtött beteg ellenálló képessége. Átlagosan 7-10 nappal hosszabbítják meg a beteg kórházi kezelésének az időtartamát. Irodalmi adatok szerint a nosocomialis infekciók 17%-át teszik ki.

A Pándy Kálmán Kórházban a nosocomialis sebfertőzés folyamatosan csökkenő tendenciát mutat. Ez egyrészt köszönhető a módszertani levelekben megfogalmazottaknak, másrészt a megváltozott műtéti technikának. Több endoszkópos, laparoszkópos műtétet végeznek, melyek következtében csökkent a fertőzés kialakulásának a lehetősége.

A nosocomialis fertőzések mintegy 7-8%-át teszi ki a nosocomialis sepsis. A kórházi kezelés időtartamát átlagosan 10 nappal hosszabbítják meg. Kórházunkban a sepsisek aránya évekig 8% alatt volt, ezt az értéket 1999-ben haladta meg: 11,5%. Ennek okát két tényező következtében látom: intézeti szinten lényegesen több haemokultúrát vesznek le vizsgálatra, mint az 1999-es évet megelőzően, valamint az 1999-ben vásárolt új haemokultúrák automata a pontos diagnózis alátámasztásában jelentős szerepet játszik.

Negyedik hipotézisem egyértelműen igazolást nyert, mely szerint az ápolás minőségi megvalósítása hozzájárulhat a fertőzések kialakulásának csökkenéséhez - ennek következtében egy aktív fekvőbeteg ellátó intézmény ágyforgójának növeléséhez - valamint azon plusz költség csökkenéséhez, melyet a beteg ápolási költségei idéznek elő, továbbá mentesít a bevételkieséstől.

Minél magasabb egy intézet ágykihasználtsága, annál nagyobb bevételkiesést jelent számá-

ra. Mivel magas ágykihasználtság esetén nagy a valószínűsége annak, hogy a hosszabban ápolott eset miatt nincs lehetőség másik beteg felvételére. Kórházunkban a 80%-os ágykihasználtság mellett ez a bevételkiesés az 1999-es évben 8.370.189 forintot, valamint az a többletköltség, amelyet a ápolás idézett elő 3.072.888 forintot jelentett. Azokban az intézetekben viszont, ahol csak 60-70%-os ágykihasználtság áll fenn, ott az előbb említett összegek nem jelentkeznek komoly tételként. Ahhoz azonban, hogy a költségeket egymáshoz viszonyíthatassam, számolnom kellett az évek során bekövetkezett inflációval.

Ennek következtében a kapott költségeket a 2. számú táblázat szemlélteti. A nosocomialis fertőzések a négy fertőzőcsoportot együttesen tekintve 1997. évről 1999. évre 3,3%-os költség-emelkedést, valamint a bevételkiesés tekintetében 17,4% emelkedést okoztak.

Elképzelések, javaslatok a jövőre vonatkozóan

Javaslatom dr. Baráth Lajos kórházi gazdasági igazgató szavaival kezdeném: „Az egészségügy mindig és minden országban kényes kérdés; egyszerre igény az egészségügyi kiadások visszafogása, valamint az orvostechnikai fejlődés legújabb eredményeinek alkalmazása. Világtendencia, hogy egyre nehezebb finanszírozni a meglévő kapacitásokat, s ennek megfelelően érvényesülnie kell a költséghatékony működtetésnek.”

A korábbi báziszméletű költségvetés-tervezési és finanszírozási mód helyett a szolgáltatáselvű, a teljesítményeket preferáló finanszírozási technika honosodott meg. Így az intézmények, kórházak vezetésének ma már nem elég a magas színvonalú gyógyító munka megszervezéséről gondoskodni, hanem biztosítani kell az intézmény költséghatékony, gazdaságos működtetését, likviditását. Az intézményi menedzsmentnek folyamatosan kontrollt kell gyakorolnia az intézményben lezajló gazdasági folyamatok felett.

Megszűntek az intézmények garantált bevételű, működőképességüket döntően meghatározó, hogy a szolgáltatási teljesítmények alapján mekkora bevételeket képes elérni. Ennek figyelésére és alakítására szolgál a bevételmenedzselés. Az intézmények fizetőképességének megtartása érdekében van szükség a bevételek és kiadások tervezésére, figyelésére és, ha szükséges, korrigálására, azaz a likviditásmenedzselésre.

A működés zavartalanágának legfontosabb kérdése a költségmenedzselés. A korábbi rendszer csak az intézmény egyes szakfeladatain belül figyelte a bevétel szembeni kiadások alakulását (például: aktív ellátásnak és osztályok felhasználását nem regisztrálta). A normatív finanszírozási rendszerben nem volt jelentősége a költségfigyelésnek. Ma az intézmény egyes szervezeti egységei tevékenységének előre meghatározott költségkeretek között tartásáról van szó, ami megköveteli az elemi szakmai tevékenységek, a beavatkozások, a felhasznált gyógyászati anyagok, a gyógyszerek, a betegápolási idők elemi, folyamatos mélyreható követését és értékelését. Ez a feladat csak megfelelő intézményi gazdálkodási rendszer kiépítésével érhető el.

Az intézményvezetők egyik legfontosabb feladata a bevétel- és a költségmenedzselés, egyszóval az intézményi likviditás szemmel tartása. A likviditás, zavartalan működés hatékony menedzselésének előfeltétele az intézményi gazdálkodásra vonatkozó üzleti tervek elkészítése. Az üzleti terv bázisát a naturáliákban meghatározott teljesítményterv képezi.

Ha nem megfelelő a kórház gazdálkodási rendszere, akkor milyen legyen a jövő kórházgazdálkodása? Olyan legyen, mely a kiadás helyett a költségre helyezi a hangsúlyt, lehetővé teszi a finanszírozás és az elszámolás közötti jelenleg kéthavi késés korrigálását, s számviteli szempontból a kettős könyvvitelre alapozott pénzforgalmi elszámolást helyett a kettős könyvelésre alapozott költségzempléttel elszámolást valósítson meg. Az új típusú kórház-gazdálkodási rendszer megteremtésének és működtetésének leghatékonyabb eszköze nem lehet más, mint az ipari szférában sikeresen alkalmazott vezetői információs rendszer, a controlling.

Az ápolási ágazat becsült költségei a teljes

(Folytatás a túldalonn.)



PRIVATIZÁCIÓ – TŐKEBEFEKTETÉSSEL

Egészségügyünk jelenében kulcskérdés a privatizáció, ennek prioritását valamennyi kormányzati ciklus elismerte. A *hogyan-ban* voltak módszertani különbségek, mára azonban kikristályosodott: a funkcionális privatizáció azokat a nehézségeket, amelyek tőkehiányra vezethetők vissza, nem oldja meg.

A megoldás a beruházáson alapuló magánosítás, amikor a forráshiányos állami szektorban szerez létjogosultságot az a vállalkozó, aki az első perctől kezdve tisztában van azzal, hogy tőkéjére a hosszútávú megtérülés a jellemző. Ebben a tekintetben csaknem egyedülálló az EuroCare Rt. Nephrológiai Hálózata, amely tízenhárom dialízis, illetve nephrológiai központot és decentrumot tudhat magáénak Magyarországon, ahol a múlt év adatai szerint 172.676 dialíziskezelést végeztek, 2001-ben pedig 190.000 kezelés várható.

1989-ben, amikor az EuroCare Magyarország Egészségügyi Szolgáltató Rt. elsőként létrehozta magánegészségügyi létesítményét a budapesti, Tétényi úti (ma Szent Imre Kórház területén) tisztában volt ezzel. Az ott elért eredmények figyelembevételével Fabók József dolgozta ki a nephrológiai hálózat koncepcióját, melynek megvalósítására megbízást kapott a cég akkori tulajdonosától. A teljes stratégia elkészítése után kezdődött el 1990-ben a nephrológiai hálózat megvalósítása.

NEPHROLÓGIAI HÁLÓZAT – ORVOSSZAKMAI KONCEPCIÓVAL

A nephrológiai hálózat kiépítésekor a részvénytársaság ajánlatot tett az egészségügyi létesítmények tulajdonosainak, az önkormányzatoknak, hogy első lépésként a sok helyen elavult orvostechológiai felszereléseket napi áron megvásárolja és ezzel egyidőben nyugat-európai színvonalú orvostechnikával szereli fel a működtetésre átvett dialízisközpontokat, amelyeken – ahol szükséges – az épületfelújításokat is elvégzi. Megfelelő kezelésszám elérését követően pedig (második lépésként) új dialízisközpontot épít fővállalkozásban. Az így létrejött szerződésekből 99 évre vállalta az érintett regionális területeken, hogy az állami egészségüggyel közösen biztosítja a betegellátást. Betartja az adott régióra vonatkozó orvosszakmai programban leírt követelményeket, amelyek elérik a nyugat-európai színvonalat.

Az EuroCare Rt. azt az orvosszakmai koncepciót részesíti előnyben, ahol a nephrológiai szűrés, gondozás, a dialíziskezelés és a nephrológiai osztály egy egységként, elválaszthatatlanul egy orvosszakmai irányítással végzi a gyógyító tevékenységet.

A hálózat létrejötte óta az EuroCare Rt. 4 milliárd forintot fordított új dialízisközpontok létesítésére, illetve az orvostechnika fejlesztésére. Létrehozta saját gyáregységét és gyártmányfejlesztési csoportját, amelyek az anyagcéggel – az évi több milliárd márkás forgalmat bonyolító B.Braun konzernnel – együttműködve garantálja a mindenkor legmagasabb szintű orvostechológiát. A már több éve üzemelő művesegépeket folyamatosan cserélik a legújabb technikai színvonalat képviselő, off-line és on-line hemodiafiltrációs kezelésre is alkalmas B.Braun gyártmányú „DIALÓG” művesegépekre.

EUROCARE RT. – TÜV CERT MINŐSÉGBIZTOSÍTÁSI TANÚSÍTVÁNY

Az EuroCare Magyarország Egészségügyi Szolgáltató Rt. 10 éves fennállásakor, a hazai dialízis szolgáltatók közül elsőként megszerezte az ISO 9001 minőségbiztosítási tanúsítványt. A minőségbiztosítási tanúsítványban előírt követelmények betartásával és ellenőrzésével megvalósul az EuroCare Rt. legfőbb célkitűzése: a szakmai és gazdasági lehetőségek, valamint a szolgáltatást igénybevevők elvárásainak figyelembevételével a betegellátás minőségének nemzetközi normákhoz való igazítása, a terápiás folyamatok hatékonyságának és eredményességének fokozása, ami a betegek folyamatosan javuló életkialakításának és életminőségének garanciája.

A TIZENNEGYEDIK ÁLLOMÁS ALAPKÖLETÉTELE

Pest megye dialízisellátásának tekintetében óriási előrelépés az EuroCare Rt. Kistarcsán, Flór Ferenc Kórház területén épülő dialízisközpontja, mivel a területet ellátó kapacitások a fővárosi kórházakban épültek ki.

A betegek életminősége szempontjából meghatározó jelentőségű, hogy kétnaponta mennyi időt vannak távol otthonuktól a kezelés miatt, illetve mennyi időt kell eltölteni utazással. A fővárosi közlekedésben történő betegszállítás pedig további megpróbáltatást jelent a rendszeres ellátást igénylő számára.

Ezen a helyzeten kíván változtatni az EuroCare Egészségügyi Szolgáltató Rt. azzal, hogy a Pest megye északi, illetve keleti részén élők, a Flór Ferenc Kórház vonzáskörzetéhez tartozó, dialízisellátásra szoruló részére korszerű, mindenben nyugat-európai színvonalnak megfelelő dialízisközpontot létesít, megkímélve a betegeket a fölösleges utazástól.

A zöldmezős beruhásként megvalósuló 21 ágyas, 1200 m² alapterületű dialízisközpont átadására a tervek szerint 2001. utolsó negyedévében kerül sor.

Tudósítás az új kistarcsai EuroCare dialízisközpont ünnepélyes alapkövetételéről



Sajtótájékoztató (balról jobbra): **Fabók József, az EuroCare Rt. igazgatója, Dr. Budaházy Emil, a Pest megyei Flór Ferenc Kórház főigazgatója, T. Mészáros András, a Pest megyei Önkormányzat Közgyűlésének elnöke, Dr. Homor Zsuzsanna, a Pest megyei ÁNTSZ tisztifőorvosa, Dr. Korom Lajos, az EuroCare Rt. vezérigazgatója.**



Az EuroCare Rt. új kistarcsai dialízisközpontjának épületterve



Az új dialízisközpont alapköve



(Fent, balról jobbra:) **Dr. Korom Lajos, az EuroCare Rt. vezérigazgatója, T. Mészáros András, a Pest megyei Önkormányzat Közgyűlésének elnöke, Fabók József, az EuroCare Rt. igazgatója, Gyöngyössi György, az EuroCare Rt. szervező-koordinátora, Horn Péter, az EuroCare Rt. hálózati fősztályvezetője, Bábiczki Sándor, az EuroCare Rt. létesítmény főmérnöke, Dr. Budaházy Emil, a Pest megyei Flór Ferenc Kórház főigazgatója**
(Jobb oldali kép:) **T. Mészáros András, a Pest megyei Önkormányzat Közgyűlésének elnöke elhelyezi a dialízisközpont alapkövét**

