

EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓK AKKREDITÁCIÓS RENDSZERE: A BELLA PROGRAM



Egészségügyi szolgáltatók akkreditációs rendszere: a BELLA program

Felelős szerkesztő:
dr. habil. Belicza Éva
munkacsoport-vezető

Kiadó:
Állami Egészségügyi Ellátó Központ
ISBN 978-615-5502-17-0
www.bella-akkreditacio.hu

A kiadvány készítői betűrendben
dr. habil. Belicza Éva, dr. Fügedi Gergely, Horváth Szilvia, prof. dr. Kullmann Lajos,
dr. Lám Judit, dr. Safadi Heléna, Sinka Lászlóné Adamik Erika, prof. dr. Soós Gyöngyvér,
dr. Takács Erika, dr. Tihanyi Mariann

Közreműködött:
dr. Freisinger Ádám, Pitás Eszter, Surján Cecília, dr. Szarvas Gábor Zsombor,
dr. Tóth Ágnes Anita

Tartalom

1. Bevezetés	3
2. Az egészségügyi szolgáltatók akkreditációs rendszerének magyarországi előzményei	5
3. A betegbiztonság jelentősége és fejlesztési lehetőségei	6
4. Az akkreditációs program általános jellemzői, szlogenje és logója	7
5. A BELLA akkreditációs rendszer kialakításának lépései, a fejlesztési módszertan	8
5.1. Az akkreditáció alapjául szolgáló szabályozók, a standardok kidolgozása és tesztelése	8
5.1.1. A fejlesztés első lépései	9
5.1.2. Standard témakörök meghatározása, nyers standardok kialakítása	10
5.1.3. A nyers standardok formába öntése	10
5.1.4. Tesztelés és a tapasztalatok hasznosítása	11
5.1.5. Speciális tesztelés: a SETER projekt	12
5.1.6. Az első standardok véglegesítése	12
5.2. Az akkreditációs igazolás alapjául szolgáló értékelési rendszer szempontjainak, szakmai tartalmának kialakítása	12
5.3. A tanácsadást és a felülvizsgálatot végző munkatársak képzési és értékelési rendszerének kialakítása	14
5.4. A programba belépő szolgáltatók felkészítő programjának és értékelési rendjének kialakítása	14
5.5. A rendszerszerű működés meghatározása	15
6. A BELLA program szakmai jellemzői, eredményei	15
6.1. Az akkreditációs standardok	15
6.2. A gyógyszerészi gondozási irányelvek fejlesztése	18
6.3. A standardok bevezetését támogató szakmai anyagok	18
6.4. Az akkreditációs szintek és a döntési kritériumok	19
6.5. Az akkreditációs eljárás	19
6.5.1. Az önértékelés szakmai tartalma	21
6.5.2. A helyszíni felülvizsgálat szakmai tartalma	22
6.6. Képzések	22
6.6.1. Felülvizsgálók	23
6.6.2. Intézményi koordinátorok	23
6.6.3. Belső koordinátorok	23
6.7. Informatikai fejlesztések	24
7. Az egészségügyi szolgáltatók felkészítése a standardok szerinti működés kialakítására	24
7.1. Belső koordinátori rendszer	24
7.2. Tanácsadási rendszer	25

7.3. Kommunikációs eszközök.	26
7.4. A felkészítési program szakmai tartalma	26
7.5. A tanácsadások értékelési rendszere	27
8. A felülvizsgálati eljárás szakmai tartalma.	28
8.1. Értékelési kritériumok kialakítása.	28
8.2. A megfelelés pontozási rendszere	28
8.3. Értékelési kritériumok gyógyszerészi gondozási irányelvek működésére.	29
9. Az akkreditáció hatásvizsgálata.	29
10. Rendszerszintű problémák azonosítása	29
11. A felkészítési program első tapasztalatai	30
12. Jövőkép.	31
13. A projekt megvalósítói	32
14. A fejlesztés és tanácsadás számokban.	35
Köszönetnyilvánítás.	37
Mellékletek	38
Rövidítések és fogalmak jegyzéke	38
Táblázatok jegyzéke	38
Ábrák jegyzéke.	38
Irodalomjegyzék.	39
Hivatkozott szakirodalmi tételek.	39
A fejlesztést végzők témakörhöz kapcsolódó publikációi	40

1. Bevezetés

A 17. századi „akkreditor” szóból származó „akkreditáció” fogalom a „*mettre à crédit*” („hitelt ad”, „hitelesít”) francia kifejezésből ered [1]. Rövid általános magyarázata „hitelt vagy elismerést érdemlő cselekedet” [2]. Az aktuális szaknyelvben ennél pontosabb meghatározás ismert: „egy személy vagy szervezet adott státuszának, vagy adott tevékenység végzésére vonatkozó alkalmasság hivatalos elismerése vagy elismerési folyamata” [3].

Az egészségügyi akkreditáció olyan formális eljárás, melynek során egy elismert testület, általában nem kormányzati szervezet felméri és elismeri egy egészségügyi szolgáltató előre meghatározott és közzétett standardoknak való megfelelését [4, 5]. Az egészségügyi akkreditáció célja Rooney 1999-es munkája [4] alapján:

- az ellátás minőségének javítása egészségügyi szervezetek által elérendő standardokban megadott optimális teljesítménycélok meghatározásával;
- az egészségügyi szolgáltatások integrációjának és szervezettségének serkentése és javítása;
- összehasonlító adatbázis létrehozása adott struktúra, folyamat és eredmény standardoknak vagy kritériumoknak megfelelő egészségügyi szervezetekről;
- az egészségügyi szolgáltatások eredményességének és hatékonyságának növelése által az egészségügyi kiadások csökkentése;
- oktatás és konzultációs lehetőség biztosítása minőségfejlesztési stratégiákról és a legjobb gyakorlatokról egészségügyi szervezetek, vezetők és szakemberek számára;
- a lakosság egészségügyi ellátás minőségébe vetett bizalmának erősítése;
- betegek és dolgozók kórházi sérülésekkel és fertőzésekkel összefüggő kockázatának csökkentése.

Az akkreditáció jelenével kapcsolatban a WHO 2003-as jelentésében [6] az alábbiakat foglalja össze:

- az elmúlt két évtized adatai alapján becslve 5 évente megduplázódik az akkreditációs programok száma a világon;
- minden három akkreditációs programból egy kormányzat által jóváhagyott és felhatalmazott módon működik;
- a legtöbb új program két év alatt jut el a fejlesztés megkezdésétől az első felülvizsgálatig;
- megfigyelhető, hogy az akkreditáció fókuszja az egyes egészségügyi egységek (kórház, telephely, részlegek, osztályok stb.) felülvizsgálatáról a betegút követése felé mozdul el;
- az akkreditációs rendszereket egyre inkább jellemzi a transzparencia, ennek jegyében egyre több országban publikálják nyilvánosan a standardokat, és van példa az intézményekről készült akkreditációs jelentés nyilvánosságra hozatalára is.

Az egészségügyi akkreditáció a fejlett országokban mára általánosan elfogadott és elismert eszközzé vált az ellátás minőségének fejlesztéséhez. Az egészségügyi akkreditáció nemzetközi értékelő szervezete, az International Society for Quality in Healthcare (ISQua) jelenleg 30 akkreditációs szervezetet és 57 standardrendszert minősített saját standardjai alapján [7]. A kezdetben alapvető működésre fókuszáló, egy oldalon összefoglalható kezdeményezés mára komplex, rendszerint szigorúan magas, de teljesíthető színvonalat elváró, következetesen tervezett és szervezett, szakmaspecifikus eszközkészletté vált, amelynek fő fókuszába egyre inkább a betegellátás biztonsága kerül.

Az akkreditációs folyamat fontos szereplője az akkreditációt végző szervezet, amely a nemzetközi gyakorlat szerint lehet állami kézben (pl. az egészségügyért felelős minisztérium vagy államtitkárság irányítása alatt), vagy – ezzel ellentétesen – lehet a kormányzattól teljesen független testület, de ismeretek egyes struktúrák is. Az akkreditációért felelős intézmény feladatai [9]:

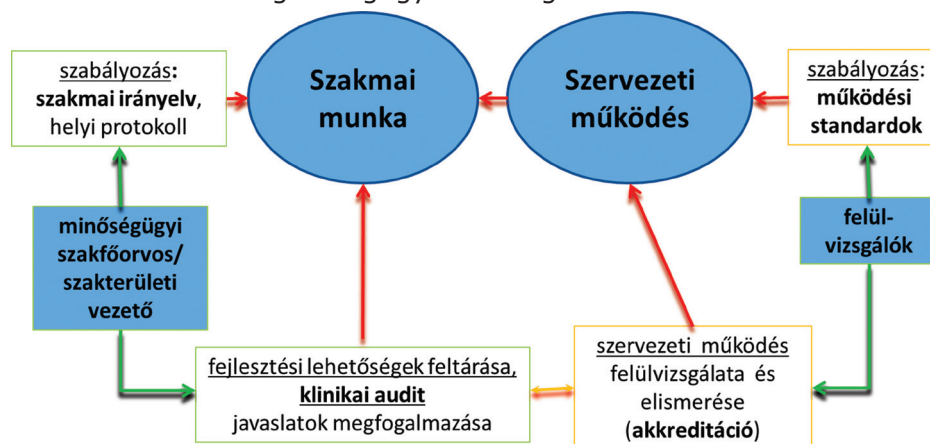
1. a felülvizsgálat alapját képező standardok fejlesztése és kezelése;
2. felülvizsgálók kiválasztása, képzése és szervezése;
3. az akkreditációs eljárás, ezen belül különösen a felülvizsgálatok szervezése és lebonyolítása.

Az egészségügyi akkreditáció szakmai alapját egészségügyre specifikusan fejlesztett standardok adják. A standard olyan, kompetens testület által előre meghatározott, jól körülhatárolt elvárás, amely

leírja egy szervezet elfogadható működési szintjét [4]. Az egészségügyi standard a szakmai ellátásnak helyt adó környezettel szembeni elvárásokat tartalmaz, vagyis az egészségügyi szervezetek működésére fókuszál [10]. Ez rendkívül fontos különbség azon eszközökkel szemben, amelyek az ellátás szakmai minőségét vizsgálják (pl. klinikai audit), ugyanis az akkreditáció ezáltal a gyógyításhoz kapcsoló szakmai döntéseket teljes egészében az ellátók kezében hagyja (1. ábra).

A standardokat rendszerint szakértők fejlesztik konszenzusos alapon – ebből adódóan az adott rendszertől függően eltérő tartalommal és szerkezetben jelenhetnek meg a különböző akkreditációs programokban [6, 11]. Tartalmukat tekintve a standardok a legtöbb rendszerben az ellátási tevékenységhez kapcsolódó minden intézményi működési területet lefednek, ideértve az intézményi menedzsmentet és külső-belső kommunikációs folyamatokat, a közvetlen betegellátáshoz kapcsolódó folyamatokat, az azokhoz szükséges infrastruktúra tervezését és biztosítását, valamint ISQua elvárásként kötelezően érintik az intézményi stratégiai tervezés, minőségfejlesztés, biztonság/betegbiztonság és infekciókontroll témaköreit [10]. Megfigyelhető, hogy az új, induló standardrendszerek kezdetben alacsonyabb, minimális elvárásokat fogalmaznak meg, majd az akkreditációs kultúra és rendszer fejlődésével fokozatosan optimum standardok bevezetése felé mozdulnak el [5]. Ezt a standardok rendszeres, periodikus áttekintésével és frissítésével valósítják meg. Az akkreditáció fontos tulajdonsága és egyben erőssége, hogy magas szintű, mégis az adott egészségügyi rendszer által elérhető minőségcélok kitűzésére törekszik, így motiválva a részt vevő intézményeket a folyamatos minőségfejlesztésre [4]. Fontos erősségként kell említeni azt is, hogy tudatosan a tényleges működésre, nem pedig a dokumentáció és szabályozások ellenőrzésére fókuszál – az utóbbi önmagában ugyanis könnyen adhat megtévesztően pozitív képet egy intézményről.

1. ábra A szakmai és működési szabályozók közti különbség az egészségügyi minőségbiztosítás során



Bár egy WHO találkozón már 1995-ben kimondták, hogy az egészségügyi minőségfejlesztési technikák közül az akkreditáció a legfontosabb módszer [12], tényleges eredményességéről beszámoló kutatások csak több mint egy évtizeddel később kezdtek megjelenni a szakirodalomban. Greenfield és munkatársai 2008-ban még csak két területen, a pozitív szervezeti változás és a szakmai fejlődés előidézésében találtak szignifikáns hatást [13]. Három évvel később Alkhenzian és Shaw már egyértelműen arról számolnak be, hogy az akkreditáció javítja az ellátás folyamatát, és növeli a klinikai eredményességet [14]. 2012-ben Hinchcliff irodalmi áttekintés alapján megerősítette ezt, kimondva az egészségügyi akkreditáció hasznosságát az egészségügyi szolgáltatások magas szintű ellátásának és magas minőségű szervezeti folyamatainak kialakításában [15]. Ezzel összecseng több, szolgáltatók és akkreditációban részt vevők körében készített korábbi felmérés, amelyek közösen említik az alábbi előnyöket [8]:

- szorosabb és jobb csapatmunka és belső szervezeti kohézió;
- a klinikai és adminisztratív folyamatok érdemi fejlesztése és egységesítése belső konzultációk mentén;
- különböző ellátói csoportok minőségügyi tevékenységének és tudásának összekapcsolása;
- standardok alkalmazása;

- külső kapcsolatépítés;
- külső publicitás és marketingelőnyök, az intézményről alkotott nyilvános vélemény javítása, valamint munkaerő és igénybe vevők vonzása.

Gyakran felmerülő kérdés, hogy miben ad mást a standardokon alapuló akkreditációs rendszer a hazánkban is széles körben alkalmazott ISO szabványokon alapuló tanúsítási rendszerhez képest. Az International Organization for Standardization szabványok sorozatát fejlesztette ki az ipar számára (ISO 9000). Elsősorban a németországi és a svájci egészségügyben alkalmazzák, de egész Európában elterjedt az egészségügyi ellátásban a minőségirányítási rendszerek értékelésére [16]. Minden országban Nemzeti Testület vizsgálja és ismeri el („akkreditálja”) azokat a független szervezeteket, amelyek tanúsítják a szabványok szerint működő szolgáltatókat.

Az elsődleges különbség a két rendszer között az egészségügyre specifikusság mértéke. Az ISO szabványokat eredetileg az ipari működésre fejlesztették ki, ezáltal általános minőségmenedzsment-elvárásokat tartalmaznak. A minőségügyi eszközök eredményességét Shaw kutatta több tanulmányban. Az akkreditáció és az ISO tanúsítás összehasonlításáról írt 2010-es, 71 kórház bevonásával készült cikkében hat vizsgált területből háromban (kórházi menedzsment, megbízottság, klinikai gyakorlat) teljesített jobban az akkreditáció, míg háromban (betegjogok, klinikai tevékenység szervezése, környezet) nem volt különbség a két rendszer között [17]; ugyanakkor minden olyan intézmény, amely vagy akkreditációval, vagy tanúsítással rendelkezett, jobban teljesített a minőségügyi rendszert nem működtető intézményekkel szemben. A DUQuE projekt adatai alapján készült 2014-es cikkben az akkreditáció a klinikai vezetés és az ellenőrzés területén mutatott jobb teljesítményt a tanúsításnál, bár ez nem minden esetben volt szignifikáns [18]. A tanulmány fő konklúzióként emellett a mindkét típusú minősítéssel rendelkező intézmények szignifikánsan jobb teljesítményét is hangsúlyozza.

További különbségek mutatkoznak az akkreditáció és a tanúsítás között a rendszerek szervezését tekintve. Az akkreditációs rendszerekkel szemben alapvető ISQua elvárás a standardok, a felülvizsgálati módszertan és az értékelési szempontok nyilvános közzététele, elérhetőségük biztosítása [10], míg az ISO auditok esetében az auditeljárást és a döntési kritériumokat nem publikáltják. Ennek háttérében fontos tényező az auditcégek között fennálló természetes piaci versenyhelyzet, szemben az akkreditációs rendszerek rendszerint országos szintű, nonprofit működésével. Az akkreditáció esetében alapelv a felülvizsgálók peer státuszának kizárólagossága (azonos végzettség és azonos ellátási formában, pl. járóbeteg-szakellátásban, gyógyszerárban stb. történő munkavégzés), míg az auditorokkal szemben ez nem kizáró jellegű elvárás; emellett pedig az akkreditációs felülvizsgálók képzési és teljesítményértékelési módszertana is hozzáférhető, szemben az auditszervezetek gyakorlatával.

2. Az egészségügyi szolgáltatók akkreditációs rendszerének magyarországi előzményei

Magyarországon az első kórházi standardok (KES) nemzetközi minta alapján készültek 2001-ben. A tárca ezt továbbfejlesztve készítette el a több ellátói csoportra is értelmezhető Magyar Egészségügyi Ellátási Standardokat (MEES). A felülvizsgálati rendszer kidolgozása azonban elmaradt, a külső értékelést tanúsító cégek végezték. Nem történt meg a standardok szisztematikus fejlesztése, az alkalmazási gyakorlat tapasztalatainak feldolgozása és a standardok egységes értelmezése. 2006-ban készült egy tanulmány a standardok szerinti egységes külső értékelési rendszer kialakítására, de forrás hiányában akkor elmaradt a megvalósítás.

Ebben az időszakban a Magyar Gyógyszerészi Kamara felismerte, hogy a patikai munkát is standardizálni szükséges, és ennek érdekében standardrendszert dolgozott ki a KES/MEES szemléletére építve. A kipróbálás és a gyakorlati alkalmazás azonban – ugyancsak forráshiány miatt – lekerült a napi-rendről. Elindult viszont a betegek helyes gyógyszeresedési gyakorlatát támogató gyógyszerészi gondozás hazai meghonosítása, és 2010-ben nyilvánosságot kapott az első gyógyszerészi gondozási protokoll is a metabolikus szindrómában szenvedő betegekre vonatkozóan.

A 2007–2013-as Európai Unió költségvetési ciklusban nyílt lehetőség arra, hogy a tárca elindítsa a hazai akkreditációs rendszer kialakítását, elsőként a fekvő- és járóbeteg-ellátó intézményeket és a közforgalmú gyógyszerárakat érintő standardok kidolgozásával. Elvárás volt a gyógyszerészi gondozás biztonságos kialakítása is. A projekt irányítását a tárca az időközben megalakuló Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) feladatául rendelte. A kiemelt projekt a TÁMOP 6.2.5/A-13-2012-0001 pályázat keretében a 2012. december 1–2014. november 30. közötti időszakban került lebonyolításra.

A kidolgozott és tesztelt standardok széles körű elterjesztésére az időközben – ugyancsak a GYEMSZI vezetésével – elindult TÁMOP 6.2.5/B-13/1-2014-0001, *Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködés kialakítása* c. pályázati konstrukció keretében nyílt lehetőség. A projekt Minőségfejlesztési munkacsoportja alakította ki és bonyolította le azt a felkészítési programot, amelynek segítségével a programba becsatlakozó intézményekben a standardok bevezetésére vonatkozó oktatás és tanácsadás zajlott. A projekt 2015. november 30-án zárult.

Kiadványunkban a két projekt három éve során végzett tevékenységeket, eredményeket és tapasztalatokat foglaljuk össze. Bemutatjuk a kidolgozott akkreditációs program hátterét, célját, fejlesztési módszertanát és eszköztárát, a lebonyolításra került felkészítési program főbb jellemzőit, valamint a standardok alkalmazásával és a felülvizsgálati eljárás kipróbálásával szerzett első tapasztalatokat. Ismertetjük azokat a feltárt problémákat, amelyek rendszerszintű megoldásokra várnak, illetve szólunk az akkreditációs programhoz kapcsolódó hatásvizsgálati kutatásról is.

3. A betegbiztonság jelentősége és fejlesztési lehetőségei

Az Institute of Medicine (Orvosi Intézet, USA) 1999-ben publikálta a *To err is human* (Tévedni emberi dolog) c. kiadványát, amellyel rávilágított a betegbiztonság súlyos helyzetére az egészségügyben [19]. E szerint a kórházakba felvett betegek egytizedénél alakul ki az ellátás következményeként valamilyen nemkívánatos esemény (adverse event). Ez lehet például műtéti szövődmény, az ellátás idején szerzett fertőzés, az állapot romlása vagy hosszabb idejű gyógyulás, továbbá esésből, véletlen tűszúrásból eredő sérülés. A kutatások szerint a nemkívánatos események hátterében elsősorban a rendszerek (pl. munkaidő-beosztás, eszközök tárolása), folyamatok (pl. gyógyszerosztás, beszerzés), megtervezésének a gyengeségei, illetve a tevékenységek végzésekor fellépő környezeti tényezők (pl. zsúfoltság, stressz, időnyomás) állnak, egyszemélyi felelősség csupán 10–15%-ban állapítható meg. Ebből következik, hogy a nemkívánatos események eredményes visszaszorítását a rendszerekben és a folyamatokban rejlő veszélyforrások, valamint a működési környezetből eredő hatások feltérképezésével és jelentőségük csökkentésével, nem pedig a hibát elkövetők felkutatásával és megbüntetésével lehet elérni. A téma jelentőségét az Európai Unió is felismerte. Tanácsa 2009-es ajánlásában elvárásokat fogalmazott meg „az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzését és ellenőrzését is magában foglaló betegbiztonságról” a tagállamok számára. Ebben többek között követelményeket határoz meg a témakör oktatására, a nemkívánatos események jelentési és tanuló rendszerének működtetésére, illetve a legjobb gyakorlatok gyűjtésére és terjesztésére vonatkozóan [20].

A betegbiztonság fejlesztésére irányuló törekvések során abból az alapelvből kell kiindulnunk, hogy a kívánt eredményt megbízható módon a tevékenységek és a folyamatok szabályozásával, illetve az azoknak megfelelő munkavégzéssel lehet elérni. A másik fontos kiindulópont, hogy az eltérő helyszíneken, időpontokban és körülmények között előforduló nemkívánatos események okai között megállapíthatók azonosságok. Ezek jelenléte a helyszíntől és a szereplőktől függetlenül is az adott nemkívánatos esemény kialakulásához vezethet. Ha felismerjük ezeket az előidéző okokat, akkor intézkedéseket tudunk hozni kiküszöbölésükre vagy mérséklésükre, így a következményként kialakuló események száma csökkenthető. Lehetséges módszer tehát a veszélyforrások és a kockázatok kutatása és felismerése,

ezek kezelési módjainak meghatározása és gyakorlati alkalmazása, valamint az ezek nyomán elvárt munkavégzés.

4. Az akkreditációs program általános jellemzői, szlogenje és logója

Az akkreditációs rendszer kialakításakor előzetesen több alapelvet is megfogalmaztunk (1. táblázat). Ezek közül kiemelendő, hogy hazai fejlesztés mellett döntöttünk, melynek során gyakorló szakemberek fogalmazzák meg a működésre vonatkozó elvárásokat. Szempont volt, hogy az akkreditáció megszerzése ne jelentsen jelentős anyagi és humán erőforrás-terhet a szolgáltatók számára. Törekedtünk arra is, hogy a szolgáltatók a megfogalmazott elvárások gyakorlatba ültetéséhez szakmai támogatást is kapjanak. Fontos szempont volt, hogy az elkészült rendszer a standardok gyakorlati megvalósítására ösztönözze az ellátókat, azaz a működés értékelése ne az írott szabályozókra, hanem a gyakorlati működésre koncentráljon. Végül kiemelendő, hogy a rendszer későbbi nemzetközi elismerése érdekében folyamatosan törekedtünk a nemzetközi, ISQua elvárások [21–23] teljesítésére.

1. táblázat Az akkreditációs program fejlesztésével kapcsolatos alapelvek

A hazai sajátosságokra támaszkodjon. Gyakorló szakemberek határozzák meg az elvárásokat. A betegellátás biztonságának fejlesztését célozza. Betegközpontú megközelítés érvényesüljön az elvárások megfogalmazása során. Teljesíthető, érthető, mérhető, értékelhető, releváns elvárások készüljenek. Támogassa az ellátókat segédanyagokkal, oktatási anyagokkal, háttéranyagokkal, felkészítési programmal. Folyamatos fejlesztés és az elvárások fokozatos emelése valósuljon meg. Az értékelési folyamat a működésre fókuszáljon. Az akkreditációért folyamodó intézmények számára többszintű elismerés legyen nyerhető. Az akkreditációs folyamat az intézmények számára is átlátható és koherens legyen. Nemzetközi (ISQua) elvárások szerint készüljön.

Az akkreditációs program fantázianeve a BELLA lett. Ez a „BetegELLátók Akkreditációja a biztonságos betegellátásért” szlogenből ered. Az alapelvekkel összhangban kifejezi, hogy a programba belépő szolgáltatók nagyobb biztonságot képesek nyújtani a betegeknek és az ellátóknak egyaránt. A betegek esetében ez a kockázatok mérséklését és a nemkívánatos események előfordulásának csökkentését eredményezi. Az ellátóknak érthetőbb, világosabban megfogalmazott feladatokat jelent, így számukra a napi munkavégzés ugyancsak biztonságosabbá válhat.

A BELLA logója arra utal (2. ábra), hogy a megfogalmazott célok csak az érintettek együttműködésével, kölcsönös támogatással és kommunikációval valósulhatnak meg, függetlenül a dolgozók munkakörétől, végzettségétől és a hierarchiában betöltött szerepüktől. Az ellátók, az ellátásban részesülő betegek, illetve a hozzátartozóik közötti együttműködés a biztonságos betegellátás lényeges feltételei.

Az alapelvek kialakítását, a fejlesztési módszertan kidolgozását, a lebonyolítást és az értékelést a program szakmai vezetője által irányított szakértői csoport végezte. A gyakorlati feladatokat: a standardok fejlesztését, tesztelését, az intézményekben zajló tanácsadásokat a projektek keretében erre kiképzett gyakorló szakemberek végezték a szakmai vezetés irányításával. Az intézményekben a standardok értelmezésére, próbaalkalmazására kiterjedő ún. pilotvizsgálatokat, illetve a standardok szerinti működés kialakítását intézményi koordinátorok irányították. A program lépéseit, a legfontosabb jellemzőket Tanácsadó Testület bevonásával véglegesítette a szakmai vezetés. A teljes fejlesztési folyamatot neves külföldi szakértő támogatta.

2. ábra A BELLA logója



5. A BELLA akkreditációs rendszer kialakításának lépései, a fejlesztési módszertan

Az alapelvek (1. táblázat) mentén a szakmai vezetés a következő feladatokat határozta meg:

1. Az akkreditáció alapjául szolgáló szabályozók, az ún. standardok kidolgozása és tesztelése.
2. Az akkreditációs igazolás alapjául szolgáló értékelési rendszer szempontjainak és szakmai tartalmának kialakítása.
3. A tanácsadást és a felülvizsgálatot végző munkatársak képzési és értékelési rendszerének kialakítása.
4. A programba belépő szolgáltatók felkészítő programjának és értékelési rendjének kialakítása.
5. A rendszerszerű működés meghatározása.
6. Informatikai támogatás kialakítása.

5.1. Az akkreditáció alapjául szolgáló szabályozók, a standardok kidolgozása és tesztelése

A standardok kidolgozásának egyik alapelve az volt, hogy azok hazai ellátási környezetben is lényeges, valós, kezelhető problémákra vonatkozzanak, így a magyar ellátói gyakorlatba bevezethető, megvalósítható működési szabályokat hozunk létre. Ebből következően a fejlesztést olyan szakemberek bevonásával valósítottuk meg, akik maguk is érzékelik, és így képesek is azonosítani ezeket a problémákat, valamint javaslatot tudnak tenni a kiküszöbölésükre. A fejlesztési folyamat részletes leírását a 2. táblázat tartalmazza.

2. táblázat A standardfejlesztés főbb lépései

A fejlesztés hónapja	Lépés	Feladat
1	Módszertani alapelvek meghatározása	Fejlesztési folyamat kidolgozása, a szükséges szereplők meghatározása, tananyag fejlesztése
1	Fókuszcsoportos megbeszélés	Orvosokkal, szakdolgozókkal, egészségügyi ellátásban részesülő civilekkel fókuszcsoportos megbeszélés keretében az általuk észlelt legfontosabb minőségi problémák összegyűjtése
1	Standardfejlesztők kiválasztása	Nyílt toborzás, online vizsga lebonyolítása, személyes interjú
2	Munkacsoportok kialakítása	Témakörök meghatározása, feladatok egyeztetése, munkacsoport-vezetők kijelölése a szakmai vezetés tagjai közül
2-36	Rendszeres találkozók a szakmai vezetés és a standardfejlesztők részvételével	Oktatás, konzultáció, feladatok és elért eredmények egyeztetése
2-6	Nyers standardok kidolgozása	Kezelendő problémák azonosítása, lehetséges okok feltárása, megoldási javaslatok megfogalmazása
6	Standardsablon kidolgozása	Nyers standardok sablonba szerkesztése
7-12	Tesztelés előkészítése	Pilot intézmények toborzása, kiválasztása
14-24	Rendszeres találkozók a szakmai vezetés, a felülvizsgálók és a koordinátorok részvételével	Az egyes standardok értelmezése és finomítása a gyakorlatba ültethetőség érdekében, az intézményi képviselők és a standardfejlesztést végző szakemberek (felülvizsgálók) részvételével, a vélemények, tapasztalatok alapján a standardok folyamatos fejlesztése
7-36	Fogalomtár kialakítása	A standardokban használt fogalmak egységes értelmezése érdekében azok meghatározása
17-24	Helyszíni munkatalálkozók a pilotintézményekben	Felülvizsgálói csoportok helyszíni látogatása a pilotintézményekben a standardok gyakorlati bevezethetőségének egyeztetése céljából
21-23	Jogi szakértés	Egészségügyi szakjogász véleményének kikérése annak érdekében, hogy a standardok elkerüljék a jogszabályi ütközéseket
23-24	Anyanyelvi lektorálás	A szóhasználat egységesítése, a megfogalmazás egyértelművé tétele, a magyar nyelv szabályainak figyelembevétele a standardok első közzététele előtt
24	Standardok közzététele	Az első elkészült verzió kinyomtatása és terjesztése
25-35	A felkészítési program tapasztalatainak visszacsatolása	Az időközben elindult felkészítési program során nyert tapasztalatok beépítése a standardokba
36	Standardok közzététele	A standardok második verziójának közzététele szabadon elérhető formában a program honlapján

5.1.1. A fejlesztés első lépései

Nyílt pályázaton toboroztunk szakembereket a standardok kidolgozására. Az alkalmazás feltételeként a felsőfokú végzettséget, a szakellátás, illetve a gyógyszerterári működés aktuális ismeretét, a minőségügyi tapasztalatot határoztuk meg. A jelentkezés további feltétele sikeres vizsga letétele volt a betegellátás biztonságáról szóló távoktatási program tananyagából. A felvételt nyerő szakemberek emellett a havi gyakoriságú találkozók keretében rendszeres oktatásban és továbbképzésben részesültek a betegbiztonságról, a minőségfejlesztési módszerekről, változásvezetési és más menedzseri technikákról.

A standardfejlesztők szakmai hátterük és tapasztalatuk alapján különböző munkacsoportokban dolgoztak (a járó- és fekvőbeteg-ellátás munkacsoportjai: intézmények irányítása, speciális ellátási szükségletek kielégítése, sebészeti ellátás, infekciókontroll, kockázatok kezelése, betegoktatás, a fekvőbeteg-ellátás folyamata, a járóbeteg-ellátás folyamata, illetve patikai működés munkacsoport). Munkájukat a csoportvezető, valamint egy mentor (a szakmai vezetés tagja) irányította.

5.1.2. Standard témakörök meghatározása, nyers standardok kialakítása

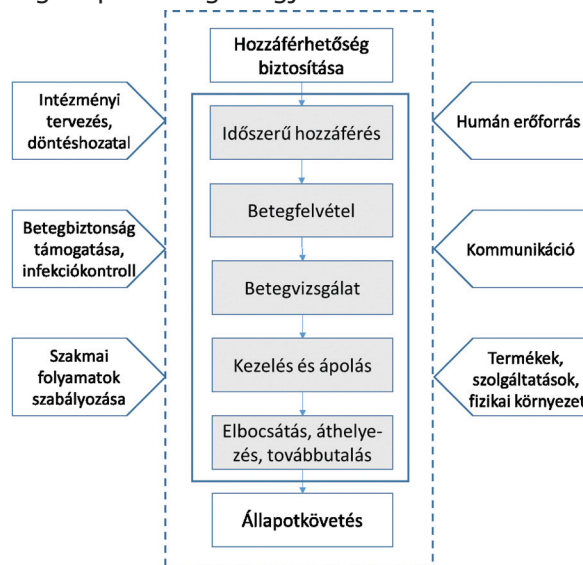
Az egészségügyi intézmények működésével kapcsolatos problémák azonosítására elsőként fókuszcsoportos megbeszéléseket szerveztünk. Külön-külön megbeszélés keretében mértük fel a civilek (betegek), a szakdolgozók és az orvosok véleményét. Ezeket a véleményeket összegyűjtve átadtuk a standardfejlesztő munkacsoportoknak.

A csoportok a fejlesztési folyamat első lépéseként a saját munkahelyi gyakorlatukban tapasztalt, az ellátás biztonságával, eredményességével, hatékonyságával összefüggő fontos működési problémákat gyűjtötték össze, felhasználva a fókuszcsoportos megbeszélések eredményeit is. A problémák elemzését a munkacsoportok egységes módszertan segítségével, minőségfejlesztési technikák alkalmazásával végezték. Azonosították az észlelt problémák okait, megoldási javaslatokat fogalmaztak meg, kiemelve ez utóbbiak közül a megvalósíthatókat. Ezek az ajánlások képezték a későbbi standardok alapját.

A munkacsoportok saját üléskezési rendben dolgoztak, emellett havi megbeszéléseket szerveztünk az összes munkacsoport részvételével. Ennek keretében a munkacsoportok beszámoltak elvégzett feladataikról. A jelenlevőkkel megvitaták az eredményeket és a felmerülő kérdéseket. Hat hónap elteltével a feladatok módosulásával a munkacsoportok tagjai részben cserélődtek, és ekkor kapták a munkatársak a felülvizsgáló megnevezést.

A szakmai vezetés ezzel párhuzamosan tanulmányozta az elérhető külföldi standardrendszereket. A tapasztalatok feldolgozását követően alakítottuk ki a hazai standardok logikai és formai kereteit. Döntöttünk arról, hogy a szakellátási standardok rendszere a betegközpontúság elvét kövesse (3. ábra), figyelembe véve az ezeket befolyásoló irányítási feladatokat és vezetői döntéseket.

3. ábra A betegközpontúság megjelenése a standardok rendszerében



5.1.3. A nyers standardok formába öntése

Az egyes standardok egységes szerkezetének kialakításához standardsablont készítettünk. Ebbe a standardok általános meghatározása mellett specifikus követelményeket, ún. tartalmi elemeket emeltünk be, ezek a tartalmi elemek képezik az akkreditációs felülvizsgálat alapját. A munkacsoportok a szakmai vezetők irányításával sablonba rendezték a problémák kezelésére megfogalmazott megoldási javaslatokat, így készültek el a standardok első, nyers változatai.

A szakmai vezetés alaposan tanulmányozott minden nyers standardot, megvitatatta szükségességüket és gyakorlati megvalósíthatóságukat, egységesítette nyelvezetüket, egyeztetette és értelmezte az alkalmazott fogalmakat, és elindította a fogalomtár kialakítását. Átgondolta az intézményi működéssel kapcsolatos működési folyamatokat, a velük kapcsolatban megfogalmazható elvárt jellemzőket és megvizsgál-

ta, hogy e jellemzők a nyers standardokban megjelentek-e. Ennek alapján a standardok szakmai tartalmát több esetben bővítettük, illetve kiegészítettük. A fejlesztési folyamatnak ebben az első fázisában azt is felmértük, hogy az ISQua akkreditációs standardokkal kapcsolatos elvárásai teljesülnek-e az elkészült hazai rendszerben. Az így feltárt néhány hiányzó elemet ugyancsak beillesztettük a standardok tartalmába.

5.1.4. Tesztelés és a tapasztalatok hasznosítása

A standardok tesztelése egyrészt ún. pilotkórházakban és -szakrendelőkben, valamint közforgalmú patikákban zajlott. A cél az elkészült standardok, illetve később az akkreditációs eljárás egyes lépéseinek értelmezése, gyakorlati kipróbálása volt a visszacsatolás érdekében.

A pilotintézményeket nyílt pályázaton választottuk ki. Összesen 7 fekvőbeteg- és 3 önálló járóbeteg-szakellátó került a programba a 24 pályázó közül, a patikai standardokat 52 gyógyszerár tesztelte. Az intézmények koordinátorokat jelöltek ki a szakmai vezetéssel való kapcsolattartásra. Az ő felelősségük volt a standardok intézményi dolgozókkal, a majdani alkalmazókkal történő egyeztetése és értelmezése, közös véleményük megfogalmazása a standardok érthetőségéről és gyakorlati alkalmazhatóságáról.

A pilotprogram indulásának első negyedévében kétheti, majd havi gyakorisággal egész napos, közös értekezleteket szerveztünk a pilotintézmények koordinátoraival és a felülvizsgálókkal. Az első hetekben az egyes nyers standardok, illetve az azokban szereplő fogalmak értelmezése zajlott, illetve áttekintettük a minőségfejlesztési és a projektmenedzsment-módszerek alapjait. Megbeszéltük az aktuálisan tárgyalt standardtémakör jelenlegi hazai gyakorlatát, és a résztvevők – a koordinátorok és a felülvizsgálók egyaránt – bemutatták a témakörhöz kapcsolódó saját tapasztalataikat, az esetleges problémákat és a jó gyakorlatokat. Ez az ismeretmegosztás a különböző intézményekből érkező munkatársak között később a pilot egyik legfontosabb erényének bizonyult. A csapatszellem és a kommunikációs készségek fejlesztésére kommunikációs tréninget is szerveztünk.

A koordinátorok és felülvizsgálók számára szervezett találkozók után a megbeszélte standardokkal kapcsolatban előre meghatározott kérdések mentén írásbeli véleményt vártunk a koordinátoroktól (3. táblázat)

3. táblázat A standardok elemzési szempontjai a pilotintézményekben

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Érthető, értelmezhető a standard tartalmi eleme? Ha nem, mi nem érthető?• Teljesíthető-e a gyakorlatban az adott tartalmi elem? Ha nem, akkor ezt mivel indokolja? Milyen módosítási javaslatai vannak?• Milyen elméleti és gyakorlati segítségre van szükség a tartalmi elem értelmezéséhez, gyakorlatba ültetéséhez?• Az intézményben van-e segédanyag a standard használatához? Ha van, a BELLA projekt rendelkezésére bocsátható-e? |
|--|

Az írásban beküldött véleményeket feldolgoztuk, egyeztettük, és az érintett tartalmi elemeket szükség esetén módosítottuk. Ez esetenként a tartalmi elem törlését, szűkítését, módosítását vagy bővítését jelentette.

A pilotprogram harmadik hónapjától munkacsoportokat szerveztünk a részt vevő intézményekben folyó munka támogatására. A munkacsoportokba minden résztvevőt beosztottunk függetlenül attól, hogy intézményi koordinátorként vagy felülvizsgálóként vett-e részt a projektben. Ez lehetővé tette, hogy az intézményi koordinátorok is gyűjtsenek tapasztalatokat más intézmények gyakorlatáról. A munkacsoportok feladata az volt, hogy rendszeres megbeszélést tartsanak a hozzájuk rendelt intézményben az adott intézményben releváns valamennyi standardról, és a standardok elvárásai szerint elősegítsék a helyi gyakorlat kialakítását. Az egyes találkozókról a munkacsoport-vezetők beszámolókat készítettek, az abban foglalt észrevételeket elemeztük, majd konszenzusos vélemény alapján ezeket is beépítettük a standardok szakmai tartalmába. Az intézmény méretétől, a munkacsoport-megbeszélések hosszától függően intézményenként 7–12 találkozó került lebonyolításra. Itt jegyezzük meg, hogy a koordinátorok közül többen is bekapcsolódtak a felülvizsgálói munkába, és a későbbiekben ők is képzett felülvizsgálóvá váltak.

A gyógyszerértári pilotban részt vevő patikák esetében a tesztelés az ún. gyógyszerészi gondozási irányelvekre is kitért.

5.1.5. Speciális tesztelés: a SETER projekt

A standardok gyakorlati bevezetésének egyik kulcseleme a megfelelő előkészítés és döntéshozatal, a szükséges feltételek biztosítása, a munkatársak bevonása, oktatása és támogatása. A Semmelweis Egyetem klinikái aktívan részt vettek az egyes betegbiztonsági standardok követelményeinek megfogalmazásában, finomításában, a legjobb gyakorlatok kiválasztásában, illetve az egységes értelmezés kidolgozásában. Ezen SETER nevet kapott „terepgyakorlatok” során olyan témákat tekintettek át, mint a nosocomialis fertőzések kockázatai és kezelésük a gyakorlatban, a kiszolgáltatott betegcsoportok betegbiztonsági kockázatai és kezelésük, a biztonságos sebészeti ellátás kialakítása, a kézhigiénés gyakorlat fejlesztése, a betegek magas kockázattal járó átadásának javítása. A felsoroltakkal együtt összesen tíz standard témakört az egyetem tizenhárom klinikáján próbáltak ki. A tesztelés után levont tanulságokkal és következtetésekkel kiegészítettük a véglegesített standardelvárásokat, a terepmunkák alapján elkészült anyagok pedig az akkreditációs programba belépő intézmények számára nyújtanak segítséget a standardok értelmezéséhez, gyakorlatba ültetéséhez és működtetéséhez egyaránt.

5.1.6. Az első standardok véglegesítése

Egészségügyi szakjogászt kértünk fel a standardrendszer áttekintésére az esetleges ellentmondások jelzésére a tartalmi elemek és a kapcsolódó jogszabályok között, illetve a jogi félreérthetőségek feltárására. Kértük a standardokhoz kapcsolódó releváns jogszabályok jegyzékét is. A szakvélemény alapján elvégeztük a standardokban a szükséges módosításokat.

A standardok kidolgozásában, fejlesztésében, tesztelésében, véglegesítésében és szakértői véleményezésében részt vevő orvosok, szakdolgozók, gyógyszerészek és elméleti szakemberek eltérő szókészletet használnak a napi gyakorlatban. Ugyanazt a fogalmat különböző kifejezésekkel írják le, vagy eltérő értelmezésben használják. Tipikus példa a „kompetencia” szó többféle értelmezése, ami jelenthet ismeretet, gyakorlatot, felhatalmazást, vagy ezek kombinációját. Az egységes fogalomhasználat és a fogalmak megfelelő értelmezése érdekében fogalomtárat alkottunk a standardok kidolgozásával egyidejűleg. Az érthető, magyaros megfogalmazás érdekében jó stílussal rendelkező, a nyelvtani és nyelvhelyességi szabályokat jól ismerő orvoskollégák lektorálták a standardokat, és konszenzussal tettek módosító javaslatokat.

5.2. Az akkreditációs igazolás alapjául szolgáló értékelési rendszer szempontjainak, szakmai tartalmának kialakítása

Az akkreditációs rendszerben a standardokban megfogalmazott elvárások mellett fontos szerepe van annak, hogyan kerül sor a standardok szerinti működés értékelésére. A szakmai vezetés – a nemzetközi gyakorlat és az ISQua elvárások áttekintését követően határozta meg a felülvizsgálati rendszer legfontosabb jellemzőit (4. táblázat).

4. táblázat A felülvizsgálati rendszer alapelemei

Témakör	Meghatározott szakmai tartalom
Akkreditációs eljárás	A programba való jelentkezéstől az akkreditációs döntésig teendő lépések sorozata
A működés értékelési módja	Önértékelés és helyszíni felülvizsgálat
Fókusz	A gyakorlati működés értékelése
Értékelési módszer	Súlyozással kialakított pontrendszer a tartalmi elemek értékeléséhez, amelyek között kötelezően teljesítendő elemek is vannak
Helyszíni felülvizsgálat	Valamennyi betegellátásban érintett szervezeti egységben + betegdokumentáció felülvizsgálata + csoportos interjúk
Felülvizsgálók	A programban képzett, tapasztalt, vizsgázott, peer személyek
Akkreditációs igazolás	Kétszintű, 3 évre szól, független bizottság dönt az odaítéléséről a helyszíni felülvizsgálatról készült jelentés és intézményi visszajelzés alapján

A programba való jelentkezés a jelenlegi jogszabályok szerint önkéntes, amivel egyetértünk.

A felülvizsgálati eljárás két részből áll. Az önértékelési kérdőívet az intézmények a felülvizsgálatra történő jelentkezést követően töltik ki. Az abban leírtak nem képeznek döntési szempontot az akkreditáció odaítélése során, de a helyszíni felülvizsgálat megtervezéséhez a felülvizsgálók figyelembe veszik. Az önértékelési kérdőív kitöltése és a helyszíni felülvizsgálat között kb. 6 hónap telik el annak biztosítására, hogy az intézményben a standardok szerint kialakított működés lehetőleg folyamatos és fenntartható legyen. Az első helyszíni felülvizsgálat során a működést erre a 6 hónapra visszamenőleg lehet vizsgálni.

A felülvizsgálati eljárás kialakításánál, illetve a helyszíni felülvizsgálatok megtervezésekor, a teljesülés elfogadására vonatkozó döntési kritériumok kialakításánál az alkalmazott gyakorlatot kell előtérbe helyezni. Ezzel a megközelítéssel az a cél, hogy az intézmények belső szabályaikat ne az írásztalfióknak készítsék el, hanem ültessék át őket a gyakorlatba, és érjenek el valódi változásokat, minőségjavulást.

A felülvizsgálat pontozáson alapul, a teljesítés szintjétől függően minden értékelt tartalmi elemre 0, 2 vagy 4 pont adható. Emellett a tartalmi elemek súlyszámot kapnak, ezzel az értékkel kell megszorozni a felülvizsgálat során megítélt pontszámot. Az összes pontszám alakításában így az egyes tartalmi elemek különböző mértékben vesznek részt.

Az objektív értékelést segíti, ha a felülvizsgálók párosával járva minden betegellátásban érintett szervezeti egységet meglátogatnak. Ennek során megfigyelik a gyakorlatot, a munkahelyi környezetet, információt kérhetnek a munkatársaktól, betegektől vagy látogatóktól. Az információk gyűjtését emellett a meghatározott témakörökben végzett csoportos interjúk rendszere és a mintavételes technikán alapuló betegdokumentáció-felülvizsgálat segíti. A felülvizsgálati eljárásban csak képzett, az adott ellátási formában munkatapasztalattal bíró, érvényes felülvizsgálói vizsgával rendelkező munkatárs vehet részt.

Eldöntöttük, hogy kétszintű rendszer kerül kialakításra, így alap- vagy emelt szintű akkreditációs igazolás nyerhető a felülvizsgálati eredmények függvényében. Ehhez a standardok minden tartalmi elemét alap- vagy emelt szintű kategóriába soroltuk be. Néhány elem ún. kötelező kategóriába került, ezeknek az elvárásoknak teljes mértékben teljesülniük kell a felülvizsgált intézményekben, ellenkező esetben nem adható ki számukra akkreditációs igazolás. A felülvizsgálat során az adott intézményben értelmezhető valamennyi elvárás teljesülését értékelik a felülvizsgálók, az odaítélhető akkreditációs szint a felülvizsgálat eredményének a függvénye.

5.3. A tanácsadást és a felülvizsgálatot végző munkatársak képzési és értékelési rendszerének kialakítása

Kiemelt jelentősége van a program sikere szempontjából a felülvizsgálók képzésének és felkészültségének, hiszen ők végzik az intézmények felkészítését és felülvizsgálatát. Tudásuk, hozzáállásuk, hitelességük meghatározó a program sikeres működése szempontjából. A képzési programot és a vizsgák rendszerét ennek tudatában alakítottuk ki.

A felülvizsgálók toborzása és képzése több lépcsőben zajlott. A jelentkezőknek először a megbízottsági távoktatási kurzust kellett sikerrel teljesíteniük, majd több csoportban tartottunk négynapos képzéseket a távoktatási programot sikerrel teljesítő összesen mintegy 200 résztvevőnek. A felkészítési programot követően újabb két vizsgán estek át a résztvevők. A részletes szakmai programot a 6.6.1. fejezet tartalmazza.

A szakmai tudás felmérése mellett fontosnak tartottuk a felülvizsgálóktól elvárt viselkedés, hozzáállás értékelését is, ezért erre vonatkozóan komplex értékelési rendszer kidolgozásáról döntöttünk. Ennek részleteit a 7.5. fejezetben ismertetjük.

5.4. A programba belépő szolgáltatók felkészítő programjának és értékelési rendjének kialakítása

A standardokban megfogalmazott működési szabályok megértése újfajta tudást igényel az intézményekben dolgozó munkatársaktól. Ez nemcsak a belső felkészülést koordináló munkatársakat érinti, hanem mindenkit, akinek a napi rutinján változtatni kell a standardok szerinti elvárások teljesülése érdekében. Az intézmények felkészítése ezért komplex feladatként jelent meg számunkra (5. táblázat). Javaslatot készítettünk az intézményeket képviselő koordinátoroknak a felkészülés belső menedzselésére. Tananyagot dolgoztunk ki a koordinátorok és munkatársaik számára, és számos képzési programot bonyolítottunk le. Ezek a képzések kiindulópontot képeztek a tanácsadások elindításához.

A tanácsadások céljaként a standardok szakmai tartalmának megbeszélését, a teljesüléshez szükséges változtatások azonosítását és a megvalósításukhoz módszertani ajánlások megfogalmazását határoztuk meg.

Különös hangsúlyt helyeztünk, a standardok bevezetését támogató segédanyagok, háttéranyagok kidolgozására, adaptálására és közzétételére a programba belépő intézmények számára, amelyek segítik a standard követelmények értelmezését, és alapanyagként szolgálhatnak a helyi gyakorlatok fejlesztése, módosítása során. A segédanyagok egy köre saját módszertani fejlesztés eredménye, mások intézményi felajánlások alapján váltak közkinccsé, illetve publikációk adaptációjaként készültek. A segédanyagok, háttéranyagok alkalmazásához belső szabályozást dolgoztunk ki annak érdekében, hogy elkerüljük a plagizálás veszélyét és a szellemi termékek engedély nélküli használatát.

A felkészítési program és a tanácsadást végző felülvizsgálók fejlesztése érdekében beszámolási, visszajelzési és egyéni értékelési rendszert is kidolgoztunk. Az eredményeket figyelembe vettük a standardok további finomítása során, illetve visszajelztük az értékelt tanácsadóknak.

5. táblázat Az intézményi felkészítési program elemei

- Koordinátori rendszer víziójának kialakítása
- Tananyag kidolgozása az intézményi koordinátorok számára
- Segédanyagok és háttéranyagok készítése
- Intézeti koordinátorok oktatása és konzultáció biztosítása
- Tananyag kidolgozása a belső koordinátorok számára
- Belső koordinátorok képzése
- Tanácsadási rendszer kidolgozása
- A tanácsadási feladatok azonosítása
- Felülvizsgálók felkészítése a tanácsadások lebonyolítására
- Beszámoltatási rendszer kidolgozása
- Értékelési rendszer meghatározása

5.5. A rendszerszerű működés meghatározása

Minden fejlesztési projekt esetén fontos kérdés a fenntartható működés kialakítása. Ennek keretében meghatároztuk a felülvizsgálók nyilvántartási rendszerét, a képzésük követését, vizsgáikat, és az összeférhetlenség megelőzéséhez a tanácsadási és felülvizsgálói tevékenységek rögzítését. Mivel a standardrendszer kidolgozásánál alapelv volt a tapasztalatok visszacsatolása a standardok folyamatos fejlesztésébe, elvárásként fogalmazzuk meg az egyes standardokkal szerzett felülvizsgálói tapasztalatok rögzítését egy feldolgozható, kutatható adatbázisba. A program, a munkatársak, a standardok gyengeségeinek időben történő észleléséhez, a fejlesztési irányok meghatározásához komplex értékelési rendszer kialakításáról döntöttünk. A folyamatos működés megalapozásához alapvető feltétel a megfelelő jogszabályi környezet kialakítása, ami elhelyezi a programot működtető irodát az ellátórendszer palettáján és lehetővé teszi rendszerszerű működését. Csökkenő optimizmussal, de folyamatosan törekedtünk olyan motivációs eszközök meghatározására és elérésére, amelyek a szolgáltatókat az akkreditációs programba való belépésre ösztönzi. Végül feladatként határoztuk meg a pályázati projekt támogatási szerződésében is szereplő elvárást, a nemzetközi akkreditáció elnyerésére való szisztematikus előkészületeket (6. táblázat).

6. táblázat A rendszerszerű működés megalapozásához kapcsolódó feladatok

- anonim adatbázis létrehozása a felülvizsgálati jelentések és eredmények alapján
- a standardok rendszeres felülvizsgálata és megújítása
- visszajelzési rendszer a döntéshozóknak a felülvizsgálati tapasztalatokról és a felülvizsgálatok során észlelt, rendszer szinten megoldandó problémákról
- nyilvántartási rendszer a felülvizsgálók képzéséről, tanácsadói és felülvizsgálói tevékenységéről
- komplex értékelési rendszer kialakítása az akkreditációs programról, standardokról és a felülvizsgálók munkájáról
- jogszabályi környezet és motivációs rendszer létrehozása
- nemzetközi akkreditáció elnyerési feltételeinek kialakítása

6. A BELLA program szakmai jellemzői, eredményei

6.1. Az akkreditációs standardok

A standardok egységes szakmai szerkezetének kialakításához sablont készítettünk (7. táblázat). Ebben a standard címe és általános, tömör meghatározása mellett törekedtünk a standard céljának egyértelmű megfogalmazására és magyarázatára. Az érintett szervezeti egységek, ellátók és betegek megjelölése is segíti a standardok gyakorlati bevezetését. A tartalmi elemek képezik a standard lényegét: megfogalmazzák az intézmények konkrét teendőit a gyakorlati alkalmazás során.

A tartalmi elemek különböző típusú működési feladatokat fogalmaznak meg a klasszikus minőségbiztosítási, minőségfejlesztési logikát (PDCA) követve: tervezd meg, mit akarsz csinálni (plan), hajtsd végre (do), ellenőrizd, hogy a tervek helyesen valósultak-e meg (check), és szükség esetén hozz korrigáló intézkedéseket (act). Ennek alapján a tartalmi elemek típusai a következők:

- Szabályozás („Sz”) – a standardelvárások teljesülését segítő szabályozási pontok összefoglalása;
- Oktatás („O”) – a munkatársak felkészítése a szabályozók szerinti munkavégzésre;
- Működési jellemző („M”) – a szabályozók gyakorlati megvalósulása;
- Speciális ellátási szükségletek („S”) – kiemelt odafigyelés a különleges ellátási szükségletekre;
- Dokumentálás („D”) – a tartalmi elemekkel összefüggő dokumentálási feladatok;
- Ellenőrzés, fejlesztés („E”) – a tartalmi elemek szerinti munkavégzés megvalósulásának értékelése és szükség esetén módosító intézkedések megvalósítása.

7. táblázat Standardsablon

Standard címe
Érvényességi terület, témakör
Azonosító kód, verziószám, utolsó frissítés dátuma
Standard meghatározása
A standard célja
A standard alkalmazásának magyarázata
Érintett egységek, személyek
A standard tartalma – a standard teljesüléséhez szükséges tevékenységek listája
Javasolt indikátorok
Kapcsolódó standardok
Kapcsolódó segédanyagok
Alkalmazott fogalmak
Referenciák
Kapcsolódó jogszabályok

Az elkészült standardok a betegellátási folyamat minden lényeges, kockázatos lépését lefedik, és elsősorban a betegellátásban érintett szervezeti egységek elvárt tevékenységeit írják le. A standardok egy másik köre az egyes betegellátási feladatok végrehajtását befolyásoló menedzselési, irányítási funkciókat fedik le. Ez utóbbiak az intézmény működtetésével kapcsolatos felső- és középvezetői feladatokat és elvárt tevékenységeket foglalják össze (3. ábra).

Tartalmukat tekintve a standardok általában nem terjednek ki az intézményekben jogilag szabályozott és megfelelően kontrollált tevékenységekre (pl. adatvédelem, tűzvédelem). Azonosítottunk két olyan indokot, amikor annak ellenére, hogy a témakört jogszabályok is elvárják, a standardokban is megjelenítjük őket. Az egyik indok, ha a témakör a betegek biztonsága szempontjából lényeges, de a szolgáltatók sok esetben a jogszabályi elvárástól eltérő gyakorlatot folytatnak (pl. gyógyszer-túlérzékenységi adatok rögzítése, surveillance). A másik csoportot azok a működési jellemzők képezik, amelyek mögött ugyan van jogszabály, de túlságosan általánosan fogalmaz, és a szakmai tartalom nem tér ki a fontos részletekre (pl. van jogszabály a korlátozó intézkedésekre, de nem világos, hogy a korlátozás időtartama alatt a beteget hogyan kell megfigyelni). A standardok kialakítása során törekedtünk arra is, hogy ne fogalmazzunk meg olyan elvárásokat, amelyeket az intézmények a dolgozók részéről várható ellenállás vagy a jelentős forrásigény miatt valószínűleg nem tudnak teljesíteni.

8. táblázat A fekvő- és járóbeteg-ellátás standardcsoportjai

Standard csoport megnevezése	Standard megnevezése	Alkalmazási terület	
		fekvő	járó
1. Menedzsment	Szakmai Fejlesztési Terv Döntéstámogatás A betegellátás biztonságát javító vezetői tevékenység Minőségbiztosítás és minőségfejlesztés Humán erőforrás menedzselése Új munkatársak fogadása és alkalmazása A szakmai ellátás helyi szabályainak kialakítása és alkalmazása Klinikai audit tervezése és végzése Panaszok és bejelentések kezelése	x x x x x x x x x	x x x x x x x x
2. Kommunikáció	Külső kommunikáció Belső kommunikáció Tájékoztatás az elérhető szolgáltatásokról Járóbetegek átadása, továbbutalása Műszakok közötti átadás fekvőbeteg-ellátásban Fekvőbetegek áthelyezése, továbbutalása, elbocsátása	x x x x x x	x x x x x
3. Dokumentáció	Működési dokumentumok kialakítása és kezelése Egészségügyi dokumentáció készítése és kezelése	x x	x x
4. Betegellátás	Fekvőbetegek előjegyzése, fogadása és felvétele Fekvőbetegek ellátása Járóbetegek ellátása és gondozása Biztonságos gyógyszerelés a fekvőbetegek ellátásában Biztonságos gyógyszeres kezelés a járóbeteg-ellátásban Preoperatív kivizsgálás és kockázatértékelés Csekklista használata műtéti tevékenység során A beteg műtét utáni felügyelete Dekubitus megelőzése Betegek esésének megelőzése Éles vagy hegyes munkaeszközök által okozott sérülések megelőzése, a baleseteket követő tevékenységek szervezése Újraélesztés egészségügyi ellátó intézményben Haldokló betegek és elhunytak ellátása	x x x x x x x x x x x x x x x	x x x x x x x
5. Infekciókontroll	Infekciókontroll a járóbeteg-ellátásban Infekciókontroll és surveillance a fekvőbeteg-ellátásban Az antibiotikum-alkalmazás irányítása Egészségügyi textíliaellátás Orvostechnikai eszközök fertőtlenítése és sterilizálása Takarítás, egészségügyi hulladék kezelése	x x x x x x	x x x x x
6. Betegellátással kapcsolatos egyéb tevékenységek	Vizsgálatok és konzíliumok rendje Betegazonosítás és a beteghez tartozó dokumentumok, minták, anyagok, eszközök összerendelése Betegek oktatása és képzése	x x x	x x x
7. Termékek, szolgáltatások	Termékek és szolgáltatások beszerzése Termékek átvétele, raktározása és selejtezése Vásárolt szolgáltatások felügyelete Az épített környezet, a közműrendszerek, eszközök, berendezések biztonságos működtetése	x x x x	x x x x

A fekvőbeteg-intézmények számára 39, a járóbeteg-intézményeknek 30 standard készült el (8. táblázat). A két standardcsoportban összesen 26 közös standard van. Emellett a 3 sebészeti ellátáshoz kapcsolódó és az esések megelőzését célzó standard az egynapos sebészeti ellátást nyújtó járóbeteg-intézményekben további akkreditációs elvárásként jelenik meg.

A gyógyszerertári standardok fejlesztése hasonló logikával történt. Ezek elsősorban a közforgalmú gyógyszerellátás rendeletek által nem szabályozott területét, a gyógyszerészi gondozás jó gyakorlatának harmonizálását célozzák. Témaköreit a 9. táblázat tartalmazza.

9. táblázat A közforgalmú gyógyszerárak standardlistája

Standard csoport megnevezése	Standard megnevezése
1. Szervezeti működés	Humán erőforrás menedzselése Gyógyszerészi gondozás tárgyi feltételei
2. Gyógyszerellátás	Vényre történő expedálás Öngyógyszerelés, vény nélküli expedálás
3. Tájékoztatás, tanácsadás, betegkövetés	Gyógyszeralkalmazás áttekintése Egészségi állapot felmérését célzó és gyógyszerhatást követő vizsgálatok Ösztönzés az egészséges életvitelre Beteg-együttműködés vizsgálata, előmozdítása
4. Külső kommunikáció	Panaszok és bejelentések kezelése Farmakovigilancia A betegellátásban részt vevők tájékoztatása

6.2. A gyógyszerészi gondozási irányelvek fejlesztése

Jogsabályi meghatározás szerint [24] „a betegség-specifikus gyógyszerészi gondozás [...] a népegészségügyi programhoz kapcsolódóan az adott betegség és kockázati tényezői korai felismerésére, a betegség késői komplikációinak vagy visszatérésének megelőzésére, a betegek egyensúlyi állapotának fenntartására irányul – a beteg kezelőorvosával szorosan együttműködve”. Ennek szakmai szabályait hivatottak keretbe foglalni az irányelvek. Fejlesztésük során a projekt indulásakor megjelent, a szakmai irányelvek fejlesztésére vonatkozó rendelet [25] előírásait vettük figyelembe. A Gyógyszerészi Gondozásért Közhasznú Nonprofit Kft. (GyGKN) által javasolt 16 témát az EMMI jóváhagyta, ezután kezdődött az érdemi munka. Az irányelvek fejlesztése *háromféle módon lehetséges*: adoptáció – nemzetközi irányelv magyar fordítása –, adaptáció – nemzetközi irányelv magyar viszonyokhoz való illesztése –, és önálló fejlesztés révén.

Gyógyszerészi gondozás vonatkozásában az első két lehetőség nem állt fenn, így döntően önálló fejlesztés történt. Ennek során a hazai és nemzetközi orvosszakmai irányelvek és a szakirodalom tényeire, ajánlásaira támaszkodtunk. A nyers irányelveket a GyGKN tagjai a gyógyszerészi gondozás oktatásában jártas egyetemi oktatók és gyakorló gyógyszerészek közreműködésével állították össze. Ezt követően kapcsolódott be a fejlesztésbe a rendelet előírásának figyelembevételével a Gyógyszerellátási Szakmai Kollégiumi Tanács, valamint az illetékes orvosszakmai kollégiumi tanácsok megjelölt képviselői.

Az egyeztetési munkával párhuzamosan a gondozás dokumentálásának támogatására készülő BEGONIA szoftverbe kerültek az irányelv ajánlásai. A szoftver a betegellátási folyamat során szükséges adatok rögzítését is megköveteli, ezáltal a dokumentáción túl a kívánatos lépések egymásutánját megmutatva döntést is támogat. A gyógyszerárakba telepített szoftver tesztelése valamennyi irányelv vonatkozásában sikeresen zárult.

6.3. A standardok bevezetését támogató szakmai anyagok

A standardok értelmezése, a bennük megfogalmazott elvárások gyakorlatba ültetése jelentős kihívás a rendszerrel első ízben találkozó munkatársaknak. Időigényes és nehéz feladat a mögöttes belső szabályok, dokumentumok, oktatási anyagok kidolgozása, a legjobb módszerek megtalálása. Ezt a nehézséget kívántuk kezelni azzal, hogy segédanyagokat, oktatási anyagokat és más segédletként használható anyagokat dolgoztunk ki és helyeztünk el a kommunikációs felületekre. A különböző típusú anyagokat a 10. táblázat mutatja.

10. táblázat A standardok bevezetését támogató szakmai anyagok típusai

<p>1. Segédanyagok: a gyakorlati alkalmazást, bevezetést segítő dokumentumsablonok</p> <ul style="list-style-type: none">• Szabályozás minta: a szervezeti működésre és/vagy tevékenységekre vonatkozó előírás vagy annak vázlata• Ellenőrző lista: az adott standard tartalmi elemeiben megfogalmazott követelmények gyakorlati teljesülését felmérő dokumentumtípus a tevékenység gyakorlati megvalósulását segítő, a végrehajtandó lépéseket tartalmazó eszköztár• Betegtájékoztató: a betegek, hozzátartozók tájékoztatását, oktatását szolgáló dokumentumok, amelyek<ul style="list-style-type: none">• segítik a betegek, hozzátartozók ismereteinek bővítését• tájékoztatják a betegeket, hozzátartozókat, hogyan működhetnek együtt az ellátószeméllyel• Egyéb dokumentum sablonok: olyan dokumentumminta, amelynek formai és tartalmi elemei előre meg vannak határozva (formanyomtatványként használatos a gyakorlatban) <p>2. Háttéranyagok: a standardok bevezetését, megértését segítő magyarázatok, értelmezések, bizonyítékok, kapcsolódó jogszabályok, folyamatábrák, módszertani útmutatók, és irányelvek</p> <p>3. Oktatási anyagok: a standardok szerinti működés bevezetéséhez felhasználásra javasolt oktatási tematikák és oktatási anyagok</p>
--

6.4. Az akkreditációs szintek és a döntési kritériumok

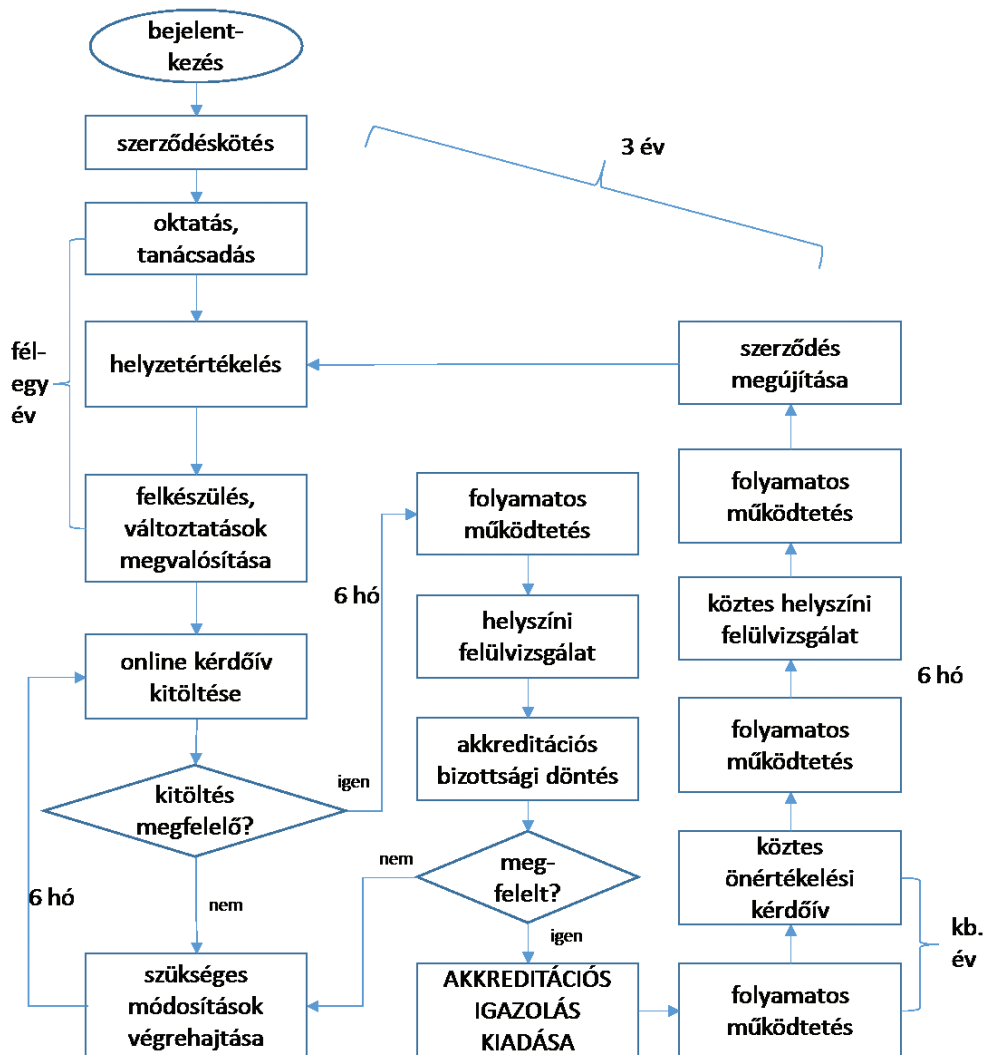
A helyszíni felülvizsgálaton az adott intézményben értelmezhető valamennyi standard tartalmi eleme értékelésre kerül, és az elért eredmények alapján alap- vagy emelt szintű akkreditációt nyerhet el az intézmény. A standardok ún. kötelező tartalmi elemeit 100%-ban teljesíteni kell ahhoz, hogy az intézmény akkreditációs igazolást kaphasson. Az alapszint eléréséhez az alapszintű tartalmi elemek elérhető pontszámainak 75%-át kell teljesíteni a kötelező elemeken túlmenően. Az emelt szinthez az emelt szintű tartalmi elemek lehetséges összes pontszámának 75%-os teljesítése szükséges az alapszint elérése mellett. A pontozás a standardok tartalmi elemei szerint történik. Egy-egy tartalmi elem elért pontszámát az előre meghatározott súlyszám és a teljesítés alapján megítélt pontérték szorzata határozza meg. A maximálisan elérhető pontszámot az értékelt tartalmi elemekre adható pont és súlyszámának szorzatainak összege adja. A teljesítési szintet az elért pontszámok és az elérhető pontszámok százalékos aránya határozza meg.

A felülvizsgálati szempontok, a pontozási rendszer és a súlyszámok a rendszer éles indulásakor kerülnek publikálásra.

6.5. Az akkreditációs eljárás

Az akkreditációs eljárás két jól elkülöníthető részből áll. Az első részben (intézményi mérettől függően ez néhány héttől egy–másfél évig tarthat) a programba először belépő intézmény részletes felkészítést (oktatást, tanácsadást) kap. Ebben az időszakban készül el a helyzetértékelés („offline önértékelés”, amelyben rögzíthetők a szükséges változások, a végrehajtás felelősei és határidői. Ezt követően az intézmény saját felelőssége, hogy a javasolt intézkedéseket átültesse a gyakorlatba, illetve lebonyolítsa a szükséges változtatásokat. Sem az oktatás, sem a tanácsadás, sem az önértékelés nem garancia arra, hogy az intézmény a felülvizsgálat eredményeként megkapja az akkreditációs igazolást. Ehhez első-sorban az intézmény első számú vezetőjének aktív közreműködése, példamutatása, a változtatások támogatása és a megvalósulás számonkérése számít elengedhetetlen feltételnek. A folyamat hasonló a járó- és fekvőbeteg-szakellátók, illetve a gyógyszerterek esetében is. A részletes bemutatást most a kórházakra értelmezve tesszük meg (4. ábra).

4. ábra Az akkreditációs eljárás lépései a kórházakban



I. Bejelentkezés az akkreditációs programba

Az intézmény megbízottjának a BELLA honlapján elérhető jelentkezési lapot kell kitöltenie. Ezt követően történik a szerződéskötés az akkreditációért felelős iroda és a jelentkező szolgáltató között.

II. Felkészítési időszak

Oktatás és tanácsadás zajlik, meghatározott témakörönként és szervezeti keretek között. Ennek során helyzetértékelés (offline önértékelés) készül tanácsadói segítséggel a napi működés és a standard követelmények közötti különbségek feltárására, majd projektmenedzseri szemlélettel készülnek el a tervek a megállapított eltérések kezelésére. A helyzetértékelés belső, az intézmény számára készülő anyag, a felülvizsgálók nem találkoznak vele.

III. Bevezetési időszak

Az egyeztetett változtatások végrehajtása a koordinátorok irányításával és meghatározott ütemezés szerint zajlik, szükség esetén konzultációs segítséget vehetnek igénybe az intézmények. A II. és a III. fázis időben nem válik szét élesen, hiszen lehetnek olyan standardok, amelyekre vonatkozóan a helyzetértékelés már elkészült és a változtatások folyamatban vannak, míg mások esetében a helyzetértékelés később készül el.

IV. Az online önértékelési kérdőív kitöltése

Az online önértékelési kérdőív kitöltésére a felkészítési és bevezetési időszakot követően kerül sor, ekkorra az intézményben várhatóan a folyamatok többsége már a standardoknak megfelelően zajlik.

Az önértékelési kérdőív online formában érhető el az intézmény számára a szerződés megkötését követően az e célra kialakított informatikai felületen. A kérdőív az intézményre szabva készül, és minden a felülvizsgálat során értékelésre kerülő tartalmi elemmel kapcsolatban megfogalmaz kérdéseket. Kitöltése feltétel a helyszíni felülvizsgálat lebonyolításához. Az informatikai felület megnyitását követően az intézmény méretének függvényében meghatározott, előre ismertett időtartam (max. két hónap) áll rendelkezésre a kérdőív kitöltésének lezárásáig. Ezt az egészségügyi szolgáltató illetékesei önállóan végzik, tanácsadási, konzultációs segítséget nem kapnak hozzá. Javasolt, hogy az irányítási funkciók standardjaira vonatkozó kérdéseket a felsővezetéssel és az érintett szakemberekkel karöltve töltsék ki, míg az osztályokat érintő standardokat a belső koordinátorok közreműködésével, osztályos felmérésekkel célszerű elkészíteni.

A kitöltött kérdőívben szerepeltetni lehet további teendőket, intézkedési terveket és a megfelelés elérését célzó fejlesztési javaslatokat. Az önértékelési kérdőívre adott válaszok alapján tájékozódik a felülvizsgáló az intézmény működéséről, a feladatok megértéséről, de szakmai tartalma nem befolyásolja az akkreditációs döntést. Ha a kérdőívben szereplő kérdésekre adott válaszok nem a lényegre összpontosítanak, jelentősen hiányosak, általánosságokat tartalmaznak, a felülvizsgálók kezdeményezhetik az akkreditációs eljárás felfüggesztését és az önértékelés egy későbbi időpontban történő megismételtetését (4. ábra).

V. A működtetési időszak

Az online önértékelés elkészítése és elküldése után 6 hónap működtetési időszak következik. Tanácsadás és konzultáció ekkor már nem történik, a standardok szerinti működés fenntartása az intézmény felelőssége. A felülvizsgálat során bármely ebben az időszakban keletkező egészségügyi és/vagy működési dokumentációba betekintést kérhetnek a felülvizsgálók. Az ekkor készült dokumentumoknak már tükrözniük kell a standardok szerinti működést.

VI. A helyszíni felülvizsgálat

A helyszíni felülvizsgálatot képzett felülvizsgálók végzik előre egyeztetett forgatókönyv szerint. Csak olyan felülvizsgáló végezhet felülvizsgálatot az adott intézményben, akinél nem áll fenn valamilyen összeférhetetlenség (rokon, baráti kapcsolatok, korábbi munkahely, korábbi tanácsadói szerep az intézményben stb.). A felülvizsgálat az önértékelés szakmai tartalmától függetlenül minden szervezeti egységre és tartalmi elemre kiterjed. Az egyes helyszínekre a felülvizsgálók párosával mennek, és értékelésüket a rögzített bizonyítékok mentén fogalmazzák meg. A helyszíni felülvizsgálatról jelentés készül, amelyhez az intézmény észrevételeket fűzhet.

VII. Az akkreditációs döntés

Az akkreditációs döntést egy független Akkreditációs Bizottság hozza meg a felülvizsgálói jelentés és az intézményi észrevételek alapján.

VIII. A sikeres akkreditáció követése

A sikeres akkreditáció érvényességi ideje 3 év. A köztes időszakban önértékelés és helyszíni felülvizsgálat zajlik célzott témakörökre vonatkozóan.

6.5.1. Az önértékelés szakmai tartalma

Az önértékelést az akkreditációt kérelmező egészségügyi szolgáltató munkatársai végzik, tevékenységük átfogó kérdőív alapján értékeli a működési standardok alkalmazási gyakorlatát. A 3 éves akkreditációs ciklust elindító online önértékelés a felülvizsgálat során értékelendő valamennyi tartalmi elemre kiterjed. Kitöltését akkor célszerű elkezdni, amikor a helyzetértékelés alapján készült változtatási javaslatok többsége sikeresen végrehajtásra került, vagy belátható időn belül (pl. fél éven belül) megvalósul. Érdemes figyelembe venni, hogy a felülvizsgálat során az önértékelés időpontjait visszamenően

vizsgálhatják a felülvizsgálók az írott dokumentumokban (egészségügyi és működési dokumentációkban) a standardelvárások magvalósulását. Célszerű az önértékelési sablon alapján (11. táblázat) készíteni a helyzetértékelést is („offline önértékelés”). Az abban vezetett és megvalósult fejlesztések nyomán követése elősegítheti a felkészülési folyamat naprakész ismeretét és az online önértékelés elkészítésére vonatkozó döntés meghozatalát. A helyzetértékeléshez ajánlott kérdőív és az online kérdőív szerkezete, szakmai tartalma hasonló: meg kell határozni az egyes tartalmi elemek teljesülésének mértékét, a válaszokat indokolni kell. Meg kell azt is határozni, hogy szükség van-e valamilyen változtatásra, és melyek lehetnek ezek a változtatások.

11. táblázat Az önértékelési kérdőív általános szerkezete

Érintett tartalmi elem	A kérdőív oszlop címei			
	Előre megfogalmazott nyitott kérdés	Válasz	Igényel-e fejlesztést? (igen/nem)	Ha igen, mik a tervezett intézkedések?
Elsősorban szabályozási és ellenőrzési elemek	Előre megfogalmazott nyitott kérdés	Válasz	Igényel-e fejlesztést? (igen/nem)	Ha igen, mik a tervezett intézkedések?
Oktatási, működési jellemző, speciális szükségletek és dokumentációs elemek	3 vagy 5 fokozatú skála a teljesülés mértékének jelölésére	A válasz magyarázata	Igényel-e fejlesztést? (igen/nem)	Ha igen, mik a tervezett intézkedések?

6.5.2. A helyszíni felülvizsgálat szakmai tartalma

Az akkreditációs iroda a szerződéskötéskor kitöltött adatlap és az önértékelési kérdőív válaszai alapján tervezi meg a helyszíni felülvizsgálatot. Az önértékelési kérdőívből a felülvizsgálók megismerik a helyi szabályokat, a végrehajtás felelőseit, az intézményi gondolkodásmódot. Ennek alapján meg tudják határozni a helyszíni felülvizsgálat legfontosabb területeit, azonosítani tudják interjúalányaikat, és meg tudják fogalmazni a helyszínen felteendő kérdéseiket.

A helyszíni felülvizsgálat a kórház valamennyi betegellátásban érintett osztályára kiterjed. Járóbeteg-szakrendelőben szakmacsoportonként egy rendelőt látogatnak meg a felülvizsgálók. Módszerét tekintve megbeszélések, interjúk, megfigyelések, épületbejárás és dokumentációk felülvizsgálata történik. A felülvizsgálat időtartamát az intézmény komplexitása, mérete határozza meg. A lebonyolítás a kérvényező intézménnyel egyeztetett időpontban zajlik.

Az egyes tartalmi elemekre adandó pontszámokról – előre meghatározott szempontok alapján – a felülvizsgálók konszenzussal döntenek. A felülvizsgálati jelentés tartalmazza a pontszámokat megalapozó bizonyítékokat is. Az értékelt intézmény véleményezheti az elkészült jelentést, és az akkreditációs bizottság a véleményt is figyelembe véve hozza meg döntését.

6.6. Képzések

Az egyik legnagyobb kihívás a képzések tananyagának kidolgozása, a programok megszervezése és lebonyolítása volt. Ugyanakkor a projekt előrehaladtával világossá vált, hogy ez az egyik legfontosabb feladat nemcsak a bevont szakemberek felkészítése, hanem az akkreditációs programba belépő intézmények munkatársai számára is.

A képzéseken jó eszköznek bizonyult a TÁMOP 6.2.2. pályázati konstrukcióban korábban kidolgozott és ingyenesen hozzáférhető „Betegbiztonsági koordinátor” tananyag, amelynek szakmai tartalmát az aktuális képzési célok szerint módosítottuk a különböző oktatási blokkokban. A képzési programok célcsoportjai a következők voltak:

- felülvizsgálók,
- intézményi koordinátorok,
- belső koordinátorok/intézményi dolgozók.

6.6.1. Felülvizsgálók

A jelentkezőknek először megbiztonsági alapismeretekből távoktatási kurzust kellett elvégezniük és sikeres vizsgát tenniük. A felülvizsgálók először a standardok fejlesztésén dolgoztak, majd tanácsadási feladatokat láttak el. Emellett a standardok értelmezését segítő számos oktatási anyagot, segédanyagot dolgoztak ki, végül a felülvizsgálati módszerekben mélyedtek el. Ennek megfelelően képzésük is több lépcsőben zajlott.

A fejlesztési fázisban rendszeres találkozók keretében zajlott a standardokkal kapcsolatos ismeretek áttekintése, a minőségfejlesztési módszerek megbeszélése. A fejlesztési időszak végén a felülvizsgálók négynapos képzésen vettek részt. Az oktatás célja az akkreditációs program lényegi elemeinek megértése, az önértékelési és a felülvizsgálati eljárás gyakorlati tudnivalóinak megfelelő ismeretek, valamint a tanácsadás és a felülvizsgálat során elvárt magatartás elsajátíttatása volt. Az elméleti képzés végén a hallgatók összetett írásbeli vizsgát tettek.

A sikeres vizsgázók bekapcsolódhattak a tanácsadási tevékenységbe, amelynek keretében terepmunkán vettek részt. Havonta tartott értekezleteken beszéltek meg az intézményekben megtárgyalt, standardokkal kapcsolatos értelmezési kérdéseket, projektmenedzseri ismereteket, a munkát támogató és gátló tényezőket. Részletesen foglalkoztunk a helyszíni felülvizsgálat módszertani kérdéseivel: a standardok szerinti működés igazolásának lehetőségeivel, a megszerzett bizonyítékok erejével.

A felülvizsgálók írásbeli záróvizsgát tettek a tanácsadási program második körének lezárása után. Ekkor a standardok értékelési módszereit kellett meghatározott tartalmi elemekre megfogalmazniuk, anonim betegdokumentációt értékelték a vonatkozó standardok elvárásai szerint, és esettanulmány alapján értékelték egy felülvizsgálati szituációt. A dolgozatok elbírálásához értékelési kritériumokat dolgoztunk ki, és az eredményeket ehhez viszonyítva jeleztük vissza a felülvizsgálóknak. A sikeres vizsgát tett munkatársak jelen anyag írása idején vesznek részt a valós helyszínekre szervezett gyakorlati vizsgákon. Éles felülvizsgálatokat csak sikeres vizsgázók bonyolíthatnak le.

A két projektben összesen kb. 200 felülvizsgáló vett részt a különböző képzéseken. A végső igazolást azok kapják meg a felülvizsgálói képzés sikeres teljesítéséről, akik a távoktatási, a két elméleti és a gyakorlati vizsgát is sikeresen teljesítették.

6.6.2. Intézményi koordinátorok

Az intézményi koordinátorok a tanácsadási projekt indulásakor kétnapos képzésen vettek részt, melyhez kapcsolódóan számukra is javasoltuk a megbiztonsági távoktatási anyag áttanulmányozását. Cél volt, hogy megértsék az akkreditációs program lényegét, kapcsolódását a megbiztonság kérdéskörével, és útmutatást kapjanak a tanácsadási program lebonyolításáról. Az egyes standardok elvárásairól, a gyakorlati alkalmazás megvalósítási lehetőségeiről a belső koordinátorokkal közös kurzusokon és helyszíni tanácsadások keretében kaptak oktatást.

6.6.3. Belső koordinátorok

A belső koordinátoroknak szóló oktatási program ötször 5 tanórát jelentett. A tananyag a betegellátás biztonságának és az akkreditációs program lényegének megértését, továbbá az osztályos standardok gyakorlati alkalmazásának előkészítését szolgálta. A programokat úgy szerveztük, hogy mind a pilot-intézmények, mind a 45 újonnan csatlakozó intézmény dolgozói közül minél többen részt tudjanak venni. A képzéseket az adott témában gyakorlott, oktatási tapasztalattal rendelkező felülvizsgáló kollégák tartották előre egyeztetett és kidolgozott tananyag mentén.

6.7. Informatikai fejlesztések

A projektben négy lényeges informatikai fejlesztést hajtottunk végre. A nemkívánatos események jelentését és a jelentések tanulságainak levonását segíti elő a Semmelweis Egyetem által végzett fejlesztés, a NEVES program. A nemkívánatos események elemzése és az eredmények alapján történő intézkedések megvalósítása a BELLA standardok egyik követelménye. Az elvárás az ISQua akkreditációs standardok is előírják. A szoftver bárki számára ingyenesen elérhető, nem csupán a BELLA programba belépő szolgáltatók számára. Segítségével az előre definiált nemkívánatos események az erre a célra kifejlesztett adatlapon rögzíthetők a szoftverbe. A jelentéseket a NEVES program automatikusan feldolgozza, és naprakészen visszajelzi. Az összefüggések és az időbeli változások követésére alkalmas szoftver teljesen anonim. A regisztrált szolgáltatók saját adataikat össze tudják hasonlítani az országos összesített adatokkal.

A BEGÓNIA szoftver a gyógyszerési gondozási folyamatot támogatja. A gondozásba önként bejelentkező betegekkel kapcsolatos tevékenységek, kiadott gyógyszerek és a betegeknek szóló tanácsok kerülnek rögzítésre, ezzel elősegítve a különböző időpontokban megjelenő betegek követését. A szoftverben a TÁMOP 6.2.5/A keretében kidolgozott gondozási irányelvek kerültek rögzítésre, az abban megfogalmazott, elvárt tevékenységek és a tényleges gondozási folyamat összhangja könnyebben megteremthető.

A BELLA az akkreditációs eljárást kiszolgáló szoftver. Nyilvántartja a standardokkal, felülvizsgálókkal, felülvizsgálatokkal összefüggő valamennyi információt. Segíti a tanácsadások és a felülvizsgálatok megtervezését, a felülvizsgálók tevékenységének nyomon követését, munkájuk eredményének rögzítését és az akkreditációs eljárás adminisztrálását, koordinálását. Adatbázisként kutathatók a szoftver által rögzített felülvizsgálati eredmények, és kommunikációs felületként szolgál a programban dolgozó munkatársak számára.

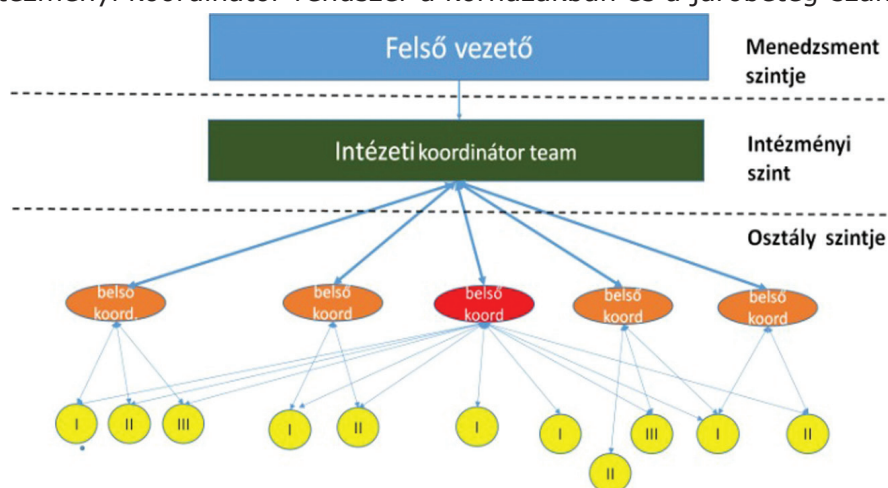
A BELLA-INDA a standardok szerinti működés értékelését segítő, indikátorokat kezelő szoftver. Az akkreditációs kritériumok nem várják el indikátorok mérését és értékelését, azonban a standardokhoz rendelve folyamatosan törekszünk a teljesülés elemzését lehetővé tevő indikátorok meghatározására. A BELLA-INDA szoftverben előre definiált indikátorokhoz lehet adatokat gyűjteni. A szoftver visszajelzi a kiszámolt indikátorértékeket, lehetővé teszi az időben történő összehasonlítást és más – hasonló típusú – intézményekkel való anonim formájú összevetést. A szoftvert csak az akkreditációs programba belépő szolgáltatók használhatják, számukra ez ingyenesen elérhető.

7. Az egészségügyi szolgáltatók felkészítése a standardok szerinti működés kialakítására

7.1. Belső koordinátori rendszer

Az akkreditációra készülő intézménynek ún. koordinátori rendszert (5. ábra) célszerű kialakítania. A belső koordinátorok irányítják az osztályok munkáját érintő standardok bevezetését, és ők adják tovább a szükséges tudást vagy információt az érintett munkatársaknak. A belső koordinátorok vezetője, az intézményi koordinátor a felelős a felkészítési folyamat belső koordinálásáért, vele tartanak kapcsolatot a tanácsadók. Az intézményi koordinátor irányítja az osztályok felkészülését segítő belső koordinátorokat, koordinálja a standardok kidolgozását és közreműködik benne, valamint javaslatokat fogalmaz meg a döntéshozóknak a szükséges intézkedésekről. Az intézményi koordinátornak ezért közvetlen kapcsolatban kell állnia a felsővezetéssel. Ez teszi lehetővé, hogy a felső- és középvezetők munkáját érintő standardok alapján kidolgozott belső szabályozók, működési rendek számukra elfogadhatóak legyenek, illetve az intézményben szükséges változtatásokat megértsék és támogassák.

5. ábra Intézményi koordinátor-rendszer a kórházakban és a járóbeteg-szakrendelőkben

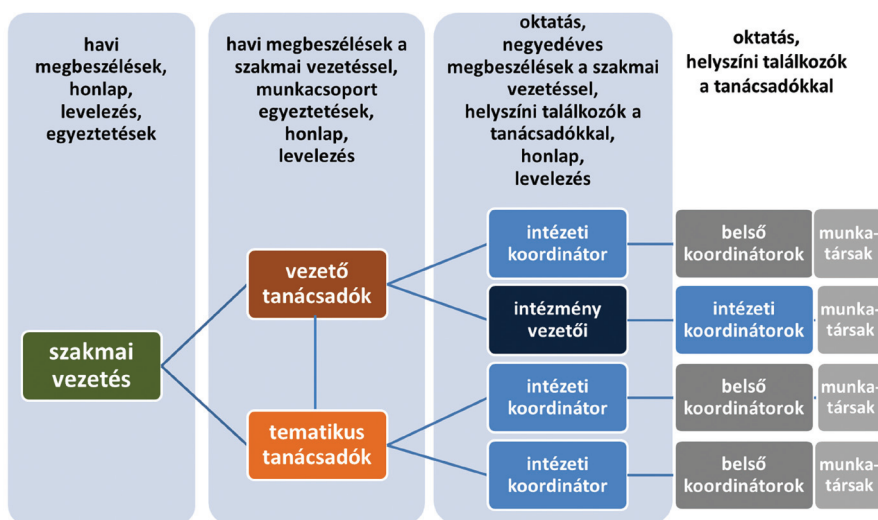


7.2. Tanácsadási rendszer

A TÁMOP 6.2.5/B projekt keretében a sikeresen pályázó 45 intézmény felkészítéséhez tanácsadási rendszert hoztunk létre (6. ábra). A képzett felülvizsgálókból ún. vezető tanácsadó csoportot és tematikus tanácsadó munkacsoportokat hoztunk létre.

A vezető tanácsadók a felkészítési időszak 7-8 hónapja alatt 3–5 intézménybe jártak rendszeresen. A látogatások során az intézményi koordinátoroknak és a felsővezetésnek ismertették az akkreditációs program célját és szakmai tartalmát. Részletesen átbeszélték a vezetőket érintő standardokkal kapcsolatos aktuális helyzetet és feladatokat. A vezető tanácsadó emellett nyomon követte a tematikus tanácsadások megvalósulását, és igyekezett segítséget nyújtani a felkészülés során felmerülő problémák kezeléséhez.

6. ábra A felkészítési program logikai felépítése



A tematikus tanácsadók feladata az volt, hogy a feladatkörükhöz rendelt 3–5 standardban mélyüljenek el, dolgozzanak ki oktatási anyagokat, és helyszíni oktatás és tanácsadás keretében ismertessék az intézményekkel a standarddal kapcsolatos tudnivalókat. Egy-egy tematikus tanácsadó 6–8 intézménybe látogatott el. Az első látogatás alkalmával a témakörhöz kapcsolódó standardok ismertetése, értelmezése zajlott, emellett a tanácsadók segítettek a koordinátoroknak a helyzetfelmérés módszertanának elsajátításában. Az intézményi koordinátorokat megkértük, hogy az első tematikus tanácsadást követően mérjék fel, intézményükben hogyan felelnek meg az egyes osztályok a standard követelményeinek, így a második látogatás alkalmával már lehetőség nyílt a szükséges módosítások azonosítására és a

kapcsolódó feladatok meghatározására. A változtatások vezénylése nem a tanácsadók feladata volt, az az intézmények hatáskörébe tartozik.

A felkészítési időszak utolsó hónapjaiban célzott tanácsadói megbeszélések lebonyolítására is lehetőség nyílt a részt vevő intézmények kérésének megfelelően.

7.3. Kommunikációs eszközök

A felülvizsgálókkal és a koordinátorokkal való eredményes kommunikáció támogatására mindkét csoport számára önálló kommunikációs felületet hoztunk létre. E honlapokon elhelyeztük az aktuális és elfogadott szakmai anyagokat, az elvégzendő feladatokat, a következő megbeszélések időpontját és az előző megbeszélések előadásait. A szakmai vezetés a belső kommunikáció elősegítésére Dropbox és Google Drive eszközöket alkalmazott. A közös találkozók megszervezését a Doodle online alkalmazás segítette.

7.4. A felkészítési program szakmai tartalma

A tanácsadói program megkezdése előtt az intézmények többségében nyitóértekezletet tartottunk. Ennek során a felsővezetés, a főorvosi kar, a vezető ápolók számára a program szakmai vezetésének egy-egy tagja tartott bevezető előadást azzal a céllal, hogy a projektbe belépő intézmények átfogó képet kapjanak az akkreditációs programról, a betegellátás biztonságával való kapcsolatáról és a tanácsadói folyamatról.

A tanácsadást végző felülvizsgálók részletes útmutatót kaptak az egyes tanácsadások megszervezéséhez és lebonyolításához. Tanácsadást kizárólag érvényes megbízólevél és a fogadó intézményben aláírt titoktartási nyilatkozat birtokában lehetett végezni.

A tanácsadók egy folyamatosan vezetett, minden tanácsadó számára elérhető és látható Gantt diagram segítségével tudták nyomon követni saját beosztásukat. Ez a diagram az intézmények összes rögzített tanácsadói időpontját tartalmazta, ami mind a szakmai vezetésnek, mind a tanácsadóknak segítség volt a tanácsadások ütemezett szervezéséhez.

A vezető és a tematikus tanácsadók munkája eltérő eljárással zajlott.

A vezető tanácsadók az első vezetői tanácsadás során a projektmenedzsment témakörét és a tanácsadások ütemezését tárgyalták meg, valamint általános tájékoztatót adtak a tanácsadások megvalósításával kapcsolatban. A további alkalmak során a vezetést érintő, az irányítási funkciókra vonatkozó standardokat tekintették át az intézmények képviselőivel. A 16 érintett témakört 4-5 látogatás alkalmával beszélték meg, általában az előre kialakított általános ütemterv szerint. A tanácsadások során az egyes tartalmi elemek értelmezése, a fejlesztendő, módosítandó területek azonosítása zajlott, illetve a tanácsadók konkrét javaslatokat is megfogalmaztak a változtatások módjára és szakmai tartalmára. A tanácsadók a tárgyalt standardokhoz kapcsolódóan bemutatták a felhasználható segédanyagokat, oktatási anyagokat is.

A tematikus tanácsadók az első tanácsadás során a témájukba tartozó, elsősorban az osztályos munkát érintő standardokat értelmezték az intézményi koordinátorokkal és a jelen levő munkatársakkal. Ez többnyire oktatást és beszélgetést jelentett. Megbeszélték az intézményben zajló folyamatokat és a helyzetértékeléssel kapcsolatos feladatokat, a kapcsolódó segédanyagok felhasználási lehetőségeit. Az intézményeket kértük, hogy a második tematikus tanácsadásra az adott témakörre vonatkozó helyzetértékelést készítsék elő, és bár kb. egy hónap telt el a két tanácsadás között, ez az időtartam erre általában nem volt elegendő. A második tematikus tanácsadás keretében – ha elkészült, a helyzetértékelés mentén – a szükséges változtatásokat, intézkedéseket egyeztetették a tanácsadók.

Az intézményeknek lehetőségük volt arra, hogy a tervezett tanácsadások megvalósulását követően célzott tanácsadást kérjenek akár a tematikus, akár a vezető tanácsadók közreműködésével. Ezzel a lehetőséggel a tanácsadói programba belépő 45 intézmény közül 26 élt.

7.5. A tanácsadások értékelési rendszere

Mindkét projektben fontosnak tartottuk, hogy rendszeresen kapjunk visszajelzéseket a programról, a végzett tevékenységről és a szereplők hozzáállásáról. Ennek érdekében számos felmérést és értékelést végeztünk. Ezeket visszajeleztük az értékelést adó koordinátoroknak, az értékelt személyeknek, és a tapasztalatokat felhasználtuk a fejlesztések és a különböző döntések során.

Az első komplex értékelés a pilotprogram végén zajlott. Ekkor az egy tanácsadói csoportban dolgozó munkatársak egymást értékelték személyre szóló kérdőíves megkérdezés alapján. Emellett fókuszcsoportos felmérés is készült a pilotintézményekben dolgozók részvételével. A tanácsadási programban végzett értékelési módszereket a 12. táblázat mutatja.

12. táblázat A tanácsadási program komplex értékelési rendszere

Ssz	Az értékelés fókusza	Értékelt személy/ program	Értékelést adó személy
1	Szakmai tudás, hozzáállás, magatartás értékelése a tanácsadásokat követően	tanácsadó	intézményi koordinátor
2	Tanácsadások szakmai értékelése a második körös tanácsadásokat követően	program	intézményi koordinátor
3	Megfelelőség a második körös tanácsadásokat követően	tanácsadó	intézményi koordinátor
4	Szakmai tudás, hozzáállás, magatartás a tanácsadási program végén	tematikus munkacsoport tagja	munkacsoport tagjai
5	Szakmai tudás minden tanácsadást követően	tanácsadó	szakmai vezetés
6	Elméleti vizsga a felülvizsgálat gyakorlatáról	felülvizsgáló	szakmai vezetés
7	Felülvizsgálati ismeretek a gyakorlatban	felülvizsgáló	szakmai vezetés

Az értékelésekhez kérdőíveket dolgoztunk ki. Ezeket egyrészt az Evasys értékelési rendszeren keresztül töltötték ki az értékelést adó személyek, másrészt e-mailben küldték meg számunkra.

A tanácsadók értékelését az intézmények – kérésünkre – az indulást követő második hónaptól kezdték meg – változó intenzitással és hozzáállással. A kérdőíven 11 kérdés szerepelt, amelyeket 5 fokozatú skálán értékelték a koordinátorok (13. táblázat). A második körös tanácsadások lezárásakor 407 értékelés volt az adatbázisban, melyek átlagpontszáma 4,8 volt. Kérdésenként a gyengébb pontszámok a szakmai felkészültség, a jövőre vonatkozó javaslatok esetében születtek. Megállapítható az is, hogy az intézmények egy része csak jeles értékeket adott, a legalább 3 értékelést adók között 8 ilyen intézmény volt.

13. táblázat A tanácsadók értékelési szempontjai az egyes tanácsadásokat követően

1.	A tanácsadó az aktuális találkozó szervezését megfelelő időben megkezdte.
2.	A tanácsadó az előre meghatározott időpontban pontosan megjelent.
3.	A tanácsadó az előre meghatározott időkereteket tartotta, a tervhez képest jelentős csúszás nem volt.
4.	A tanácsadó előzetesen megfelelő tájékoztatást adott a tanácsadás témájáról, a szükséges résztvevőkről és a tervezett programról.
5.	A tanácsadó a tárgyalt témakörben szakmailag jól felkészültnek bizonyult.
6.	A tárgyalt standardokkal kapcsolatban elhangzott javaslatok, tanácsok gyakorlati szempontból hasznosak, relevánsak voltak.
7.	A tanácsadás során világosan megfogalmaztuk az adott témakörrel kapcsolatos további teendőinket.
8.	A tanácsadó az intézmény munkatársait kollegiálisan, partnerként kezelte.
9.	A tanácsadó a tevékenység során fogékony volt az intézmény munkatársaitól érkező észrevételekre, véleményekre.
10.	A tanácsadó érthetően fogalmazott, az általa elmondottak megértése nem okozott problémát.
11.	A tanácsadó magabiztos, a BELLA program iránt elkötelezett volt.
12.	A tanácsadó megértette az általunk bemutatott, átadott információkat.
13.	A tanácsadó figyelembe vette jelzéseinket.

A felkészítő program erősségeire és gyengeségeire, illetve a standardokkal kapcsolatos tapasztalatokra kérdeztünk rá a koordinátoroknál a tanácsadások második fordulója után. A kérdőívet egy intézmény kivételével mindenki kitöltötte. Az erősségek között az intézmények többsége a helyszíni tanácsadások, a személyes konzultáció eredményességét, a standardok értelmezésének lehetőségét említette. Többen kiemelték a tanácsadók felkészültségét és elkötelezettségét. A gyengeségek között a projektre

rendelkezésre álló rövid idő volt az általános visszajelzés, és többen jelezték a tanácsadók eltérő felkészültségét. A gyakorlati bevezetés gátló tényezőjeként a munkatársak leterheltségét és a munkaerőhiányt említették. Nehézségként jelenik meg, hogy az orvosokat nehéz bevonni a felkészülési folyamatba. A koordinátorok összesített véleményét mind a koordinátorok, mind a felülvizsgálók honlapján elhelyeztük.

A tematikus tanácsadók 6 munkacsoportban dolgoztak. A munkacsoportokon belül a munkatársak a koordinátori értékelőlaphoz hasonló kérdőívet töltöttek ki egymásról anonim módon. A 360 fokos értékelést mindenki kitöltötte. A feldolgozott 456 értékelés kérdéseire adott átlagpontok terjedelme 4,5–4,9 volt. Az alacsonyabb érték a csoportokon belüli munkatársaknak adott támogatás, a legmagasabb a titoktartási szempontok betartását jelenti. Az átlagpontok között az egyéni pontokban jelentős változékonyságot találtunk.

A tanácsadásokat követően minden felülvizsgálónak meghatározott szempontok mentén szakmai beszámolót kellett készítenie. Ennek szakmai tartalmát négy szempont szerint értékelte a szakmai vezetés.

8. A felülvizsgálati eljárás szakmai tartalma

8.1. Értékelési kritériumok kialakítása

Az egyes tartalmi elemek teljesítésének felméréséhez útmutatót dolgoztunk ki a felülvizsgálók számára. Meghatároztuk, hogy milyen típusú bizonyítékok megszerzésére lehet törekedni a helyszíni felülvizsgálat során, és milyen információforrás alapján lehet ezeket a bizonyítékokat megszerezni (14. táblázat). A standardok minden tartalmi eleméhez megfogalmaztunk lehetséges bizonyítékokat, a javasolt információforrást, és egyeztetjük az így szerzett információk erősségét. A bizonyítékok meghatározása során a napi működésre koncentráltunk. A bizonyítéklista nem nyilvános, csak az általános szempontokat tesszük közzé.

14. táblázat A standardok szerinti működés igazolására nyerhető bizonyítékok és információforrások

Bizonyítékok	Adatgyűjtési módszerek			
	a) Interjú	b) Dokumentumvizsgálat	c) Megfigyelés	d) Bejárás
1. Tárgyi valóság	X	X		X
2. Dokumentáltság	X	X	X	
3. Tudás, ismeret	X	X	X	
4. Képesség (a teljesítés feltételei)	X	X	X	X
5. Végzett gyakorlat	X	X	X	

8.2. A megfelelés pontozási rendszere

A bizonyítékok alapján készül az egyes tartalmi elemek teljesülésére vonatkozó pontozás. Három szintet határoztunk meg, amihez általános útmutatót fogalmaztunk meg:

- 0 pont: bizonyíték van arra, hogy az adott tartalmi elemben megfogalmazott elvárások legfeljebb nyomokban valósulnak meg.
- 4 pont: bizonyíték van arra, hogy az adott tartalmi elem elvárásai többségében teljesülnek.
- 2 pont: minden egyéb esetben.

Az egyes pontszámokat a felülvizsgálók a bizonyítékok alapján konszenzussal határozzák meg. Néhány tartalmi elem esetében ettől eltérő módszert határoztunk meg.

8.3. Értékelési kritériumok gyógyszerészi gondozási irányelvek működésére

A BEGONIA lehetőséget biztosít a gondozási aktivitás anonim követésére, értékelési időszakban pedig annak összegzésére. Az akkreditációs igazolás elnyeréséhez a standardok teljesítésén túlmenően elvárás, hogy a típusa szerint három csoportba sorolt irányelvek közül mindhárom típus alapján működjön gondozási tevékenység, és ez a gyógyszertár nagyságával arányosan legalább 15–30 betegre terjedjen ki.

9. Az akkreditáció hatásvizsgálata

A Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központja 2013-ban indította el az *Akkreditáció hatásvizsgálata* elnevezésű kutatási projektjét. A kutatás jelenlegi szakaszában a még fejlesztés alatt álló akkreditációs rendszer hatását vizsgáljuk a részt vevő intézményekre.

A kutatás célja annak átfogó vizsgálata, hogy a pilotprojekt eredményez-e változásokat az egészségügyi szolgáltató szervezetek jellemzőiben (szervezeti változás), ezen belül különböző kutatási témákra összpontosítunk. A kutatás gyakorlati célja a következtetések visszacsatolása az akkreditációs program fejlesztéséhez.

A hatásvizsgálat keretében elemezzük a betegbiztonsággal kapcsolatos szervezeti kultúra és dolgozói attitűd alakulását, valamint a dolgozók biztonságérzetének változását. A szervezeti szintű elemzések mellett néhány kiválasztott standardra (pl. dekubitusz megelőzése, esések, tüszúrásos sérülések, sebészeti csekklista) fókuszálva is készülnek elemzések a szervezeti egységek szintjén. A kutatás módszertanát tekintve kvantitatív és kvalitatív módszereket is alkalmaz. Jelenleg van folyamatban egy módszer-tanfejlesztés, amelynek segítségével a sebészeti standardok hatékonyságra gyakorolt hatását szeretnénk felmérni, azaz nem csak az eredményesség, hanem a költségek változását is vizsgáljuk.

A betegbiztonsággal kapcsolatos szervezeti kultúrát és a dolgozói biztonságot a standardok bevezetése előtti (2014 tavasza) és egy évvel későbbi (2015 tavasza) kérdőíves felmérés eredményeinek összevetésével vizsgáljuk. A vizsgálatban nyolc olyan intézmény vett részt, amelyek még a pilotidőszakban csatlakoztak a programhoz. Az előzetes eredmények alapján ez alatt az időszak alatt, amikor a standardok bevezetése zajlott, a részt vevő intézményekben szignifikáns mértékben javult a betegbiztonsággal kapcsolatos szervezeti kultúra dimenziói közül a kommunikáció nyitottsága, a folyamatos tanulás és fejlesztés, valamint a szervezeti egységeken belüli csapatmunka. Mivel a szervezeti kultúra változása hosszabb időt vesz igénybe, reméljük, hogy lehetőségünk lesz arra, hogy a kérdőíves felmérést a részt vevő intézményekben később is megismételjük.

Néhány intézmény bevonásával egy több esetből és elemzési szintből álló esettanulmány is készül a kutatás keretében, amelyhez az előbbi kérdőíves felmérésen túl interjúkkal, megfigyeléssel és dokumentumelemzéssel gyűjtjük az adatokat. Az esettanulmány és a kérdőíves felmérés eredményeinek prezentálása 2016-ban várható.

10. Rendszerszintű problémák azonosítása

Az intézmények számának növekedésével egyre több információt lehet majd nyerni az egészségpolitikai döntéseket igénylő aktuális problémákról. Ezek a működés olyan gyengeségei, amelyek megoldásához jogszabályi, egészségpolitikai szintű szervezési vagy finanszírozási megoldásokra van szükség. Az akkreditációs program működtetéséért felelős szakemberek ezeket az azonosított problémákat rendszeresen összegyűjtik, elemzik és javaslataikat megküldik az érintett döntéshozók számára. Az eddig feltárt témakörökből néhány kiemelést mutatunk be:

Működési kérdések

- A műszakátadás ölelkező munkaideje nincs finanszírozva, ugyanakkor a műszakátadás az egyik legkockázatosabb tevékenység, amelyet megfelelő alapossággal és időráfordítással kell végezni.
- Nehézséget jelent a mindennapok során, hogy az ápolási diagnózis, cél, terv megfogalmazásához, az összefoglaló ápolási zárójelentés készítéséhez nincs egységes szakmai útmutatás. Jelentős képzési igény mutatkozik e téren.

Strukturális kérdések

- Az egyre súlyosabb orvos- és szakdolgozóhiány mellett egyre nehezebb elvárni a szabályozott működést, emiatt és az ebből fakadó túlterheltségből adódóan fokozódik a betegbiztonsági kockázat, a kérdés azonnali megoldást igényel.

Motivációs kérdések

- Akkreditáció megszerzésének elismerése, ennek lehetséges formái:
 - OEP-től támogatás a betegbiztonsági program kiépítésére vagy fenntartására, a gyógyszerész gondozás ösztönzésére,
 - finanszírozási szorzó alkalmazása,
 - pályázatok kiírása betegbiztonságot támogató eszközök, illetve rendszerek bevezetésére,
 - uniós pályázatban csak akkreditált intézet vehessen részt.

Külső környezeti kérdések

- A betegek otthon végzett ellátása során keletkező egészségügyi veszélyes hulladék kezelése megoldatlan,
- Ad hoc, egymással sokszor többszörösen átfedő adatbekérések jelentős munkaterhelést jelentenek az intézetek számára, és sokszor teljesíthetetlen elvárásokat rónak rájuk például az igen rövid határidők és a hétvégi rendelkezésre állás révén.

11. A felkészítési program első tapasztalatai

Az értékelési rendszer és a rendszeres találkozók lehetővé tették, hogy folyamatosan gyűjtsük a tapasztalatokat a programról és annak fogadtatásáról. Az eddigi visszajelzések közül most a legfontosabbakat emeljük ki.

Az akkreditációs standardok a működést határozzák meg, így vezetési eszköznek tekinthető a teljes standardrendszer. Ezt nem minden vezető ismeri fel. A programhoz elvi támogatást adnak, de több esetben tapasztaltuk az aktív elkötelezettség hiányát. E nélkül sem ebben a programban, sem más minőségfejlesztési tevékenység során nem lehet áttörést és valódi eredményeket elérni. Az „én elkötelezett vagyok, csináljátok” szemlélete nem elegendő a szervezeti működésben történő változások eléréséhez.

A standardok szerinti elvárások teljesítése, így a biztonságosabb működés kialakítása eredményesen csak csapatmunkában, minden érintett ellátói szakmacsoport bevonásával lehetséges. Orvosok, gyógyszerészek, szakdolgozók közös és egyenrangú munkájára van szükség a feltárt problémák valóban sikeres kezeléséhez.

Fontos annak megértetése az intézményi dolgozókkal, hogy a standardok a működésre, nem a szakmai munkára vonatkoznak. Ezt gyakran félreértik, és a program lényegének megértése előtt ellenállás tapasztalható. További tapasztalat, hogy a régen berögzült szokások változtatására vonatkozó javaslatok is ellenállást váltanak ki, de ez nem csupán a jelen programmal kapcsolatosan előforduló jelenség.

A kidolgozott és tesztelt standardok többsége a felkészítési programok alapján a gyakorlatba átültethető, érthető, alkalmazható. Tapasztalataink szerint sikerült olyan rendszert alkotni, amely nem állít teljesíthetetlen elvárásokat a magyar körülmények között működő intézmények elé.

Az intézmények egy része pályázata benyújtásakor nem számított ilyen szisztematikus, komoly felkészítési programra, és így arra sem, hogy ez megterhelést jelent számukra. A projekt adta keretek nagyon rövid határidőket tettek lehetővé a tanácsadások lebonyolítására és a követelmények teljesítésére az

intézmények számára. Ezt a nehézséget fokozza a jelentős munkaerőhiány, fluktuáció, valamint a külső környezet rapid és folyamatos változása.

A program egyik rejtett célja a szervezeti kultúra befolyásolása a betegbiztonság támogatása irányába. Az intézmények többségében a hibákat jelenleg nem beszélnek meg, az előforduló nemkívánatos eseményekből nem tanulnak, a munkatársak nem nyilvánulnak meg őszintén egymás előtt sem. Ez a fajta szemlélet nem támogató a hibák időben történő felismerése és kiküszöbölése szempontjából. A tanácsadások során az intézmények többségében – annak ellenére, hogy az együttműködési nyilatkozatban fogadták el őszinte megnyilvánulásukat –, ezt vagy nem, vagy csak hosszabb idő elteltével sikerült elérni. Oktatásaink során nagy hangsúlyt helyeztünk arra, hogy az intézményi dolgozók megértsék a betegellátási folyamatokban rejlő kockázatokat és kiküszöbölési lehetőségeiket. A megnyilvánulásokból az szűrhető le, hogy nagyon szegényes tudással rendelkeznek a betegbiztonsági kérdésekről, a nemkívánatos események kiváltó okairól és arról, hogy ez ellen milyen intézkedésekkel lehetne eredményesen fellépni.

Az intézményi koordinátorok visszajelzései és saját tapasztalataink, értékelésünk alapján is láttuk, hogy nem minden, a képzéseken egyébként sikeresen teljesítő tanácsadó alkalmas a feladatra. Ez a pedagógiai, kommunikációs készségek hiányából, magatartásbeli problémákból fakadt. Ezeket a jelzéseket a további foglalkoztatásokra vonatkozó döntéseknél igyekeztünk figyelembe venni.

Nagyra értékelték az intézmények a kidolgozott és átadott tananyagokat, a lebonyolított oktatásokat és azt a számos segédanyagot, amelyek segítségével rengeteg időt és erőforrást tudtak az intézmények megtakarítani a standard elvárások kidolgozása során. Ezt a folyamatot jelentős mértékben segítette a sok-sok csoportos megbeszélés, a közös gondolkodás, az egymástól tanulás lehetősége. Pozitívan fogadták az intézmények, hogy helybe vittük az ismereteket. A sikeres együttműködéshez az is hozzájárult, hogy a tanácsadók maguk is hasonló ellátási környezetben dolgoznak, így könnyebben megértették, felismerték a standardokkal érintett problémás területeket, saját tapasztalataikkal, jó gyakorlataikkal is hozzá tudtak járulni a problémák megoldásához. A tanácsadási tevékenység a kezdeti – izgalommal, az újtól való félelemtől terhelt – időszakot követően fokozatosan javult a munkatársak tudása, tapasztalata, gyakorlottsága növekedésével.

Úgy véljük, hogy a tanácsadások eredményeként valóban sikerült a résztvevők szemléletét formálni, és ez hozzájárul ahhoz az alapvető célkitűzéshez, hogy az ellátás biztonságosabbá váljon. A hatásvizsgálati kutatás első eredményei, amelyek feldolgozása jelen anyag írásakor zajlik, biztatóak. Ugyanakkor kétségtelen tény, hogy a szervezeti kultúra megváltoztatása nagyon időigényes folyamat, így az eredmények évek távlatában lesznek igazán jól értékelhetőek.

Végül említést érdemel, hogy a tanácsadási programban a koordinátorokkal történt folyamatos egyeztetések során olyan problémák azonosítására adódik lehetőség, amelyek intézményi keretek között nem kezelhetők. Ezeket igyekszünk szisztematikusan összegyűjteni, feldolgozni és a döntéshozók számára eljuttatni.

12. Jövőkép

A jövőképpel kapcsolatban három fő témakört érdemes átgondolni: a tényleges működés kialakítása, a fejlesztés lehetőségei, illetve a portfólió-bővítés kérdésköre.

A tényleges működés elindítása az Akkreditációs Iroda hivatalos létrehozását, illetve a működést meghatározó jogszabály kihirdetését igényli. Meg kell határozni a folyamatos működés feltételeit és a projekt eredményeinek, szakmai anyagainak, szoftvereinek átadását az erre kijelölt szervezetnek. Biztosítani kell a képzett vezető felülvizsgálók folyamatos alkalmazását, és a képzéseken megfelelő eredményeket felmutató felülvizsgálókkal a további rendszeres kapcsolattartást. Mindehhez az anyagi erőforrások biztosítása is szükséges. A mindezekre vonatkozó döntés kiadványunk készítésekor előkészítés alatt áll. A döntés megszületését követően kerülhet sor az akkreditációs felülvizsgálatok elindítására.

A rendszer kidolgozásának megkezdésekor alapelv volt a folyamatos fejlesztés biztosítása. Ennek érdekében a felülvizsgálati eredmények, értékelési programok tapasztalatai alapján szükséges a standardok szisztematikus áttekintése és szükség esetén átdolgozása, módosítása, illetve újabb témakörök beemelése. A standardok mellett a pontozási és súlyszámrendszer, a felülvizsgálati eljárások fejlesztésére is törekedni kell. Alapvető feladat a felülvizsgálók tudásának szinten tartása és rendszeres továbbképzési programok megszervezése. Ugyancsak szükséges a felülvizsgálók értékelési rendszerének életben tartása és folyamatos fejlesztése, az értékelések visszacsatolása az érintettek számára, a továbbképzési programok szakmai tartalmába és a továbbfoglalkoztatásra vonatkozó döntésekbe.

A fejlesztés nem elhanyagolható kérdése az ISQua akkreditáció elnyeréséhez szükséges tevékenységek végzése. Ennek hiányában a projekt támogatására kapott összegek visszafizetési kötelezettsége is felmerülhet.

Igényként jelent meg az akkreditációs program kiterjesztése további ellátási formákra is. Ilyen javasolt területek lehetnek az egy-két szakmás szakrendelők, a háziorvosi vagy a gyógyfürdőellátás. A nemzetközi gyakorlatban további példák is találhatóak. A kiterjesztésre vonatkozó döntést a várható előnyök, a szolgáltatók igényei és az erőforrások lehetőségei alapján lehet majd meghozni.

13. A projekt megvalósítói

A TÁMOP 6.2.5/A-13-2012-0001 projekt gazdája a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) volt. A megvalósítás konzorciumi formában történt. A partnerek a Semmelweis Egyetem, a Debreceni Egyetem és a Gyógyszerészeti Gondozásért Közhasznú Nonprofit Kft. voltak.

A projekt szakmai irányításáért a szakmai vezető felelt. Munkáját a Szakmai Irányító Testület (SZIT) segítette. Működéséhez etikai kódexet dolgozott ki, és havonta ülésezett. Félévente a Tanácsadó Testület is részt vett a SZIT ülésein, melynek tagjait a Magyar Kórházszövetség, a Medicina 2000, a Magyar Gyógyszerészeti Kamara, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár, az Egészségügyért Felelős Államtitkárság, valamint az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ delegálta. A szakmai anyagok tárolására belső honlap készült, ehhez különböző jogosultságokkal a szakmai vezetés tagjai, a szakértők és a Tanácsadó Testület tagjai is hozzáférést kaptak.

A szakmai vezetés munkáját neves külföldi szakértő segítette. Basia Kutryba – a lengyel akkreditációs hivatal alapítója és vezetője, az EU Patient Safety and Quality of Care Working Group elnöke és a European Accreditation Network vezetőségi tagja – segítette a szakmai koncepció részleteinek kidolgozását.

A TÁMOP 6.2.5/B-13/1-2014-0001, „Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködés kialakítása” c. pályázati konstrukció az Állami Egészségügyi Ellátó Központ vezetésével zajló kiemelt pályázat. Ennek Minőségfejlesztés megnevezésű munkacsoportja volt a felelős az akkreditációra való felkészítésért. A munkacsoport működése a TÁMOP 6.2.5/A projektben kialakított rendszer szerint zajlott tovább.

Az egyéni résztvevők mindegyikének felsorolására terjedelmi korlátok miatt nincs lehetőségünk. Azokat a munkatársakat igyekszünk megnevezni, akik vagy funkciójuk, vagy a projektben töltött idejük miatt jelentősebb szerephez jutottak.

A szakmai vezetés tagjai a TÁMOP 6.2.5/A projektben, betűrendben:

dr. habil. Belicza Éva, dr. Gódey Sándor, dr. Kárpáti Edit, prof. dr. Kullmann Lajos, dr. Lám Judit, prof. dr. Soós Gyöngyvér, dr. Tihanyi Mariann.

A szakmai vezetés tagjai a TÁMOP 6.2.5/B projekt Minőségfejlesztési munkacsoportjában, betűrendben:

dr. habil. Belicza Éva, dr. Fügedi Gergely, Horváth Szilvia, prof. dr. Kullmann Lajos, dr. Lám Judit, dr. Safadi Heléna, Sinka Lászlóné Adamik Erika, prof. dr. Soós Gyöngyvér, dr. Tihanyi Mariann.

További szakmai közreműködők a két projektben

A Tanácsadó Testület tagjai:

Egészségügyért Felelős Államtitkárság, Magyar Kórházszövetség, Medicina 2000, Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ, Országos Egészségbiztosítási Pénztár.

Szakmai szakértők:

dr. Antmann Katalin, dr. Jákó Kinga, Dombrádi Viktor, dr. Freisinger Ádám, dr. Matuz Mária, Surján Cecília, dr. Takács Erika, dr. Tóth Ágnes Anita, dr. Tóth Péter.

Gyógyszerészeti gondozási irányelvfelújítás:

dr. Bánkúti Péter, dr. Bácskay Ildikó, dr. Benkő Ria, dr. Biczók Zsuzsanna, dr. Csóka Ildikó, dr. Dóczy Veronika, dr. Fittler András, dr. Gyetvai László, prof. dr. Halmos Gábor, dr. Hankó Balázs, dr. Kajdócsy Ildikó, dr. Lankó Erzsébet, dr. Miseta Ildikó, dr. Samu Antal, dr. Szabó Sándor, dr. Takács Gábor, dr. Télessy István, dr. Vida Róbert.

Anyanyelvi lektorok: dr. Kállai András és dr. Zsigri Szabolcs.

Jogi szakvélemény: dr. Kovács Zsombor.

Hatásvizsgálat:

Szakmai vezetők és szakértők több tagja mellett: Almási Tímea, prof. dr. Bakacsi Gyula, dr. Benedek Zsófia, Demeter Veronika, dr. Egyed Kálmán, Krenyácz Éva, dr. Kopcsóné dr. Németh Irén, Merész Gergő, Mihalicza Péter, dr. Perduk András, Vártokné dr. Hevér Noémi

Informatikai fejlesztés:

Szakmai vezetők és szakértők több tagja mellett: Békessy László István, Nagy Bence, P. Tóth András, Szabó Dávid és a Webtown Informatika Kft. fejlesztői.

Az elvárt elméleti vizsgákat sikerrel teljesítő, a gyakorlati vizsgán részt vevő felülvizsgálók:

A fekvőbeteg-ellátás felülvizsgálói

Arapovicsné Kis Krisztina, Balázs Lászlóné Szelei Erzsébet, Bódi Mariann, Boros Erzsébet Tatjana, Csépleő Viktória, Csizmadia Gyöngyi, Erdély-Franyó Anna, Faragó Emese, Felföldi Katalin, Fügedi Gergely, Gombosné Papp Judit Erzsébet, Gróf Kinga, Guti Tünde Piroska, Halászné Farkas Anikó Erzsébet, Hofgátrné Erdős-Mózes Emese, Horváth Anikó, Horváth Szilvia, Kelemen Éva, Kovács Erika Krisztina, Kovácsné Szántó Zsuzsanna, Köles Borbála, Lehoczki Anikó, Mari Judit, Marosi András, Megléczné Ocsenás Mária, Mínya Tünde, Muzsay Ildikó, Nagy Erzsébet, Nagyné Berényi Annamária, Nagyné Hemző Erika, Nagyné Vancsó Ágnes, Novák Mária, Oláhné Rákay Erzsébet, Papp Györgyi, Sallai Miklós Kálmánné, Sinka Lászlóné Adamik Erika, Stefán Anikó, Sümegi Viktória, Szloboda Imréné, Tóth Ágnes Anita, Törökné Várkonyi Katalin Tünde, Ványik Tünde, Vida Zoltán, Zrínyi Miklósné, Zsombikné Zsirkai Rita.

A járóbeteg-szakellátás felülvizsgálói

Fazekas Ágnes Éva, Gál Ildikó, Jánosiné Canjavec Judit, Korponai Hajnalka, Muzsik Béla, Safadi Heléna, Szemán Éva, Tarcsi Livia, Varga Tünde Emese.

A közforgalmi gyógyszertárak felülvizsgálói

Bezsila Katalin, Bertalan Lóránt, Boczkó Imre, Fang Simon, Gyetvai László, Horváth-Sziklai Attila, Madácsi Réka Ágnes, Tóthné Viola Réka.

Intézményi közreműködők

A pilotprogramban részt vevő intézmények

Budapest Főváros II. Kerületi Önkormányzat Egészségügyi Szolgálat, Terézvárosi Egészségügyi Szolgálat, XVI. Kerület Kertvárosi Egészségügyi Szolgálat, Heim Pál Gyermekkorház, Jahn Ferenc Délpesti Kórház és Rendelőintézet, Magyarországi Református Egyház Bethesda Gyermekkorháza, Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Semmelweis Egyetem Kútvölgyi Klinikai Tömb, Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Tüdőgyógyintézet, Törökbálint.

A pilotprogramban részt vevő gyógyszertárak

Adria Patika (Budapest), Alma Gyógyszertár (Szekszárd), Aranykígyó Gyógyszertár (Sopron), Aranymérleg Patika (Kiskunhalas), Bónus Patika (Pécs), Boróka Patika (Szigetvár), Borostyán Gyógyszertár (Paks), Ciprus Hungária Patika (Budapest), Csanádi Patika (Szeged), Damjanich Gyógyszertár (Budapest), Diana Gyógyszertár (Budapest), Dorottya Gyógyszertár (Budapest), Elixír Patika (Körmend), EVITAL-MOM Gyógyszertár (Budapest), Fodor Gyógyszertár (Budapest), Főnix Patika (Polgár), Gádor Patika (Budapest), Generáció Patika (Bag), Gondviselés Gyógyszertár (Szombathely), Gyöngy Patika (Váncsod), Károlyi Gyógyszertár (Sajóbátony), Kígyó Gyógyszertár (Makó), Kígyó Gyógyszertár (Mogyoród), Kígyó Patika (Törökszentmiklós), Korányi Gyógyszertár (Szeged), Magyar Korona Gyógyszertár (Kunszentmiklós), Mária Gyógyszertár (Bábolna), Mecsekalja Patika (Pécs), Mikszáth Gyógyszertár (Budapest), Mosoly Patika (Szolnok), Műemlék Patika (Kecskemét), Oroszlán Gyógyszertár (Nagykőrös), Oroszlán Gyógyszertár (Szerencs), Páter Patika (Zalaegerszeg), Prima Patika (Kiskunhalas), Remény Gyógyszertár (Püspökladány), Révfalui Gyógyszertár (Győr), Szebellédy Gyógyszertár (Sopron), Széchenyi Gyógyszertár (Szolnok), Szent Antal Patika (Miskolc), Szent István Gyógyszertár (Budaörs), Szent Margit Gyógyszertár (Jászárokszállás), Szent Rafael Gyógyszertár (Kazincbarcika), Szent Rókus Patika (Miskolc), Szentlélek Gyógyszertár (Köröstarcsa), Szinvapark Patika (Miskolc), Szivárvány Gyógyszertár (Budaörs), Tölgyfa Patika (Kerepes), Újpalota Gyógyszertár (Budapest), Újpest-Városkapu Gyógyszertár (Budapest), Villányi Gyógyszertár (Budapest), Zsálya Patika (Mór).

A tanácsadási programban részt vevő intézmények

Almási Balogh Pál Kórház, Ózd; Árpád-házi Szent Erzsébet Szakkórház és Rendelőintézet, Tata; Batthyány Kázmér Szakkórház és Rendelőintézet, Kisbér; Betegápoló Irgalmas Rend–Budai Irgalmasrendi Kórház; Bicskei Egészségügyi Központ Szolgáltató Nonprofit Kft.; Bonyhád Városi Kórház és Rendelőintézet; Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Miskolc; Budapest Főváros XV. Kerület Önkormányzat Egészségügyi Intézménye; Budapesti Szent Ferenc Kórház; Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém; Csornai Margit Kórház; Csurgoi Egészségügyi Centrum Szolgáltató Nonprofit Kft.; Dombóvári Szent Lukács Kórház; Ercsi Járóbeteg-szakellátó Egészségügyi Központ Közhasznú Nonprofit Kft.; Hajdúböszörmény ESZ-V Egészségügyi Szolgáltató és Vagyonkezelő Nonprofit Kft.; Hévízgyógyfürdő és Szent András Reumakórház; Jánoshalmi Kistérségi Egészségügyi Központ Nonprofit Közhasznú Kft.; Józsefvárosi Egészségügyi Szolgálat, Budapest; Kanizsai Dorottya Kórház, Nagykanizsa; Karolina Kórház és Rendelőintézet, Mosonmagyaróvár; Károlyi Sándor Kórház, Budapest; Kazincbarcikai Kórház Nonprofit Kft.; Keszthelyi Kórház; Koch Róbert Kórház és Rendelőintézet, Edelény; Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely; Mezőtúri Kórház és Rendelőin-

tézet; Misszió Egészségügyi Központ, Veresegyház; Nyíró Gyula Kórház – Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Budapest; Orosházi Kórház; Parádfürdői Állami Kórház; Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa; Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr; Pilisvörösvár Városi Önkormányzat Szakorvosi Rendelőintézete; Réthy Pál Kórház és Rendelőintézet, Békéscsaba; Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet; Szabolcs-Szatmár Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház Jóna András Oktatókórháza, Nyíregyháza; Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ; Szent Margit Rendelőintézet Nonprofit Kft., Budapest; Szent Pantaleon Kórház és Rendelőintézet, Dunaújváros; Szentendre Város Egészségügyi Intézményei; Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet, Cegléd; Tóth Ilona Egészségügyi Szolgálat, Budapest; Városi Önkormányzat Rendelőintézete, Mezőkövesd; Zalai Megyei Kórház; Zirc Erzsébet Kórház és Rendelőintézet.

14. A fejlesztés és tanácsadás számokban

Oktatás	Célszám	Pályázók/ jelentkezők száma	Összes résztevő száma (fő)	Óraszám/ képzés	Képzési nap/ kurzus	Kurzusok száma	Képzés akkreditációja
Standard- fejlesztők (2013. január- március)	25	89	27				tananyag- akkreditáció
Oktatók képzése (2013. jún.- júl.)	nincs				2	1	tananyag- akkreditáció
Felülvizsgálók (2014. szept.- 2014. nov.)	100	kb. 180	164	30	4	4	szafte- akkreditáció
Belső koordinátorok (2014. jún.- 2014. nov.)	300	kb. 500	kb. 450	20	5	7	tananyag- akkreditáció
Felülvizsgálók (2015. febr.)			40	30	4	1	

	Célszám	Pályázók száma	Résztevők száma	Közös munka- megbeszélések száma
Pilotintézmények 2014. január-november	6	24	10	14
Felkészítésben résztvevő intézmények 2014. dec.- 2015. nov.	42	45	45	6

Szakmai vezetői megbeszélések	Találkozók száma	A TT-vel bővített ülések száma	Napirendi pontok száma
2012 okt.-2015 nov.	35	6	kb. 350

Kifejlesztett termékek	darab
A SZIT működésének etikai kódexe	1
Standardcsoportok	3
Standardok a fekvő- és járóbeteg-ellátásban	29
Standardok a fekvőbeteg-ellátásban	10
Standardok a járóbeteg-ellátásban	4
Standardok a gyógyszeráraknak	11
Gyógyszerészi gondozási irányelvek	16
Segédanyagok	137
Háttéranyagok	102
Oktatási anyagok (segédanyagok a standardokban megfogalmazott oktatási feladatokhoz)	31
Önértékelési kérdőív helyzetértékelés (offline)	1
online	1
Felülvizsgálati eljárás	1
Tanácsadási útmutató	1
Koordinátori útmutató a standardok szerinti működésre történő felkészüléshez	1
Felülvizsgálati forgatókönyv koordinátoroknak és felülvizsgálóknak	2
Helyszíni felülvizsgálat értékelési módszertana	1
Publikus honlap – www.bella-akkreditacio.hu	1
Belső információs honlapok	3
Szoftverek	4
Nemkívánatos események jelentési lapja	21
Klinikai audit gyakorlatára vonatkozó módszertani útmutató	1

Köszönetnyilvánítás

A projekt szakmai irányítói ezúton fejezik ki köszönetüket a pályázati projekt előkészítésében és lebonyolításában részt vevő valamennyi döntéshozónak, szakértő közreműködőnek, konzorciumi tagnak, továbbá a projektmenedzsment valamennyi tagjának a projektek előkészítésében és lebonyolításában fáradtságot nem ismerő kitartásáért és támogató közreműködéséért.

Külön köszönet illeti dr. Török Krisztinát, a GYEMSZI korábbi főigazgatóját, aki a projektötlet születésétől kezdődően elhivatottan támogatta az indulást és a sikeres megvalósítást. Köszönjük dr. Ónodi-Szűcs Zoltánnak, az Állami Egészségügyi Ellátó Központ volt főigazgatójának, hogy támogatóan közreműködött projektjeink sikerre vitele érdekében. Köszönjük Skultéty Lászlónak, a TÁMOP 6.2.5/B projekt szakmai igazgatójának, hogy mindig igyekezett megoldani kéréseinket, és proaktívan, elkötelezetten járult hozzá a tanácsadási program céljainak megvalósulásához.

Köszönjük a konzorciumi partnerek munkáját segítő valamennyi szakértőnek és adminisztratív munkatársnak, hogy értékes tevékenységükkel segítették a feladatok sikeres megvalósítását.

Köszönjük a programban részt vevő intézmények igazgatóinak és a pilotgyógyszertárak vezetőinek, hogy vállalták egy új, még nem ismert rendszer kipróbálását és bevezetését napi működésükben. Köszönjük, hogy munkatársaiknak lehetővé tették az aktív munkavégzést a standardok értelmezése, véleményezése, a tanácsadások és munkamegbeszélések, valamint a gyakorlati alkalmazása során.

Köszönjük dr. Barbara Kutrybának, a lengyelországi National Center For Quality Assessment In Healthcare (CMJ/NCQA) igazgatójának és az Európai Unió Patient Safety and Quality in Health Care Working Group elnökének, hogy szakmai tanácsokkal segítette és azóta is folyamatosan figyelemmel kíséri a magyarországi akkreditációs rendszer kialakítását és elindulását, valamint lehetővé tette a lengyel felülvizsgálati módszerek és tapasztalatok helyszíni tanulmányozását.

Köszönjük a standardfejlesztők, a felülvizsgálók és az intézeti koordinátorok szakmai és emberi hozzáállását, tapasztalataik megosztását, a pilot-, a SETER és a tanácsadási programban részt vevő intézmények koordinátorainak és dolgozóinak, hogy részt vettek a fejlesztési és megvalósítási folyamatokban, és elősegítették a számukra többletmunkával járó, elsősorban ijesztő feladathalmaz teljesülését.

Köszönjük a Tanácsadó Testület tagjainak, hogy tapasztalataikkal és véleményükkel a felhasználók szemszögéből segítették a standardok véglegesítését, az akkreditációs rendszer kialakítását, a tanácsadási folyamat lebonyolítását.

Köszönjük László Teodóra munkatársunknak, hogy soha nem lankadó kitartással, dinamikus és megbízhatóan kezelte a rázúduló feladathalmazt. Köszönjük Budavári Noémi és Czók Viktória kolléganőknek, hogy a 150 munkatársat foglalkoztató munkacsoport ügyeit igyekeztek gördülékenyen és segítőkészen intézni.

Mellékletek

Rövidítések és fogalmak jegyzéke

ÁEEK	Állami Egészségügyi Ellátó Központ
BELLA	Betegellátók akkreditációja a biztonságos betegellátásért
BELLA-INDA	BELLA INDikátor követő szoftver
DUQuE	Deepening our Understanding of Quality improvement in Europe
EMMI	Emberi Erőforrások Minisztériuma
GYEMSZI	Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet
GYGKN	Gyógyszerészeti Gondozásért Közhasznú Nonprofit Kft.
HBCs	Homogén Betegségcsoport
ISO	International Organization for Standardization
ISQua	International Society for Quality in Health Care
KES	Kórházi Ellátási Standardok
MEES	Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok
NEVES	NEM Várt Események jelentési és tanuló rendszere
OEP	Országos Egészségbiztosítási Pénztár
PDCA	Plan – tervezz, Do – hajtsd végre, Check – ellenőrizd, Act – avatkozz be
SETER	Semmelweis Egyetem Terepmunka
TÁMOP	Társadalmi Megújulás Operatív Program
WHO	World Health Organisation (Egészségügyi Világszervezet)

Táblázatok jegyzéke

1. táblázat Az akkreditációs program fejlesztésével kapcsolatos alapelvek
2. táblázat A standardfejlesztés főbb lépései
3. táblázat A standardok elemzési szempontjai a pilotintézményekben
4. táblázat A felülvizsgálati rendszer alapelemei
5. táblázat Az intézményi felkészítési program elemei
6. táblázat A rendszerszerű működés megalapozásához kapcsolódó feladatok
7. táblázat Standardsablon
8. táblázat A fekvő- és járóbeteg-ellátás standardcsoportjai
9. táblázat A közforgalmú gyógyszertárak standardlistája
10. táblázat A standardok bevezetését támogató szakmai anyagok típusai
11. táblázat Az önértékelési kérdőív általános szerkezete
12. táblázat A tanácsadási program komplex értékelési rendszere
13. táblázat A tanácsadók értékelési szempontjai az egyes tanácsadásokat követően
14. táblázat A standardok szerinti működés igazolására nyerhető bizonyítékok és információforrások

Ábrák jegyzéke

1. ábra A szakmai és működési szabályozók közti különbség az egészségügyi minőségbiztosítás során
2. ábra A BELLA logója
3. ábra A betegközpontúság megjelenése a standardok rendszerében
4. ábra Az akkreditációs eljárás lépései a kórházakban
5. ábra Intézményi koordinátor-rendszer a kórházakban és a járóbeteg-szakrendelőkben
6. ábra A felkészítési program logikai felépítése

Hivatkozott szakirodalmi tételek

1. accreditation. Dictionary.com: Online Etymology Dictionary. Harper, D., 2010. <http://dictionary.reference.com/browse/accreditation>
2. accreditation. American Heritage® Dictionary of the English Language, Fifth Edition. 2011. <http://www.thefreedictionary.com/accreditation>
3. accreditation. Oxford University Press: Oxford Dictionaries. 2015. http://www.oxforddictionaries.com/definition/american_english/accreditation
4. Rooney, A. L., Ostenberg, P. R. v. (1999). Licensure, Accreditation, and Certification: Approaches to Health Services Quality. Bethesda, Quality Assurance Project.
5. Shaw, C.: The external assessment of health services. *World Hosp Health Serv*, 2004, 40(1), 24-7, 50, 51.
6. World Health Organization (2003). Quality and accreditation in health care services: a global review. www.who.int/hrh/documents/en/quality_accreditation.pdf
7. ISQua Accredited Organisations and Standards. International Society for Quality in Health Care. <http://www.isqua.org/accreditation/accredited-organisations-standards>
8. Shaw, C. D. (2004). Toolkit for Accreditation Programs. Melbourne, The International Society for Quality in Health Care.
9. ISQua (2007). International Accreditation Standards for Healthcare External Evaluation Organisations (3rd edition). Dublin, The International Society for Quality in Health Care. <http://www.isqua.org/docs/default-source/accreditation/international-accreditation-standards-for-healthcare-external-evaluations-3rd-edition---b.pdf?sfvrsn=0>
10. ISQua (2007). International Principles for Healthcare Standards. Dublin, The International Society for Quality in Health Care. <http://www.isqua.org/docs/default-source/accreditation/international-principles-for-healthcare-standards---b.pdf?sfvrsn=0>
11. Heidemann, E. G. (1993). The contemporary use of standards in health care. Geneva, World Health Organization.
12. World Health Organization (1995). Applicability of different quality assurance methodologies in developing countries. Proceedings of a pre-ISQua meeting. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63002/1/WHO_SHS_DHS_96.2.pdf?ua=1
13. Greenfield, D., Braithwaite, J.: Health sector accreditation research: a systematic review. *Int J Qual Health Care*, 2008, 20(3), 172-83.
14. Alkhenizan, A., Shaw, C.: Impact of accreditation on the quality of healthcare services: a systematic review of the literature. *Ann Saudi Med*, 2011, 31(4), 407-16.
15. Hinchcliff, R., Greenfield, D., Moldovan, M., Westbrook, J. I., Pawsey, M., Mumford, V., Braithwaite, J.: Narrative synthesis of health service accreditation literature. *BMJ Qual Saf*, 2012, 21(12), 979-91.
16. Comparative study of hospital accreditation programs in Europe. KCE reports 70C. 2008, Brussels, www.kce.fgov.be
17. Shaw, C., Groene, O., Mora, N., Sunol, R.: Accreditation and ISO certification: do they explain differences in quality management in European hospitals? *Int J Qual Health Care*, 2010, 22(6), 445-51.
18. Shaw, C. D., Groene, O., Botje, D., Sunol, R., Kutryba, B., Klazinga, N., Bruneau, C., Hammer, A., Wang, A., Arah, O. A., Wagner, C., Consortium, D. U. P.: The effect of certification and accreditation on quality management in 4 clinical services in 73 European hospitals. *Int J Qual Health Care*, 2014, 26 Suppl 1(100-7).

19. To err is human: Building a Safer Health System (szerk.: Kohn, LT, Corrigan, JM, Donaldson, MS), Institute of Medicine, Washington DC, 2000. www.iom.edu
20. Council Recommendation of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections. 2009/C 151/01, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:151:0001:0006:HU:PDF>
21. Guidelines and Standards for External Evaluation Organisations. 4th Edition Version 1.0, July 2013. International Society for Quality in Health Care, Dublin.
22. Guidelines and Principles for the Development of Health and Social Care Standards. 4th Edition Version 1.0, September 2013. International Society for Quality in Health Care, Dublin.
23. Surveyor training program standards, 2009, International Society for Quality in Health Care, Dublin.
24. 56/2009. (XII. 30.) EüM rendelet a közforgalmú, fiók- és kézi gyógyszertárak, továbbá intézeti gyógyszerárak működési, szolgálati és nyilvántartási rendjéről szóló 41/2007. (IX. 19.) EüM rendelet módosításáról.
25. 18/2013. (III. 5.) EMMI rendelet a vizsgálati és terápiás eljárási rendek kidolgozásának, szerkesztésének, valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályairól.

A fejlesztést végzők témakörhöz kapcsolódó publikációi

1. Belicza É. (2008): Hazai lehetőségek és ajánlások: betegbiztonság. Kórház, 2008/10: 53–55.
2. Belicza É. (2014): Hamarosan lezárul a BELLA projekt. Orvostovábbképző Szemle, 21 (11): 73–74.
3. Belicza É., Kullmann L. (2008) NEVES (nem várt események). Betegbiztonsági program hazai megvalósítása. Kórház, 2008/3: 32–35.
4. Belicza É., Kullmann L. (2010) A kórházi ellátás biztonságának növelése – lehetőségek és az első kórházi tapasztalatok. Kórház, 2010/1-2, 8–10.
5. Belicza É., Lám J. (2014): Az egészségügyi szolgáltatók akkreditációs rendszere: a BELLA projekt háttere. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2014/1: 2–6.
6. Belicza É., Lám J. (2015): Az egészségügyi szolgáltatók akkreditációs rendszere. Kórház, 2015/tavaszi, 16–19.
7. Belicza É., Lám J., Safadi H., Fügedi G., Sinka L-né Adamik E., Tóth Á.A (2015): A BELLA akkreditációs program szerepe a betegellátás biztonságának javításában, 1. rész: fejlesztési módszertan. IME, XIV/7: 8-12.
8. Betegbiztonsági koordinátor – e-learning képzési program. <http://moodle.webdevil.hu/>
9. Dombrádi V., Gődény S. (2013) A kórházak minőségügyi rendszereivel foglalkozó Európai Uniói kutatások. IME, 13: 27–32.
10. Fügedi G., Lám J., Belicza É.: Akkreditáció az egészségügyben. Orv. Hetil. Közlésre elfogadva 2015. okt. 10.
11. Fügedi G.: A magyar és a francia akkreditációs rendszer összehasonlítása. Szakdolgozat. Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzserképző Központ, 2014.
12. Lám J., Belicza É. (2010) Nem várt események jelzésére alkalmas belső jelentési rendszerek bevezetésének kérdései. Kórház, 10–13.
13. Lám J., Rózsa, E., Kis Szölgvényi, M., Belicza, É. (2011): Kórházi osztályok gyógyszerosztással összefüggő gyógyszerelési hibáinak közvetlen megfigyelése (Survey of drug dispensing errors in hospital wards), Orvosi Hetilap, 152: 1391–1398.
14. Lám J., Safadi H., Sinka L-né Adamik E., Belicza É., Fügedi G., Tóth Á.A. (2015): A BELLA akkreditációs program szerepe a betegellátás biztonságának javításában, 2. rész: a szakmai tartalom, a felülvizsgálati koncepció és az alkalmazás első tapasztalatai, IME XIV/8: 35–38.
15. Safadi H.: Az akkreditáció követelményrendszerének intézményi bevezetése a változtatásmenedzsment tükrében. Szakdolgozat. Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzserképző Központ, 2014.
16. Takács E.: A külső értékelés kórházon belüli hatását befolyásoló tényezők. PhD disszertáció. Corvinus Egyetem, 2015.

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE