

# Minőségi indikátorrendszer 2010 – Gyorsjelentés

Az Indikátorrendszer 2010 elkészítésekor a kórházaknak, rendelőknek összesen 791 kérdésre kellett válaszolniuk. A visszaküldött kérdőívek összegzéséből például kiderül, hogy milyen a betegbiztonság, hogyan tájékoztatják a betegeket a szolgáltatók, milyen a szülészetek felszereltsége, hány ágy jut egy kórteremre, vagy hogyan látják el a gyermekeket.

A kitöltési arány az elmúlt évhez hasonlóan magas volt: kérdéseinkre 115 kórház válaszolt (76%), az összes kórházi ágy 82%-át képviselve. Ha a 81, csak járóbeteg-ellátást végző és a kérdőívre válaszoló szolgáltató mellett a nagy számban válaszoló kórház-rendelőintézeteket is figyelembe vesszük, akkor a járóbeteg-ellátás kapacitásainak is 74%-át fedi le a rendszer.

## Betegjogok

### Betegjogok a fekvőbeteg-ellátásban

A betegek a kórházak 45%-ában kapnak betegjogokkal kapcsolatos elvihető tájékoztatót (tavalyi ez az érték 41% volt), tájékozódásukat pedig az intézmények fele segíti azzal, hogy a honlapján elérhetővé tesz betegjogokkal kapcsolatos információkat. Az intézmények szinte mindegyikében kihelyezésre került a betegjogi képviselő elérhetősége (tavaly és idén is 99%-ban), leggyakrabban osztályonként és várónként is (a telephelyek 81%-ában).

A gyakran végzett műtéteknél szinte minden intézményben használnak előre elkészített betegtájékoztató kiadványokat (54%-ukban minden szakterületen, 30%-ukban bizonyos szakterületeken; az intézmények 12%-ban nem végeznek invazív beavatkozást). Az invazív beavatkozás előtt a beteg gyakorlatilag mindenhol hitelesíti aláírásával, hogy a szóbeli tájékoztatás megtörtént, és azt megértette. A betegek részére adatkezeléssel kapcsolatos tájékoztató azonban az intézményi telephelyek 32%-ában nem érhető el.

Az intézmények 63%-ában van panaszláda (tavalyi adat: 60%), 42%-ukban pedig virtuális (azaz e-mail vagy webes) „panaszláda” is elérhető (tavalyi adat: 42%). Az intézményi telephelyek 55%-ában minimum fél évente megvalósul a panaszkezelés értékelése.

Szakmai felelősségbiztosításon kívül általános felelősségbiztosítással az intézmények 42%-a rendelkezik. A szakmai felelősségbiztosítás kockázati összege karonként átlagosan 7 M Ft, éves szinten átlagosan 36 M Ft.

### Betegjogok a járóbeteg-ellátásban

A szakrendelők/egynapos ellátási egységek 37%-ában van elvihető betegjogi tájékoztató; a rendelők 38%-ának honlapján elérhető betegjogi felvilágosítás. A betegjogi képviselő elérhetőségét szinte minden rendelőben kihelyezték, legtöbb helyen (50%-ukban) minden váróban. Invazív beavatkozás előtt szinte mindenhol megtörténik a betegtájékoztató előre elkészített kiadványok segítségével is (mindössze a rendelők 7%-ában nem), illetve a tájékoztató aláírással történő hitelesítése (csak a rendelők 5%-ban nincs ilyen gyakorlat). Az adatkezeléssel kapcsolatos tájékoztató azonban az intézmények 43%-ban nem érhető el a betegek részére.

Panaszláda az intézmények 50%-ban van kihelyezve, virtuális „panaszláda” pedig 36%-ukban érhető el (tavalyi adat: 33%). A panaszok elemzése, értékelése a rendelők 52%-ában legalább félévente megvalósul. A rendelők 30%-ában nincs belső utasítás vagy szabályzat arra vonatkozóan, hogy a beteg ellátásáról, állapotáról kinek adhatnak tájékoztatást a dolgozók (tavalyi adat: 35%).

## **Dolgozók helyzete**

### **A dolgozók helyzete a fekvőbeteg-ellátásban**

Az egészségügyi ellátásban dolgozók számára a mindennapi stressz és annak kezelése kiemelten fontos. A hazai fekvőbeteg-ellátásban az intézmények 56%-a biztosít lehetőséget munkavállalóinak stresszmenedzsment vagy stresszkezelő programon való részvételre (az előző évi felmérésben 52%-nál volt ilyen lehetőség). A stressz kapcsán kialakuló kiégés (burn out) megelőzését és felismerését segítő felméréseket az intézmények 5%-a végezte el az orvosok és 12%-a az ápolók, asszisztensek és egyéb szakdolgozók körében.

A fekvőbeteg-ellátásban dolgozók számára az intézmények mindössze 92%-a ingyenesen biztosítja a munkavégzéshez szükséges rendszeres szűrővizsgálatokat, de a szolgáltatók 42%-a a kötelező szűrővizsgálatok mellett munkavállalói számára egyéb szűrővizsgálatokat is szervez, biztosít.

Az intézmények 92%-a rendelkezik a dolgozói számára továbbképzési tervvel, és szinte az összes szolgáltató támogatja is munkavállalóik továbbképzését (99%). A megelőző évben az indikátorrendszer 2009 felmérésében is az intézmények 92%-a rendelkezett továbbképzési tervvel, azonban akkor az intézményeknek csak 95%-a támogatta a dolgozók továbbképzését.

A szolgáltatást nyújtó intézmények 74%-ában van valamilyen lehetőség a kiemelkedő teljesítmény honorálására, és ennek követelményeit a honoráló intézmények majd kétharmada közzé is teszi a dolgozói számára, amely arányok megegyeznek a tavalyi felmérés eredményeivel. A fekvőbeteg-ellátásban dolgozók számára a béren kívüli juttatás átlagos összege 61.865 forint/év. [Az átlag a statisztikai átlaglétszám segítségével készült, azonban az intézmények által adott béren kívüli juttatás átlagos értéke nagy szórást mutat (0-480.000 forint).]

A fekvőbeteg-ellátó intézményekben a fluktuáció tavaly átlagosan 24%-os volt.

### **A dolgozók helyzete a járóbeteg-ellátásban**

A hazai járóbeteg-ellátást nyújtó intézmények 38%-a biztosít lehetőséget a munkavállalóinak a stresszmenedzsment vagy stresszkezelő programon való részvételre (az előző évi felmérésben az intézmények 31%-ában volt ilyen lehetőség). A stressz kapcsán kialakuló kiégés (burn out) megelőzését és felismerését segítő szűréseket az intézmények 78%-a az ápolók, asszisztensek és egyéb szakdolgozók, 87%-a az orvosok körében még soha nem végezte el.

A járóbeteg-ellátásban dolgozók számára az intézmények 4/5-e biztosítja rendszeresen a munkavégzéshez szükséges szűrővizsgálatokat. Az intézmények ¼-ében van dohányzásról leszoktató program.

Az intézmények 90%-a rendelkezik a dolgozói számára továbbképzési tervvel, és szinte mindegyik szolgáltató támogatja is a munkavállalói továbbképzését (99%). A megelőző évhez képest kis mértékben javultak e mutatók, ugyanis akkor az intézmények 80%-a válaszolta azt, hogy rendelkezik továbbképzési tervvel, és 92%-uk támogatta is anyagilag a dolgozók továbbképzését.

Az intézmények 60%-ában van valamilyen lehetőség a kiemelkedő teljesítmény honorálására, és ennek követelményeit a honoráló intézmények fele közzé is teszi a dolgozói számára. A járóbeteg-ellátásban dolgozók számára a béren kívüli juttatás átlagos összege 70.743 forint/év. [Az átlag a statisztikai átlaglétszám segítségével készült, azonban az intézmények által adott béren kívüli juttatás átlagos értéke nagy szórást mutat (0-480.000 forint).]

## **Kiegészítő szolgáltatások**

### **Kiegészítő szolgáltatások, elhelyezés, térítési díjak a fekvőbeteg-ellátásban**

Egy kórteremre átlagosan 3,45 OEP-finanszírozott (tehát a beteg számára térítés nélkül igénybe vehető) ágy jut, ez megfelel a tavalyi aránynak. Az intézmények 75%-ában van egyágyas kórterem, kétágyas kórteremben történő elhelyezésre pedig a telephelyek 93%-ában van lehetőség. Ezek a szobák a telephelyek 84%-ában (egyágyas), illetve 89%-ában (kétágyas) térítésmentesen is igénybe vehetők.

Ahol fizetni kell, ott az egyágyas szobában történő elhelyezés átlagosan 8.170 Ft-ba kerül éjszakánként. A kétágyas szobában lévő ágyak térítési díja átlagosan 5.550 Ft egy éjszakára. Az átlagos térítési díjak a tavalyi adatokhoz képest csökkenést mutatnak mindkét esetben (tavalyi átlagok: 11.474 és 6.819 Ft – az eltérés jelentős része azonban abból adódik, hogy 2009-ben az egyik szolgáltató a tartózkodási időtől függetlenül 100.000 forintot kért a külön kórteremért). A hozzátartozók részére az intézményi telephelyek 46%-a tud szállást biztosítani, átlagosan 3.686 Ft-ért éjszakánként.

Országos átlagban az OEP-finanszírozott ágyaknak 12%-a található légkondicionált kórteremben. A kórházi telephelyek 44%-ában egyáltalán nincs klimatizált kórteremben lévő OEP-finanszírozott ágy. A telephelyek 43%-a tud internetelérést biztosítani a betegeknek, többnyire azok saját számítógépén, illetve kórházi gépen valamilyen közösségi helyiségben. A telephelyek felében működik gyógyszerár, háromnegyedében büfé, 40%-ukban pedig ATM-automata is a betegek rendelkezésére áll. Újságokat a telephelyek kétharmadában lehet vásárolni.

Az akadálymentesítés területén a tavalyi adatokhoz képest javulás nem tapasztalható: továbbra is csupán a telephelyek 57%-a teljesen akadálymentesített. Az intézmények 97%-a rendelkezik honlappal, 90%-a pedig e-mailben is elérhető.

### **Kiegészítő szolgáltatások, térítési díjak és betegirányítás a járóbeteg-ellátásban**

A járóbeteg-ellátó telephelyek 56%-a nyújt valamilyen térítési díj ellenében igénybe vehető többlétszolgáltatást. Ezeknek a telephelyeknek a 93%-a esetében a betegek számára elérhető a térítésidő-szabályzat.

Tavaly óta csaknem duplájára (11%-ra) nőtt azoknak az intézményeknek az aránya, amelyek automatával (is) segítik a betegirányítást. Ügyfélfelvét az intézmények harmada alkalmaz; ez megfelel a tavalyi aránynak. Az előjegyzési rendszerek között továbbra is a személyes és a telefonos előjegyzés a domináns. Internetes előjegyzési rendszere a telephelyek 13%-ának van, a háziorvosi integrált rendszert működtető telephelyek aránya csupán 4%. Az intézmények 38%-a negyedórás, további 52% fél-, illetve egyórás pontossággal ad előjegyzési időpontot. A szakrendelőknek azonban csak 30%-a monitorozza folyamatosan a tervezett és a valós ellátási időpontok közötti különbséget. A járóbeteg-ellátók rendelési idejének országos átlagban 13%-a esik munkaidőn kívülre, ami hasonló a tavalyi arányhoz (12%).

Az intézmény által tárolt betegdokumentáció fénymásolásáért a szakrendelők 42%-a nem számol fel térítési díjat. A digitalizált felvételek CD-n vagy DVD-n történő kiadása az intézmények 77%-ában ingyenes.

Az akadálymentesítés területén tavaly óta nem tapasztalható előrelépés: a szakrendelőknek csupán 60%-a teljesen akadálymentesített. Büfé a telephelyek 62%-ában elérhető. A járóbeteg-ellátók 73%-ának van honlapja, és csaknem ekkora azoknak az intézményeknek az aránya is, amelyeket a beteg e-mailen keresztül is megkereshet: 69%-os.

## **Betegbiztonság**

### **Betegbiztonság a fekvőbeteg-ellátásban**

Az invazív beavatkozásokat végző intézmények válaszai alapján megállapítható, hogy 30%-ban nem rendelkeznek olyan helyi eljárásrenddel, ami a beavatkozásokkal kapcsolatos biztonsági lépéseket rögzíti. 19%-ban közvetlenül a műtét előtt nem ellenőrzik a beavatkozási terület pontos jelölését, a beteg személyazonosságát (22%), és 26%-ban nem szabályozzák az intézmények az invazív beavatkozás befejezése előtt az idegen test betegben maradásának ellenőrző lépéseit.

Az anesztéziail tevékenységgel kapcsolatos adatok vizsgálatánál megállapítható, hogy a válaszadók 96%-a közvetlenül a beavatkozás előtt ismételtlen meggyőződik a beteg ismert allergiájáról, 83%-a minden beteg esetében használ a légutak értékelésére objektív értékelési módszert, és 88%-a az érzéstelenítés vagy altatás előtt ellenőrzi a nagyobb vérvesztés lehetőségének veszélyét a műtét kapcsán. A műtétek befejezését követően csak a válaszadók 70%-a dokumentálja írásban, hogyan egyeztetett a műtétet végző team a további kezelések legfontosabb pontjairól.

Országos szinten a szolgáltatók 55%-ban működik szakmai, ellenőrző és tanácsadó szerepet betöltő Vértranszfúziós Bizottság, de 21%-nak nincs a biztonságos transfúziós gyakorlatot leíró transfúziós szabályzata. A vérátömlesztést végző dolgozók írásbeli megbízással az intézmények 36%-ában rendelkeznek. A kórházak 58%-a nem tudja biztosítani a tervezett műtétek esetében az autológ transfúzió adását (vérvesztés pótlása saját vérrel).

A kórház által alkalmazott belső betegszállítók számára a sürgős ellátást igénylő tünetek felismerésére vonatkozó oktatást a kórházak 61%-a szervezi meg, de 45%-ban nem működik az intézményen belüli betegszállítást követő, monitorozó rendszer. A fekvőbeteg-ellátó intézmények 67%-ában van újraélesztő team, melynek a vállalt maximális kitérési idejét az intézmények kevesebb mint fele (48%) szabályozza. Ennek medián értéke 4 perc.

A gyógyszerellátás folyamata az intézmények 91%-ban szabályozott. Számítógépes interakciós adatbázis, amely a különböző gyógyszerek hatóanyagainak egymást befolyásoló hatására figyelmeztet, csak a szolgáltatók 39%-ában működik. Ugyanilyen alacsony az országos átlagérték a gyógyszer mellékhatást figyelő rendszer tekintetében (34%).

### **Betegbiztonság a járóbeteg-ellátásban**

A járóbeteg-ellátást végző intézmények 23%-ának informatikai rendszerében nem tárolhatóak a digitális képkeltő eredmények, és 15%-a nem adja ki a beteg részére a felvételt. Az egyes szakrendelések 45%-ában nincs gyógyszer-nyilvántartási dokumentáció, és 42% esetében nem része az informatikai rendszernek a gyógyszerinterakciós adatbázis. A gyógyszereléshez kötött felelősségi köröket a rendelők 27%-a nem szabályozza dokumentáltan. Az egészségügyi ellátás során szerzett

fertőzéseket, sebfertőzési arányokat 35%-uk csak évente vagy annál ritkábban elemzi, és csak 61%-a jelenti a nemzeti regiszterbe.

Az egynapos ellátási egységek 19%-a nem ellenőrzi dokumentáltan az anesztéziái biztonság szempontjait. Közvetlenül a bemetszés előtti biztonsági lépéseket – mint például a beteg személyazonosságának ellenőrzése (53%), a beavatkozás helye, oldalisága (55%), a végrehajtandó beavatkozás típusa (58%), a beavatkozás során használni szánt eszközök sterilitása, darabszáma (60%) – a szolgáltatók több mint fele nem dokumentálja, ám szóban egyeztetni a team tagjaival.

## **Minőségügy**

### **Minőségügy a fekvőbeteg-ellátásban**

A tanúsított minőségügyi rendszerrel rendelkező telephelyek aránya országosan 67%, az intézmények 68%-ában van minőségfejlesztési team. Ezek az arányok a tavalyi adatokhoz képest kis mértékű javulást jelentenek. Küldetési nyilatkozattal az intézmények 84%-a rendelkezik.

A telephelyek 95%-ában a helyi eljárásrendek írott formában vagy elektronikusan hozzáférhetőek a dolgozók számára. A válaszadó telephelyek 62%-ában történt belső vagy külső klinikai audit 2008 vagy 2009 során. Az intézmények kétharmadában (66%) minimum évente megtörténik az ápolási dokumentáció vezetésének auditja, melyről írásos jelentés is készül. A válaszok alapján a telephelyek 90%-ában minden fekvőbeteg-ellátó osztályon van beteg átadás-átvétel műszakváltáskor.

A telephelyek 78%-ában eljárási rend szabályozza az informatikai rendszer használatát és az ahhoz történő hozzáférést. A zárójelentés kórházban maradó példányát a kórházak ötödében (19%) nem írja alá a beteg hazabocsátáskor. Ezen a téren nem történt elmozdulás a tavalyi arányhoz képest.

Az intézmények kétharmadánál a vezetői döntéshozatalt kontrollingsrendszer segíti, 59%-uk pedig kontrollert is foglalkoztat.

Az intézmények túlnyomó többségében (90%) volt már legalább egyszer betegelégedettségi felmérés, melynek eredményeként leggyakrabban az élelmezés és az ellátottak számára biztosított komfort (például elhelyezés, tisztálkodási lehetőségek) területén történtek intézkedések a kórház részéről. Csak elvétve található olyan fekvőbeteg-ellátó intézmény, amelynek nincs honlapja. Nem jellemző azonban a pénzügyi-szakmai beszámoló, illetve a betegelégedettségi felmérések eredményének nyilvános megjelenítése a kórházi honlapokon (24%, illetve 13%).

### **Minőségügy a járóbeteg-ellátásban**

Növekedett a tanúsított minőségügyi rendszerrel rendelkező szakrendelők, egynapos sebészeti ellátást nyújtó szolgáltatók aránya: a tavalyi 56%-ról 63%-ra. 5 járóbeteg-szakellátó közül 4-ben van legalább egy olyan alkalmazott, akinek a feladatkörében szerepel a minőségügyi feladatok ellátása. Az intézmények felében minőségfejlesztési team is működik.

A járóbeteg-szakellátók 60%-ában történt belső vagy külső audit az elmúlt két év (2008-2009) során. Ez a tavalyi arányhoz képest (46%) nagyarányú növekedést jelent.

A 200-as heti rendelési óraszám feletti telephelyek háromnegyedében használnak kontrollingsrendszert a vezetői döntéshozatal támogatására, minden második intézmény pedig kontrollert is foglalkoztat. Az egyes szervezeti egységek jellemzően havonta vagy annál is gyakrabban kapnak visszajelzést gazdasági teljesítményükről.

Az intézmények háromnegyedében már végeztek valamikor betegelégedettségi felmérést, többségükben az utolsót 2009-ben vagy 2010-ben. Bár a járóbeteg-szakellátók 84%-a rendelkezik honlappal, azon a szakmai és pénzügyi beszámolót, illetve a betegelégedettségi felmérés eredményeit az intézmények alig ötöde teszi közzé.

## **A várólisták kezelése a fekvőbeteg- és az egynapos ellátásban**

Az várólisták kezeléséről szóló modul egyes kérdései az előírt jogszabályi követelmények teljesülésére, más kérdései pedig az intézmények jogosultsági körébe tartozó részletszabályozásra kérdeztek rá.

A válaszadók 63%-a három napon belül vagy annál is gyorsabban jeleníti meg az intézményi honlapon a várólistán történt változásokat (tavaly a medián értéke szintén 3 nap volt), megfelelve ezzel az Ebtv. által előírt folyamatos, de legkésőbb a változást követő három napon belüli honlapon közzététel követelményének. A három napnál ritkábban frissítő telephelyek több mint fele egy héten belül átvezeti a változásokat a honlapra (ez az arány romlott tavaly óta).

A honlapon tájékoztatás minőségére irányuló „Az egyes várólistákhoz kapcsolódóan milyen adatokat közöl az intézmény a honlapon?” kérdés válaszkészlete egyenként felsorolja a jogszabály szerint kötelezően feltüntetendő elemeket: egyedi azonosító; az ellátás igénybevételének várható időpontja; az ellátás igénybevételének várható helye; a várólistán elfoglalt aktuális pozíció (sorszám); a várólistára történő felkerülés időpontja. A 97 válaszoló telephelyből mindössze 26 (27%, míg tavaly 35%) jelölte meg mind az öt kötelező elemet a fekvőbeteg-ellátásoknál, és 22% az egynapos ellátásoknál.

A várólistát vezető fekvőbeteg-ellátók 57%-a rendelkezik minden szervezeti egységre és minden ellátástípusra kiterjedő hatályú várólista szabályzattal/helyi eljárásrenddel, 23%-nál a hatály nem teljeskörű, a szolgáltatók 20%-nál pedig nincs ilyen belső szabályozás. (Az egynapos sebészeti ellátások esetében ezek az arányok rendre: 50%, 14%, 36%.) 2009 óta az arány jelentősen javult: akkor 38%-a a válaszadóknak rendelkezett a várólista vezetésre vonatkozó teljes körű belső szabályzással, és 29%-a egyáltalán nem. Az eljárásrendek külső, nyilvános elérhetősége viszont nem változott jelentősen: az intézmények 8%-nál (2009: 7%) nem nyilvánosak a szabályzatok, 34%-nál (2009: 31%) ugyanakkor még az interneten is elérhetőek ezek a dokumentumok.

A várólista-szabályzatok kétharmada definiálja a sürgősség megállapításának orvosszakmai szempontjait (2009: 62%), tehát azokat a körülményeket, melyek esetén a beteget „soron kívüli” ellátásban lehet részesíteni, azonban egynegyede alkalmaz csak a jogszabályilag meghatározott két sürgősségi kategórián (halasztható, sürgős) kívül más kategóriákat a várólistára felvett betegek pontosabb kockázati besorolása érdekében.

## **Gyermekellátás**

### **Gyermekellátás a kórházakban**

A gyermekellátási modult kitöltő 65 telephelyből 36 telephelyen 14 éves kor alatt is kezelnek gyermekeket felnőtt osztályon, és csak 12 intézményben megoldott, hogy a felnőtteket ellátó osztályokon egyáltalán ne kezeljenek gyermekeket. A válaszoló intézményekben összesen 170 osztályon kezelnek gyereket a felnőttekkel együtt, ami az összes, gyermeket ellátó fekvőbeteg-osztály (301 osztály) több mint fele (56%-a). Az 51, gyermekeket is fogadó sürgősségi ellátó esetében

22 intézményben semmilyen módon nem megoldott a gyermek és felnőtt sürgősségi ellátás térbeli elkülönítése, azaz sem a fogadó/váróhelyiség, sem a vizsgáló/ellátó nincs elkülönítve a felnőtt betegekétől.

Az intézmények 84%-ában lehetősége van az édesanyának arra, hogy közvetlenül a gyermeke mellett, az intézmény által biztosított fekvőhelyen töltsse az éjszakát. Az éjszakai elhelyezés a 65 telephely közül 27-nél minden esetben ingyenes, további 10 esetben pedig akkor, ha az édesanyának van érvényes társadalombiztosítási jogviszonya. Az intézmények 68%-ában van lehetőség egyágyas kórtermi elhelyezésre, amelyért sok esetben (24 telephely) külön térítést kérnek.

Az intézmények 25%-ában nem tér ki az intézmény betegjogi szabályzata a gyermekek jogaira, további 11%-ukban egyáltalán nincs betegjogi szabályzat. A betegtájékoztatást csak a szülő kapja az intézmények 30%-ában, és 7 intézményben 14 éven felüli gyermek ellátása esetében sem tájékoztatják a gyermeket.

Az intézmények 80%-ában a szülő jelen lehet a betegvizsgálat során. 14 éven aluli gyermek esetében csak az intézmények 37%-ában mehet be a szülő a vizsgálat/beavatkozás helyszínére különösebb korlátozás nélkül. Altatásban (általános anesztéziában) végzett beavatkozás esetén az intézmények 13%-ban nem lehet a műtőbe tolasig az édesanya a gyermekével. Ébredésnél csak az osztályon lehet ott az édesanya az intézmények 54%-ban.

Betegtájékoztató anyagot az intézmények 90%-ában kapnak az édesanyák, de csak kevés, 17 intézmény tud adni a 10 éves kor feletti gyerekeknek az életkoruknak megfelelő írásos betegtájékoztatót. A legtöbb intézményben (45 helyen) korlátozzák a látogatók életkorát és/vagy személyét.

Az intézményeknek csak 36%-a tudja megoldani, hogy minden gyermekeket kezelő fekvőbeteg-osztályon legyen játszó- vagy rekreációs szoba, és csak a 46%-uknál tudnak gyermekfoglalkoztatót alkalmazni.

### **Gyermekellátás a szakrendelőkben**

Gyermekellátás esetén a szülők a rendelők 93%-ában minden esetben gyermekük mellett maradhatnak a vizsgálat ideje alatt (tavalyi adat: 87%). A szülők az intézmények 82%-ában kapnak írásos tájékoztatót a gyermek várható beavatkozásáról, és 99%-ukban a gyermek is kap erről korának megfelelő tájékoztatást. 14 éves kor felett a rendelők 71%-ában a gyermek is kifejezheti beleegyezését a beavatkozás esetén, és 84%-ukban mind a 14 év feletti gyermek, mind a szülő kap tájékoztatást a beavatkozásról (a tavalyi adat 80% volt).

A 14 év alatti gyermekeket is ellátó telephelyek esetében azt is vizsgálta a felmérés, hogy az intézmény biztosít-e pelenkázót, baba-mama szobát, illetve játéksarkot a kisgyermekkel érkezők számára. Míg pelenkázó a telephelyek 62%-ában rendelkezésre áll, addig játéksarok csak minden negyedik (27%), baba-mama szoba pedig csak minden ötödik (20%) szakrendelőben van.

## **Szülészetek**

A 61 válaszoló szülészet közül 50 szülészeten van egyágyas szülőszoba. A pozícionálható szülőágy kivételével nincs egyéb vajúdat segítő eszköz két kórház szülészetén, a többi szülészeten viszont mindenhol rendelkezésre áll legalább labda (59 szülészet), de 19 szülészeten még kádban is vajúdnak az édesanyák. Két szülészeten nincs lehetősége a várandós anyának szülész orvos választásra, míg szülésznőt 11 szülészeten nem lehet választani.

Szülésfelkészítő tanfolyam egy intézmény kivételével mindenhol van, 36 szülészetten pedig az is megoldott, hogy 16 óra után kezdődjön vagy hétvégén tartsák. Nyolc helyen ugyanakkor a tanfolyam minden esetben térítésköteles. A szülészetek 21%-a engedi, hogy a törvényben előírt egy személyen felül további személy is jelen lehessen a szülésnél, ha azt a szülő nő igényli. Császármetszésnél a szülészetek 31%-a tudja megoldani, hogy az apa is ott legyen. A szülésen való részvételt még mindig sok intézmény köti a közös szándék kifejezésén kívül valamilyen más feltételhez, például tanfolyamon való részvételhez (9 esetben), előzetes döntéshez (11 esetben), illetve védő/zsilipruha megvételéhez (18 esetben).

A szülészetek 77%-ában áll rendelkezésre regionális analgészia fájdalomcsillapításra, de több intézményben használnak alternatív, nem gyógyszeres fájdalomcsillapító módszereket is: gyógynövény/aromaterápiát (12 intézmény), homeopátiát (22 intézmény), hipnózist/pszichoterápiás módszereket (2 intézmény) és vízben vajúrást (18 intézmény). 27 intézményben érhető el korlátlanul, a nap bármelyik szakában epidurális analgészia (EDA), 13 szülészetten tudnak lehetőséget biztosítani „sétáló EDA-ra”. Ugyanakkor 12 szülészetten halvaszülés, késői vetélés esetében sem tudják megoldani az EDA lehetőségét. A szülészetek 30%-ában kötelező a borotválás, 20%-ában a beöntés, illetve van még olyan szülészet is (8 intézmény), ahol nem engedik a vajúrást alatti folyadékfogyasztást. Még mindig sok szülészetten (42 helyen) végeznek első szülő nők esetében is rutinszerűen gátmetszést. 35 intézményben csak a vajúrást pozíciója választható meg, a szülésé nem.

34 szülészetten nem tudják biztosítani, hogy az anya megszakítás nélkül a csecsemőjével tölthessen minimum 30 percet közvetlen bőrkontaktusban a szülés után. Császármetszés után 13 intézmény egyáltalán nem tudja biztosítani a korai bőrkontaktust sem az apával, sem az anyával. Újszülött újraélesztésében jártas személy az intézmények 73%-ban csak problémás szülés esetén van jelen, és nincs állandó 24 órás neonatológus jelenlét a szülészetten rendelkező intézmények 26%-ában.

A szülés utáni ellátás keretében 22 intézményben nincs lehetőség egyágyas szoba igénybevételére; ahol van, ott kiegészítő szolgáltatásként pénzért vehető igénybe. 14 szülészetten van ugyanakkor családi szoba is. Egy kórház kivételével mindenhol megoldott a rooming-in rendszerű elhelyezés.

A szoptatási irányelvek egy intézmény kivételével az összes szülészetten elérhetőek az édesanyák számára. A szülészetek 56%-a kötelezővé teszi a szoptató kismamákkal érintkező dolgozók számára a szoptatást segítő tanfolyamon való részvételt. A szülészetek 80%-ban nem engedik az újszülött mesterséges táplálását, cumizást célzó reklámanyagok kihelyezését, és 90%-ban nem engedik tápszerminták osztását sem a szülészetten tartózkodó vagy azt elhagyó kismamák számára.

## **Terhesgondozás**

A terhesellátást végző szakrendelőknek mintegy 10%-ában biztosítanak játéksarkot és 50%-ában pelenkázót a gyermekükkel érkező terhes anyák számára. A terhesellátást végző rendelők 86%-ban van a várandósról tájékoztató kiadvány.

96%-ban elérhető ultrahangvizsgálat, 88%-ban pedig CTG. A terhesgondozást végző szolgáltatók háromnegyedénél előjegyzés rendszer működik az ultrahang-diagnosztikára; az előjegyzést végzők 90%-a negyedórás (tervezett) pontossággal működik a saját bevallása szerint.

Az intézmények 92%-ban csak a Magyar Szülészeti Ultrahang Társaság által kiállított jogosítvánnyal rendelkező orvos végezhet ultrahangvizsgálatot. Az ultrahangrendelések 28%-a dolgozik a MASZNUT legmagasabb szintű jogosítványával rendelkező orvossal, de a többi rendelőben is tudnak lehetőség biztosítani a vizsgálati eredmény C szintű vizsgálóval való véleményeztetésére.

Az intézmények 95%-a nyilatkozott úgy, hogy jelen lehet a várandós kismama hozzátartozója is az ultrahangvizsgálaton. A rendelők 13%-a ugyanakkor nem tud semmilyen képi anyagot adni az ultrahangfelvételről; 45%-uk viszont akár CD/DVD-n képi anyagot is biztosít a kismamák számára, igaz, a legtöbbször külön térítés ellenében.

## Asszisztált reprodukció

A hét, a kérdőívre válaszoló intézmény mindegyikben elérhető ovulációserkentés, in vitro fertilizáció (IVF), intracitoplazmatikus spermium injektálás és embriótranszfer. Négy intézményben van lehetőség donor petesejt és hímivarsejt felhasználására, a többiben csak donor hímivarsejttel végeznek beavatkozásokat. Preimplantációs genetikai diagnosztikát, illetve petesejtfagyasztást ugyanakkor csak egy intézményben végeznek a válaszoló intézmények közül.

Három intézményben dolgozik ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embriology) által kiadott akkreditációval rendelkező embriológus. A gamétákkal és embriókkal kapcsolatos eseményeket minden intézményben a laborjegyzőkönyvön kívül más írásos dokumentációban, általában a betegdokumentációban vagy embriológiai lapon is rögzítik. Két intézmény tudja ugyanakkor csak nyomon követni az intézményben megfordult összes betegét a kezelést követően egészen a szülésig; a többi intézménynek átlagosan csak a betegek 85%-áról van információja a terhesség kimenetelével kapcsolatban.

Minden intézményben tájékoztatják a betegeket mind a beültetett embriók számáról, mind a megsemmisítésre került embriókról, utóbbiak számáról azonban csak az intézmények felében van írásos tájékoztatás. A kezelés szövődményeire minden intézmény írásban is felhívja a betegek figyelmét; az iker- és többes terhesség legtöbb szövődményeiről egy intézmény kivételével írásban is tájékoztatják a beteget. Az eljárás várható költségéről (pl. a külön fizetendő gyógyszerköltségekről) csak két intézmény ad írásbeli tájékoztatást betegei részére. A térítési díjakra vonatkozó szabályzat a hét válaszoló intézmény közül öt intézményben érhető el.

## Sürgősségi osztályok működése

Az ország közel ötven válaszoló sürgősségi ellátó egységének több mint nyolcvan százalékában „triage” rendszerben látják el a betegeket, és körülbelül a felében „retriage”-t is alkalmaznak. A sürgősségi ellátó egységek 73%-ában a diagnosztikai szempontokból kiemelkedő szerepet játszó modern képalkotó eszköz, a CT a sürgősségi ellátó egységgel egy épületen belül van, de szívkatéterezést végző kardiológiai osztállyal rendelkező intézmény a sürgősségi ellátó egységek közel felénél csak harminc percen túl érhető el.

A válaszadók közel felében (48%, ez a tavalyi aránnyal megegyezik) nincs stroke-centrum, mely biztosítaná, hogy a beteg a kritikus három órán belül hozzájusson a megfelelő ellátáshoz. Abban a 17 egységben, ahol ezt mérik, az akut stroke-ra utaló tünetekkel rendelkező betegeknél átlagosan 30 perc telik el a diagnózis felállításához nélkülözhetetlen CT elkészítéséig.

A sürgősségi ellátási rendszer bevezetését igazolja az a tény, hogy a sürgősségi ellátó egységek átlagosan a betegek 57%-át bocsátották haza az elsődleges ellátást követő 6 órán belül 2009-ben.

## Szervdonáció

A szakmai szabályok által előírt agyhalál-megállapító bizottság léte, mely gyakorlott szakorvosokból áll, az intézmények 80%-ában működik. A bizottság szervezeti és működési viszonyait leíró szabályzat azonban a szolgáltatók 27%-ában nem dokumentált, és 68%-uk nem rendelkezik 24 órás készenléti renddel.

A donáció során végzett eljárásokra vonatkozó helyi gyakorlat a fekvőbeteg-ellátó intézmények 39%-ában nincs írásban szabályozva. A donációs folyamat teljes ismeretanyagával rendelkező és zavartalan lebonyolítását biztosító donációs felelős a kórházak 65%-ában van jelen, de tevékenységüket a szolgáltatóknak mindössze 61%-a tette egyben szabályozottá is a munkaköri leírásukban.

Az agyműködés irreverzibilitásának bizonyítására használt műszeres (áramlás)vizsgálatok a válaszadók 52%-ában nem érhetőek el, pedig ezen vizsgálatok valamelyikének segítségével a hosszú megfigyelési idő kiváltható lenne.

A szervadományozással kapcsolatos ismereteket tartalmazó tájékoztató anyagok az intézmények több mint felében (57%) elérhetőek a hozzátartozók számára. Az orvosok és szakdolgozók számára rendkívül fontos hatékony és sikeres kommunikációs stratégiát a kórházak 29%-a szabályozza. A donáció tényének elfogadását segítő pszichiátert és/vagy pszichológust a szolgáltatók 33%-a biztosítja a krízishelyzet megkönnyítése érdekében a hozzátartozók számára. Az adott válaszok alapján 2009. év során 17 esetben nem tudott megvalósulni a szervdonáció családi tiltakozás miatt. A kórházak az indikátorrendszer kérdőívében 197 agyhalálészlelésről számoltak be. A Szervdonációs Iroda adatai alapján 140 donáció valósult meg a tavalyi év során.

## Kardiológiai ellátás

Az invazív kardiológiai ellátás terén az előző évhez képest néhány érdekes változást lehet kiemelni: 10-ről 20%-ra nőtt a beültetett DES/DES+BMS arány, azaz az alvadásgátló anyagot tartalmazó sztentek aránya megduplázódott, és 40%-ról 59%-ra nőtt az arteria radiálison keresztül végzett szívkatéteres beavatkozások aránya, ami az ellátás minőségének javulására utal. Ugyanakkor a tervezett szívkatéteres beavatkozások esetén 24-ről 27 napra nőtt az átlagos várakozási idő.

A kardiológiai rehabilitációs osztályok száma nőtt, de ezzel párhuzamosan több ágy is jut egy ápolóra, viszont kevesebb a gyógytornászokra és a pszichológusokra.

A szívinfarktusos betegek 98%-a kap – a szakmai protokollnak megfelelően – aszpirint az ellátás megkezdésekor, de – vélhetően kapacitáshiány miatt – csak alig több mint a felük került később szervezett rehabilitációra, ami a tartós felépülés szempontjából fontos lenne.

## Emlőonkológiai ellátás

Az indikátorrendszer emlőonkológiai modulját összesen 56 intézmény töltötte ki. A beérkezett adatok alapján a válaszadók 2009-ben összesen 6926 jó- és rosszindulatú emlőműtétet végeztek; ebből 6155-öt rosszindulatú daganat miatti. Az elvégzett műtétekből 4199 volt emlőmegtartó műtét. Az emlő jó- és rosszindulatú daganatainak sebészi kezeléséről szóló, a Sebészeti Szakmai Kollégium által készített szakmai irányelvben meghatározott indikációs körbe eső esetek 87%-a volt országos szinten emlőmegtartó.

Ez a szakmai irányelv azt is javasolja, hogy az emlődaganatos betegek ellátását „olyan központokban kell végezni, ahol a komplex kezelés minden feltétele adott”, valamint hogy az emlőműtétek száma évente legalább 70-100 legyen. A Sugárterápiás és Onkológiai Szakmai Kollégium által készített protokoll évente legalább 75 műtét elvégzésére tesz javaslatot. Ezen kritériumokat figyelembe véve megállapítható, hogy a válaszolók 32%-a (17 intézmény) nem éri el az éves minimális esetszámot.

A válaszadók 34%-ában külön emlő-onkoteam, 60%-ában általános onkoteam hozza meg a kezelési döntéseket (6%-ban nem működik onkoteam az intézményekben). Az intézményekben kezelt emlődaganatos betegek követendő kezelési módjáról országos szinten 90%-ban onkoteam döntött. A team ülésein a betegek személyes jelenléte a válaszoló kórházak 22%-ában nem lehetséges.

A komplex kezelés egyik alapvető technikai feltétele, hogy a nyirokvezetésének útjában elhelyezkedő „első” nyirokcsomó, a sentinel (őrszem) nyirokcsomó meghatározásához szükséges eszközök (biopszia) és a szakmai tudás rendelkezésre álljon, hisz ezen nyirokcsomókban alakulhatnak ki leghamarabb az áttétek. Ezen feltételek az intézmények 80%-ban adóttak.

Primer tumor keresés szempontjából elmondható, hogy minden intézményben végeznek emlő ultrahang vizsgálatot és 96%-ban mammográfiát. Ha a mammográfia és az UH-vizsgálat alapján a tumor jelenlétéről nyilatkozni nem lehet, abban az esetben MR-mammográfiát ajánlott végezni. Ezt az intézmények 33%-a tudja helyben elvégezni. Metasztázis (távoli áttét) kereséséhez a szakmai protokoll alapján elsősorban ultrahang és röntgen javasolt. Mindkét diagnosztikai vizsgálat elérhető a válaszadó intézmények 94%-ban. Ezen túlmenően, de nem kötelezően elvégzendő vizsgálat a csontszcintigráfia, mely az intézmények 63%-ban érhető el. A diagnosztikában és a követendő terápia megtervezésében fontos szerepe van a vékonytű aspirációs eljárásnak, és ha a finomtű aspiráció eredménye kétséges, a core biopsziának. Ezek az eljárások 98%, illetve 91%-ban biztosítottak helyben.

A mellműtétet követően végzett rekonstruáló műtét bizonyos esetekben azonnal elvégezhető. Ilyenkor az emlőeltávolítást követően azonnal elvégzik a rekonstrukciós műtétet egy ülésben. Ez a lehetőség az intézmények 17%-ában adott, 50% viszont egyáltalán nem végez emlőrekonstrukciót.

**A kórházak, rendelők minőségi mutatóit megtekintheti a <http://indikator.ebf.hu> oldalon.**