

## Megváltozott szakdolgozói feladatkörök az egynapos sebészeti ellátásban

Dr. Varga Imre, Medicina 2000 Poliklinikai és Járóbeteg Szakellátási Szövetség

**Az egynapos sebészet témakörében közzétett publikációk száma meglehetősen szerénynek mondható hazai viszonyok között. A „miért nem, talán, de hogyan, a tudjuk mi magunktól is, hogy mit kell csinálni” stb. kérdéseiben és kapcsán időnként fellángoló viták fényében érezhető, hogy a szakdolgozók, így az asszisztensek és nővérek bizonytalanok az egy napos ellátás megítélésében. Jelen publikáció egy, a szakdolgozói feladatok változásának szempontjait tárgyaló előadás összefoglalója.**

Érdeemesnek tűnik vizsgálni az elmúlt 10-15 esztendő egynapos sebészet témakörében megjelent nemzetközi irodalmát [6], a kérdéskör szervezési, szakmai és komplex farmakoökonomiai kérdéseket is tartalmazó publikációit. A hatalmas irodalom egy biztosan felrajzolható trendet vázol, melyet érzésem szerint lassítani esetleg lehet, de megállítani semmiképpen! Példaként idézhető egy 1995-ös (és nem közelmúltbeli), az Egyesült Államokban készült országos statisztikai cikk [1]), melyben már akkor 69 millió beavatkozásból 29 milliót egynapos formában végeztek. Meggyőződésem, hogy orvosaink és nővéreink nem ügyetlenebbek és a betegeink és azok betegségei sem mások. Kétségtelen, hogy komplex feladatként kell kezelni az elmélet gyakorlati implementálását, melynek egy részét az egészségpolitikának és a finanszírozói oldalnak, másikat – meghatározó elemként – az orvosszakmai és szakdolgozói oldalnak kell felvállalnia. Igen fontosnak tartom, hogy a nővérek is mielőbb felkészüljenek a feladatra.

Hazai egészségügyünk számára immáron csaknem két esztendeje – a 16/2002 (XII.12) rendelet megjelenése óta – nem ismeretlen az egynapos sebészet, mint új típusú ellátási forma. Az OEP hathatós segítségével elkészült az a szabálykönyvi jellegű útmutatás [2] is, mely több ponton kiegészíti az említett rendelet értelmezését. Azonban sajnálatosan az is elmondható, hogy a jogszabályi lehetőség dacára nem vált az új lehetőség elterjedt gyakorlattá. Nem segítette a folyamatot az egynapos sebészet országos pályázata sem. Az okok analízise (segítő és gátló tényezők csoportosításában) [3] nem célja e cikknek, azonban a sikertelenségek ellenére is felvállalandó az, hogy minél szélesebb körben, esetünkben a szakdolgozók/nővérek számára is elérhető legyen egy átfogó vázlatos tájékoztató.

Az egynapos sebészetről az egészségügyi dolgozók körében kialakult kép nem mondható egységesnek, mely vonatkozik úgy a definíciókra, mint az ellátás szervezésére.

A közös gondolkodást segítő, előbb az alapfogalmak tisztázását tegyük meg [4, 5].

Az elfogadott hazai értelmezés szerint az **egynapos beavatkozás** lényege, hogy az a beteg vagy a beteg törvényes képviselőjének beleegyezésével végzett, tervezhető, tervezett (elektív) beavatkozás. Ezen beavatkozások körét az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993 (IV.2.) NM rendelet tartalmazza. A rendelet szabályozza az orvos szakképesítését, jártasságát, a kötelezően előírt és szükséges infrastruktúrát, a beteg ambuláns műtéti kiválasztását és hogy ennek függvényében milyen feltételrendszerrel működő intézményben történhet a beavatkozás. A beavatkozás után a beteg néhány órás szakfelügyeletet igényel, melyet egy, e célra kialakított fektetőben tölt. A szükséges megfigyelést követően a beteg otthonába bocsátható. A beteg adott intézményben tartózkodása nem haladja meg a 24 órát.

Az egynapos sebészettel kapcsolatos nemzetközi közleményeket olvasva a következő elnevezések, mint szinonimák használatosak: fordításban ambuláns sebészet, nappali sebészet, valamint major ambulatory surgery, ambulatory surgery, same day surgery, outpatient surgery, day surgery, one day surgery, day case surgery, ambulante chirurgie, tageschirurgie, time frame up to 12 h (ez utóbbi hazai értelmezésben még nem használható definíció).

Külön kategóriát képez a külföldi gyakorlatban az ún. **24 órás sebészet** (overnight surgery, the night after surgery, extended recovery, overnight stay, time frame over 12 h under 24 h), mely az egynapos sebészet feltételrendszerének megfelelő sebészeti beavatkozás. A beteg a beavatkozást követően hosszabb megfigyelést igényel, de az intézményben való tartózkodása nem haladja meg a 24 órát. Közvetlen kórházi háttérrel rendelkező egységként működhet. A 16/2002 rendelet alapján az egynapos sebészettől nem elkülönülő fogalom.

Fenti két ellátási formát a hazai szabályzók együtt kezelik, de jó tudni, hogy amennyiben az egynapos ellátás szélesebb körben megjelenik az egészségügyi szolgáltatások között, ezek fokozatosan elkülönülő területekké válhatnak. Ez utóbbinak szakmai és költséghatékonysági okai is vannak, de hazánkban a még nem kialakult a gyakorlat miatt, ennek a szétválasztásnak még nem jött el az ideje.

Közvetlen kórházi háttér mellett működő **egynapos sebészeti centrum, hospital/office based surgical center**. Olyan szolgáltató hely, mely egy kórházban/klinikán, de alap tevékenységétől területileg és szervezetiileg elkülönítetten végzi munkáját.

**Önálló egynapos sebészeti intézmény** (FASC = Freestanding ambulatory surgical center, Ambulatory surgery centre/facility). Lehet közvetlen fekvőbeteg intézeti háttérrel nem rendelkező, illetve fekvőbeteg intézmények önálló, minden vonatkozásban elkülönített részlege is, mely rendelkezik az egynapos sebészeti beavatkozások elvégzésének feltételeivel. A fekvőbeteg ellátó intézettel független intézménynek szerződéssel kell rendelkeznie olyan háttér osztállyal/okkal, melyek vállalják az előre nem látható, és fekvőbeteg ellátást igénylő szövődmények ellátását.

**Kissebészeti beavatkozás** (Minor ambulatory sugery): az egynapos beavatkozás OENO kód, definíció szerint is megkülönböztetendő azon ambuláns sebészeti beavatkozásoktól, mely megfelelő képzettség, jártasság és feltételrendszer birtokában magán és önkormányzati stb. szakrendelőben és ambulancián végezhetőek el, amelyek után a beteg különösebb felügyeletet nem igényel, és akár kísérő nélkül is otthonába távozhat. Ezen keretek között végezhető beavatkozások az OEP-pel szerződésben levő intézmények esetében a járóbeteg ellátásra vonatkozó szabálykönyvében rögzítetteknek megfelelően történhetnek és kerülhetnek finanszírozásra. Nem egynapos sebészeti feladatkör.

**Tevékenység orientált rendszer/szabályozás** (TOR) [5]: az egynapos tevékenységi körben végezhető beavatkozások engedélyezésének, végzésének és feltételeinek új típusú szabályozása, melynek rendszerező elvét maga a tevékenység határozza meg.

A költségek oldaláról: Az egynapos sebészeti szolgáltatás, – tervezett műtétekről lévén szó –, a beavatkozás előtt és után számos, főleg hoteljellegű költséggel nem terhelt. Ezért jó szervezéssel a menedzsment ugyanazon szakmai szinten szolgáltatott beavatkozásért a finanszírozótól kapott összegből – szerencsés esetben – 20-50%-ot megtakaríthat a hagyományos több napos ellátási formához képest.

2002-es publikációmban [6] 16 nagyobb hazai intézménynek az OEP felé szolgáltatott 271 000 sebészeti jellegű beavatkozásának vizsgálata kapcsán megállapítottam, hogy az egynapos sebészeti beavatkozások jogszabályilag lehetséges elméleti mértékei szakmánként a következők:

sebészet	12-25%
traumatológia	7-28%
szülészet, nőgyógyászat	19-54%
fül-orr-gégészet	3-13%
szemészet	1-13%
ortopédia	14-34%
urológia	1-37%

Ezek a százalékos értékek az adott szakmákban remélhetően már közeljövőben bővülnek. Hangsúlyozandó az a tény, hogy – tekintettel az egyes szakmák tevékenységeinek különböző súlyszám bevétel értékeire – csak több szakma jól szervezett együttes működése mellett, és kizárólag egy optimális napi/évi műtéti szám mértékével működtethető ideálisan az egynapos sebészeti szolgáltatás. Ezt csaknem 57 000 egynapos sebészeti beavatkozás analízise iga-

zolta [6]. Ezen szempont szem elől tévesztése gazdaságatlan működést eredményezhet.

Itt érünk el egy, a jelen cikk szempontjából fontos definícióhoz, feladatkörhöz:

**Esetmenedzser** (koordinátor): felsőfokú egészségügyi végzettséggel rendelkező szakdolgozó, szervezői feladatkörben, akinek az alkalmazása kötelező. Feladata, hogy a szolgáltató szakmai vezetőjének irányítása mellett – figyelembe véve a beavatkozásokhoz szükséges személyi és tárgyi feltételeket, az aneszteziológiai szakvéleményt és a beteggel történt egyeztetést – meghatározza az előre tervezhető műtéti programot, szervezi annak lebonyolítását és a végrehajtás során felmerülő esetleges problémák esetén intézkedik. Ellenőrzi a szolgáltató működtetéséhez előírt valamennyi feltétel folyamatos meglétét, (műszaki, technikai és személyi), irányítja és folyamatában ellenőrzi a dokumentációs tevékenységet. A szolgáltató működtetési, beteg-ütemezési tevékenységének, a preoperatív és postoperatív ellátás szervezésének felelőse is.

Ismeri az elveit, valamint munkája során használja is a tevékenység folyamatára rendszerét, mely az egynapos sebészet végzésének a beteg jelentkezésétől, az érdemi beavatkozáson keresztül a gyógyulásig terjedő követése. Az 1. ábrán példaként látható egy ilyen tevékenység leírás, terjedelmi korlátok miatt csak vázlatos formában.

Ehhez kapcsolódik a hasonló logikával kialakult felelősségi mátrix, amely a folyamatokra egyes lépéseikért felelős személyeket határozza meg (1. táblázat).

A 68 lépésben rendszerezett folyamat [3, 6], – és ahhoz tartozó felelős az adott szolgáltató minőségbiztosítási kézikönyvébe építendő be, amely ellenőrzésének fontos szereplője az esetmenedzser.

Mint látható az 1-es táblázatban, az esetmenedzser is konkrét lépések felelőse, de feltétlenül hangsúlyozandó átfogó, a többi szereplőt irányító, ellenőrző és szükség esetén őket korrigáló szerepe.

Talán ez a táblázat és a folyamatára is sugározza azt a sokrétű tevékenységet, amely az ideális szervezéshez szükséges, amelyben a résztvevők együttműködése és annak milyensége meghatározó! Ez teljességgel más felállást, szervezést, kapcsolatrendszert, felelősségrendszert jelent, amely régi reflexek mentén már nem alakítható.

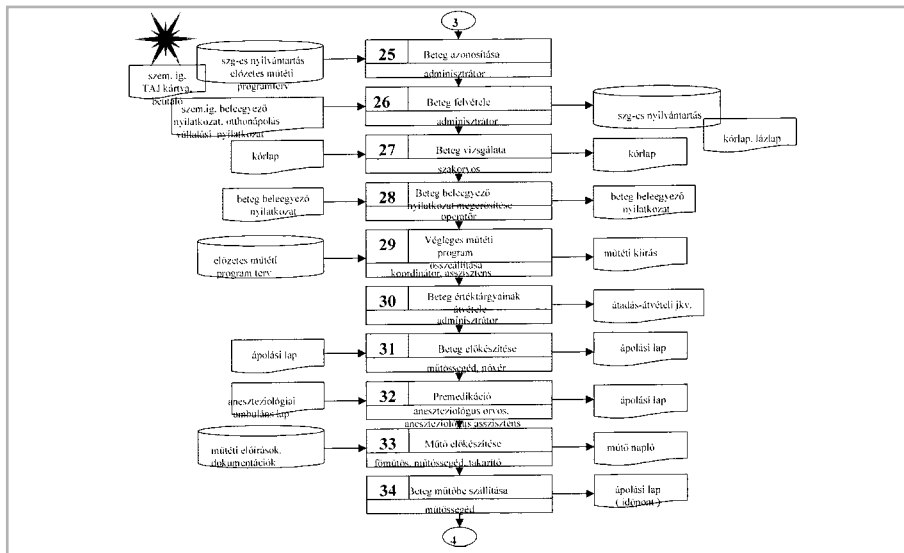
Az egynapos beavatkozások minőségbiztosítási kézikönyvében alkalmazandó fő csoportok [2, 3]:

#### Szakmai folyamatok

- Járóbeteg szakellátás
- Műtői tevékenység
- Utógondozás

#### Protokollok

- Preoperatív protokollok
- Az egynapos beavatkozási tevékenységek végzésének szakmai protokollja
- A korai posztoperatív időszak protokollja
- Az elbocsátás kritériumrendszere, beavatkozási zárójelentés



1. ábra Műtői tevékenység

- A késői posztoperatív időszak protokollja
- Az egynapos beavatkozási tevékenység dokumentumai
- A nappali sebészeti rendszer keretében elvégezhető tevékenységek komplex feltételrendszere szakmanként

- Ütemezett beszerzés és raktározás logisztikájának ellenőrzése
- Gyógyszerek ellenőrzése
- Sterilizált eszközök/anyagok felhasználhatósági idejének ellenőrzése
- Műszertáca tartalmának, sterilitásának ellenőrzése
- Orvosi műszerek, gépek, eszközök előírás szerinti hitelesítése
- Orvosi műszerek, gépek, eszközök működőképességének ellenőrzése
- Takarítás ellenőrzése
- Veszélyes hulladékok kezelésének ellenőrzése
- Surveillance program kialakítása
- Munka és tűzvédelmi ellenőrzés
- Érintésvédelmi ellenőrzés
- Légkondicionáló működésének ellenőrzése

**Belső ellenőrzések**

- Működési engedélyek ellenőrzése
- Jelentési rendszer ellenőrzése
- Informatikai rendszer feladat, funkció és alkalmasság ellenőrzése
- Marketing, PR program és hatékonyságuk
- Belső és külső szerződések ellenőrzése
- Jognyilatkozatok ellenőrzése
- Jogvitás kérdések körének ellenőrzése, elemzése
- Személyi feltételek ellenőrzése
- Szakmai protokollok megléte, alkalmazásuk ellenőrzése

Tevékenység	Szakorvos	Aneszteziológus szakorvos	Kardiológus	Korallás orvos	Aszténia	Konkritár	Administrátor	Főnővér	Műtőnő	Műtősegéd	Szakápoló	Teknő	Gyógytornász	Hézőorvos	Merőfogás szakember	Hozzáértő	Szolgálati felügyelő orvos
<b>Műtői tevékenység</b>																	
25 Beteg azonosítása																	
26 Beteg felvétele																	
27 Beteg vizsgálata																	
28 Beteg beleggöző nyilatkozat megerősítése																	
29 Végleges műtői program összeállítása																	
30 Beteg értéktárgyainak átvétele																	
31 Beteg előkészítése																	
32 Premedikáció																	
33 Műtő előkészítése																	
34 Beteg műtőbe szállítása																	
35 Előkészület a műtőre																	
36 Anesztézia előkészítés																	
37 Alkítás																	
38 Műtét végrehajtása																	
39 Műtői dokumentáció elkészítése																	
40 Beteg ébredőbe való szállítása																	
41 Beteg postoperatív megfigyelése, kezelése																	
42 Postoperatív orvosi felügyelet																	
43 Beteg megfigyelése és ápolása																	
44 Postoperatív ápolási felügyelet																	
45 Beteg (hozzértározó) tájékoztatása																	
46 Hozzáértározó ápolási feladatainak betanítása																	
47 Beavatkozási zárójelentés elkészítése																	
48 Átszállítás fekvőbeteg osztályra, OMSZ																	
49 Hézi szakápolási szolgálat értesítése																	
50 Beteg birtoktárgyainak visszazedése																	
51 Finanszírozásnak megfelelő számla kiadása																	
52 Beteg kontrollvizsgálatra való előjegyzése																	
53 Járóbeteg szakellátás kiértékelése																	
54 Beteg hazaszállítása																	

1. táblázat Felelősségi mátrix az egynapos sebészeti ellátásban

- Költség és eredményesség követés (input – output, outcome)
- Hiba feltárás és elhárítás rendszerének ellenőrzése
- Információáramlás, belső és külső kommunikáció ellenőrzése
- Betegelégedettség ellenőrzése
- Dolgozói elégedettség ellenőrzése
- Képzési, továbbképzési rendszer ellenőrzése
- Szakfőorvosi követő csoport (peer review csoport) véleményének és javaslatának követése és az alkalmazások ellenőrzése
- Dokumentáció rendszerének ellenőrzése

#### Indikátorok (pár példa a sok lehetségesből)

- Szövődménnyel (kivéve vérzés) egynapos műtéti tevékenységet követően (amennyiben elbocsátásra került, 12 órán belül) fekvőbeteg intézménybe elhelyezett esetek száma / az összes egynapos körülmények között történt beavatkozás száma. (Külön BNO és OENO csoportosításban is.)
- Vérzés miatti (intézményi felvételt nem igénylő) szövődményes esetek száma BNO és OENO csoportosításban hazabocsátást követő 12 órán belül.
- Vérzés miatti intézeti felvételt igénylő szövődményes esetek száma / összes azonos beavatkozás (OENO)
- Regionális anesztézia szövődmény / összes regionális anesztéziában végzett egynapos esetek száma
- Reoperációk száma az összes műtéthez viszonyítva
- Az összes műtéti esetekből a kórházi fertőzések száma (lehet OENO és BNO csoportosításban is)

Természetesen a felsoroltak követése nem egyedül az esetmenedzser felelőssége. A részfelelősök ellenőrzése, számonkérése a vezetői teendő lényege, túl a beteggel történő egyéb irányú, korábban vázolt tevékenységeken.

Az alábbi néhány rövid pontban foglalom össze a megváltozott viszonyok fő jellemzőit az egynapos sebészeti szolgáltatásban, szakdolgozói aspektusból:

- Mátrix jellegű, több szakma együttműködését feltételező struktúra
  - Adott szintű képesítés iránti igény
  - Adott szintű szakmai gyakorlat iránti igény
  - „Programozott” munkamódszer
  - Komplex feladatmegoldó képesség
  - A speciális feladathoz alkalmazkodó empátiás készség
- Érthetőek az elvárások, ha arra gondolunk, hogy egy-résről egy új szolgáltatási forma csak a minőségbiztosítás elveit gyakorlatba ültetve működhet, másrésről előjegyzett időben, sok esetben hetekre, esetleg hónapokra előre órára, és csaknem percre meghatározott időpontban történik az adott beavatkozás. Így nem lehet a rendszer részese egy gyakorlatlan tanuló nővér, vagy cigarettaszünete miatt gyakran kieső műtősfő, de sorolható még számtalan olyan szakdolgozói komponens, melyek nem feltétlen emberi hibára vezethetők vissza.

#### ÖSSZEFOGLALÁS

Mint valamennyi közleményem záró részében [6, 7], így most is hangsúlyozom, hogy feltétlenül szükségesnek tartom a szakdolgozók részére is a témakör graduális és posztgraduális képzésbe történő integrálását. Remélem nem értékelem túl a cikk témáját, amikor kiemelten igyekszem hangsúlyozni, hogy az output és outcome, esetünkben egy gyógyult beteg ellátásának milyensége nem csupán műtéttechnika kérdése! Számtalan olyan szempont lehet negatív hatású, mely akár szervezési, vagy folyamat kontroll hiba körébe tartozhat (a beteg adat cserétől a fertőzésig), melyek elkerülése felkészült, magas szakmai igényű szakdolgozókat/nővéreket igényel.

Ismerve a hazai „alapanyagot” és az érdeklődő fiatalokat, bízom benne, hogy lesz a feladatra jelentkező, akik számára ez a mindennapi kihívásokkal teli munkakör megfelelő sikerélményt és szakmai perspektívát jelenthet.

#### IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Division of Health Care Statistics. National Center for Health Statistics, USA.: National Survey of Ambulatory Surgery. Vital and health statistics, Ambulatory and inpatient procedures in the United States. 1995 Stat-Bull, March 1998
- [2] Az egynapos beavatkozások szabálykönyve. Országos Egészségbiztosítási Pénztár 2003
- [3] Varga Imre, Kósa Mariann: Az egynapos sebészet szabályozása, lehetősége és hatása a magyar egészségügyben Egészségügyi Gazdasági Szemle 2000. október
- [4] Robeerts. J. Worden: Suggested International terminology and definitions. Ambulatory Surgery, Elsevier Science 1998
- [5] Varga Imre: Definíciók, valamint a tevékenységek és feltételek kapcsolata az egynapos sebészetben Hungarian Journal of Endoscopy 1999 2/2.
- [6] Varga Imre: Helyzetelemzés, nemzetközi kitekintés és javaslatok az egynapos sebészet hazai bevezetése kapcsán I. II. III. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben 2003:2, 12. old, 2003:3, 8. old, 2003:4, 9. old.
- [7] Varga Imre: Az egynapos sebészet és lehetősége a hazai gyakorlatban. Magyar Urológia 2003. 4.szám

Dr. Varga Imre bemutatása lapunk III. évfolyamának 8-as számában olvasható.