

A műtői kapacitás optimális kihasználását célzó törekvéseink a Zala Megyei Kórházban

Dr. Kránitz Katalin, Zala Megyei Kórház

A kórházi ellátásban az operatív tevékenység meghatározó jelentőségű mind a betegellátás, mind a kórházi finanszírozás szempontjából. A rendelkezésre álló erőforrások jobb kihasználását célozza a műtői tevékenység egy területre történő koncentrációja. A Zala Megyei Kórházban (továbbiakban ZMK) a '60-as évektől működik Központi Műtőblokk. A növekvő műtői igény indokolta a kapacitások jobb kihasználását célzó törekvéseinket. Ezért 2004-ben a menedzsment a műtői tevékenységek hatékonyságának javítására projektet indított.

BEVEZETÉS

A ZMK dinamikusan fejlődő megyei kórház, amely jelenleg több mint 1200 ágyon, 22 fekvőbeteg osztályon, 178 szakrendelésen, 5 korszerűen felszerelt diagnosztikai egy-

séggel, közel 1700 munkatárssal látja el Zala megye lakosságának mintegy 42 százalékát, közel 132 000 főt. A progresszív betegellátás keretében bizonyos szakterületeken (pl. kardiológia, szívsebészet, ortopédia stb.) regionális feladatokat is ellát. A ZMK-ban 1995 óta kontrolling és minőségirányítási rendszer működik, amelyek segítik a minőségi betegellátást és az ehhez szükséges stabil gazdasági háttér megteremtését.

A ZMK-ban a műtési osztályoktól szervezetenként független, önálló Központi Műtőblokk működik, külön vezetővel, műtői személyzettel, melynek szolgáltatásait az egyes műtési osztályok igénybe veszik. A Központi Műtőblokkhoz összesen 9 műtő és a hozzá tartozó kiszolgáló helyiségek tartoznak. Itt operál a sebészet, traumatológia, ortopédia, urológia. A fül-orr-gégészet, szemészet, szülészeti-nőgyógyászat külön, osztályhoz rendelt műtővel rendelkezik. Munkájuk annyiban befolyásolja a Központi Műtőblokk működé-

Osztály megnevezése	2004. év			2005. I. félév		
	Acut	Elektív	Összesen	Acut	Elektív	Összesen
Fül-orr-gége	10	1 189	1 199	2	715	717
Urológia	40	598	638	11	255	266
Szülészeti-nőgyógyászat	1 670	2 019	3 689	912	1 128	2 040
Szemészet	17	2 407	2 424	1	1 298	1 299
Ortopédia	1	1 022	1 023	1	476	477
Általános sebészet	409	2 303	2 712	204	1 222	1 426
Traumatológia	870	1 103	1 973	423	595	1 018
Gyermekosztály	36	105	141	24	46	70
Összesen	3 053	10 746	13 799	1 578	5 735	7 313

1. táblázat
Acut- és elektív műtői számok osztályonként 2004 év, 2005. I. félév

Osztály megnevezése	2004. év			2005. I. félév		
	Acut	Elektív	Összesen	Acut	Elektív	Összesen
Urológia	40	598	638	11	255	266
Ortopédia	1	1 022	1 023	1	476	477
Általános sebészet	409	2 303	2 712	204	1 222	1 426
Traumatológia	870	1 103	1 973	423	595	1 018
Gyermekosztály	36	105	141	24	46	70
Összesen	1 356	5 131	6 487	663	2 594	3 257

2. táblázat
Központi műtőblokkot igénybevevő osztályok 2004.év, 2005. I. félév

sét, hogy az anesztéziát itt is a Központi Aneszteziológiai és Intenzív Betegellátó Osztály (KAIBO) munkatársai végzik. A szívsebészet két külön műtővel, külön műtői és aneszteziológiai személyzettel végzi feladatát.

Amennyiben a Központi Műtőblokk és a különálló műtők mindegyike működik, ez párhuzamosan 13 aneszteziológiai munkahely működését jelenti. További öt aneszteziológust igényel az Intenzív Osztály és az Aneszteziológiai Ambulancia feladatainak ellátása is.

A Központi Műtőblokk működési rendjét a szervezeti és működési szabályzat rögzíti, mely szerint az elektív műtétek 8,30 – 14,30 óra közti időszakban történnek. A munkaidő további egy órájában van lehetőség a műtők, eszközök rendbetételére, sterilizálására és a másnap műtetre kerülő beteg premédikálására. Az elektív műtéti program elhúzódása esetén ezek a tevékenységek csúsznak. Ugyanúgy felboríthatja az elektív programot, ha napközben egy sürgős műtét válik szükségessé.

A ZMK-ban – a szívsebészeti műtétek kivételével – éves átlagban 13.500-13.900 közti műtét történik (lásd 1. táblázat), ebből a Központi Műtőblokkban évente 6.400-6.800 műtétet végeznek (lásd 2. táblázat). Ez utóbbi nagyjából 20 százaléka akut műtét (lásd 2. táblázat), melynek nagyobbik hányada ügyeleti időszakra esik.

A MŰTÉTI TEVÉKENYSÉG KÖLTSÉGEI

A Healthcare Financial Management Association statisztikái szerint a műtő legnagyobb bevételi és kiadási központ a kórházakban, egy átlagos egészségügyi szervezet bevételeinek kb. 42 százalékát adja és ezzel arányosan osztozik a költségekben is. A jelenlegi egészségügyi ellátó környezetben – amelyet feszített pénzügyek, megnövelt adatigény és a változó mértékű személyzethiány jellemez – komoly kihívást jelent a műtői költségek csökkentése. Az információs technológia széleskörű alkalmazásával érhető el a műtői kapacitások optimális kihasználása úgy, hogy a bevételeket növeljék, és a költségeket minimalizálják.

A ZMK-ban 1995 óta működő kontrolling rendszer lehetőséget kínál arra, hogy a Központi Műtőblokk gazdálkodását az intézmény többi szakterületéhez hasonlóan figyelemmel kísérjük. A műtéti tevékenységgel kapcsolatos adatok (az elvégzett műtétek, a műtétek fajtái, az egyes műtétek, illetve anesztéziák időtartama) az intézmény informatikai rendszerén (MedWorks rendszer, műtéti modul) keresztül a Döntéselőkészítési Osztályra érkeznek be. Itt a műtői költségeket (óra arányosan leosztott orvosi bér, egyszerűhasználatos eszközök és anyagok, implantátumok, energia, karbantartás, takarítás költsége, háttér szolgáltató területek leosztott költségei) költséghelyenkénti bontásban mellé tudják rendelni. Ehhez hozzárendelhető az intézmény műtétes HBCs-ából adódó bevétele. A Központi Műtőblokkra – mint szolgáltató egységre – külön bevétel nem jut, költségeit az igénybevétellel arányosan az egyes igénybevevő osztályok költséghelyeire terhelik. A fedezetek költséghelyenként kiszámíthatók.

Az előző évek műtéti tevékenységének ismeretében a kontrolling tervezésben a következő időszakra tervezhető a műtéti tevékenység, annak költségei és bevételei. A rendelkezésre álló műtéti órák jobb kihasználásával költségkímélőbb működés érhető el, alacsonyabb fajlagos költségeken keresztül.

A KÖZPONTI MŰTŐBLOKK MŰKÖDÉSÉNEK PROBLÉMÁI ÉS AZOK OKAI

Az elmúlt néhány évben a minőségirányítási rendszer auditjai során problémaként merült fel az elektív műtétek gyakori elmaradása, ami egyrészt a műtétes osztályok, másrészt a betegek elégedetlenségéhez vezetett. Mivel az intézmény finanszírozásának szempontjából a műtéti tevékenység meghatározó, ez a bevételekre is hatással volt, és a rosszabb műtői kihasználtság miatt növelte a fajlagos költségeket is.

A minőségirányítási rendszer felelős vezetőjeként és aneszteziológusként úgy érzem, hogy a problémával foglalkozni kell.

A háttérben álló okok a 2000., 2001. évi műtői teljesítmény felmérés alapján – melyet az aneszteziológia munkatársai végeztek – a következőkben foglalhatók össze:

Szervezési hiányosságok

- A reggeli 8,30-as műtéti programkezdés nem valósul meg.
- Az egyes műtétek között sok a „holt idő”, az elhúzódó betegcsere, gyakori az operáló team tagjainak késése.
- Aneszteziológus szakorvosok távozása miatt az aneszteziológiai kapacitás csökkent.
- Az uniós csatlakozással a 2004. május 1-től érvényes munkaidő direktíva tovább szűkíti nemcsak az aneszteziológiai, hanem a teljes műtői kapacitást (ügyelet utáni szabadnap kötelező kiadása).

A vezetés hiányosságai

A Központi Műtőblokk élén az évek során több vezető is állt, akik elsősorban a műtétes szakmák prominens képviselői közül kerültek ki, de volt korábban aneszteziológus vezető is. A vezetési feladatokat mindannyian az alapszakmájuk művelése mellett látták el. Ily módon a szakterületi munkahelyi közvetlen vezetőjüktől nem voltak függetlenek, ez a kórházi hierarchia ismeretében könnyen belátható.

A PROJEKT SORÁN FELHASZNÁLT, 2000. ÉVI FELMÉRÉSBŐL SZÁRMAZÓ EREDMÉNYEK

Nyolc hónapos időszak alatt 256 beteg, 270 halasztott műtétjét regisztráltuk (12 betegnél kétszer, egy betegnél háromszor halasztódott a műtét). A regisztráció a műtéti kiírás és a ténylegesen elvégzett műtéti program összevetésével

történt, az okokat a betegdokumentáció áttekintéséből állapítottuk meg. A halasztás okai: időhiány (a kiírt műtét nem fért bele a rendelkezésre álló műtői időbe), a beteg távolmaradása, sebész technikai problémák, valamint az esetek 38,5 százalékában aneszteziológiai kontraindikáció. A halasztott műtétek 61,1 százaléka átlag 2,4 nappal később, 12,2 százaléka újabb osztályos ápolás során történt meg.

Az első felmérés elemzése után az aneszteziológia részéről megfogalmazott, és a menedzsment, valamint a műtétosztályok képviselői előtt ismertetett javaslatok a következők voltak:

- Az elektív műtétek megfelelő preoperatív kivizsgálásával, illetve néhány nappal a tervezett műtét előtt, a kész vizsgálati leletekkel az aneszteziológiai ambulancián történő megjelenéssel, egyfajta „előszűréssel” elkerülhető lett volna az az összesen 397 kórházi ápolási nap, ami zömmel a beteg felvételekor is kiszűrhető lett volna gondosabb fizikális vizsgálattal és a leletek áttekintésével.
- Az időhiány csökkentésére javaslat fogalmazódott meg a műtétek jobb ütemezésére, a műtétek kezdési idejének pontos betartására, reális nagyságú programok kiírására.
- A sebészi és technikai kizáró okok felismerése meg kellene előzze a műtét program kiírását.
- A betegek jobb tájékoztatásával és megfelelő pszichés vezetésével csökkenthető lenne a meg nem érkező és műtét előtt – esetleg más intézetbe – távozó betegek száma.
- Javaslat született a műtét programon a betegazonosító adatok módosítására az adatgyűjtés megkönnyítése céljából.
- Szintén javaslat történt a műtét halasztás okának korrekt feltüntetésére a betegdokumentációban.

A 2001. ÉVI FELMÉRÉS EREDMÉNYEI

2001. januártól újabb tíz hónapos adatgyűjtést végeztünk a műtők kihasználtságának felmérésére és az időhiány okainak feltárására.

Az adatok elemzése azt mutatta, hogy a műtétek halasztásánál orvos-szakmai ok (pl. aneszteziológiai kontraindikáció) az esetek 35,4 százalékában volt kimutatható, 24,5 százaléknál időhiány (pl. a műtét elhúzódása), a fennmaradó több mint egyharmad részénél pedig szervezési, technikai okok (pl. eszköz, vagy létszámihiány) álltak a háttérben.

Az elemzés kapcsán ismét megerősítést nyert, hogy az elektív műtétek gondos programozása – akár egy számítógépes, a műtétek hosszát és a rendelkezésre álló műtét időt is figyelembe vevő előjegyzési modul fejlesztésével –, a beteg megfelelő kivizsgálása és előkészítése, a műtét program optimális kiírása, a rendelkezésre álló munkaidő jobb kihasználása oldhatná meg a kapacitás problémát.

A PROBLÉMA MEGOLDÁSÁNAK MÓDSZERE

Mivel a Központi Műtőblokk működésének hatékonysága javítására tett korábbi lépések nem jártak sikerrel, a menedzsment számára végül is a minőségirányítási rendszer 2004. évi felülvizsgálata adta meg a követendő irányt. Az auditorok – áttekintve az intézmény működését – sok továbblépési lehetőséget láttak, amelyeken a kórház részben már el is indult. Auditori tanácsra e tervek kivitelezéséhez projekt formát választottunk. A projektszerű működéshez először egy általános projektmenedzsment szemléletet kellett elsajátítani. Ez a feladat a minőségirányítási csoportra hárult. 2004 nyarán az irodalom, az intézménnyel jó kapcsolatban álló, projektmenedzsment szemlélettel, megfelelő gyakorlattal bíró szakember segítségével elkészítettük a ZMK Projektmenedzsment Kézikönyvét.

A MŰTŐI PROJEKT INDÍTÁSA

Az első projekt, amelyet a ZMK-ban a Projektmenedzsment Kézikönyv alapján indítottunk, a műtői kapacitások jobb kihasználására irányuló projekt volt, amely 2004. július 15-én indult. A projekt vezetésével az intézmény főigazgatója – okulva a korábbi tapasztalatokból – egy már nyugdíjas, de igen agilis, volt sebész főorvost bízott meg, aki a projekt véghezvitelére teljes körű felhatalmazást kapott. Mivel a Projektmenedzsment Kézikönyv kidolgozásában az intézmény minőségirányítási igazgatójaként részt vettem, és a műtői projekt is minőségjavító tevékenységet jelentett, a projekt tervezésében én is szerepet kaptam.

A PROJEKT FŐ CÉLKITŰZÉSEI

- Az aneszteziológiai, illetve műtői kapacitáshoz igazodó műtét előjegyzés.
- Reális műtét program kiírása, műtét programok teljesítése, elmaradt műtétek számának csökkentése.
- Műtét program kezdési időpontjainak betartása.
- Műtét program időben történő leadása, a műtét megoldás feltüntetésével.

Mindezek eredményeképpen a Központi Műtőblokk műtét kapacitásainak maximális kihasználása a rendelkezésre álló feltételek között.

A MŰTŐI PROJEKT MEGVALÓSÍTÁSA, EREDMÉNYEI

A projekt team tagjai napi két alkalommal rövid operatív megbeszélést tartottak. A projekt történéseit havi rendszerességgel értekezleteken tárgyalták meg a műtétosztályok vezetőinek részvételével. Ezen értekezleteken történt meg a szükséges változtatások megbeszélése, elfogadása (pl. a rendelkezésre álló aneszteziológiai óraszám-

mok műtétes osztályokra történő szétosztása, a műtéti program kezdési időpontjának rögzítése, a műtéti program leadási időpontjának kijelölése, a premedikáció időszakának meghatározása, a havi kapacitás táblázatok elemzése stb.).

A MŰTŐI PROJEKT ÉRTÉKELÉSE

A korábbi eredménytelen próbálkozásokkal szemben a projekt végrehajtása során a kitűzött célok a következő módon valósultak meg:

- A projektmenedzser a havi kapacitástáblázatot két hónappal korábban az osztályok rendelkezésére bocsátja, így a műtéti előjegyzések ehhez igazíthatók.
- Az összesített műtéti program elkészítésekor a műtét várható időtartmát is figyelembe veszik.
- A műtéti program kezdési időpontjának betartására a projektmenedzser kitüntetett figyelmet fordított. A pontos kezdés teljes megvalósulásához egyes operatív osztályok napi munkarendjének megváltoztatására lenne szükség.
- A műtéti program időben történő leadása úgy valósult meg, hogy a program leadására probléma esetén még egy későbbi időpontban (fél óra csúszás) is lehetőséget biztosítottunk.

A projekt során – bár ez a kitűzött célok közt nem szerepelt, – figyelemmel voltunk arra is, hogy a kiírt műtéti tervhez megfelelő létszámú műtéti team került-e kiírásra. Ugyanis az elektív műtétek idejét jelentősen befolyásolja a megfelelő számú és minőségű operatív személyzet. Az osztályos egyeztetéseken ennek megbeszélésére is sor került, a programot kiíró osztályok a műtéti teameket igyekeznek ennek alapján összeállítani.

Bár a programidőben végzett premedikálások száma viszonylag alacsony, törekednünk kell arra, hogy ezek számát tovább csökkentjük, mivel a reggeli premedikálás a programkezdés tolodását eredményezi. Gyorsítanunk kell a betegcserét, meg kell vizsgálni a betegszállítás javítási lehetőségeit, valamint azt, hogy a liftek működésének szabályozásával a betegszállítás – mint szűk keresztmetszet – javítható-e?

ÖSSZEZÉS

A javaslatok egy része a ZMK műtői projektje kapcsán megvalósult. Ezek a következők:

- Az összesített program elkészítése a projektmenedzser hatáskörébe tartozik, aki a menedzsmenttől erre kizárólagos felhatalmazást kapott.
- A szerviznapok meghatározása az előjegyzések függvényében tervezetten és rugalmasan történik.
- A munkatársak érdekeltté tételében a kontrolling rendszer keretein belül érdekeltségi rendszer működik. Ez azt jelenti, hogy amennyiben a műtéti számok emelkedésével az operatív osztályok bevétele nő, a Központi Műtőblokk munkatársai is érdekeltségi kifizetésben részesülnek.
- A reális műtéti program kiírással az elmaradt műtétek száma a projekt során felére csökkent. A számítógépes előjegyzési rendszer tervezett bevezetésével ez az arány tovább javítható.

A jogi szabályozás és az egészségügyben általánosan tapasztalható létszámproblémák ellenére el tudtuk érni, hogy a kapacitások jobb kihasználásával a tervezett műtéteket elvégezzük. Remélhetőleg ez nemcsak az operatív osztályok, hanem a betegek elégedettségének javulását is eredményezi.

A siker további kritériuma a projekt lezárása után a műtőblokk vezető kompetenciakörének, hatáskörének fenntartása, illetve ennek következetes megtartása.

Ahhoz, hogy a jelenlegi működési forma mellett a műtétek száma ne csökkenjen, fontosnak tartom a humán erőforrás menedzselésére kiemelt figyelmet fordítani.

A műtéti számok növekedése a jelenlegi létszám mellett maga után vonhatja azt, hogy a Központi Műtő tevékenységét műszakos beosztásban kell végezni. Ehhez azonban a várható eredmények és ráfordítások részletes elemzése szükséges a gazdaságos működés érdekében.

A műtőben folyó team munka jellegéből adódóan kiemelt fontosságú a műtői team tagjai közti kommunikáció minősége. Az egészségügyben jelenleg is uralkodó hierarchia, tekintélyelvűség és paraszolencia rendszere a műtői kapcsolatokra még mindig rányomja a bélyegét. A paraszolencia megszűnése, a megcsontosodott hierarchikus rendszer megváltoztatása hozhat majd jelentős változást.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Dr. Alánt Oszkár: Műtők munkaszervezése, ESZTIK Bp. 1983.
- [2] Boris P – Bujtár J – Szeleczy I: Projektmenedzsment felsőfokon Menedzsment Kiadó Kft. Bp. 2001.
- [3] Görög Mihály: Általános projektmenedzsment. Aula Kiadó Bp. 2001.
- [4] Görög Mihály: Bevezetés a projekt menedzsmentbe. Aula Kiadó Bp. 1999.
- [5] Jacqueline Moss: Improving Operating Room Coordination. JONA 2004
- [6] James E. Stahl: Introducing new technology into the operating room: Measuring the impact on job performance and satisfaction. Surgery 2004.

- [7] J. Reason: Safety in the operating theatre part 2: Human error and organisational failure. Qual. Saf. Health Care 2005. 14. pp.56-61.
- [8] Margaret Meyer, Earl Driscoll: Perioperatív surgery in the twenty first century – two case studies. AORN Journal. 2004.
- [9] Orosz Éva: Félúton vagy tévúton? Egészséges Magyarországért Egyesület 2001. pp. 76-91.
- [10] Dr. Szilágyi György: Kórházi osztály átvilágítása – egy sebész szemszögéből. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2001.
- [11] Timothy J. Kloppenborg – Joseph A. Petrick: A projektminőség menedzselése. Minőség és Megbízhatóság 2004.
- [12] Az Európa Tanács 1993. nov. 23-i, 93/104/EK irányelve a munkaidő szervezés egyes szempontjairól. Az európai Parlament és a Tanács 2000. június 22-ei 2000/34/EK irányelve a munkaidő szervezés egyes szempontjairól szóló 93/104/EK tanácsi irányelvnek az ebből kizárt ágazatok és tevékenységek szabályozása céljából történő módosításáról.
- [13] Az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. Törvény
- [14] A műtét előtti betegvizsgálatról és a műtét előkészítéséről. Aneszteziológia és Intenzív Terápia 1994.

Hatékonyabb egészségügyi ellátás három magyarországi régióban

A HEFOP 4.4 intézményközi információ rendszer kiépítésére kiírt pályázatnak a BT lett a nyertese

2006 február 7-én aláírták - majd utána sajtótájékoztató keretében jelentették be, hogy – a HEFOP 4.4 projekt intézményközi információrendszer kifejlesztésére kiírt közel 800 millió forint (3,19 millió euró) összértékű közbeszerzési pályázat nyertesével (BT Limited) a hat és fél évre szóló szerződést. A szerződés a HEFOP 4.4 „Egészségügyi információtechnológiai fejlesztés az elmaradott régiókban” projekt megvalósításának első fontos része, amelyhez az Európai Regionális Fejlesztési Alap (75%) és a Magyar Állam (25%) nyújt pénzügyi támogatást.

Az intézményközi projekt keretében a BT által vezetett konzorcium, – melynek tagjai a hazai egészségügyi informatika széles körű tapasztalattal rendelkező neves vállalkozásai – kifejleszti az egészségügyi ellátó helyek közötti kommunikációt megvalósító rendszert a Dél-Dunántúl, Észak-Magyarország és Észak-Alföld régióiban.

Magyarország az Európa Tervben meghatározott prioritások, intézkedések alapján kapja az EU Strukturális Alapokból származó támogatást. Ennek része a Humán erőforrás-fejlesztési Operatív Program, melyben a HEFOP 4.4 intézkedés célja az egészségügyi infrastruktúra szempontjából legelmaradottabb említett három régió egészségügyi informatikai fejlesztése, a térségi, intézményközi egészségügyi információ-mintarendszerek kialakítása.

A régóta húzódó eljárásban – a fekvő- és járóbeteg ellátást, a háziorvosokat és a többi kapcsolódó egészségügyi szolgáltatókat magukban foglaló – regionális konzorciumok hosszas egyeztetések során, közösen határozták meg azt a rendszer-struktúrát, amelyben a szükséges adatokat az összes betegellátási szint közvetlenül elérheti és közösen használhatja. A HEFOP 4.4 projekt megvalósulásával lerövidülnek a betegutak, javul a regionális egészségügyi ellátás hatékonysága, valamint korszerűsödik az egészségügyi ellátó intézmények költséghatékony működéséhez szükséges belső információrendszer.

A projekt célja az egészségügyi ellátás folyamatainak hatékonyabb kezelésével emelni a gyógyítás színvonalát, megfelelni az öregedő társadalom kihívásainak, és növelni a betegek általános elégedettségét. A tervek szerint a teljes rendszer 2007-ben kerül bevezetésre, és számos előnyt fog nyújtani a betegekkel történő kommunikációban. Példaként említve a háziorvosok és a kórházi dolgozók – megfelelő jogosultság esetén – elektronikus úton hozzáférhetnek az adott beteg egészségügyi adataihoz, korábbi leleteihez, röntgen felvételeihez és zárójelentéséhez.

Dózsa Csaba, az Egészségügyi Minisztérium helyettes államtitkára a BT-vel történt szerződés aláírása után elmondta: „Ez a lépés mérföldkő a magyar egészségügy informatikai és adminisztratív modernizálásának folyamatában. Eljuttatja hozzánk a csúcstechnológiát, magasabb életminőséget, és minden állampolgárnak jobb jövőt biztosítva.”

Tom van Heesch, a BT Közép- és Kelet-Európáért felelős regionális igazgatójának véleménye szerint: „A nagy léptékű programok kezelésében szerzett nemzetközi tapasztalatainkra építve, örömmel szolgáltunk hatékony megoldást az egészségügyi ellátás javításának érdekében a három fejlődő magyar régióknak.”

A projekt távolabbi célja egy egységes együttműködési modell kialakítása az intézmények és a betegápolás minden szintje között, ami később országos léptékben más régiókban is megismételhető. A projekt révén megnyílik olyan új és gyorsan növekvő egészségügyi ellátási formák alkalmazásának lehetősége is, mint például az otthonápolás, a telemedicina és a teleradiológia.

DD