

2014/1



- **Minőség az egészségügyben**
- **A dolgozói javaslati rendszerekről**
- **Világmméretű minőségügyi kutatás**
- **A „Minőség-Innováció 2013” nemzetközi pályázat eredményei**

**Minőség
és Megbízhatóság**

Minőség és Megbízhatóság

nemzeti minőségpolitikai szakfolyóirat

Az EOQ Magyar Nemzeti Bizottság a „Minőség és Megbízhatóság” című nemzeti minőségpolitikai szakfolyóiratát kéthavonta, évente 6 füzetben több mint 2000 példányban a feltüntetett jogi tagok támogatásával adja ki. A 48. évfolyamába lépő és elektronikus formában is megrendelhető szakfolyóirat célja, hogy nyilvánosságot biztosítson a minőségügy elméleti és gyakorlati kérdéseivel kapcsolatos nemzetközi és hazai trendeknek, élenjáró tapasztalatoknak, elemzéseknek, módszereknek, tanulmányoknak, esetleírásoknak és véleményeknek.

A szakfolyóirat főbb témakörei a következők: minőségpolitika; irányítási rendszerek, módszerek, technikák és modellek, valamint az önértékelés, minőségdi-jak; tanúsítás, akkreditálás; fogyasztóvédelem; szabványosítás, mérésügy; a minőségügy alapfogalmai és egyes szakágazatok minőség szabályozásának újdonságai.

A szakfolyóirat kitekintést nyújt a külföldi minőségügyi szakirodalomba. Lehetőségünk van az Amerikai Minőségügyi Szervezet (ASQ) „Quality Progress” és a Német Minőségügyi Szervezet (DQG) „Qualität und

Zuverlässigkeit” szakfolyóiratok válogatott cikkeinek és azok fordításainak, valamint szemelvények közlésére.

A folyóirat lehetőséget nyújt marketing jellegű fizetett minőségügyi közlemények és hirdetések (beleértve az álláshirdetéseket) közzétételére is. A hirdetési alaplíjakat a szakfolyóirat honlapon lévő médiaajánlata tartalmazza.

A kéziratok a szerkesztőségnek (tel: +36 1 212-8803; e-mail: info@eoq.hu) elektronikus formában folyamatosan küldhetők be az EOQ MNB honlapján és a szakfolyóiratban közzétett útmutató szerint (www.eoq.hu/mm).

A „Minőség és Megbízhatóság” című nemzeti minőségpolitikai szakfolyóirat a 2014. évben is változatlan oldalszámmal évente 6 füzetben jelenik meg. Áraink – az elektronikus változat megrendelése kivételével – változatlanok maradnak. Az elektronikus változat felhasználónév és a jelszó segítségével a friss számok mellett tartalmazza a hozzáférést a „Minőség és Megbízhatóság” korábbi füzetéhez 2006-ig visszamenőleg. A megrendelés vagy módosítása az alábbi formanyomtatványon lehetséges.

MEGRENDELÉS

Postázási cím:

Név: Cégnév:

Ir. szám: Város: Utca:

Elektronikus cím:@

Számlázási cím (ha eltér a postázási címtől):

Adószám:

Cégnév:

Ir. szám: Város: Utca:

Ügyműködés: Telefon: Fax: e-mail:

1. Megrendelem 2014. évtől továbbra is változatlan áron a „Minőség és Megbízhatóság” szakfolyóirat nyomtatott és elektronikus változatát, ennek együttes ára **10000 Ft + csomagolási és postai költségek + ÁFA (összesen: 12631 Ft/6x1 füzet/év):**

füzet példányszáma ☐

2. Megrendelem 2014. évtől továbbra is változatlan áron a „Minőség és Megbízhatóság” nyomtatott füzetének postai megküldését, amelynek ára **7200 Ft + csomagolási és postai költségek + ÁFA (összesen: 9075 Ft/6x1 füzet/év):**

füzet példányszáma ☐

3. Megrendelem 2014. évtől a „Minőség és Megbízhatóság” elektronikus változatát, amelynek ára **6000 Ft + ÁFA (összesen: 7620 Ft/év)**

igen ☐

Tudomásul veszem, hogy ez a megrendelés visszavonásig érvényes, a kiadó évente számláz, és – előzetes tájékoztatás mellett – fenntartja a jogot az előfizetési díj módosítására.

Kelt:

.....

(cégszerű) aláírás

A megrendelést a következő címre kérjük: EOQ MNB; 1530 Budapest, Pf. 21. Tel: (06 1) 212 8803; Fax: (06 1) 212 7638; E-mail: info@eoq.hu

TARTALOM

Minőség az egészségügyben <i>(Dr. Molnár Pál)</i>	3
---	---

MINŐSÉG AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

Mary Jean Ryan	
Több telephelyen működő nagy egészségügyi intézmény minőségpolitikája	4
Dr. Gődény Sándor és Dombrádi Viktor	
Kórházak minőségügyi rendszerének múltja és jövője Magyarországon	7
Dr. Kecskés Gábor és Bognárné Laposa Ilona	
Az egészségügy jövője az új szakmai irányelvek és az együttműködés szellemében	14
Dr. László Klára és Dr. Margitai Barnabás	
A járóbeteg ellátás minőségének, megfelelőségének és biztonságának mutatói a Szent Margit Kórház Rendelőintézetében	18
Dr. Hetyésy Katalin és Kaproncai Gabriella	
Felhasználói elégedettség vizsgálata a Petz Aladár Megyei Oktató Kórházban	23
Mannon, Melissa	
Lean egészségügy és minőségmenedzsment: A ThedaCare tapasztalatai	32

MINŐSÉGÜGYI TRENDK, RENDSZEREK, MÓDSZEREK ÉS MINŐSÉGTECHNIKÁK

Tóth Csaba László	
A dolgozói javaslati rendszerekről	36
Amanda Hankel	
A minőségügy átfogó helyzetét bemutató első részjelentés	50

BESZÁMOLÓK

Beszámoló az EU projektről „Minőségügyi képzés az egészségügyben” <i>(Dr. Molnár Pál)</i>	56
A 2013. évi „Minőség-Innováció” pályázat eredményei <i>(Dr. Molnár Pál)</i>	58

EOQ MNB KÖZLEMÉNYEK

Az EOQ MNB jogi tagjainak bemutatkozása: G&G és Társai Kft.	62
Új vagy megújított EOQ MNB tanúsítvánnyal rendelkező szakemberek	63

CONTENT

Quality in the Healthcare <i>(Dr. Pál Molnár)</i>	3
---	---

QUALITY IN THE HEALTHCARE

Mary Jean Ryan	
The Quality Policy of a Multilocational Large Health Care System	4
Dr. Sándor Gődény and Viktor Dombrádi	
Past and Future of Quality System of Hospitals in Hungary	7
Dr. Gábor Kecskés and Ilona Bognár Laposa	
The Future of Healthcare in the Spirit of the New Professional Directives and Cooperation	14
Dr. Klára László and Dr. Barnabás Margitai	
Quality, Conformity and Safety Indicators Applied in the Outpatient Institute of Szent Margit Hospital	18
Dr. Katalin Hetyésy and Gabriella Kaproncai	
Evaluation of Clients' Satisfaction at the County Training Hospital Aladár Petz	23
Melissa Mannon	
Lean Healthcare and Quality Management: The Experience of ThedaCare	32

QUALITY TRENDS, SYSTEMS, METHODS AND QUALITY TECHNIQUES

Csaba L. Tóth	
On the Systems of Collection and Treatment of Proposals by the Staff	36
Amanda Hankel	
First Report – Presentation on the Global State of Quality	50

REPORTS

Report on the EU Project “Quality Education in Healthcare” <i>(Dr. Pál Molnár)</i>	56
Results of the „Quality-Innovation 2013” Competition <i>(Dr. Pál Molnár)</i>	58

NEWS OF HNC FOR EOQ

Introduction of Corporate Members of HNC for EOQ: G&G Ltd.	62
EOQ MNB Certificate Holders with New or Prolonged Certificate Validity	63

Az Európai Minőségügyi Szervezet Magyar Nemzeti Bizottság (EOQ MNB)
nemzeti minőségpolitikai szakfolyóirata
Kiadja az EOQ MNB
A kiadásért felel: dr. Molnár Pál, az EOQ MNB elnöke

A folyóirat kiadását a következő, tanúsított minőségügyi rendszert működtető cégek és szervezetek támogatják:

B. Braun Medical Hungary Kft.
DEKRA Certification Kft.
Electrolux Lehel Hűtőgépgyár Kft.
ÉMI-TÜV Süd Kft.
HNS Műszaki Fejlesztő Kft.
HUNGERIT Zrt.

ISO 9000 Fórum
KALOPLASZTIK Műanyag és
Gumiipari Kft.
Kodolányi János Főiskola
Székesfehérvár
MVM Erbe Zrt.

ÓAM Ózdi Acélművek Kft.
PICK Szeged Zrt.
PinguinLutosa Hungary Kft.
REDEL Elektronika Kft.
ROTO ELZETT CERTA Kft.
SÁG-Építő Zrt.

Schneider Electronic Hungária Vill. Zrt.
SGS Hungária Kft.
TEVA Gyógyszergyár Zrt., Gödöllő
VAMAV Vasúti Berendezések Kft.
VIDEOTON Elektro-Plast Kft.
WESSLING Hungary Kft.

Szerkesztőbizottság:

Dr. Molnár Pál,
a szerkesztőbizottság elnöke

Dr. Anwar Mustafa, Földesi Tamás, Haiman Péterné, Kálmán Albert, Meleg András,
Nándorfiné dr. Somogyvári Magdolna, Szódi Sándor, Tóth Csaba László, Vass Sándor,
Várkonyi Gábor, Dr. Veress Gábor

Szerkesztőség: EOQ Magyar Nemzeti Bizottság, 1026 Budapest, Nagyajtai u. 2/B
Telefon: 212 8803, 225 1250 vagy Fax: 212 7638, vagy E-mail: info@eoq.hu

Terjeszti az EOQ MNB. Megrendelhető a szerkesztőségben, levélben, faxon vagy e-mailben.
Megjelenik kéthavonként (minden páros hónap végén).

Előfizetési díj egy évre 2014-től 7200 Ft + ÁFA + postázási és csomagolási költség (nyomtatott változat),
6000 Ft + ÁFA (elektronikus változat).

A díj számla ellenében a 11713005-20136631 forintszámlára utalandó át.

A folyóirat példányszámonként is megvásárolható a szerkesztőségben,
egy szám ára: 1200 Ft + ÁFA.

A publikálás és hirdetés feltételei megismerhetők az EOQ MNB honlapján vagy felvilágosítás kérhető a szerkesztőségtől. (Telefon: +36 1 212 8803; e-mail: info@eoq.hu)

Nyomdai előkészítés és kivitelezés: Innovariant Nyomdaipari Kft., 6750 Algyő, Ipartelep 4.
Alapítási nyilvántartási szám: B/SZI/1993 • HU ISSN0580-4485
Megjelent a Possum Kft. gondozásában

Lapunkat rendszeresen
szemlézi a megújult

OBSERVER

www.observer.hu

1139 Budapest, Frangepán utca 7.
Tel.: 303-4738 • Fax: 303-4744
E-mail: ugyfelkapcsolat@observer.hu

A Minőség és Megbízhatóság aktuális tartalomjegyzékét már a nyomdábaadás időpontjában megismerheti az EOQ MNB honlapján: <http://www.eoq.hu>, a IFKA Iparfejlesztési Közhatal Nonprofit Kft. honlapján: <http://www.ifka.hu>, valamint a Menedzsment Fórum Kft. honlapján: <http://menedzsmentforum.hu>

Minőség az egészségügyben



Az EOQ MNB Egészségügyi Szakbizottságának 1994-es megalakulása óta nagy figyelmet fordít a mindenki számára rendkívül fontos egészségügyi ellátás minőségére és problémáira. Az egészségügy minőségével foglalkozó rendezvényeken

néhány visszatérő megállapítás jól jellemzi a hazai egészségügyi ellátás minőségének helyzetét, melyek közül kiemelendő, hogy Magyarországon a születéskor várható időtartam több évvel alacsonyabb, mint az OECD országok átlaga. Ugyanakkor a hazai népegészségügyi helyzet összességében is kedvezőtlen, mivel a megelőzésre arányaiban túl kevés forrás jut. Folyóiratunk jelen száma kiemelten foglalkozik a minőség témakörével az egészségügyben, mivel ez a téma mindenkit érint.

A minőség az egészségügyben nemzetközi szinten is kiemelt figyelmet kap. Ezért több cikk is foglalkozik a külföldi tapasztalatokkal. Ezek közül különösen figyelemre méltó az első amerikai Malcolm-Baldrige Díjas nagy egészségügyi intézmény minőségpolitikáját röviden bemutató közlemény, amelyet egy ferences rendi nővér vezet, aki jelenleg a Nemzetközi Minőségügyi Akadémia Igazgató Tanácsának az elnöki tisztét is betölti. A másik dolgozat a Lean és a minőségmenedzsment erősödő szerepét elemzi egy szintén amerikai egészségügyi intézményben. A többi e témakörrel foglalkozó publikáció a magyar erőfeszítésekről és eredményekről ad számot, melyek általános alkalmazása a helyi viszonyoknak megfelelően bizonyára jelentős mértékben hozzájárulnának a minőségfejlesztéshez a hazai egészségügyi intézményekben. A füzetben közlésre kerülő szemelvények többsége szintén ezzel a témakörrel foglalkozik.

Olvasóink tájékoztatást kapnak továbbá a minőségügy átfogó helyzetét bemutató első részjelentésről, amely 22 országban végzett felmérés

eredményeit foglalja össze. Az Amerikai Minőségügyi Szervezet (ASQ) 2012-ben nagyszabású kutatást indított, amelynek fő célja – a helyzet felmérésén túlmenően – olyan kérdésekre választ adni, hogy mi a minőség, mi a minőség feladata, küldetése az egyre erősödő globalizáció korszakában. Az egyik első – a felmérésből levont – következtetés úgy fogalmazható meg, hogy az egyes résztvevő országok között a vártnál nagyobbak a különbségek a minőségmenedzsment alkalmazása terén és a minőségügyi oktatás különböző vonatkozásaiban.

Egy másik közleményünk a dolgozói javaslati rendszerekről szól. Abban egyetértés mutatkozik, hogy ez a vállalati hatékonyság növelésének egyik egyszerű, minimális ráfordítást igénylő eszköze. A cikk azt elemzi, hogy mi az oka annak, hogy vannak olyan vállalkozások és szervezetek, ahol sikeresen alkalmazzák és vannak olyanok, ahol ez a módszer rövidesen teljesen megbukik. A szerző a vezetés felelősségének és közreműködésének kiemelésével arra is megkísérel választ adni, hogy milyenek legyenek a helyes megoldások.

A továbbiakban olvasóink tájékoztatást kapnak többek között arról, hogy a Finn Köztársaság elnöke által alapított „Minőség-Innováció 2013” Díjat 2 magyar vállalkozás nyerte el és vette át Stockholmban. A skandináv és balti országokból, valamint Magyarországról és a Cseh Köztársaságból érkező nagy számú pályázat közül, az Európai Minőségügyi Szervezet (EOQ) nemzetközi zsűrije összesen 19 pályázatot díjazott. Magyarországról összesen 14 innovációs pályázat érkezett, ami önmagában is sikernek tekinthető.

Fentieken túl lapszámunk ismerteti az új vagy megújított EOQ MNB tanúsítvánnyal rendelkező szakemberek jegyzékét.

MARY JEAN RYAN nővér, az SSM Health Care Igazgató Tanácsának elnöke

Az SSM Health Care (Egyesült Államok) minőségpolitikája



Az SSM Health Care egy katolikus nonprofit egészségügyi intézményhálózat az Egyesült Államokban, amely arról ismert és elismert, hogy az ellátás színvonalának emelése érdekében teljes tevékenységében minden rendelkezésre álló eszközzel a minőségre koncentrál. Az SSM Health Care több mint 1300 orvost és közel 30000 más alkalmazottat foglalkoztat, így a legnagyobb egészségügyi szolgáltatók között tartják számon. Intézményei jelen vannak Wisconsin, Oklahoma, Illinois és Missouri államban. A szervezet központi bázisa St. Louis városban (Missouri állam) található. Összesen 18 kórházzal rendelkeznek, de közvetlen kapcsolatban állnak több mint 40 más vidéki kórházzal is. Emellett két szanatóriumot működtetnek, valamint számos rendelőintézettel és háziorvossal tartanak fenn partneri kapcsolatot. A szervezet fő szponzora a Mária Ferences-rend.

Az SSM szervezetet 1872-ben alapították, amikor – Odilia Berger anya vezetésével – öt Mária-nővér érkezett St. Louisba. Az összes vagyonuk 5 dollárt tett ki. A városban és környékén éppen nagy himlőjárvány tombolt, mire a nővérek haladéktalanul bekapcsolódtak a betegápolásba. Nagy iramban bővültek és fejlődtek, aminek egyik mérföldköve volt, hogy a XX. század végén a szervezet meglehetősen korán áttért az elektronikus adatkezelésre és feldolgozásra. Jelenleg a következő típusú intézményekben nyújtanak egészségügyi szolgáltatást: kórházak, gyermekgyógyászati központok, ambuláns rendelőintézetek, klinikák, sebészetek, szanatóriumok és idősotthonok, valamint sürgősségi központok és rehabilitációs létesítmények; emellett vállalnak házi gondozást és hospice szolgálatot is.

A minőségkép fejlődése

Az 1980-as évek második felében az a nézet uralkodott az SSM szervezet berkein belül, hogy minden rendben van: büszkén mondták magukról, hogy átlagosan, sőt talán kissé az átlag felett telje-

sítenek. Néhány év múlva annál keserűbb volt az ébredés: rájöttek, hogy ez a status quo hosszabb távon elfogadhatatlan, az egészségügyi szolgáltató intézmények versenyében ilyen nagy rendszer jelentős fejlődési potenciál nélkül fenntarthatatlan. E gondolat jegyében elkezdtek mélyrehatóan tanulmányozni a következő minőségfejlesztő modelleket: Teljes körű Minőségmenedzsment (TQM), illetve a folyamatos minőségjavítási tevékenység (CQI), beleértve a perspektivikus gondolkodás- és szemléletmódot.

1990 körül az SSM megkezdte hosszú menetelését annak érdekében, hogy „az átlagosnál kissé jobb” státuszról elmozdulhasson és átkerüljön a „kivételesen jó” minőség szintre. Ennek érdekében viszonylag rövid idő alatt az egész szervezetre kiterjesztették a CQI rendszert, ami nem csupán valamiféle új programot jelentett, hanem egyenesen a munkakultúra teljes megváltoztatását tűzte ki célul.

A CQI legfontosabb tényezői és kihívásai:

- a felső vezetés minőség iránti elkötelezettsége;
- az egészségügyi oktatás és továbbképzés minőségközpontú átalakítása;
- a szervezet struktúrájának megreformálása és nyitottá tétele a minőségfejlesztéshez;
- önfenntartó működés minden intézményben, fókuszban az elért eredményekkel;
- jó kommunikáció és a minőség beépítése a szervezet stratégiájába;
- a team munka általánossá tétele és minőségfejlesztő projektek beindítása;
- a folyamatos fejlesztés feltételeinek megvalósítása és napi gyakorlattá tétele.

A 90-es évtized közepére még inkább napi gyakorlattá váltak a folyamatos javítást célzó erőfeszítések. Mivel azonban a Malcolm Baldrige Díjra egészségügyi szervezetek akkor nem pályázhattak, más állami minőségdíjak modelljeit kezdték tanulmányozni. Mivel ezek a modellek szintén a Baldrige kritériumokon alapultak, hamar nyilvánvalóvá vált, hogy hiányzik az SSM átfogó küldetési (missziós) nyilatkozata. 1999-ben – több mint egy

éves előkészítő munka után és 3000 munkatárs véleményét meghallgatva – elfogadták a szervezet új küldetése.

Küldetés – a betegek szolgálata

A küldetés mottója lett a következő általánosan elfogadott elkötelezettség: „Kivételes egészségügyi szolgáltatásainkkal bizonyítjuk Isten gyógyító jelenlétét.”

Az SSM négyszer pályázta meg a Baldrige Díjat: 1999-ben, 2000-ben, 2001-ben és 2002-ben, amelyet azután egészségügyi intézményként az Egyesült Államokban elsőként nyert el. Rendkívül értékes visszajelzéseket kaptak, amelyek nagy mértékben megkönnyítették a további fejlesztést. Sikerként például pontosítani a „kivételes” fogalmát: itt a betegekkel való mindennapi törődésről, a kivételes elkötelezettségről és a kiemelt pénzügyi teljesítményről, illetve növekedésről van szó. A magasztos küldetést azonban le kellett fordítani a hétköznapi munka nyelvére: ezt szolgálja a stratégiai tervezés, illetve a működési (operatív) tervek elkészítése. Ennek alapján minden egyes részleg és osztály elkészítette saját minőségfejlesztési tervét a teljesítmény javítására. Ezen belül az egyes munkavállalóknak saját maguknak kellett dönteniük arról, hogyan járulnak hozzá ők egyénileg ennek a tervnek a sikeréhez. Ehhez a munkatársak egyéni „útlevelet” is kaptak. A jó munkáért természetesen szinte azonnali elismerés járt. Ez a megközelítés azóta napi rutinná vált és a hétköznapi gyakorlat részét képezi.

Legelőször is visszatérően azt a kérdést kell feltenni, hogy mit is várnak el a betegek az intézménytől? Mindenekelőtt biztonságot, a megbízhatóság és bizalom légkörét, továbbá pontos, testreszabott és méltányos egészségügyi szolgáltatást. Mindig megnyugtató választ kell adni a betegek aggodalmaira és panaszaira. Ide tartozik az is, hogy – tiszteletben tartva az egyéni jogokat – a beteggel mindig őszintén meg kell beszélni a kezeléseket, az ő beleegyezésüktől téve függővé azok végrehajtását. Minden kezelés csakis a betegek aktív közreműködésével lehet sikeres!

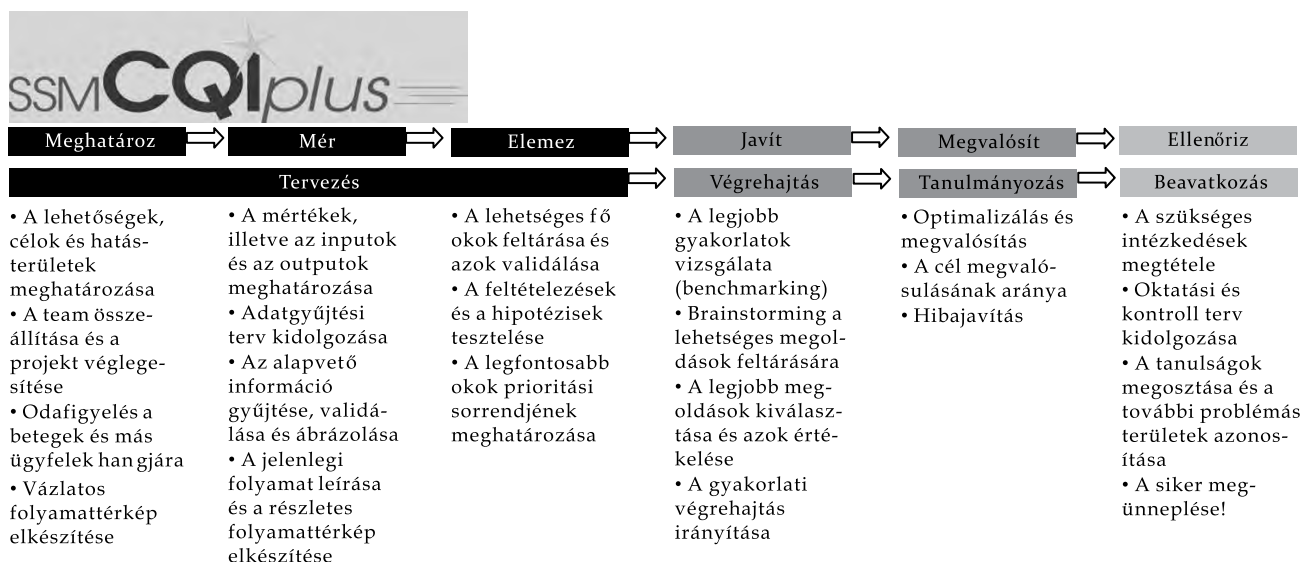
Az alkalmazott minőségfejlesztő eszközök

A kivételes teljesítményekhez mindig megfelelő rendszerek, módszerek, technikák és eszközök szükségesek. Ezek közül kiemelendők a következők:

- A team-munka és az azt elősegítő eszközök
- Lean
- Hat Szigma
- Változásmenedzsment
- Kockázatkezelés

CQIplus

A CQIplus a módszerek, eszközök, technikák és képzések összessége, amely a folyamatok javítására irányul. Az adott problémától vagy lehetőségtől függően – a projektcélok elérése érdekében – a csapatok az eszközök megfelelő „keverékét” alkalmazzák, amelyek módszertanban (metodológiában) testesülnek meg.



1. ábra: A CQIplus a javítás szolgálatában; PDSA és DMAIC egyesített folyamatjavítási modell

Miért érdemes foglalkozni a CQIplus-al?

- A folyamatokat **hatásossá** tehetjük vele, hogy a kívánt eredményekhez jussunk.
- **Hatékony** folyamatokkal minimalizálhatjuk az erőforrás felhasználást.
- Rugalmas és **alkalmazkodásra képes** folyamatokat alakíthatunk ki, amelyek jól követik a vevők és a szervezet változó igényeit.

5 Whys (Miért?)

Példa az oknyomozó kérdések láncolatára

Probléma: a köztéri szobor állagát egyre rontja, hogy erős tisztítószeret használnak.

1. Miért van szükség az erős tisztítószerre?
A madárürülék miatt.
2. Miért jönnek a madarak?
Hogy megegyék a pókokat.
3. Miért jönnek a pókok?
Hogy megegyék a szúnyogokat.
4. Miért jönnek a szúnyogok?
Mert az alkonyi szürkületkor vonzzák őket a fények.

5. Miért kapcsolják fel a fényeket szürkületkor?

Megoldás: az időzítők olyan beállítása, hogy a fények csak sötétedés után gyúljanak ki; így nincsenek szúnyogok, nincsenek pókok, nincsenek madarak és nincs szükség erős tisztítószerre sem.

A folyamatjavítás mérőszámai

Minden javítási törekvés végső célja, hogy az adott folyamat jobb, gyorsabb és olcsóbb legyen. Egy folyamat akkor lesz jobb és gyorsabb, ha sikerül kiküszöbölni a hibát és csökkenteni a szóródást. A jobb és gyorsabb folyamat egyszersmind olcsóbb is. Ily módon növekszik a hatékonyság és az értékteremtő képesség.

Hat Sigma

A Hat Sigma eljárás bevetésének fő indoka: A betegek és más ügyfelek nem az átlagot, hanem a szóródást érzékelik!

A Baldrige Díj elnyerése

Az egészségügyi intézmények közül első ízben az SSM Health Care nyerte el a Malcolm Baldrige Díjat 2002-ben a következő főbb indokok alapján:

- Az elért eredmények a magfolyamatokhoz kapcsolhatók.
- A középpontban egyértelműen a betegek, a járóbetegek és más ügyfelek szerepelnek.
- A világszínvonalú gyógyulási eredmények megvalósulása és kifejeződése jól felismerhető.

A továbblépés mikéntje és a hitvallás

A Malcolm Baldrige Díj elnyerése természetesen nem tette önelégültté az SSM Health Care munkatársait: jól tudták, hogy a díj a folyamatos javításról szól, ezért továbbra is mindent meg kell tenniük a betegellátás minőségi színvonalának emeléseért. Úgy érzik, hogy – bár a kezdetektől számítva nagy utat tettek meg – még mindig fényévnyi távolságban vannak attól, hogy valóban kivételes teljesítményt nyújthassanak. A fejlődés érdekében mindenekelőtt szeretnének elmozdulni a **kórház alapú** szemlélettől a **jóléti és közösségi alapú** modell irányában. Ez más szavakkal annyit jelent, hogy már azelőtt gondoskodni kívánnak az emberekről, hogy azok egyáltalán eljőnnének a kórházba (megelőzés). Céljaik elérése érdekében új kórház akvizíciókat és beruházásokat indítanak, továbbá bővítik az orvosok létszámát. Általános hitvallásuk valahogy így fogalmazható meg:

„Minden nap lehetőségünk nyílik arra, hogy megkülönböztetett figyelmet szenteljünk az emberek életére. Úgy kell gondoznunk az embereket, hogy megérintsük a lelküket, mert így mindenki – beleértve saját magunkat is – valamilyen módon gyógyul. Amit mi csinálunk, az több mint egy szakma vagy mint egy tevékenység. Ez egy szent küldetés.”

Fordította: Várkonyi Gábor

Hirdessen

a **Minőség és Megbízhatóság**-ban!

Több ezren olvassák!

Kérjen árjegyzéket a szerkesztőségtől – elérhetőségei a 2. oldalon!

DR. GÖDÉNY SÁNDOR és DOMBRÁDI VIKTOR

Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet

Kórházak minőségügyi rendszerének múltja és jövője Magyarországon*

Az egészségügyi minőségügyi rendszerek működésének értékelése, azok hatékonyságának fejlesztése nem csak Magyarországon jelent problémát. Az Európai Unió országaiban, az egészségügyi ellátás, illetve a tartós ápolás számára – melyet a krónikus betegségek számának növekedése és a társadalom elöregedése okoz – a legfőbb kihívást az jelenti, hogy meg kell birkózni az új technológiák költségnövekedést okozó hatásaival. Megoldandó problémát jelent az intézményi szabályozás jobb kialakítása, a betegbiztonság, az ellátás eredményességének és hatékonyságának fejlesztése, valamint olyan ösztönzők kialakítása, melyek az orvosok és páciensek számára egyaránt biztosítják az egészségügyi technológiák indokolt alkalmazását, a párhuzamosságok elkerülését, illetve a szolgáltatások racionális igénybevételét.

A cikk célja, hogy értékelje az egészségügyben alkalmazott minőségügyi modellek helyzetét, problémáit Magyarországon és a fejlesztés lehe-
tőségeit az Európai Unióban már lezárt, illetve értékelés alatti projektek tapasztalatai alapján.

I. Minőségügyi rendszerek kialakulása Magyarországon

Az egészségügyre vonatkozóan a „1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről” rendelkezik a minőségügyi rendszerekről és a az egészségügyi ellátás minőségértékeléséről.

A 120. § kimondja: „Az egészségügyi szolgáltatások minőségét és minőségfejlesztését az egészségügyi szolgáltató minőségbiztosítási, minőségfejlesztési és ellenőrzési rendszere (a továbbiakban: belső minőségügyi rendszer), a szakmai felügyeletet gyakorló szervezet minőségbiztosítási, minőségfejlesztési és ellenőrzési rendszere, a megfelelőség-tanúsítás (a továbbiakban: külső

minőségi rendszer) biztosítja.”

Az egészségügyi törvény megnevezte a minőségügyi rendszerek és a az egészségügyi ellátás minőségértékelését, ugyanakkor végrehajtási utasítás és egységes minőségügyi stratégia hiányában a magyarországi minőségügy fejlődése nem volt zavartalan.

Bár az „1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről” lendületet adott a minőségügyi tevékenységeknek, a magyarországi kórházakban 2001-ben és 2005-ben elvégzett – 116, illetve 103 kórházra kiterjedő – országos kérdőíves felmérés alapján, 2005-ben csökkenő minőségorientált aktivitás mutatkozott a 2000-ben végzett felmérésekhez viszonyítva [1].

Az Egészségügyi Törvény megadta a belső minőségügyi rendszer kialakításának lehetőségét, mely a magyarországi viszonyokat veszi alapul, és a rendszer működésének igazolását hatósági jogkörbe helyezi. Mivel tanúsítási kényszer nincs, ezért a rendszer kialakítása és fenntartása is kisebb anyagi megterhelést jelentett volna a szolgáltatóknak. Ennek ellenére megfelelő egészségügyi minőségügyi tapasztalatok, szakma-specifikus ismeretekkel rendelkező egészségügyi minőségügyi szakemberek hiányában, a magyar egészségügyben mégis többségben az MSZ EN ISO 9001: 2001 szabvány előírásai alapján kialakított rendszerek terjedtek el. Az ISO szabvány tanúsításával keretrendszerként elsősorban a struktúra és az irányítás színvonalát biztosították, de sok esetben az ellátás minőségét alapvetően befolyásoló szakmai folyamatokkal érdemben nem is foglalkoztak.

Az egészségügyi ellátás folyamataira már részletesebben kitértek a Kórházi Ellátási Standardok, majd az azt integráló Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok (MEES) kézikönyve, de ezek sem közvetlenül a szakmai folyamatokkal, hanem azok

* Az áttekintő tanulmány a Minőség és Megbízhatóság szerkesztőségének felkérésére készült. A cikk összeállításánál felhasználásra kerültek a szerző korábbi cikkei, előadásai, a Debreceni Egészségügyi Minőségügyi Napok konferencia tapasztalatai. Az Európai Unióban folyó projektekre vonatkozó rész Dombrádi V, Gödény S.: A kórházak minőségügyi rendszereivel foglalkozó Európai Unió kutatások. IME, 2013, 12, 27-32. cikk felhasználásával készült.

megvalósulhatóságának feltételeit rögzítették, továbbá a standardok szerinti működés tanúsításra és nem akkreditálásra került.

Jelenlegi minőségügyi problémák Magyarországon

A minőségbiztosítás és minőségfejlesztés elvének elfogadása nem épült be a kórházi működés gyakorlatába, hanem gyakran csak formálisan, a gyakorlati egészségügyi munkától elkülönülve a minőségirányítási rendszerek működtetésére korlátozódik. Ebben szerepet játszik a minőségirányítás munkaerő helyzete is. Az EMKI felmérése szerint, a kórházak 48%-ában van csak főállású minőségirányítási vezető, akik az intézmények 65%-ában részt vesznek a felső vezetői értekezleteken [2,3]. Továbbá jelenleg nem rendelkezünk adatokkal arra vonatkozóan sem, hogy a minőségügyi vezetők milyen minőségügyi végzettséggel rendelkeznek.

A dolgozók körében is hiányos a minőség-szemlélet. A kórházi betegellátás területén a minőség szemlélet általános jelentőségét indokolja, hogy páciensek sorsát gyakran az egészségügyi dolgozó egyéni döntése határozza meg. Ezeknél a döntéseknél azonban még napjainkban is csak a hagyományos egészségügyi ismeretek játszanak meghatározó szerepet, és még mindig nagyon ritkán kerülnek alkalmazásra az egészségügyi gazdaságtan, egészségügyi menedzsment vagy a minőségmenedzsment eredményei és szempontjai. A szakmai gyakorlatban, még a XXI század elején is sokan elvetik a bizonyítékokon alapuló gyakorlat (evidence based practice) szemléletét, és azt gyakran „szakácskönyv egészségügyi gyakorlat”-nak nevezik. Ugyancsak elutasítják a költség-hatékonysági vizsgálatok eredményeinek felhasználását, azt az elvárható gondolkodást, hogy a rendelkezésre álló egészségügyi technológiák közül a leghatékonyabbat válasszák, alkalmazzák, továbbá kerüljék a felesleges, sőt a beteg számára nem biztonságos beavatkozásokat.

A kórházak minőségügyi rendszerét érintő minőségügyi problémákat a következő pontok szerint lehet összefoglalni [4]:

- Az egészségügyről szóló törvény a tanúsítást önkéntesnek deklarálja, de nem fogalmaz meg előnyt azok számára, akik ezt teljesítik. Ugyanakkor nem szankcionálja annak hiányát sem.
- Az egészségügyi szolgáltatások szakmai alapokon történő értékelése, minősítése/akkreditációja nem történik meg.

- A tanúsítható rendszerek (ISO 9001) tanúsításánál a tanúsító szervezetek egészségügyi-szakmai kompetenciája általában nem kielégítő.
- A Nemzeti Akkreditáló Testület (NAT) csak az általános szabványoknak megfelelő tanúsításra alkalmas követelményeket minősíthet akkreditálhatónak; az egészségügyi szakmaspecifikus megfelelés igazolása nem kompetenciája.
- Hiányoznak az egészségügyi szolgáltatók tanúsítása során alkalmazható és a standardok egységes szempontok szerinti értelmezésére vonatkozó útmutatók, így a minőségmenedzsment rendszer működését igazoló tanúsítványok értéke széles sávban mozog.
- Az ajánlott indikátorok (EüM rendelet) használata nem egységes. A szolgáltatók által nyújtott ellátás szakmai színvonala, megfelelése nem ítéltető meg. Az intézmények szakmai mutatóik alapján nem hasonlíthatók össze.
- A kórházakban nem működik belső klinikai auditrendszer.
- A működtetéshez szükséges humán-erőforrás képzettsége, kompetenciája nem standardizált.
- Nem nyilvánosak a tanúsítás elnyeréséhez feltétlenül szükséges standardok listája.
- A működési engedélyek, a minimum feltételeknek való megfelelés, a tanúsítvány megléte és a szakfelügyeleti audit együttes értékelése, koordinálása jelenleg megoldatlan.
- Nincs hiteles nyilvántartás a tanúsítványokról és az egészségügyi auditorokról.
- A kórházakban nem megfelelően működik a kockázatmenedzsment, a betegek biztonsága nem megfelelő. A megelőzés esetleges, nem épült be az ellátók működésébe.

II. Európa Uniós tapasztalatok

Az egészségügyben alkalmazható minőségügyi rendszerek eredményes hazai fejlesztése érdekében érdemes áttekinteni az Európai Unió tagállamainak és kórházainak minőségügyi stratégiáját, hogy pontosabban váljanak ismertté a nemzetközi elvárások.

Az Európai Unió részéről is egyre nagyobb figyelmet fordítanak a nemzeti szintű minőségügyi stratégiákra, azok hatásaira az egészségügyi ellátásra, illetve a közös alapelvekre, annak ellenére, hogy az egészségügyi ellátás továbbra is alapvető-

en nemzeti szintű felelősség az Európai Unió (EU) tagállamaiban.

A Miniszteri Bizottság már 1997-ben javasolta, hogy a tagállamok kormányai teremtsék meg azokat a politikákat és struktúrákat, amelyek támogatják a „minőségfejlesztési rendszerek” kidolgozását és megvalósítását, vagyis olyan rendszereket, amelyeknek útján folyamatosan lehet biztosítani és javítani valamennyi ellátási szinten az egészségügyi ellátás minőségét [5].

Újabb mérföldkövet jelentett 2003, amikor az Európai Bizottság először fogalmazta meg a határon átnyúló ellátására vonatkozó betegjogi irányelvét, mely szerint a minőségi és biztonságos egészségügyi ellátás fontos az összes érdekelt fél számára. Ezt követően számos kutatási projektek indult az egészségügyi ellátás minőségének felmérésére és elemzésére, továbbá arra vonatkozóan, hogy az egészségpolitika és az egészségügyi rendszerek miként biztosítják a minőség megvalósulását [6].

ExPeRT projekt

Az „External Peer Review Techniques” (ExPeRT) projekt 1996 augusztusában kezdődött és 1999 szeptemberében fejeződött be. A kutatás során négy fő minőségügyi modellt azonosítottak: akkreditációs rendszert, minőségirányítási rendszert (ISO), EFQM kiválósági modellt és vizitációs rendszert. Ezekkel kapcsolatosan arra a megállapításra jutottak, hogy mind a négy modell standardokon alapul, és hasonló értékelési metodikát alkalmaz.

Az akkreditáció és vizitációs rendszer standardjai az egészségügyi ellátásból alakultak ki, és mind a két rendszer figyelembe veszi az egészségügyi ellátás struktúrájának, folyamatának és kimenetének egyediségét. Az ISO és az EFQM modelleket az üzleti életből és az iparból adaptálták az egészségügyi feltételeire, ebből adódóan sokkal általánosabbak, konkrét egészségügyi kritériumokat nem fogalmaznak meg. Annak érdekében, hogy a négy rendszer megtartsa a hitelességét, kiterjedt és komplex eljárást alkalmaznak a standardok létrehozására és fenntartására. A legnagyobb különbség a rendszerek között abban található, hogy mire fókuszálnak.

Az ExPeRT projekt végső következtetése az volt, hogy mindegy, hogy milyen értékelő rendszert használunk, a legfontosabb, hogy erős és releváns standardokra épüljön, és hogy egy erős és hiteles külső felülvizsgáló komponense is legyen. Mind a két tényezőt egy olyan független szervezetnek kell

kezelnie, amelyet folyamatosan felügyelnek és értékelnek.

MARQuIS projekt

A „Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies” (MARQuIS) projektet 2005 januárjában kezdődött és 2007 végén fejeződött be. Belgiumból, Csehországból, az Egyesült Királyságból, Franciaországból, Hollandiából, Írországból, Lengyelországból és Spanyolországból összesen 389 kórház vett részt a kutatásban.

A kutatás során megállapításra került, hogy az EU tagországai mind másképpen viszonyulnak az ellátás minőségéhez. Más jogi eszközöket, más kritériumokat és más stratégiákat alkalmaznak az ellátás minőségének fejlesztése érdekében. Minden országban voltak olyan kórházak, ahol jól épített minőségügyi rendszer működik. Jelentős különbség figyelhető meg a minőségügyi rendszerek terén az országokon belül is, nem csak az országok között.

A felmérés szerint a kórházak többségében jól dokumentált, jól működő minőségügyi rendszer található, ugyanakkor sok kórháznál csak papíron léteztek a minőségügyi rendszer működtetéséhez szükséges feltételek. A kórházak 2/3-nál a kórházi vezetőség aktívan részt vesz a minőség- és biztonságpolitika definiálásában, és legalább évente készül jelentés a minőséggel, biztonsággal és betegelégedettséggel kapcsolatosan. A felmérés megállapította azt is, hogy a kórházak minőségügyi rendszerei között jelentős különbségek igazolhatók.

A MARQuIS projekt értékelte a kórházakat minőségügyi rendszerük szerint is. Ennek érdekében a kórházakat 3 csoportba sorolták aszerint, hogy azoknál csak akkreditációs rendszer, vagy csak ISO szerinti tanúsított rendszer működött, illetve ahol minőségügyi rendszert még nem alakítottak ki. A vizsgálatához 7 országból választottak 89 kórházat. Összesen 229 kritérium alapján mérték a teljesítményüket. A kritériumokat 6 dimenzióba csoportosították:

- Menedzsment
- Betegjog
- Betegbiztonság
- Klinikai ellátás szervezettsége
- Klinikai gyakorlat
- Környezeti biztonság

A minőségügyi rendszerrel rendelkező (tanúsított vagy akkreditált) és a minőségügyi rendszerrel nem rendelkező csoport statisztikai módszerrel

történő összehasonlítása során egyedül a betegjogok terén nem igazoltak szignifikáns különbséget, a többi dimenziónál és a dimenziók összesítésénél ugyanakkor igen ($p < 0,05$).

Az ISO tanúsított és az akkreditált rendszereket összehasonlítva a menedzsment ($p = 0,001$), a betegbiztonság ($p = 0,015$) és a klinikai gyakorlat ($p = 0,048$) dimenzióinál találtak szignifikáns különbségeket, mindegyik esetben az akkreditáció javára. Viszont fontos kiemelni, hogy a vizsgálatban résztvevő kórházak alacsony száma jelentősen befolyásolhatta a kapott eredményeket, ezért ezeket óvatosan kell kezelni.

A helyszínen értékelt 89 kórházból soknál még a legalapvetőbb betegbiztonsági eljárások alkalmazása is hiányzott, mint például a páciens azonosító karszalag használata és azok megfelelő jelölése. Egyedül a szülészeti osztályokon használtak rendszeresen betegazonosító karszalagot (90%). Viszont, ha figyelembe vesszük, hogy ezen az osztályon a karszalagnak gyakran életmentő jelentősége van, ez az érték nem tekinthető magasnak. A kórházak kevesebb, mint felénél alkalmaztak elektronikus gyógyszerfelíró rendszert (40%). Ez az érték az USA-ban egy 2004-es felmérés szerint 70% volt. Csak a kórházak felénél voltak iránymutatások a hibás páciens ellátás és a nem megfelelő sebészeti eljárások (pl. amputáció esetén az oldaltevesztés) megakadályozására. A betegjogokat a kórházak 85,5%-a biztosította, a betegtájékoztatást a kórházak 93%-a alkalmazta, a betegek bevonásával foglalkozó stratégiát a kórházak 71%-a alkalmazott, és a kórházak 66%-a foglalkozott a tapasztalatok összegzésével.

A kapott eredmények alapján továbbá azt is feltelezni lehet, hogy a vezetők minőségügyi tevékenységét javítani kellene, de nem kapnak kellő rendszerességgel jelentéseket a komplikációkról, a nem kívánt eseményekről. Végezetül azt állapították meg, hogy „osztály” szinten jobb volt a nem kívánt események jelentése és elemzése, mint „kórház” szinten.

A tanulmány azt a következtetést vonta le, hogy jelenleg a minőségügyi rendszerek EU-s szintű szabályozása nem kivitelezhető és nem is lenne eredményes, de célszerű lenne olyan önkéntes kezdeményezéseket támogatni, amelyekkel a határon átnyúló egészségügyi ellátás minőségét mérni és fejleszteni lehetne. Továbbá fontos lenne a régebbi kutatások eredményeiből származó tapasztalatokat is hasznosítani.

DUQuE projekt

A „Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe” (DUQuE) a MARQuIS projekt folytatása. A kutató munka 2009 novemberében indult és 2013 áprilisában fejeződött be, ezért a projekt eredményeiről még nem lehet beszámolni. A kutatás adatait Csehország, az Egyesült Királyság, Franciaország, Lengyelország, Németország, Portugália, Spanyolország és Törökország kórházaiból szerezték be.

A DUQuE projekt fő célja az volt, hogy az európai kórházak minőségfejlesztési rendszereinek hatékonyságát tanulmányozzák. Ennek érdekében a kiválasztott kórházaknál megnézték, hogy a szervezeti minőségfejlesztési rendszer, a betegek aktív bevonása, a szervezeti kultúra és a szakértők bevonása milyen kapcsolatban áll a kórházak minőségi ellátásával, a klinikai hatékonysággal, a betegbiztonsággal és a betegek bevonásával az ellátásba.

QUASER projekt

A „Quality and Safety in European Hospitals – A Research-based Guide for Implementing Best Practice and a Framework for Assessing Performance” (QUASER) projektet 2010 áprilisában kezdték el és 2013 májusában fejezték be.

A QUASER projekt kutatói azt vizsgálták, hogy a kórházak hogyan vezetik be, terjesztik és tartják fenn a minőségfejlesztést, illetve, hogy a fellépő nehézségekkel hogyan küzdenek meg. A kutatás általános célja annak feltárása volt, hogy milyen kapcsolat igazolható a kórházak szervezeti és kulturális jellemzői között, és ezek hogyan hatnak az ellátás minőségére. A kutatás 5 európai ország (Anglia, Hollandia, Svédország, Norvégia és Portugália) 2-2 (összesen 10) kórházát vizsgálta kvalitatív és kvantitatív módszerekkel, hogy az országok egészségügyi rendszere (makro szint), a kórházak minőségmenedzsmentje (közép szint) és az osztályok minőségmenedzsmentje (mikro szint) hogyan befolyásolja az ellátás minőségét.

III. Fejlődés lehetőségei Magyarországon [7]

Alapelvek

Nemzeti, illetve ágazatszintű minőségügyi stratégia kialakításán kívül a szervezeti szintű minőségügyi rendszer fejlesztésének alapelvei a következő szerint foglalhatók össze.

Az egészségügyi intézményekben alkalmazható minőségirányítási rendszer továbbfejlesztésénél alapelvnek tekintendő, hogy a rendszer struktúrális alkotóelemei, folyamatai csak a célnak megfelelő összetételben és az ellátás jellegét, annak környezetét figyelembe véve tudják ellátni funkciójukat. Bár az alkotóelemek változhatnak, fontos annak az alkotóelemnek a meghatározása, amely összeköti és közös keretbe ágyazza ezeket a komponenseket.

Az egészségügyi szervezeteknél alkalmazható minőségügyi modellek, rendszerek működése szempontjából az egyik legfontosabb kérdés, hogyan lehetne a rendelkezésre álló erőforrásokat, a szervezetben folyó ellátás struktúrájának átalakításával, korszerűsítésével, illetve az ellátás folyamatainak szabályozásával úgy felhasználni, hogy minél nagyobb mértékben javuljon az ellátottak egészségnyerése, biztonsága [8,9].

A minőségügyi rendszerek bevezetésénél és működtetésénél alapvető, hogy annak kialakítása és fenntartása nem cél, hanem csak eszköz, amely segíti a célok megvalósítását. Az egészségügyi szervezetekben a minőség igényeit kielégítő vezetés és egészségügyi ellátás nem a minőségügyi rendszer miatt van, hanem a betegekért. Nem szabad elfelejteni Avedis Donabedian megfogalmazását, amely szerint *„A minőség az egészségügyi ellátás olyan tulajdonsága, amely a betegek egészségének maximalizálására törekszik, miután mérlegelte a várható előnyöket és kockázatokat, amelyek az egészségügyi ellátás során várhatóak”* [10].

Nem lehet elégszer hangsúlyozni azt, hogy az egészségügyi minőségügyi rendszernek nem lehet más végső célja, mint az egészségi állapot javítása, illetve a rendelkezésre álló erőforrásokhoz viszonyítva a lehető legjobb egészségi állapot megvalósítása, függetlenül a szolgáltató finanszírozási formájától. Ennek keretében fontos a betegelégedettség fokozása, a betegekkel való kommunikáció bővítése is, mely igazoltan hozzájárul a szakmai eredmények (*outcome*) javításához [11]. A már korábban megfogalmazott alapelvek, mely szerint a *szakmai bizonyítékokon alapuló, TQM filozófiával, minőségügyi kultúrával ötvözött struktúra és folyamat* tekinthető annak az egységes alapmodellnek, amely – az egészségügyi szolgáltatás jellegétől és a választott modelltől függetlenül – az egészségügyi szervezet minőségirányítási rendszerének továbbfejlesztésénél továbbra is

aktuális [12,13]. Ez az alapelv összhangban áll a következő egyszerű, a mindennapi gyakorlat minőségét tömören összefoglaló megfogalmazással: *„Jó dolgokat jól csinálni”* [14].

Formális minőségügyi rendszerek

Általánosságban megállapítható, hogy az ellátás céljának legjobban megfelelő rendszert kell kialakítani, amelyben az általános minőségmenedzsment folyamatok és a szakma-specifikus standardok, illetve rendszerelemek egyaránt jelen vannak [15]. Nem az a legfontosabb kérdés, hogy a rendelkezésre álló modellek közül melyiket válasszuk, hanem az, hogy az adott szervezetnél – a helyi adottságokat, lehetőségeket, problémákat figyelembe véve – mi a prioritás a minőség fejlesztésének terén, és erre melyik minőségügyi modell, módszer teszi lehetővé az ellátás legeredményesebb javítást a lehető leghatékonyabb módon. Gyakran a különböző modellek integrált alkalmazására van szükség. Az eddigi kutatások még nem szolgáltattak egyértelmű adatokat arra vonatkozóan, hogy melyik minőségstratégia, melyik minőségügyi modellel lehet a legeredményesebben és leghatékonyabban javítani az ellátás minőségét [16,17].

A MARQuIS projekt tapasztalatai alapján (bár a vizsgálatban résztvevő kórházak alacsony száma jelentősen befolyásolhatta a kapott eredményeket, ezért óvatosan kell ezeket értelmezni) Magyarországon lényeges továbblépést fog jelenteni a jelenleg kialakítás alatt álló akkreditációs rendszer, melynek működésére a 2012. június 28-tól hatályos „Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. Törvény” módosítása ad jogi lehetőséget. Kialakítására a TÁMOP 6.2.5. projekt biztosít anyagi támogatást.

Az akkreditáció kiterjed az egészségügyi szervezet betegellátásra vonatkozó működésének szabályozására, különös tekintettel a magas kockázatú betegcsoportokra és ellátásokra. Továbbá értékeli a klinikai auditrendszer alkalmazásával az egészségügyi ellátás szakmaiságát, a bizonyítékokon alapuló gyakorlat (*evidence based practice*) megvalósulását a szakmai standardokhoz (klinikai irányelvek, szakmai protokollok) viszonyítva. A szakmai standardok meghatározása, egybevetése a mérőszámokkal (indikátorok), biztosítja a szolgáltatók működésének átláthatóságát, összehasonlíthatóságát. Az egységes elveken megvalósuló sikeres akkreditáció olyan garanciális elem, mely biztosítja a minőség alapú működés lehetőségét, igazodik a nemzetközi gyakorlathoz, újra

értelmezve az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó minőség fogalmát.

Ugyanakkor fontos hangsúlyozni, hogy az akkreditáció önmagában még nem elegendő, rendkívül fontos a szervezeti kultúra és a minőség-szemlélet fejlesztése is. Ezt támasztja alá, hogy – bár az USA-ban már több évtizede akkreditációs rendszerek működnek – egy 1999-ben megjelent könyv szerint az egészségügyi technológiák alkalmazása nem volt megfelelő, és a betegek biztonsága szempontjából is több hiányosságot tártak fel a kutatások [18].

Az akkreditációs rendszer mellett az egészségügyi szervezetek minőségügyi rendszerei között továbbra is helye lehet az ISO minőségirányítási rendszernek, de erősíteni kell annak egészség-specifikus jellegét a szakmai folyamatokra, az ellátás eredményességére, hatékonyságára és a betegek biztonságára fókuszáló kritériumait Továbbá átláthatóvá kell tenni a tanúsítási folyamatot. Ennek irányában már történt előrelépés, mely szerint a CEN elfogadta az ISO 9001 egészségügyi adaptációját [19]. Sajnálatos, hogy – az EOQ MNB Egészségügyi és Szociális Szakbizottságának javaslatai ellenére – a bizonyítékokon alapuló gyakorlat, a szakmai irányelvek alkalmazása és a klinikai audit nincs konkrétan nevesítve a szabványban.

Tekintettel arra, hogy a klinikai auditnak kiemelt szerepe van az egészségügyi ellátás minőségének biztosításában, az ISO 9001 minőségirányítási rendszerben is szükséges a klinikai audit alkalmazása, kiegészítve a rendszer működését értékelő belső audit tevékenységet. A klinikai audit olyan minőségfejlesztő folyamatnak is tekinthető, amely az egészségügyi ellátás fejlesztendő területeit keresi, megtervezi és végrehajtja azokat a beavatkozásokat, amelyekkel az egészségügyi ellátás szakmai minősége fejleszthető, majd ismételt audit (re-audit) során vizsgálja a bevezetett változtatások eredményeit. Célja egyrészt a szakmai minőségfejlesztési tevékenységek ösztönzése, másrészt a klinikai auditrendszer működésének hatása van a szervezet minőségkultúrájának fejlődésére is [20].

A szervezeti minőségkultúra kialakításában a vezetésnek, ezen belül a minőségügyi vezetőnek meghatározó szerepe van. Ennek egyik fontos feltétele a minőségügyi vezetők képzettségének fejlesztése, továbbá hatáskörük növelése. A minőségügyi vezetők kompetenciájának folyamatos fejlesztése jelenti az egyik garanciát ahhoz,

hogy – a rendszertől függetlenül – érdemi javulás legyen elérhető a szervezeti szintű minőségügyi tevékenységek eredményeiben, valamint ezen keresztül Magyarország egészségügyi mutatóiban [21].

Irodalomjegyzék

1. Gulácsi L., Makai P., Peter, T., Jakobsen, Á., Boncz I.: A magyarországi kórházi ellátás minősége 2005-ben. Orvostovábbképző Szemle, 2006, 13(12), 13-22
2. Tombácz I.: Egészségügyi intézmények minőségügyi gyakorlata – helyzetkép 2009. Debrecen Egészségügyi Minőségbiztosítási Napok IX. konferenciája, Debrecen, 2009. május 21-22.
3. Margitai B., Tombácz I.: Egészségügyi Intézmények minőségügyi rendszereinek felmérése. ISO Forum, XVI. Nemzeti Konferencia, Balatonaliga, 2009. szeptember 10-11.
4. Gódný S., Topár J., Margitai B.: Minőségirányítás és minőségbiztosítás továbbfejlesztése az egészségügyben II.: Minőségmenedzsment modellek az egészségügyben, a rendszerek problémái és fejlesztési lehetőségei. IME, 2010, 9 (1), 26-31
5. Miniszteri Bizottság R (97) 17 számú ajánlása
6. Dombrádi V, Gódný S.: A kórházak minőségügyi rendszereivel foglalkozó Európai Unió kutatások. IME, 2013, 12, 27-32
7. Gódný S., Csath M.: Nemzeti minőségügyi stratégia szükségessége az egészségügyi rendszerben. IME, 2010, 9 (8), 26-33
8. OECD: Economic survey of Hungary, 2005. Policy Brief. July 2005
9. Goglio, A.: In search of efficiency: Improving Health Care in Hungary. Economics Department Working Papers No 446, OECD, 2005
10. Donabedian, A.: Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI, Health Administration Press. 1980
11. Meryn, S.: Improving doctor-patient communication Not an option, but a necessity. (editorial) BMJ, 1998, 316, 1922-1930
12. Gódný S.: Nemzeti egészségügyi minőségügyi rendszer koncepciója. Egészségügyi Menedzsment 2001, 3 (1), 26-28
13. Gódný S.: Klinikai hatékonyság jelentősége az egészségügyi minőségbiztosításban. Egészségügyi Menedzsment, 2003, 5(1), 30-33
14. Gray, M.: Evidence-based Healthcare. How to Make Health Policy and Management Decisions. Churchill Livingstone, 1997
15. Gódný S., Tarr J., Szy I., Sinka M-né., Dobos É., Balogh S., Füredi Gy., Uhrík T., Topár J.: A hatékonyságot támogató modellek, minőségirányítási és standard-rendszerek. In Gódný S. (szerk): A klinikai hatékonyság fejlesztése az egészségügyben. Pro Die Kiadó 2007, 671-741

16. Øvretveit, J.: What are the best strategies for ensuring quality in hospitals? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) November 2003
17. Groene O., Klazinga N., Walshe K., Cucic, C., Shaw C.D., Sunol R. 2009. Learning from MARQuIS: future direction of quality and safety in hospital care in the European Union. Qual Saf Health Care 18(Suppl I), i69-i74
18. Kohn, L.,T., Corrigan, J.,M., Donaldson, M.,S. (eds), Committee on Quality of Health Care in America: To Err Is Human: Building a Safer Health System, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, DC, 2000
19. EN 15224 Health care services - Quality management systems - Requirements based on EN ISO 9001:2008
20. Gődény S.: Minőségbiztosítás és minőségfejlesztés az orvosi gyakorlatban 3. Klinikai audit az orvosi gyakorlatban. Orvosi Hetilap, 2012,153, 174-183
21. Gődény S.: Jó minőségügyi vezetők, jó minőségirányítási rendszerek. Kórház, 2004, XI, 22-24

Az egészségügyi ápolószemélyzet munkájának minőségorientált javítása

Egyre több publikáció jelenik meg arról, hogy a 21. században újfajta, magas minőségi színvonalú és tudományosan jól megalapozott, biztonságos egészségügyi szolgáltatásokra van szükség. Az ápolónőknek szinte korlátlan lehetőségeik vannak az ilyen jellegű szolgáltatások javítására és tökéletesítésére, mivel elsősorban ők érintkeznek közvetlenül a betegekkel, akik az ő munkájukon keresztül érzékelik és alkotnak képet maguknak az egészségügyi ellátás minőségügyi színvonaláról. Az ápolást végző, a „frontvonalban” szolgálatot teljesítő személyzet a gondozás színvonalának javításánál nem csak az orvostudomány, hanem más diszciplínák – például a minőségmenedzsment – legújabb eredményeit is hasznosíthatja. Az ilyen kapcsolatok lehetővé teszik a betegápolási folyamat részletes elemzését egy megfelelő keret kialakításához, illetve a minőségi betegápolás koncepciójának a gyakorlatba való átültetéséhez.

A meredeken emelkedő költségek mellett az is elodázhatatlanná teszi a minőség biztosítását az egészségügyben, hogy sok ezer emberi mulasztásra visszavezethető haláleset fordul elő évente a kórházakban. Tudományos elemzők munkájának köszönhetően megállapítható, hogy az egészségügyi ellátó rendszer teljesítménye messze az orvostudomány és technika gyors fejlődése mögött kullog. Radikális változtatásokra van tehát szükség egy betegközpontú, biztonságos, tudományosan jól megalapozott és magas minőségi színvonalon teljesítő egészségügyi rendszer létrehozásához.

Mit értünk az ápoló személyzet munkájának jó minőségén? Gunther és Alligood (2002) szerint „az ápolás gondossága megfoghatatlan, az csupán a betegek változó tapasztalatain keresztül mérhető le. A kontroll és a szabályozás nehézségekbe ütközik, mivel a szolgáltatás és a fogyasztás elkülönült egymástól”. Valóban, az ápolást végző személyzet munkája egyrészt tudományos diszciplína és hivatás; másrészt nem csak tudomány, hanem művészet is. Művészet, mert a szakmai megközelítésen túl ide tartozik a részvétel, a könyörület, a gondosság és az empátia. Könnyű belátni, hogy ennyi különféle megközelítés mellett komoly nehézségekbe ütközik az ápolási munka minőségének egzakt mérése.

Az Amerikai Ápolók Szövetsége (American Nurses Association, ASA) 2012-ben így határozta meg a betegápolás fogalmát: „Egyrészt az egészség és a testi-fizikai képességek védelme, előmozdítása és optimalizálása; másrészt a betegségek és a sérülések megelőzése, az emberi szenvedés enyhítése a megfelelő diagnózis és kezelés révén, továbbá az egyének, a családok, a közösségek és az egész társadalom egészségügyi érdekeinek védelme és képviselése.” Egy olyan minőségügyi hálózat kialakítását javasolják a betegápolók részére, amely struktúrát, folyamatot és kimenetet (output) egyaránt magában foglal. A struktúra ebben a megközelítésben magát az ellátást, annak szakmai színvonalát, az oktatást és a személyzettanúsítást jelenti. A folyamat mérőszámai lehetnek a betegek, illetve az ápolószemélyzet elégedettségének mutatószámai; az eredményesség vagy kimenet pedig azokon a pozitív tényezőkön keresztül mérhető le, amelyek egyértelműen a kezelés minőségére vagy gondosságára vezethetők vissza. A minőségirányítási szakemberek különösen az indikátorok meghatározásában és az azok alapján történő mérésben segíthetnek sokat. Ők tudják megoldani a minőségelmélet hozzáigazítását az egészségügyi viszonyaihoz. Mindez a team munkán keresztül valósulhat meg leginkább.

A gondozói munka mérőszámainak (pl. a kórházban töltött napok száma, húgyúti fertőzések, tüdőgyulladás, szívleállás, klinikai halál) kialakításával matematikailag számszerűsíthetővé válik, hogy milyen kapcsolat áll fenn a gondozás színvonala és az egészségügyi szolgáltatások minősége között. Nagyon helytelen, ha az egészségügyi intézmények minden áron a kezelési költségek csökkentésére törekednek, de nem vizsgálják, hogy mindez hogyan befolyásolja a gondozás minőségét. A leterheltséget nem csak az 1 ápolóra jutó beteg számja jellemzi, hanem a gondozottak egészségi állapotának súlyossága is. Gyakran előforduló hiba, hogy az ápolók mindent megtesznek a betegek pillanatnyi elégedettségének kivívásáért, miközben háttérbe szorul a valóban minőségi ápolásra való törekvés.

(Susan Seitz: *Perspectives of a Clinical Nurse Specialist About Improving the Quality of Nursing Services. Quality Management Journal, Volume 20 Issue 2, pp. 8-11*)

BOGNÁRNÉ LAPOSA ILONA ápolási igazgató helyettes, Zala Megyei Kórház
DR. KECSKÉS GÁBOR orvos igazgató, Zala Megyei Kórház
 Az ISO 9000 FÓRUM EÜ és Szociális Ágazatának elnöke

Az egészségügy jövője az új szakmai irányelvek és az együttműködés szellemében

Az ISO 9000 FÓRUM 2013. szeptember 12-13. között tartotta meg Balatonalmádiban a RAMADA Balaton Konferencia Hotelben Jubileumi, XX. Nemzeti Konferenciáját.

A konferencia vezérfonalát a „**MINŐSÉG-EGYÜTTMŰKÖDÉS-TÁRSADALMI FELELŐSÉG**” középpontba állítása határozta meg. A tematika ötletét az adta, hogy az ISO 9000 FÓRUM jól működő civil társadalmi szervezet, fenntarthatóan és sikeresen tevékenykedik és minden – erre méltó – személlyel és szervezettel partnerként működik együtt.

Az ISO 9000 FÓRUM-on belül Egészségügyi és Szociális Szolgáltatás Ágazat, illetve Közoktatási Ágazat is működik. Ennek következtében a nemzeti konferenciákon minden alkalommal vannak ágazati szekciók, melyek nagy érdeklődésre tartanak számot. Természetesen a szekciók tematikája – összhangot alkotva – szervesen kapcsolódik a Konferencia szlogenéhez.

Az előadásokat és a konferencián készült fotókat a www.isoforum.hu honlapon lehet megtekinteni.



1. fotó: Dr. Kecskés Gábor hozzászólása a Plenárison

„Az egészségügy jövője az új szakmai irányelvek és az együttműködés szellemében” című szekcióban főleg az orvos-beteg kommunikáció-

val valamint az egészségügyben végbemenő változásokkal foglalkozó előadások hangzottak el közel 50 fő számára, **Dr. Kecskés Gábor** elnöklésével, melyen nemcsak a kórházakból, hanem a tanácsadó és tanúsító szervezetektől érkező résztvevők is jelen voltak.

Felvezetőként **Dr. Velkey György**, a Magyar Kórházszövetség elnöke beszélt a betegellátás során a minőség és etika érvényesüléséről, valamint feltárta a motivációs tényezőket a kórházi ellátásban. Előadása szervesen kapcsolódott a plenáris ülésen Dr. Várszegi Asztrik, pannonhalmi bencés főapát által elmondottakhoz, és középpontjában a szeretet, mint az orvosi ténykedés elengedhetetlen eleme és a minőség meghatározója állt.



2. fotó: Dr. Velkey György előadása

Az előadás témája: „Javítható-e a bizalom az orvos-beteg viszonyban?” nemcsak azért egyedülállóan izgalmas, mert napjaink tömeg-média által befolyásolt korában Magyarországon a szakmában tevékenykedők az egészségügyi dolgozók egyre negatívabb megítéléséről számolnak be, hanem azért is, mert a beteg és az orvos közti bizalmi viszony a gyógyítás sikerének alapvető feltétele. A tízmillió szövetségi kapitány és gazdasági szakértő országában egyre elterjedtebb, hogy laikusok egészségügyi, orvosi kérdésekben is ma-

gabiztosan, sokszor agresszíven foglalnak állást. Van-e esély ennek a senki számára nem előnyös helyzetnek a megváltoztatására, és ha igen, akkor melyik út vezethet a helyes irányba? Az előadás részletesen elemezte a mai helyzet okait és rendkívül rokonszenves módon, az orvosi hivatás évezredes értékeire alapozva, az odafordulás, empátia és szeretet gondolkörében jelölte meg a minőség javításának kulcsát.

Színvonalas és élvezetes volt **Dr. Pilling János**, pszichiáter, a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetében működő orvosi kommunikáció csoport vezetőjének előadása az orvosi kommunikáció hatékonyságáról, kiemelve az empátia és az egyénre szabott tájékoztatás szerepét az orvos-beteg kapcsolatban. A szellemes képekkel illusztrált és humorral bőven átszőtt előadás rendkívül komoly és fontos témát járt körül. Az egészségügyi személyzet és a beteg, illetve hozzátartozói közötti kommunikáció meg nem kérdőjelezhető jelentőséggel bír a gyógyítás hatékonysága vonatkozásában. Kulcsfontosságú, hogy a beteghez és környezetéhez eljussanak a megfelelő információk olyan formában, hogy azt teljes körűen meg is értsék, és az a betegség kezelése, esetleg a hosszú távú gondozás során az átadott ismeretek vezérfonalként szolgálhasson. A megfelelő kommunikáció alapvetően olyan folyamatokat befolyásol, mint például a beteg tartós együttműködése, vagy akár a betegek által az egészségügyi intézmények vagy egészségügyi dolgozók ellen kezdeményezett perek száma.

A Szegedi Tudományegyetem Dél-Alföldi régiós térségi ellátó központként végzett, egy országos pályázat keretében megvalósult, térségi együttműködésének tapasztalatairól szólt **Dr. Kovács Iván**, az SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ stratégiai igazgatója. Az előadás érzékletesen szemléltette azt a nagy feladatot, ami a projektben résztvevő tizenegy egészségügyi intézmény rehabilitációval kapcsolatos fejlesztéseinek koordinációját jelentette. Örömteli, hogy a folyamat sikerrel zárult és a kitűzött célok teljesültek, nem utolsósorban pedig korszerű ellátási lehetőségekkel gazdagodott a régió.

Dr. Sesztakovné Varga Krisztina, a SE-AOK-AITK, MIR szakreferensének előadása az Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika minőségirányítási rendszer alkalmazása során elért sikereit és eredményeit mutatta be. Részletesen beszélt a dokumentációfejlesztés során végzett

folyamatos minőségfejlesztési tevékenységről és ehhez kapcsolódva érzékeltette a minőségfejlesztés hétköznapi életben jelentkező nehézségeit is. Tanulságos volt azzal szembesülni, hogyan éli meg a vizsgált szervezet az auditor működését. Mik egy auditált szervezet elvárásai az auditorral és az audittal kapcsolatban, és miben látják a külső audit hozzáadott értékeit. Érzékletes képet kaphattunk egy egészségügyi intézményen belül felmerülő minőségirányítási feladatokról, a vezetés elvárásairól, illetve a folyamatokat szabályozó és irányító rendszer kiépítésének lépéseiről.

Dr. Répási János PhD. – TEVA Gyógyszer-gyár Zrt. – minőségbiztosítási tanácsadó pergő, humorral átszőtt előadását a gyógyszeripar mai helyzetéről és trendjeiről pozitívan fogadták a résztvevők. Mivel a hallgatók többsége nem volt bennfentes a gyógyszeripar gyártással, fejlesztéssel kapcsolatos dolgaiban, nemcsak érdekes, de hasznos is volt néhány alapfogalom áttekintése. Az előadó által vázolt kép nem mindenben volt megnyugtató és ráirányította a figyelmet olyan kulcsfontosságú problémákra, mint például a fejlesztés és a jövedelmezőség közötti ellentét, az originális és generikus gyógyszer gyártók stratégiájának különbözősége, vagy éppen a gyártás során kötelezően alkalmazni rendelt szabályok és a minőségirányítás jelentősége.



3. fotó: Az Egészségügyi szekció résztvevői

Dr. Belicza Éva a GYEMSZI képviselőjeként tartott tájékoztatást a jelenleg kialakítás alatt álló akkreditációs rendszer készülségéről, az eddigi előkészítő munkáról, illetve a további tervekről ismertette a már megvalósult feladatokat és a továbbiakban tervezett intézkedéseket, részletes időrendet is bemutatva. A szekció hallgatói kiterjedt elemzést kaptak arról, milyen célokat szolgál az új rendszer, mik a megvalósítás lépései, illetve mi-

lyen változásokat eredményezhet az egységes akkreditációs eljárás az intézmények életében. Mivel a vázolt lépések a külső felülvizsgálatnak egy teljesen új folyamatát jelentik, rendkívül élénk érdeklődés kísérte az előadást.

Az akkreditációs rendszer bevezetéséhez kapcsolódva **Dr. Gődény Sándor** (DE OEC, Megelőző Orvostani Intézet) beszélt nagyon tömören a klinikai audit lehetőségéről és jelentőségéről. Nagyon fontos volt, hogy az előadó rögzítette: az egész rendszer működésének irányításán belül prioritással kell rendelkeznie a szakmai működés vizsgálatának. A klinikai audit a bizonyítékokon alapuló orvoslás szakmai tételeinek való megfelelést vizsgálja. Ebből vezethető le az is, hogy nem létezik külön minőségirányítás és szakmai munka, hiszen az előbbi kizárólag az utóbbi folyamatos javítását szolgáló tevékenység és módszertan.

Az előadásokat követő vitában az akkreditáció és a klinikai audit témája kapta a legtöbb hozzászólást. Élénk véleménycsere alakult ki a tervezett akkreditáció jelentőségéről, gyakorlati hasznáról, illetve a minőségirányítási rendszerek tanúsításának gyakorlatával kapcsolatos viszonyáról. A vitában is hangsúlyozásra került a külső auditor által végzett felülvizsgálat hozzáadott értéke.

A klinikai audittal kapcsolatban óhatatlanul felszínre került a magyar egészségügy néhány olyan problémája, ami rendszerszintű működési zavarokat okoz, például a humán-erőforrás hiány, az alulfinanszírozottság, a feladat-túlterhelés, illetve az ezekből adódó, számon kérhetőséggel, jutalmazással, illetve szankciókkal kapcsolatos gyakorlati nehézségek.



4. fotó: MESZK Zala általi egészségügyi tesztelés

Összességében aktív résztvevőkkel találkozhattunk, akik fogékonyak voltak az előadók által felvetett témákra és szívesen osztották meg egymással gondolataikat, véleményüket. A jövőre nézve tanulságként talán az vonható le, hogy esetleg egy-két előadással lehetne kevesebb a programban, több időt hagyva a vitára vagy egy adott téma körül lefolytatott kerekasztal beszélgetésre.

Érdeemes megosztani azt a közel egy évtizedes tapasztalatot, hogy a Nemzeti Konferencián az egészségügyi ágazat résztvevői számára igen jó lehetőség adódik, hogy betekintsenek az ipari szekciók munkájába és értelmes, megvalósítható ötleteket merítsenek olyan kis- és közepes, valamint nagyvállalkozásoktól, amelyek a válságban is sikeresen menedzseltek a változásokat, jövőorientáltak és hosszútávon gondolkodnak.

Talán nem rugaszkodunk el a valóságtól, ha megemlítünk a konferencián levont néhány olyan következtetést, gondolatot, amelyet az iparban alkalmaznak, de az egészségügyi intézmények számára is nagyon hasznosak lehetnek:

- Megalapozott, egyértelmű jövőkép meghatározása.
- Az érdekelt felekre fókuszáló kiegyensúlyozott stratégia kialakítása és kommunikálása.
- A célokkal összehangolt irányítási rendszer működtetése.
- A célok teljesítése melletti elkötelezettség és a munkatársi motiváció megteremtése.
- A szervezeti hatékonyság folyamatos javítása.
- A külső és belső környezeti változásokra való gyors reakció.
- Folyamatos innováció – mint a fejlődés egyik legfontosabb motorja –, de ha nem társul az érdekelt felek elvárásait és elégedettségét tartóan szolgáló minőséggel, az innováció képtelen arra, hogy az elvárásokat teljesítse.
- A jó gyakorlatok gyors elsajátítása, ami összefogást és koordinációt igényel. Benchmarking, tudás-, információ- és a jó gyakorlat megosztása.
- Olyan értékelő és visszacsatoló modellek alkalmazása, amelyek megelőző jelleggel képesek támogatni a vezetőket a helyes és megalapozott döntések meghozatalában.
- Partnerkapcsolatok fejlesztése és a kölcsönös előnyök kihasználása.

Végezetül szeretnénk néhány szót ejteni idei terveinkről. Természetesen 2014-ben is lesz ISO

9000 FÓRUM Nemzeti Konferencia. Úgy véljük, hogy a hagyományoknak megfelelően továbbra is helye van külön egészségügyi-szociális szekciónak. Előkészítő munkánk arra irányul, hogy idén is magas színvonalú és nagy látogatottságú legyen a szekció.

Kiemelt fontosságúnak tartjuk az ISOFÓRUM tagság népszerűsítését az egészségügyi intézmények körében. Nem képzelhető el eredményes és hatékony véleménycsere, folyamatokat valóban megváltoztatni képes benchmarking, ha a gyógyító intézményeknek csak nagyon kis része vesz részt a közös gondolkodásban. Meggyőződésünk, hogy a magyar egészségügy bővelkedik szellemi kincsekben és ennek kiaknázása, mindenki számára elérhetővé tétele a munkatársak aktivizálásával érhető el.

Konkrét elképzeléseink is körvonalazódnak lát-szanak bizonyos témákkal kapcsolatban. Felve-tődött a korszerű IT megoldások egészségügyi alkalmazásának tanulmányozása a helyszíni láto-

gatások során, illetve egy fórum megszervezése a fenntartható egészségügy témakörében.

Terveink szerint egy megyei kórházban minő-ségügyi szakmai napra is sor kerülhetne.

Megcélzottuk egy kerekasztal megszervezését is „Minőség a magyar egészségügyben” címmel, kór-házak képviselőinek, illetve egészségügyi döntés-hozók bevonásával.

Ha elképzeléseink valóra válnak és előzetes adatgyűjtésünk sikeres lesz, akkor az érdekelt felek részvételével egy olyan, előzetes brainstorming-ra alapozott szakmai napot szeretnénk szervezni, melynek témája: „Mit és hogyan kellene megvál-toztatni a magyar egészségügyben”.

Az ISO 9000 FÓRUM vezetőinek nevében is szeretnénk megköszönni mindenkinek a kong-resszuson, illetve az egyéb rendezvényeken való részvételt, előadást, hozzászólást, illetve mindazt az energiát, amit közös ügyünkre, a magyar beteg-ellátás színvonalának folyamatos javítására áldoz.

A vércukor szint szabályozása is folyamat!

Egyes előrejelzések szerint 2020-ra az amerikai lakosság több mint felét valamilyen mó-don érinteni fogja a cukorbetegség (1. vagy 2. típusú diabetes). Teljes gyógyulásra nem lehet számítani, de a betegség jól kontroll alatt tartható és menedzselhető, amihez hasz-nos segédeszköz lehet a statisztikai gondolkodás, illetve a meghatároz-mér-analizál-javít-ellenőriz (DMAIC) módszer. A vércukor szintet (body sugar levels, BSL) ugyanis napi rendszerességgel méri, ennek alakulásától téve függővé a diétát és a gyógyszeres kezelést.

Nem lehetetlen a cukorbetegségben szenvedő emberek számára sem a legmagasabb életminőség megvaló-sítása, amihez az életvitel megváltoztatására, a szigorú monitoring és kontroll folyamatos alkalmazására, illet-ve az orvosi tanácsok gondos betartására van szükség. A DMAIC és a statisztikai megközelítés tudományosan megalapozott és konkrét adatokra támaszkodó eszközt ad a kezünkbe az egészséges életvitel kialakításához.

A BSL kontroll statisztikai jellegű megközelítése három alapfeltétel teljesülésén nyugszik:

- Minden tevékenység a folyamatok szorosan összekapcsolt rendszerében történik.
- A szórás (variáció) minden folyamat sajátja.
- A siker kulcsa a szórás tanulmányozásában és annak csökkentésében rejlik.

Ha a DMAIC módszer egyes lépéseit nézzük, a probléma meghatározását (definíció) és a mérés szüksé-gességét a fentiekben már röviden érintettük. A vércukor szintre kapott adatok elemzésénél figyelembe kell venni, hogy azokat három tényező befolyásolja: a testmozgás, a testsúly és a gyógyszerek – ezek megfelelő változtatásával (amihez hathatós segítséget nyújt a kísérlettervezés) kialakítható egy szűk kontroll zóna. A szórásanalízis (analysis of variance, ANOVA) pedig megmutatja, hogy a gyógyszeres kezelések változásai milyen hatást gyakorolnak – illetve van-e hatásuk – a vércukor szint alakulására.

A DMAIC módszer szerinti javulás akkor következik be, ha a tudományos eredmények alapján sikerül meg-változtatni az életciklust, például: részvétel testnevelési programokban, a szénhidrát bevitel szabályozása, a BSL rendszeres mérése, megfelelő gyógyszeres terápia, illetve esetenként tartózkodás a szeszes italok fogyasztásától és a dohányzástól. Döntő fontosságú a család, a barátok és az egészségügyi személyzet támogatása. Mindez na-gyon emlékeztet a statisztikai folyamatszabályozásra (SPC), mivel – a gyártási folyamatokhoz hasonlóan – a vér-cukor szintet is kordában kell tartani, amit a szervezet maga képtelen önállóan, automatikusan megvalósítani.

(John W. Jennings: *It's a process – DMAIC helps manage diabetes. Quality Progress, June 2013, pp. 52-53*)



DR. LÁSZLÓ KLÁRA rendelés vezető főorvos Szt. Margit Rendelőintézet Nonprofit Kft.
DR. MARGITAI BARNABÁS osztályvezető, Minőség és Biztonság Irányítási Igazgatóság
 Egészségügyi Holding Zrt.

A járóbeteg ellátás minőségének, megfelelőségének, biztonságának szakmai mutatói a Szent Margit Rendelőintézetben

Cikkünkben bemutatásra kerül a budapesti Szent. Margit Rendelőintézetben folyó minőségfejlesztési folyamat azon szegmense, amely orvos-szakmai indikátorok kidolgozásával foglalkozik.

Számos országban működnek olyan egységes adatgyűjtő rendszerek, melyek az ellátás minőségének megítélését, összehasonlítást teszik lehetővé [5, 7, 9, 10, 11]. Az adatok pontos, rendszeres gyűjtése, értékelése, elemzése a klinikai audit alapja. Az audit során, az orvosok, ápolók és szakdolgozók szisztematikusan, rendszeresen áttekinthetik a betegellátó tevékenységük eredményességét. Ha szükséges változtatnak a betegek kezelésével és ellátásával kapcsolatos gyakorlatukon. A klinikai audit során kiemelt fontosságú területek kerülnek vizsgálatra, olyanok melyek számos beteget érintenek, melyeknek magas a kockázatuk, ahol magas a beavatkozás költsége. Egyes szakterületeken történő adatok gyűjtése lehetővé teszi a szakmai munka pontos megítélését, az elvárt minőségtől történő eltérések okának feltárását, az ellátás minőségében észlelhető eltérések csökkentését.

A járóbeteg ellátás területén az ellátás szakmai megfelelőségének ellenőrzése, az ellátás minőségének pontos megítélése a szakmai standardok hiányában problémákat vet fel. A standardok hiányában az intézmények egyes szakterületeinek rövid távú célkitűzései (1 év) hiányoznak, így az adott ellátás közép (3 év) és hosszú távú (5-10 év) céljainak megfogalmazása is hiányzik.

Az ellátás indikátorokkal történő követésére, mind a kórházi, mind a házi orvosi ellátásban találunk példát a hazai gyakorlatban [2, 4]. A kórházak, kórházi osztályok összehasonlítását szolgálta a még 2002-ben megjelent kórházi indikátor gyűjtemény. A házi orvosi ellátás megfelelőségét az OEP 10-14 indikátor folyamatos követésével ellenőrzi 2010-től, jutalmazva a kiemelkedően teljesítő praxisokat és elemezve az okokat a nem megfelelően teljesítő praxisok esetén. Hasonló megközelítés, gyakorlat a járóbeteg szakrendelők működésével kapcsolatban

hiányzik. Járóbeteg ellátási szinten 2009-ben az EB felügyelet nem kötelező jelleggel széleskörű felmérést végzett. Elsősorban az egészségügyi struktúrára vonatkozó indikátorokat határozott meg, míg szakmai indikátorokat nem definiáltak.

A Szt. Margit Rendelőintézet MIR rendszerének kialakítása, fejlesztése

2005 év végén integrált rendszer kiépítésére és bevezetésére került sor.

2006 nyarán MSZ EN ISO 9001 szabvány és a MEES kézikönyve követelményeinek megfelelő minőségirányítási rendszert tanúsították.

2006-2007 évben a tanúsításra külső fél segítségével készült fel az intézet.

2008-ban a tanúsításra felkészülés önerőből történt.

2009-ben MSZ EN ISO 9001:2009 szabvány és a MEES/JES követelményeinek megfelelő integrált minőségirányítási rendszer újra tanúsításra került.

2012-ben MEES/JES követelményeinek megfelelő integrált minőségirányítási rendszert újra tanúsították.

Intézetünkben 2008-tól célul tűztük ki az egészségügyi ellátás minőségének, szakmai tartalmának folyamatos javítását szakmákra specifikus, ún. szakmai indikátorok bevezetésével. Így láttunk lehetőséget munkánk eredményességének objektív mérésére, szakmai munkánk minőségének javítására. Törekedtünk arra, hogy olyan indikátorokat képezzünk, melyek az ellátás megfelelőségét írják le. Külső tényezők az indikátor értékét ne, vagy alig torzítsák, a folyamat és az eredmény indikátorok egyértelműen jelezzék a standardtól való eltérés mértékét, valamint szükség esetén a nem megfelelő gyakorlat korrekciójára az okok feltárását követően kerüljön sor. Kellő szakmai tapasztalat és felkészültség hiánya miatt indikátorképzésben jártas külső szakértőt vontunk be a munkába, akivel jelenleg is együttműködünk.

A szakmai indikátorképzés módszertanának kialakítása intézetünkben

Elsőként a minőségi problémákat határoztuk meg. Egyes szakterületek leggyakoribb ellátási eseményeit, a népegészségügyi szempontból fontos betegségcsoportokat tekintettük át. Ehhez:

- szakmánként 1-3 indikátort jelöltünk meg;
- ezt követően kitűztük az elérendő célokat;
- meghatároztuk az adatforrásokat;
- definiáltuk a számlálót és nevezőket;
- meghatároztuk a befolyásoló tényezőket.

A bevezetést követő két év során az eredmények értékelésekor a következő problémákkal találkozunk:

- Egyes esetekben a kijelölt indikátorok nem voltak eléggé reprezentatívak.
- Egyes - népegészségügyi szempontból jelentős monitorozott területen - alacsony volt az esetszám.
- A célok elérése nem egyértelműen a rendelőintézeti orvos munkájától függött.
- Az adatok visszanyerése a számítógépes programból gyakran nehézkesnek adódott.
- Az adatrögzítés gyakran csak többlet-dokumentációval vált lehetségessé.

A dokumentáció hiányosságai miatt torzultak az értékek. Sok beteg „eltűnt” a rendszerből, mert pl. nem jelent meg a kontroll vizsgálatokon. Ezért az első két év tapasztalatai alapján indikátor rendszerüket át kellett dolgozni.

Ennek során törekedtünk a célok egyértelmű megfogalmazására. Mit mérünk, mit és hogyan akarunk elérni? Csak olyan célokat határoztunk meg, ami az orvos munkájától függ, és azoknak alakulására az orvos hatással lehet. A célokat a már meglévő szakmai protokollokhoz igazítottuk. Az indikátorok kialakításánál, a standardok meghatározásánál a nemzetközi gyakorlatot is figyelembe vettük, és igyekeztünk azokat helyi viszonyainkhoz igazítani [1, 8].

Cél értékeket tűztünk ki. Amennyiben volt adat a hazai vagy nemzetközi gyakorlatban, akkor ahhoz igazítottuk. Ahol nem volt, ott vagy önkényesen meghatároztuk, vagy az első adatgyűjtés során kapott értéket határoztuk meg. Az eredményeket befolyásoló körülményeket és a kockázatokat precízebben fogalmaztuk meg.

Az egyes rendeléseknél külön-külön lebonyolított konzultáció során áttekintettük a leggyakrabban végzett beavatkozásokat, a leggyakoribb krónikus vagy a ritkán előforduló, de népegész-

ségügyi szempontból fontos, valamint a magas terápiás költséggel járó betegségeket, szakmai protokollokat, annak betarthatóságát. Fentiek alapján módosítottuk a korábbi vagy választottuk ki a továbbiakban monitorozásra kerülő területeket. Figyelembe vettük, hogy az adott témában lehetőleg egyszerű legyen az adatgyűjtés, és az adatok a meglévő betegdokumentációból lehetőleg könnyen elérhetőek legyenek.

Továbbiakban két szakterület bemutatásával demonstráljuk indikátorképzésünk jelenlegi helyzetét. A táblázatokban szereplő értékek még nem kellően reprezentatívak, csak demonstratív jellegűek jelenlegi adataink hiányosságai miatt, ami a módszer bevezetésével hozható összefüggésbe. Az adatszolgáltatás teljessége fokozatosan javul. Jelenleg félévente történik adatlekérdezés és visszajelzés a rendelések felé. Kidolgozás alatt áll a folyamatos adtalekérdezés módszertana is.

1. Diabetológiai szakrendelés indikátora: Felborult szénhidrát anyagcsere beállítása, egyensúlyban tartása.

A diabeteses betegek mindennapi kezelése a családorvos feladatai közé tartozik. A rendelőintézeti diabetológiai szakrendelésen megjelenő betegek három fő csoportba oszthatók:

- a) jó CH anyagcsere állapotban levők, akiknél csak után követés szükséges;
- b) hyperglycaemia miatt terápiamódosításra, edukációra szoruló betegek;
- c) nem beállítható betegek (oka lehet pl. cerebroscerosis, vagy compliance hiánya).

A háziorvosok rendelésünkre akkor küldik a beteget, ha szénhidrát anyagcseréjük oly mértékben felborul, hogy ezt már rendezni nem tudják a gyógyszer vagy inzulin dózisának módosításával. A b) és c) csoportnál a szénhidrát anyagcsere rendezés eredményességét monitorozzuk.

Célkitűzések:

1. A szénhidrát anyagcsere rendezés két hónap alatt valósuljon meg.
2. Minél tovább és minél több beteg szénhidrát anyagcseréje maradjon egyensúlyban.

Célok elérésének módja:

Diabetes Szakmai Kollégium által javasolt protokoll szerinti kezelés [6].

Az aethas, a cukorbetegség fennállásának időtartama és kialakult szövődmények figyelembevételével a beteg eléri-e a kívánt HbA1C tartományt.

Célértékek:

1. Szénhidrát-anyagcsere rendezés felborult anyagcsere esetén 70 %-os szinten két hónapon belül valósuljon meg.

2. A stabilitás az elérésétől számított 6 hónapon belül 60% -os szinten maradjon meg.

Hazai, illetve nemzetközi ajánlás jelenleg nincs. A célértéket önkényesen választottuk meg.

Adatforrás

BNO kódok

Mérőszámok

1. Számláló: A szakrendelésen megjelenő, felborult CH anyagcseréjű betegek száma, akiknél 2 hónapon belül sikeres volt az anyagcsere-beállítás.

Nevező: A rendelésen megjelenő összes felborult anyagcseréjű beteg.

2. Számláló: 6 hónapon belül újra beállításra szoruló betegek száma.

Nevező: a diabetológiai rendelés segítségével rendezett anyagcseréjű betegek száma

Befolyásoló tényezők

Betegek kooperáló képessége, kontrollokon való megjelenése, az edukáció megfelelősége

1. táblázat: Gondozás során felborult CH anyagcsere rendezésének követése

Szent Margit Rendelő Intézet Diabetológiai Szakrendelés

Időszak	2011.07.01. – 2012.06.30.	
Diabetes típusa	I. típusú	II. típusú
Rendelésen megjelent betegek	156	1676
Betegek felborult CH anyagcserével (b+c)	20	119
2 hónap alatt rendezett CH anyagcsere	18	102
2 hónap alatt nem rendezett CH anyagcsere	2	17
2 hónap alatt rendezett CH anyagcsere % - tényleges	90%	86%
2 hónap alatt rendezett CH anyagcsere % - célérték	70%	70%
6 hónapon belül nem borult fel a CH anyagcsere	17	91
6 hónapon belül ismét felborult CH anyagcsere	1	11
6 hónapon belül nem borult fel a CH anyagcsere % - tényleges	94%	89%
6 hónapon belül nem felborult CH anyagcsere - célérték %	60%	60%

II. Fül-orr-gégészeti rendelés indikátora: Közepesen súlyos/súlyos RA betegek terápiájának, edukációjának, tüneti súlyosság alakulásának nyomon követése.

Szakmai probléma megfogalmazása:

Napjainkban a lakosság 20-25 %-át érinti az allergiás nátha, mely a betegek életminőségét nagymértékben befolyásolja.

Megfelelő terápiával, beteg edukációval a betegek tünetmentessé tehetők. Az utóbbi években történt rendeletmódosítások miatt a betegek fül-orr-gégészeti kontrollja lazult, a betegek megfelelő nyomon követése elmaradt.

Fontosnak tartjuk rendelésen megjelenő közepesen súlyos/súlyos tünetekkel jelentkező betegek kezelésének eredményességét nyomon követni.

Célkitűzés:

A RA betegek életminőségének javítása, a tünetek megszüntetése.

A cél elérésének módja:

A rendelésen megjelenő közepesen súlyos/súlyos tünetekkel jelentkező betegek kezelése a szakmai irányelvek betartásával [3]. Gyógyszeres kezelés, írásbeli és szóbeli tájékoztatás.

Tünetek besorolása az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokolljai és szakmai irányelve által javasolt alábbi tüneti scorok segítségével.

Középsúlyos/súlyos RA betegek besorolása tüneti pontokkal.

Középsúlyos/súlyos rhinitisallergica (legalább egy az alábbiak közül):

- Zavarja az alvást.
- Negatív hatás a napi aktivitásra, sportra, pihenésre.
- Zavarja a munkát/tanulást.
- Nem vagy nehezen tolerálható tünetek.

A rhinitis súlyossági fokozatai:

Célszerű értékelni az egyes tünetek súlyosságát tüneti pontok (0-3) segítségével:

0=mentes; 1=enyhe; 2=közepesen súlyos; 3=nagyon súlyos

Célérték:

A rendelésen megjelenő közepesen súlyos/súlyos tünetekkel jelentkező betegek tüneti scorjának csökkentése: 8 hét alatt elérni, hogy a kontrollokon megjelenő betegek 60 %-ának tüneti scorja „0” legyen.

Hazai, illetve nemzetközi ajánlás jelenleg nincs. A célértéket önkényesen választottuk meg.

Adatforrás:

Rhinitisallergica BNO kódjai

Beteg dokumentációban rögzített tüneti score értékek.

Mérőszám:

Számláló: rendelésen megjelenő közepesen súlyos/súlyos tünetekkel jelentkező RA betegek, akiknek a tüneti scor-ja „0” értékre csökkent 8 hét alatt.

Nevező: a rendelésen megjelenő közepesen súlyos/súlyos tünetekkel jelentkező RA betegek, akiknek a tüneti scor-ja 1-12

Befolyásoló tényezők:

Betegek kooperáló képessége, kontrollokon való megjelenése, az edukáció megfelelősége.

2. táblázat. Rhinitis Allergica (RA) tüneti score alapján követett betegek

Szent Margit Rendelő Intézet Fül-Orr-Gégészeti Szakrendelés

Időszak	2012.01.01. – 2012.01.31.	
Rendelésen megjelent összes RA beteg (a)	351	100%
RA tüneti score értéke: 1-12 (b)	61	18%
További kontrollon nem megjelenő betegek (c)	43	70%
További kontrollon megjelenő betegek (d)	18	30%
8 héten túl gyógyult (tüneti score: 0) (e) - (e/d)	5	28%
5-8 hét alatt gyógyult (tüneti score: 0) (f) - (f/d)	3	16%
4 hét alatt gyógyult (tüneti score: 0) (g) - (g/d)	10	56%
8 héten belül tünetmentes betegek száma, aránya tényleges érték (i) - ((f+g)/d)	13	72%
8 héten belül tünetmentes betegek aránya kitűzött célérték (h)	--	60%

További észrevételeink az indikátorképzés során a következőkben foglalható össze:

Áttekintésre került a szakrendelések kapcsolatrendszere, együttműködésük a háziorvosokkal, más szakterületekkel, a kórházakkal, klinikákkal is. Megállapítottuk, hogy annak ellenére, hogy a szakrendelő intézet számos probléma definitív (végleges) ellátására képes, nem tud olyan hatékonyan működni, mint amilyenre képes lenne a beteg utak megfelelően szabályozott volta esetén és az ebből fakadó információ birtokában. A szakrendelőben dolgozó orvosnak számos esetben

nincs információja az általa kezelt beteg további sorsáról, függetlenül attól, hogy irányította betegét. A szakrendelőben dolgozó orvos alapvetően információ hiányban szenved döntéseit illetően, nem kap információt, de nem is konzultál eleget a beküldő orvossal és azzal sem, aki felé irányítja betegét.

Fontos megállapítása a rendelőintézeti működés áttekintésének, hogy a szorosabb együttműködés a háziorvosok és szakrendelőben dolgozó kollégák között jelentősen tudná javítani a krónikus betegek gondozásnak hatékonyságát. Ideális lenne, ha nem csak a gondozás megfelelőségét tudnánk követni a szakrendelő intézetben, de követhetnénk az egyes háziorvosi praxis gondozói gyakorlatát, gondozott betegeinek számát, a körzetből érkező megkeresések típusát, gyakoriságát is. Értelmezésünkben a háziorvos kollégákkal együtt vagyunk felelősök az ellátási területünkön élő krónikus betegségekben szenvedők szakmailag megfelelő gondozásért, egészségük megőrzéséért. Ebben a háziorvos kollégák munkáját szakmai elemzésekkel rendszeresen segíthetnénk a jövőben, melyek alapja a kialakított indikátor rendszerünk lenne. Valamennyi szakterületet megemlíthetjük, de kiemeljük a cukorbeteg ellátásnak követését, a szív-érrendszeri panaszokkal gondozottak követését, a mozgásszervi panaszokkal és a légúti megbetegedésekkel kezelt krónikus betegek gondozásnak követését, gondozásuk megfelelőségének ellenőrzését. Célunk a gondozott betegek jobb célértékének tartása, kórházba történő felvételük elkerülése, betegségükkel kapcsolatos ismeretek átadása, képzésük, együttműködési szándékuk javítása. Céljaink elérésének követésében segítségükre vannak a szakmai ellátás megfelelőségét leíró indikátorok, standardok, kialakított betegregiszterek és a bevezetésben említett klinikai audit gyakorlata is.

Kitekintés

Rendelőintézetünkben a szakmai indikátorképzés évek óta tartó folyamat, melynek során számos nehézséggel, buktatóval találkoztunk és szembesülünk jelenleg is. Ezeknek megfelelően végezzük el azokat a korrekciókat, amelyeknek segítségével elérhetjük, hogy az indikátorok munkánkunknak való mutatószámai legyenek.

Arra törekszünk, hogy a minőségirányítási rendszerünk kiterjedjen a szakmai ellátás megfelelőségének (minőségének és biztonságának) kontrolljára, ahol a szakmai munka lényeges ele-

mei pontosan követhetők az informatikai rendszer által, ahol a mindennapok része a szakmai el-látással kapcsolatos konkrét célok meghatározása, valamint ahol a szakmai együttműködés intézetben belül és kívül, a kórházi, háziorvosi, védőnői ellátással egyaránt megvalósul.

Irodalomjegyzék

- [1] Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen - AQUIK®
<http://www.kbv.de/themen/aquik.html>
- [2] Az egészségügyi intézmények belső minőségirányítási rendszerének fejlesztéséhez javasolt szakmai indikátorok
<http://www.eum.hu/egeszseggpolitika/minosegfejlesztes/indikatorok>
- [3] Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokolljai (P) és szakmai irányelve (IE) A rhinitis diagnosztikájáról és kezeléséről IE (megjelent az Egészségügyi Közlöny 2010. évi 7. számában 2010. március 25.)
- [4] A háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékelése 2012. november 1-től
http://www.oep.hu/pls/portal/docs/page/szakma/oepuszak_euszolg/alapszakell/h%c3%81ziorvosi%2c%20h%c3%81ziorvosi%20%c3%9cgyeleti%20ell%c3%81t%c3%81s/
- h%c3%81ziorvosok%20indik%c3%81tor%20alap%c3%9a%20teljes%c3%8dtm%c3%89ny%2020121101.pdf
- [5] Beyer M, Chenot R, Erler A, Gerlach FM. Die Darstellung der hausärztlichen Versorgungsqualität durch Qualitätsindikatoren. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 2010, 105, 13-20
- [6] Diabetologia Hungarica XIX. évfolyam 1. Supplementum. A Magyar Diabeteses Társaság szakmai irányelve, 2011
- [7] Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
<http://www.aqua-institut.de>
- [8] Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung
<http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/qisa/themen/index.html>
- [9] Quality and Outcomes Framework Guidance for GMS Contract
http://www.nhsemployers.org/Aboutus/Publications/Documents/QOF_guidance_GMS_contract_2011_12.pdf
- [10] Szecsenyi J, Stock J, Chenot R, Broge B. QISA-Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung. Gesundheits- und Sozialpolitik 2010, 1, 55-61
- [11] Sektorenübergreifende Qualitätssicherung
<http://www.sqg.de/startseite/index.html>

Világszerte még nagyok a különbségek a minőségmenedzsment terén

Az átfogó minőségmenedzsment modelleket világszerte nagy különbségekkel alkalmazzák az ipari és szolgáltató szervezetek. Különösen az oktatásuk és továbbképzésük mutat fel jelentős különbségeket. Mindez a „Megállapítások 2013” jelentésben olvasható, amelyet az Amerikai Minőségügyi Szervezet (ASQ) a „Global State of Quality Research” kutatási programjának első eredményeként terjesztett elő a közelmúltban. Ebben a jelentésben 22 ország közel 2000 vállalatának kérdőíves válaszait dolgozták fel és elemezték.

A jelentésben foglaltak szerint Németországban tartják a legtöbb minőségügyi továbbképzést. A német szervezetek 77%-a tart ISO alapú képzést a vezető munkatársak részére és 82%-a általános minőségügyi továbbképzéseket. Ehhez képest Ausztráliában a legnagyobb azon szervezetek aránya (11%), ahol semmiféle minőségügyi képzés nincs.

A jelentés szerint az ipari szervezetek 78%-a alkalmazza az ISO szabványokat minőségirányítási rendszerük keretében. Ezzel szemben a szolgáltató szervezeteknek csak 52%-a. A Cseh Köztársaságban az 1 millió dollár feletti éves forgalommal rendelkező vállalatok 83%-a ISO alapján minőségirányítási rendszert működtet, míg az USA-ban 60% és Indiában 62%. Finnországban a legalacsonyabb (56%) ezen vállalatok részaránya.

A 10 Mrd dollár feletti évi bevétellel rendelkező vállalatok munkatársai sokkal több külső és belső minőségügyi képzésben vesznek részt, szemben a kisebb szervezetekkel. A témák között kiemelkedő gyakorisággal szerepelnek a következők: Lean; Six Sigma; ISO, valamint vizsgálati módszerek és minőségtechnikák. Az ipari szervezetek hozzávetőlegesen kétszer annyi Six Sigma és Lean képzéseket szerveznek a szolgáltató vállalatokkal szemben, továbbá 30%-kal többet a controlling és az ISO terén.

A világméretű felmérés eredményei és az elemzések azért nagyon értékesek, mert a vállalatoknak iránymutatásként szolgálnak minőségügyi tevékenységük és a képzések továbbfejlesztéséhez, valamint a folyamatos fejlesztéshez szükséges források megteremtéséhez. Ezáltal növelhetik hatékonyságukat a termékek és szolgáltatások minőségének javításán keresztül.

A 2013. évi jelentés az első az összesen tervbe vett 3 jelentés közül, amelyek mind a vállalatok minőségirányítási modelljeinek alkalmazásával foglalkoznak. Az ASQ jelentés térítésmentesen letölthető: bit.ly/1asfHko

„The ASQ Global State of Quality Research Discoveries 2013”

MP

HETYÉSY KATALIN DR. és KAPRONCAI GABRIELLA

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr

Felhasználói elégedettség vizsgálata a Petz Aladár Megyei Oktató Kórházban

A minőségbiztosítási rendszeren belül az egészségügyi szolgáltatónak rendszeresen mérnie szükséges mind a külső (pl. betegek, páciensek) és a belső vevők, mind a munkatársak/dolgozók elégedettségét. Az elégedettség mérése nélkülözhetetlen komponense egy minőségirányítási rendszernek. Elégedettségi vizsgálatok során két alapkritériumot kell figyelembe venni: 1. Jó előkészítés és jól kivitelezett felmérés; 2. Megfelelő reagálás az eredményre (vezetés reakciója). Értelmetlen olyan elégedettségi vizsgálatot végezni, amelynek nincs visszacsatolása!

Az elégedettség a minőség egyik komponense, a vevőközpontú minőségszemlélet és minőségirányítás egyik alapelve. A minőségi szolgáltatás alapkonceptiója, hogy a vevők elégedettek legyenek, mely az igények, szükségletek és az elvárások folyamatos kielégítésével valósítható meg. Ennek érdekében szükséges a vevők igényeinek folyamatos felmérése és értékelése.

A minőségbiztosítás hosszú történelmi múltra tekint vissza az iparban és a szolgáltatások területén. Az egészségügyben való megjelenése különleges, hiszen ebben az „ágazatban” a termék az egészség, illetve az elért egészségnyeresség. Ezáltal a folyamatok, tevékenységek központjában a beteg áll.

A minőség az egészségügyben a következők alapján értelmezhető:

- Az ellátásra leginkább rászorulóknak *szükségleteinek* teljes mértékű kielégítése a szervezet számára a legalacsonyabb költségen, különös tekintettel a felsőbb szervek és a szolgáltatást vásárlók szabta korlátokra és irányelvekre.
- Az ellátás minősége az *elérhető, tudományosan megalapozott* orvosi tudás hatékony alkalmazásának foka (Evidence-based health care).
- Betegbiztonság.

A minőségügyi rendszerek működtetésének célja, hogy az ellátók szolgáltatásai megfeleljenek a „vevők” minőségi elvárásainak, ezért az intézményeket alkalmassá kell tenni a jó minőségű, megbízható szolgáltatás előállítására. A rendszer működtetésének előnye, hogy az intézményen belül átláthatóbbak a gyógyítási és a hozzájuk kapcsolódó folyamatok, a menedzsment jobb, megbízhatóbb információt kap a működésről.

A páciens szempontjából az egészségügyi szol-

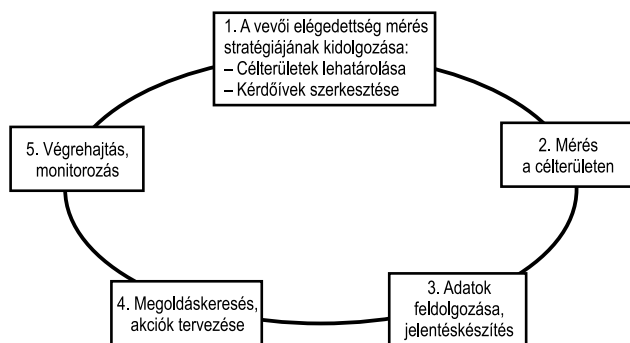
gáltatás minőségét azon mérhetjük le, hogy a szolgáltatásban részesülő beteg mennyire érzi, hogy azt kapja, amire szüksége van. Ettől gyakran eltérnek a *szakemberek elvárásai*. Ők azt vizsgálják, hogy az ellátás megfelel-e a szakma által meghatározott követelményeknek, valamint a betegek érdekeit szolgáló technológiák és eljárások kivitelezése helyes módon történt-e. A *menedzsment* szintén másképp látja a minőséget. Célja az erőforrások leghatékonyabb és minél produktívabb hasznosítása a páciens szükségleteinek kielégítése céljából az érvényes rendelkezések korlátai között.

„Egységügyi minőségbiztosításról akkor beszélünk, ha az egészségügyi szolgáltatás minőségének ellenőrzéséhez csatlakozik egy olyan folyamatosan működő visszacsatoló rendszer, amely a minőségtől való eltérést azonnal jelzi és beindítja a korrigáló mechanizmusokat: azonosítja a hibáért felelőssé tehető tényezőket, a személyeket, a hibát előidéző faktort kiküszöböli” (Boján, 1995).

Ahhoz, hogy az elégedettséget pontosan mérni tudjuk, meg kell tudnunk mondani, mit is értünk alatta. Az ezzel kapcsolatos bizonytalanság széles körű. Ennek oka, hogy az elégedettség túl absztrakt fogalom és nagyfokú individuális különbségeket tükröz. Davis és Adams-Greenly (1994) szerint a meghatározás bonyolultsága abban rej-

lik, hogy a minőség tulajdonképpen az, amiről az igénybevevő azt állítja, hogy számára az.

Az egészségügyi ellátás területén az elégedettségi vizsgálatokat sokan a betegelégedettségi vizsgálatokkal azonosítják. A minőségirányítási rendszerek hatékony működése a támogató szolgáltatást nyújtó szervezeti egységekkel való elégedettség mérését is célul jelöli ki.



1. ábra: A vevői elégedettségmérés lépései
(Koczor Zoltán, 2002)

A Petz Aladár Megyei Oktató Kórházban először 1993-ban vezették be a betegelégedettségi vizsgálatot, mint a minőségbiztosítás egyik legfontosabb ellenőrzési módszerét. 2002-ig csak időszakosan történtek felmérések. Ezután minden évben előre meghatározott ütemterv alapján a fekvőbeteg-ellátást nyújtó szervezeti egységekben sor került arra. A járóbeteg-ellátást nyújtó szakrendelések felmérése 2005-től indult. Dolgozói elégedettségi vizsgálatokat 2009-ben végeztünk először, melyre 2 évente kerül sor. Az elégedettségi vizsgálatok lebonyolítását intézményi protokoll szabályozza, a feladatot minden esetben a Minőségirányítási Osztály munkatársai végzik. A bevezetett és működtetett minőségirányítási rendszerek elvárásainak megfelelően a betegelégedettségi vizsgálatok körébe 2012-től bevezettük a hozzátartozói elégedettségi vizsgálatokat azokban a szervezeti egységekben, ahol a beteg „speciális” helyzetben van és nem megkérdőjelezhető (gyermek és pszichiátriai, illetve intenzív ellátást biztosító osztályok).

Intézményünk integrált minőségirányítási rendszert működtet, mely az ISO 9001:2008 és a Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok (MEES:2007) előírásain alapul. Mindkét szabványban utalás van az elégedettségre, mint minőségi mutatóra, az ISO szabvány pedig konkrétan megfogalmazza a következőket:

8.2 Figyelemmel kísérés és mérés

8.2.1 Vevői elégedettség

- A minőségirányítási rendszer működésének egyik mértékeként a szervezetnek figyelemmel kell kísérnie a vevő benyomásaira vonatkozó információkat arról, hogy a szervezet teljesítette-e a vevői követelményeket.
- Az ilyen információk megszerzésének és felhasználásának módszereit meg kell határozni.

Az egészségügy területén napjainkban viszonylag ritkán végeznek felhasználói elégedettségi vizsgálatokat, jellemzően csak a beszállítók vonatkozásában. Támaszkodva a szabványok előírásaira, valamint a belső és külső auditok során szerzett tapasztalatainkra született az a döntés, hogy az elégedettségi vizsgálatokat a belső felhasználói oldalra vonatkozó területekkel is bővítjük. 2011-től folyamatosan történnek a támogató szolgáltatásokat nyújtó szervezeti egységek tekintetében elégedettségi vizsgálatok. Itt a „felhasználó” az összes olyan szervezeti egységet jelenti, melyek számára ezek, az általában diagnosztikai, illetve egyéb központi osztályok a szó jó értelmében vett „szolgáltatást” nyújtanak.

A vizsgálat teljes egészében lezajlott a Központi Laboratóriumban a Radiológiai Osztályon, valamint a Gyógyszerészeti Osztályon.

Előkészületben:

- Orvosi laboratóriumi diagnosztika – alapelátás
- Gyógyszerészet – klinikai farmakológia
- Patológia
- Foglalkozás egészségügyi ellátás – külső igénybevevők

Elégedettségi vizsgálatok tervezése, szervezése, azok eredményei és értékelése

Alapvető megfontolások:

- A diagnosztikai (laboratóriumi diagnosztika, radiológia) és egyéb támogató szolgáltatásokat nyújtó szervezeti egységek (Központi Gyógyszertár) tevékenysége kulcsfontosságú a betegellátásban.
- Tevékenységük szükséges, hogy kielégítse a páciensek, a betegek és azon szervezeti egységek, orvosok, szolgáltatók szükségleteit, akik felelősek a betegek ellátásáért.

A következő célokat kíséreltük meg elérni:

- képet kapni az intézmény diagnosztikai (laboratóriumi diagnosztika, radiológia) és

egyéb támogató szolgáltatást nyújtó szervezeti egységek minőségének felmérésének lehetőségéről az igénybevevő szervezeti egységektől kapott információk alapján;

- megállapítani, hogy a támogató szolgáltatást nyújtó egységek elégedettségi vizsgálatokra vonatkozó kérdései mennyire reprodukálhatóak, milyen a validitásuk, és milyen célokat szolgálhatnak: általános felmérés, intézményi információ, PR célok stb.;
- Feed back és javító tevékenységek elvégzése.

1. Az elégedettségi vizsgálatok technikai kivitelezése

Kérdőívek

- A kérdőív szakmai részét a vizsgált szervezeti egység vezető főorvosa készítette el, konzultálva a minőségirányítás munkatársaival.
- A kérdőív szerkezetileg tartalmazott
 - o egyszerű, eldöntendő kérdéseket (igen, nem, részben, nem válaszol);
 - o 1-5-ig terjedő skálás értékelést;
 - o saját vélemény szöveges kifejtésének lehetőségét.
- A Minőségirányítási Osztály feladata volt a kérdőív adaptálása a minőségirányítási követelményekhez (dokumentum azonosítása).

Kipróbálási fázis

- A kérdőív kipróbálására, tesztelésére véletlenszerűen kiválasztott, eltérő profilú szervezeti egységben került sor.
- A kipróbálás során a következőkre kerestük a választ:
 - o Egyértelmű-e a kérdőív, érthetőek-e a kérdések?
 - o Milyen fogadtatásra számíthat a kérdőív a szolgáltatást igénybe vevők körében?
 - o Átlagosan mennyi időt vesz igénybe egy kérdőív kitöltése?
- A tesztelésre kiküldött összes kérdőív 10 napon belül visszaérkezett.
- Az észrevételek és javaslatok alapján került sor a kérdőív korrekciójára és véglegesítésére.

A jóváhagyott kérdőíveket minden szervezeti egység vezetője belső postai úton kapta kézhez kísérléssel együtt, mely tartalmazta a vizsgálat célját, a kitöltéshez szükséges útmutatót, valamint a visszaküldés határidejét.

Az eredmények kiértékelése

A visszajutott kérdőíveket a Minőségirányítási Osztály gyűjtötte össze és az Informatikai Osztály által készített program segítségével dolgozta fel.

2. Az elvégzett vizsgálatok részletes bemutatása

2.1. Központi Laboratórium

In vitro orvosi laboratóriumi diagnosztika

- Az USA-ban rossz egészségügyi ellátás miatt több ember hal meg évente, mint
 - baleset miatt,
 - emlőrák következtében,
 - AIDS-ben.
- Becslések szerint ez évi 44–98 ezer áldozatot jelent.
- A nem megfelelő egészségügyi ellátás a 8. helyen áll a vezető halálokok között. (Agency for Health Care and Quality, 2002.)
- Esetek jelentős hányada (10–30%): diagnosztikus tévedés.
- A diagnosztikus vizsgálatok 70%-át a laboratórium végzi.
- Hibás laboreredmények gyakorisága: 0,33–0,61 %
- Hibákért az esetek 55–75%-ában a preanalitikai szakasz a felelős.

(PA. Bonini et al. CCLM 2002;48: 691-698)

A klinikai és a patológiai laboratóriumi medicina szolgáltatások nyújtása – hasonlóan a klinikai radiológiához – a modern medicina egyik legfontosabb szegmense. „A laboratóriumi/patológiai szolgáltatások képezik a klinikai döntéshozatal 70%-ának alapját mind a diagnózis, mind pedig a terápia és a prognózis során.”

(Pathology: the science behind the cure Clinical pathology and laboratory medicine Dr Helen Williams, on behalf of the College 6 December 2007)

A Központi Laboratórium az alábbi területekről fogad vizsgálati kéréseket és mintákat:

- saját kórház fekvőbeteg osztályai,
- kórház szervezeti és működési szabályzatában szereplő szakrendelők,
- szakambulanciák, gondozók,
- a kórházzal szerződéses jogviszonyban álló intézmények,
- az alapellátás felnőtt és gyermek háziorvosai,
- külső kórházak fekvőbeteg osztályairól, azok laboratóriumainak közreműködésével, melyekkel erre szerződést kötött,

- saját egészségi állapotuk megítélése céljából jelentkező betegektől térítés ellenében,
- mindazon kutató/fejlesztő munkahelyektől, melyekkel érvényes szerződése van,
- külső minőségellenőrző szervezetektől.

Jelen felmérést az intézmény saját szervezeti egységeire terjesztettük ki.

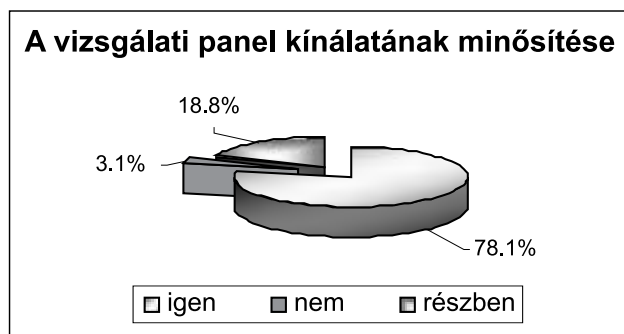
Értékelés

A 42 db kiosztott kérdőívből 32 db érkezett vissza feldolgozásra képes állapotban. A többi hibái: hiányos, olvashatatlan kitöltés, több válasz megjelölése. A kitöltés hatékonysága: 76,2%, ami jónak mondható.

A Központi Laboratórium által rendszeresen végzett vizsgálatok igénybevételével kapcsolatban a kérdésre válaszolók 93,8%-a rendszeresen igénybe veszi az in vitro laboratórium által végzett vizsgálatokat. Mindössze egy szervezeti egység válaszolt nemmel, egy pedig nem nyilatkozott.

A válaszolók 84,4%-a a vizsgálatokat kizárólag a Központi Laboratóriummal végezteti el, s nem jelentős azoknak a száma sem (9,4%, azaz 3 szervezeti egység), amelyek csak részben, de más külső laboratórium szolgáltatásait is igénybe veszik. Helyben nem elérhető vizsgálatok esetében, egy szervezeti egység (3,1%) nyilatkozott úgy, hogy nem kizárólag a Központi Laboratórium szolgáltatásait veszi igénybe.

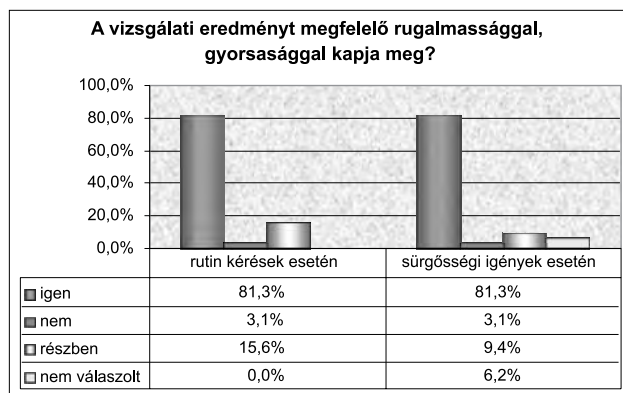
A vizsgálati panel kínálatának megfelelőségéről a 2. ábra összesített adatai azt tükrözik, hogy a különböző szakterületek megfelelő színvonalú támogatásához a vizsgálati panel kínálata megfelelő. A résztvevők 78,1%-a igennel válaszolt, 18,8%-a részben tartja megfelelőnek.



2. ábra: A vizsgálati panel kínálatának megfelelősége
Forrás: Saját kérdőíves adatok

„A Központi Laboratórium szolgáltatásainak rugalmasságáról, gyorsaságáról” feltett kérdéssel kapcsolatban, a vizsgálatban résztvevők vélemé-

nye alapján, a betegek optimális ellátásához viszonyítva, a vizsgálati eredményeket a szervezeti egységek, megfelelő rugalmassággal gyorsan kapják meg. A rutin kérések és a sürgősségi igények esetében azonos értékelést kaptunk. A 3. ábra szemlélteti, hogy a szervezeti egységek 81,3%-a mindkét esetben maximálisan elégedett volt, rutin kérések esetén a válaszolók 15,5%-a, sürgősségi igények esetén 9,4%-a részben elégedett, nem válaszolt a kérdésre a vizsgálatban résztvevők 6,2%-a.



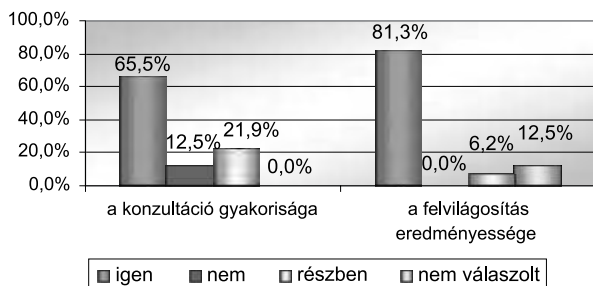
3. ábra: Összefoglaló adatok a vizsgálati eredmények rugalmasságáról és gyorsaságáról
Forrás: Saját kérdőíves adatok

Az összesített adatok alapján jó minősítésnek tekinthetők azok a mutatók, melyek a kért vizsgálatokról kapott eredményeket tükrözik. A vizsgálatban résztvevők jelentős százalékának (71,9%) véleménye alapján nem fordult elő, hogy valamely kért vizsgálatról nem kapott eredményt. Ennek hátterében az állhat, hogy a kérdésfeltevés nem volt egyértelmű. A Központi Laboratórium esetében nem fordulhat elő, hogy nem jut vissza a lelet a beküldőhöz, mivel mind a vizsgálatkérések, mind az leletközlés elektronikus úton (on-line) történik, ezen kívül szabványos, nyomtatott leletet is kapnak. A szolgáltatást igénybe vevők részére a „laboratórium” fogalom a Központi Laboratóriumon kívül, az egyéb in vitro vizsgálatokat végző részlegeket (pl. Központi Laboratórium Mikrobiológiai részleg) és külső szolgáltatókat is jelent (pl. „speciális”, általunk nem végzett vizsgálatok esetében OVSZ, SE Központi Laboratórium, ÁEK Központi Laboratórium stb.).

Az összesített adatok azt tükrözik, hogy saját belső ellenőrzési rendszerrel, amellyel a vizsgálati kéréseket követik, csak a vizsgálatban résztvevő szervezeti egységek 50,0%-a rendelkezik, 9,4%-a csak részben. A válaszolók 40,6%-a nem rendel-

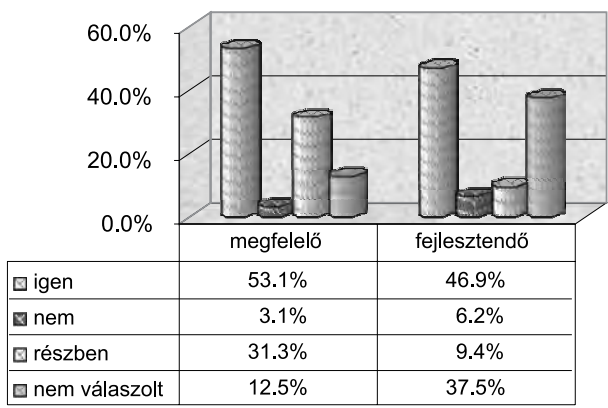
kezik ellenőrzési rendszerrel. Ez mindenképpen fejlesztendő területnek minősül. A laborleletekkel kapcsolatos konzultációról, a felvilágosítás hasznosságáról kapcsolatos kérdésre a vizsgálatban résztvevők jelentős százaléka (65,6%) úgy nyilatkozott, hogy problémák esetén konzultálnak a laboratórium diplomásaival, 21,9%-a csak részben veszi igénybe, nem válaszolt a kérdésre a vizsgálatban résztvevők 12,5%-a. Pozitív eredménynek tekinthető, hogy a felvilágosítás hasznosságát, eredményességét, a vizsgálatban résztvevő szervezeti egységek jelentős százalékban megfelelőnek tartották. A válaszolók 81,3%-a teljes mértékben elégedett volt, mindössze 6,2%-a tartotta csak részben megfelelőnek. Nemleges válasz nem volt, a kérdésre a vizsgálatban résztvevők 12,5%-a nem válaszolt.

A laborleletekkel kapcsolatos konzultáció gyakorisága, eredményessége



4. ábra: Összefoglaló adatok a laboratóriumi leletekkel kapcsolatos konzultációról
Forrás: Saját kérdőíves adatok

Hogyan minősíti saját laboratóriumi ismereteit?



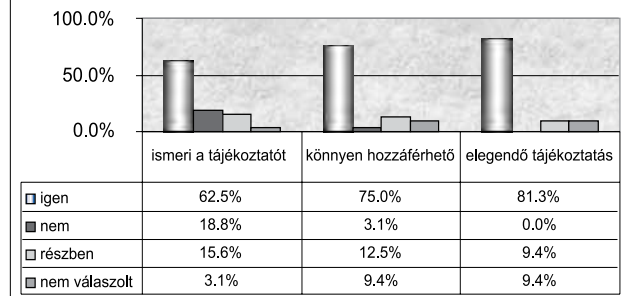
5. ábra: Összefoglaló adatok az in-vitro diagnosztikai ismeretek megítéléséről
Forrás: Saját kérdőíves adatok

Az orvosi laboratóriumi szakterületre vonatkozó saját ismeretek bővítése kérdésre vonatkozóan

a válaszadó szervezeti egységek 53,1%-a megfelelőnek, 31,3%-a részben megfelelőnek, 46,9%-a fejlesztendőnek és 9,4%-a részben fejlesztendőnek minősítette saját ismereteit. A vizsgálatban résztvevők jelentős százaléka (50,0%) nem nyilatkozott.

A Központi Laboratórium „In-Vitro” diagnosztikai vizsgálatokkal kapcsolatos tájékoztatójáról, mely a belső internetes hálózaton mindenki számára hozzáférhető Felhasználói Kézikönyvről alkotott vélemények szerint a résztvevők 62,5%-a ismeri a tájékoztatót, részben ismeri (16,5%), nem ismeri (18,8%). Könnyen hozzáférhetőnek tartja a vizsgálatban résztvevő szervezeti egységek 75,0%-a, részben hozzáférhetőnek a válaszolók 12,5%-a. Nemleges válasz mindössze 3,1% volt. Nagyon jó eredményeket kaptunk a tájékoztató minősítéséről. Az adatok azt mutatják, hogy jelentős százalékban (81,3%) megfelelő tájékoztatást nyújt a szervezeti egységek részére.

A Kp. laboratórium „In-Vitro” diagn. tájékoztató véleményezése



6. ábra: Összefoglaló adatok az in-vitro diagnosztikai tájékoztatóról
Forrás: Saját kérdőíves adatok

Az in vitro orvosi laboratóriumi diagnosztika szakterületen a legkevésbé fontos és a legfontosabb szempontok szerinti minősítéssel kapcsolatos kérdésre vonatkozóan a vizsgálatban résztvevők elsősorban a szakmai tudást, majd a megbízhatóságot tartották a legfontosabbnak. Ezt követte a problémakezelés, a laboratóriummal való konzultációs lehetőség, a kapcsolattartás és tájékoztatás.

Arról, hogy a Petz Aladár Megyei Oktató Kórház Központi Laboratóriumának szolgáltatásait milyen mértékben ajánlaná másoknak, a vizsgálatban résztvevő szervezeti egységek 90,6%-a nyilatkozott úgy, hogy biztosan ajánlaná.

1. táblázat: Az orvosi laboratórium minősítési szempontjai fontosság szerint

Szempontok	Minősítés (1 – legkevésbé fontos ... 5 – legfontosabb)				
	1	2	3	4	5
1. Szakmai tudás	–	–	–	3,1%	96,9%
2. Megbízhatóság	–	6,3%	–	6,3%	87,4%
3. Problémakezelés	–	–	6,3%	31,2%	62,5%
4. A laboratóriummal való konzultációs lehetőség	–	–	9,4%	28,1%	62,5%
5. Kapcsolattartás, tájékoztatás	–	6,3%	9,4%	28,1%	56,2%

Forrás: Saját kérdőíves adatok

A levont tapasztalatok

A kiértékelés után a vizsgálatban résztvevő szervezeti egységek vezetőinek írásban köszöntük meg, hogy intézményünk in-vitro orvosi laboratóriumi szolgáltatására vonatkozó elégetettségeinek felmérésében megosztották velünk véleményüket, tapasztalatukat. Az összefoglaló értékelését a belső internet hálózaton mindenki számára elérhetővé tettük.

Az összefoglalóban törekedni próbáltunk arra, hogy tájékoztassuk a szervezeti egységeket arról, hogy melyek a Központi Laboratórium által megoldható problémák, milyen terveik vannak a jövőre nézve, illetve melyek azok a nehézségek, melyeket az objektív körülmények miatt nem lehet megoldani. A levonat tapasztalatok a következők:

- Számos javaslat érkezett új, korszerű vizsgálatok, európai színvonalú támogatottságú panelok beépítésére. Az SBO paneleket kioldoztuk.
- Hiányzó hormonvizsgálatok pótlása helyben vagy más labor igénybevételével:
 - Renin, Aldosteron, SHBG, calcitonin, IGF1, Chromogranin A
 - Adrenalin, Noradrenalin, 17-OH progeszteron, DHEA-S, Dihidrotesztoszteron, (11)-DOC, 18-OH DOC
- VMA, Macroprolactin. A szabályozott, intézményi szintű szerződéskötések megtörténtek.
- A Zrínyi telephelyen ügyeleti időben, a sürgős laborvizsgálat nem teljesen rendezett, ezért a telephely megszüntetésre került.
- Élelmiszerspecifikus IgE (nutritív allergének) panelvizsgálat orvos-szakmai indokok alapján elutasítva.

- Western Blotting technika - Indexált OENO. Erre nincs intézményi kompetencia.
- Porphyria vizsgálati panel biztosítása - Indexált OENO. Erre nincs intézményi kompetencia.
- Pajzsmirigy hormonok vizsgálati algoritmusának bevezetése megtörtént.
- Vizelet 5-HIA, széklet elastase, széklet calprotectin, IgG típusú szöveti TgA elleni antitest, HBV-HCV (PCR-molekuláris diagnosztika) - Indexált OENO-k. Erre nincs intézményi kompetencia, a külső szolgáltatóval a szerződést megkötötték.

A javaslatok beépítése a működésbe

Az elégedettségi vizsgálat feltárta azt a hiányosságot, mely szerint a szervezet egységeiben az in-vitro diagnosztikai ismeretek nem minden területen kielégítő. E probléma megoldása érdekében a Központi Laboratórium munkatársai folyamatos továbbképzéseket szerveztek a különböző célcsoportok számára. Az orvosok részére kredit pontos tájékoztató oktatás zajlott, melynek fő témái a diagnosztikai paletta sokszínűségének megismertetése, valamint az eredmények értékelésének módszere volt. A szakdolgozók számára pedig a fókuszban a vérvételek technikai kivitelezése és az itt felmerülő preanalitikai hibaforrások kiküszöbölésének lehetőségei szerepeltek.

Amennyiben a klinikusok esetlegesen nem a klinikai képbe illeszkedő eredményt tapasztalnak, lehetőségük van telefonos konzultáció kérésére a laboratórium diplomásaitól. A Központi Laboratórium működési rendjére vonatkozó információkat, illetve szakmai ajánlásokat folyamatosan frissítjük az intraneten. A szolgáltatás igénybevevők ismereteinek bővítésére további lehetőség „Nyitott Napok” tartása (Abramowitz és mtsai, 1987). Meghatározott időpontokban az érdeklődők számára a laboratórium munkájának bemutatása közelebb hozhatja a támogató szolgáltatásokat igénybe vevőkhöz a bonyolult rendszereket.

A minőségirányítási rendszerek alapvető működésének megfelelően – a PDCA ciklus elemeihez igazodva –, a közeli jövőben ismételt felmérést tervezünk annak megismerésére, hogy a rendszerbe beépített jobbító intézkedések hogyan szolgálták az igénybevevők elégedettségét. A visszajelzések mind a laboratórium, mind a klinikum számára fontos információkkal bírnak, elősegítik a hatékonyabb betegellátást, jobbítják az együttműkö-

dést, valamint kijelölik a fejlesztési irányt mind a minőségi ellátás, mind a hibajavító tevékenységek területén.

2.2. Radiológiai Osztály

In vivo képalkotó diagnosztika

A képalkotó diagnosztikai vizsgálatok a hagyományos röntgendiagnosztikától a legmodernebb eljárásokig, közöttük az invazív radiológiáig a modern medicina és természettudomány új lehetőségeit biztosítják:

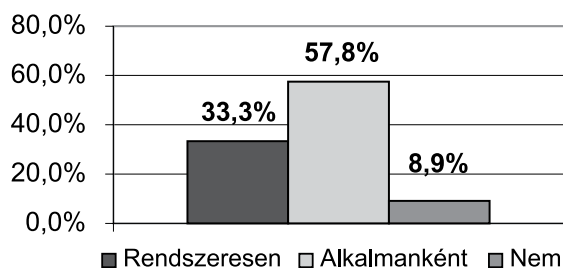
- a szűrővizsgálatokban,
- a diagnosztikában,
- a differenciál-diagnosztikában,
- a gyógykezelés eredményességének monitorozásában,
- a betegség nyomon követésében és a prognosztikában.

Második feladatként a felhasználói elégedettség mérésében ezért e területre koncentráltunk. A felmérés során a kitöltöttség aránya 88,2% volt. A teljesség igénye nélkül a következő kérdéscsoporthoz válaszait tartjuk kiemelendőnek:

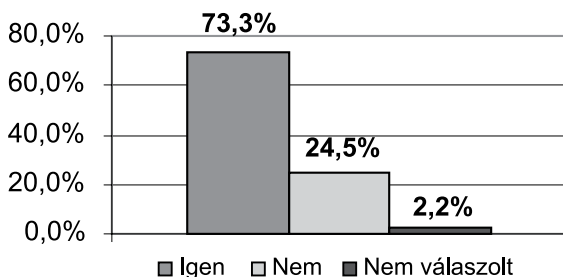
Az összesített adatok alapján a képalkotó diagnosztika szerepének és fontosságának megítélésével kapcsolatosan – a betegek kivizsgálása és gyógyítása terén – a vizsgálatban résztvevők 51,1%-a úgy véli, hogy munkájában kiemelt fontosságú, 42,2%-a szerint pedig fontos helyet foglal el a képalkotó diagnosztika. A betegek kivizsgálásában és gyógyításában a képalkotó diagnosztikai véleményt a válaszolók 37,8%-a meghatározó fontosságúnak, 60,0%-a lényegesnek tartja.

Arra a kérdésre, hogy mennyire korrelál a radiológiai lelet a klinikummal, a vizsgálatban résztvevők 93,3%-a úgy nyilatkozott, hogy a radiológiai lelet többnyire, elősegíti a diagnózist, illetve kezelést, 6,7%-a viszont azt válaszolta, hogy teljes mértékben elősegíti. A sürgős vizsgálati kérések fogadásának rendjéről, valamint a vizsgálatok gyors elvégzéséről szóló kérdések kapcsán a vizsgálatban résztvevők 84,4%-a teljes mértékben elégedett a sürgős vizsgálati kérések fogadásának rendjével, mindössze 13,3%-a válaszolt nemmel, 2,2%-a pedig nem nyilatkozott ebben a kérdésben. A sürgős vizsgálatok elvégzésével maximálisan elégedettek voltak. A nyilatkozók 86,7%-a megfelelő gyorsaságúnak tartja. Nem volt jelentős azok százalékos aránya (8,9%), akik nemmel válaszoltak, illetve nem válaszoltak.

Vizsgálatokkal kapcsolatos konzultáció



Információk a korrekt vélemény adásához



7. ábra: A radiológusokkal kapcsolatos válaszok megoszlása

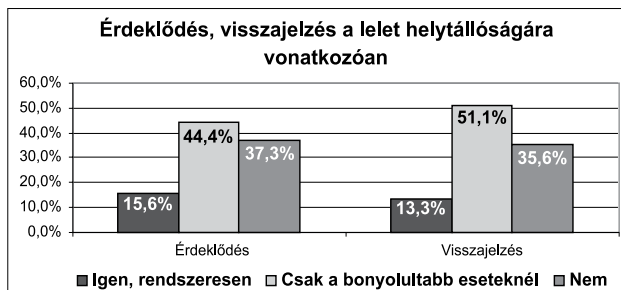
Forrás: Saját kérdőíves adatok

Az összesített adatok alapján a vizsgálatkérők 33,3%-a rendszeresen, 57,8%-a alkalmanként konzultál a vizsgálatokról a radiológus orvosokkal. Nemleges válasz mindössze 8,9% volt. Arra a kérdésre, hogy a vizsgálatot indikáló szakemberek megadnak-e minden információt a radiológusnak a korrekt vélemény adásához, a válaszolók 73,3%-a igennel, 24,5%-a nemmel válaszolt. Egy esetben vélekedtek úgy, hogy nem tartják szükségesnek.

Az érdeklődés és visszajelzés vonatkozásában a vizsgálatkérők véleménye alapján a válaszolók 15,6%-a nyilatkozott úgy, hogy a radiológusuk rendszeresen érdeklődnek leletük helytállóságáról, illetve a betegek további sorsával kapcsolatban. A vizsgálatban résztvevők 44,4%-a azonban azt válaszolta, hogy csak a bonyolultabb eseteknél tapasztalnak érdeklődést. A válaszolók 37,8%-a nemleges választ adott.

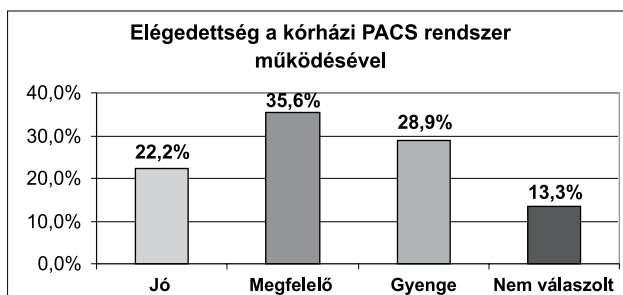
Arra a kérdésre, hogy a vizsgálatkérők adnak-e visszajelzést a leletező radiológusnak a lelet helytállóságáról (más kiegészítő vizsgálatok, a kórlefolyás, a műtéti lelet, illetve a boncolás eredményének tükrében), az összesített adatok a következő

eredményeket mutatják. A válaszolók 13,3%-a rendszeresen ad visszajelzést a radiológusoknak, 51,1%-a csak a bonyolultabb eseteknél, 35,6%-a viszont nem.



8. ábra: Érdeklődés, visszajelzés a lelet helytállóságára vonatkozóan
Forrás: Saját kérdőíves adatok

A tervezett vizsgálatok előjegyzési rendszerével kapcsolatban a vizsgálatkérők mindössze 26,7%-a adott jó minősítést a tervezett vizsgálatok előjegyzési rendszeréről. A válaszadók többsége, 60,0%-a elfogadhatónak tartja, 13,3%-a rossznak ítélte meg. A kórházi PACS rendszer működéséről, a képek minőségéről az összesített adatok alapján, úgy tűnik, hogy a vizsgálatkérők a PACS rendszer működésével kevésbé elégedettek.



9. ábra: Elégedettség a kórházi PACS rendszer működésével
Forrás: Saját kérdőíves adatok

A felvetett problémák megoldásában, néhány esetben szintén az objektív körülmények (forráshiány a számítógépes park cseréjéhez, a külső szolgáltató és a kórházi rendszer informatikai összehangolásához) jelentenek akadályt. Előrelépés történt ugyanakkor a tájékoztatásban, a belső hálózatra rendszeresen kerülnek újabb, az előjegyzéssel és a sürgős vizsgálati kérésekkel kapcsolatos tájékoztatók, szakmai útmutatók. Tanulásként levonható azonban, hogy az intranetes információs lehetőségek kihasználása távolról sem ideális,

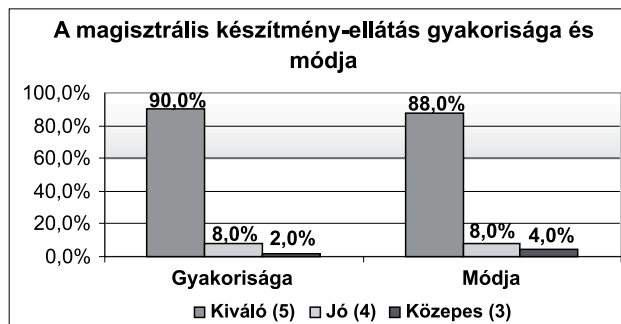
ösztökélni kell a dolgozókat a rendszeres használatra. Az egyes osztályok vizsgálati kontingenseinek változtatása, esetleges emelése csak részletes teljesítmény-elemzések elvégzése után és objektív adatokkal alátámasztva időszerű.

2.3. Gyógyszerészeti Osztály

Infúzió-, kötszer- és gyógyszer-ellátás

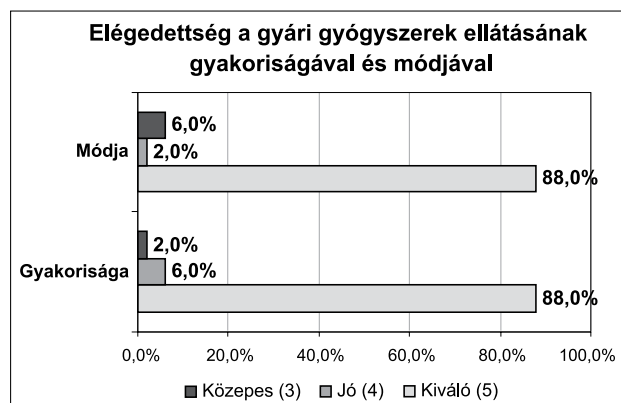
A felmérés technikai kivitelezése abban tér el a többitől, hogy, a kérdőívek kiosztására a Főnővéri Testület megbeszélésén került sor, a válaszadók pedig a szervezeti egységek vezető ápolói voltak.

Feldolgozott kérdőívek száma: 50 db. Az összesített adatok alapján, a vizsgálatban résztvevők 90,0%-a maximálisan elégedett a magisztrális készítmény-ellátás gyakoriságával, 8,0%-a jónak értékelte, mindössze 2,0% (1 fő) adott közepes minősítést.



10. ábra: A magisztrális készítmény-ellátás gyakorisága és módja
Forrás: Saját kérdőíves adatok

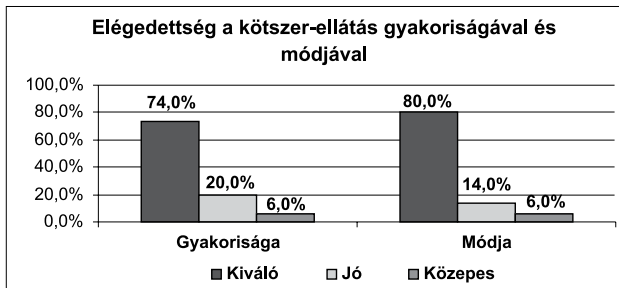
A gyári gyógyszerek ellátásának gyakoriságáról és az ellátás módjáról kérdéskörben kiváló eredményeket kaptunk a gyári gyógyszerek ellátásának gyakoriságáról, az ellátás módjáról.



11. ábra: Elégedettség a gyári gyógyszer ellátottsággal
Forrás: Saját kérdőíves adatok

A vizsgálatban résztvevők 88,0%-a teljes mértékben elégedett, 6,0%-a jónak tartja, 2,0%-a közepes értékelést adott.

A kötszer-ellátás gyakoriságának, az ellátás módjának megítélésével kapcsolatban a kötszer-ellátás gyakoriságát és módját a vizsgálatban résztvevők jónak értékelték. Az ellátás gyakoriságával a válaszolók 74,0%-a maximálisan elégedett volt, 20,0%-a jónak, 6,0%-a közepesnek minősítette azt.



12. ábra: Elégedettség a kötszer ellátottsággal
Forrás: Saját kérdőíves adatok

Az infúzió-ellátás gyakoriságának és az ellátás módjának megítélésében a vizsgálatban résztvevők az infúzió-ellátás gyakoriságát megfelelőnek tartják. A válaszolók 72,0%-a kiváló, 8,0%-a jó, 2,0%-a közepes minősítést adott.

Az összesített adatok alapján megállapítható, hogy a betegosztályok és részlegek jelentős arányban elégedettek az infúzió-, kötszer- és gyógyszer-ellátással.

Fontos megjegyezni, hogy a gyógyszerészeti, szakgyógyszerészeti konzultációs tevékenységre, a kliniko-farmakológiára jelen felmérés nem terjedt ki! A gyógyszerészeti ellátás terén a Központi Citosztatikus Laboratórium, mely 2013 áprilisában kezdte meg működését, új szolgáltatási forma, itt is tervezünk elégedettségi vizsgálatot, fél év tapasztalatainak tükrében.

3. Összefoglalás

Intézményünkben működő minőségirányítási rendszerek belső és felülvizsgáló külső auditjai során felmerült, hogy célszerű mérni a háttér- szolgáltatókat nyújtó szervezeti egységeinkkel kapcsolatosan a szolgáltatások iránti igénybe vevők elégedettségét.

Várható volt, hogy a visszajelzések mind a támogató szolgáltatást nyújtó szakmai egységek, mind a klinikum számára

- fontos információkkal bírnak,
- elősegítik a hatékonyabb betegellátást,
- javítják az együttműködést,
- kijelölik a fejlesztési irányt mind a minőségi ellátás, mind a hibajavító tevékenységek területén.

A diagnosztikai és támogató szolgáltatások alapvető fontosságúak a betegellátásban. Szükséges, hogy ezen a szakterületen is kielégítsék a páciensek, a betegek és azoknak az orvosoknak, szakmai partnereknek, szolgáltatóknak a szükségleteit, akik felelősek a betegek ellátásáért.

Az értékelés igazolta, hogy a minőségi betegellátáshoz nélkülözhetetlen szakmai tudás és megbízhatóság az érdeelt felek számára egyaránt a legfontosabb, de felszínre kerültek azok a nehézségek is, melyeket az objektív körülmények miatt rövid távon nem lehet megoldani.

4. Irodalomjegyzék

Szakirodalom:

- Abranowitz, S., Coté, A. A. & Berry, E. (1987) Analyzing patient satisfaction: a multianalytic. QRB, April, 122-130
- Boján F., Belicza É (1995): Bevezetés az egészségügyi minőségbiztosításba. Debrecen EMIKK füzetek 5. szám 15. oldal
- Davis, S.L. & Adams-Greenly, M. (1994): Integrating patient satisfaction with a quality improvement program. JONA, 24, 28-31
- Dr. Koczor Zoltán (2002): Az elégedettség mérése és összefüggése a minőséggel. Magyar Minőség 6, 11-14

MSZ EN ISO 9001:2009 Minőségirányítási rendszerek. Követelmények

Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok (2007)

Internetes letöltések:

http://www.quality-mmt.hu/adat/fajlok/letoltesek/magyar-elektronikusfolyoirat/mm_2001-2009/02_06_mm.doc

Adatszolgáltatók, adatforrások:

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház felhasználói elégedettség vizsgálat kérdőívei

MELISSA MANNON, a Linn County Public Health (USA) független tanácsadója

Lean egészségügy és minőségmenedzsment: A ThedaCare tapasztalatai

A ThedaCare integrált egészségügyi szolgáltató rendszer (Wisconsin állam) 2003-ban bevezette 5 kórházában és 27 orvosi klinikájában a Lean vagy más szóval Toyota Termelési Rendszert. A Lean bevezetése a ThedaCare-nél komoly változást hozott a minőségmenedzsment területén: a korábbi, a válsághelyzetekre és a minőségügyi problémákra utólag reagáló (reaktív) rendszer a proaktív, előre-látó módon való gondolkodás irányában alakult át, amely megelőző jelleggel alkalmaz módszereket, folyamatokat és stratégiákat a betegek számára nyújtott minőség javítása és a jövőbeli krízisek kialakulásának megakadályozása érdekében. A ThedaCare minőségmenedzsment változásai visszavezethetők a kultúraváltásra, a vizuális menedzsmentre, valamint a frontvonalban dolgozó munkatársak napi folyamatos fejlesztésbe való bevonására.

Az egészségügynek át kell térnie a szolgáltatások nyújtásának célszerű „mesterség” jellegéről egy olyan megközelítésre, ahol az orvos – a beteg állapotának saját értékelése alapján – egyéni, testreszabott szolgáltatást nyújt a beteg részére. A betegek újszerű ellátásának a hatásosság tudományos bizonyítékain kell alapulnia. A jobb eredményre irányuló alapvető követelmény, továbbá a költségek csökkentése iránti elvárás mind a szolgáltatók, mind a fizető betegek részéről arra ösztönzi az egészségügyi szervezeteket, hogy tegyék magukévá a Lean kultúrát és módszertant. A Toyota Motor Company által kifejlesztett Lean nem más, mint a minőségjavítás ideológiája és a kapcsolódó elvek gyűjteménye (Toussaint és Berry 2013).

A Lean módszertant már sok éve alkalmazzák a gyártásban, és legutóbb az egészségügy területén is megmutatkozott a módszer hatékonysága (Toussaint és Berry 2013). A Lean egy problémamegoldásra alkalmazott következetes tudományos módszer, amely az eddigiektől eltérő hozzáállást vár el. A menedzsment szerepe itt a frontvonalban dolgozók segítése, mentorálása és tanítása, hogy mindennapos munkájuk során képessé váljanak a problémák észlelésére és azok megoldására. Az egészségügy területén a Lean alkalmazásának nagy kihívása abban rejlik, hogy a kórházon belül meg kell változnia a minőségügyi szakember szerepének. Nem elég többé

azonosítani és nyomon követni a káros vagy veszélyes eseményeket, hanem azok előfordulási kockázatának csökkentése mellett a folyamatok újjáalakításával segítenie kell az ápoló személyzet és az orvosok munkáját a minőségjavítás érdekében.

A Lean módszerre való áttérés 2003-ban vette kezdetét Wisconsin államban, ahol a ThedaCare integrált egészségügyi szolgáltató rendszer 5 kórházzal és 27 klinikával rendelkezik. Maga a cél azonban soha nem korlátozódott csupán egyetlen olyan mérőszámra, mint a minőség javítására. A Lean sikeres alkalmazása a beteg tapasztalatainak valamennyi aspektusát javítja, miközben emelkedik a szolgáltatás minőségi színvonala, csökken a költség és javul a személyzet erkölcsi tartása.

Hogyan változott a ThedaCare?

Az előmenetel és a teljesítmény mérése érdekében a ThedaCare rendszeresen benchmarkingot végzett más szervezetekkel való összehasonlítással. Dr. Mark Hallett vezető orvos-igazgató azonban úgy vélekedett, hogy a benchmarking veszélyes tevékenység, mivel csak a legjobban teljesítő szervezethez viszonyítva méri a ThedaCare eredményeit. Ezért a ThedaCare meghatározta az elérendő célokat, például hogy egymillió esetre vetítve hány hiba fordulhat elő. „Most megnéz-

zük, hogy a saját True North alapján milyen eredményeket akarunk elérni, azután arra fordítjuk a figyelmünket, hogy milyen folyamatok segítenek hozzá ehhez bennünket”, mondja *Hallett* (a True North a legfontosabb teljesítmény indikátorokat tartalmazó „iránytű”). Ezek olyan mérőszámok, amelyek valóban fontosak a betegek szempontjából, például a megelőzhető halandóság, vagy hogy hányszor térnek vissza a betegek a kórházba. Ezek az indikátorok képezik minden, az egész rendszerre kiterjedő javítás alapját. A teljesítmény ilyen rendszerszerű megközelítése lehetővé teszi a fejlesztési tevékenység bizonyos célokra való összpontosítását az egész ThedaCare szervezetnél.

Minden egység rendelkezik egy saját faliújsággal vagy más felülettel, ahol megjelölik a fejlesztési elképzelések új területét, illetve a már folyamatban levő javításokat. Ez a felület egy *naponta* használatos vizuális eszköz az egységvezető, a minőségügyi menedzser és a személyzet számára a „bizalmas értekezletek” megtartásához. Amikor valami új elképzelés felmerül, az egész csapat (team) összeül megbeszélni három dolgot arra vonatkozóan, hogy a javítási elképzelés miként áll összhangban az átfogó célokkal és hogy az erőforrások a lehető legjobban hasznosításra kerüljenek, szem előtt tartva a kórház küldetését (misszióját). A megvitatásra kerülő három kérdés így hangzik: Milyen előnnyel jár ez a fejlesztés a betegek számára? Hogyan illeszkedik ez a fejlesztés a True North-hoz? Milyen nehézségekbe ütközik a fejlesztés gyakorlati végrehajtása?

A ThedaCare esetében rendelkezésre álló eszközök és az elért magas kultúra ellenére a minőségügyi vezetők számára még mindig napi kihívást jelent az átláthatóság fenntartása és a javító munkára való koncentráció. Sok téma és javítási elképzelés merülhet fel, de az a minőségmenedzsment feladata, hogy azokra a legfontosabb lehetőségekre helyezze a hangsúlyt, amelyek összhangban állnak a True North-al. A minőségügyi menedzserek kimennek a „gomba” helyszínére (japán kifejezés, annyi mint a „tetek mezeje”) illetve oda, ahol a tényleges munka folyik, hogy magát a forrást vegyék szemügyre: itt vizsgálhatják meg az adott egységre jellemző mérőszámokat és a metrikus teljesítményt. A látottak alapján a minőségügyi menedzserek el

tudják dönteni, hogy van-e szükség további lépésre, a folyamatok és az alkalmazott mérőszámok között, szükséges-e valamiféle kiigazítás, nyomon követhetők-e az indikátorok és lehet-e azokat hatékonyabban mérni stb. A döntések tehát az adatok alapján születnek és nem aszerint, hogy a menedzserek vagy az egységvezetők mit gondolnak.

Átláthatóság és vizuális menedzsment a ThedaCare esetében

A Lean kultúra megköveteli az átláthatóságot és a nyíltságot. A munkatársaknak minden szinten a biztonság érzetével kell előterjeszteniük a minőséggel kapcsolatos aggodalmakat. Ez a nyíltság többféle megközelítést is lehetővé tesz, mivel a munkatársak nyíltan azonosíthatják és meg is oldhatják azokat. A Lean kultúra megalakítása felé vezető első lépés a szemrehányások és a vétkeesség érzésének kiküszöbölése az egyes embereknél, majd ezt követően a folyamatra való koncentráció. Ha már idáig sikerül eljutni, akkor a munkatársak kezdik biztonságban érezni magukat, ennek következtében félelem nélkül felvetni az aggályokat és a javítási elképzeléseket. Ehhez megfelelő fórumot és helyet kell biztosítani számukra, ahol nyugodtan előterjeszthetik és megvitatathatják fejlesztési elképzeléseiket. A Lean kultúra nem építhető fel egyik napról a másikra; a legfelső vezetés támogatása és elkötelezettsége mellett szükség van megfelelő eszközökre is, mint például a javítási célokat és módszereket bemutató faliújságok. A legfelső vezetés támogatásának hiányában, illetve olyan eszközök nélkül, mint a mindennapos javító munka, a menedzserek, a vezetők és a munkatársak bizony nagyon könnyen visszatérhetnek a régi szokásokhoz.

A mérőszámok rendszerének bemutatása az egyes osztályokon és egységeknél már jelentős változásnak számít. Minden egység sajátos, egyedi célokkal rendelkezik, amelyek összhangban állnak a ThedaCare True North-al. A minőség csak akkor válik áttetszővé, ha jól láthatók a célok és a teljesítmény. Az egységek mérőszámait és teljesítményét nem szabad többé elrejtetni a számítógépekben vagy a menedzserek irodáiban. Lehetővé kell tenni, hogy a minőségügyi menedzserek, az osztályvezetők és a munkatársak egyaránt hozzá-

férhessenek és gyorsan meg is érthessék az egység céljait és teljesítményét.

A gemba sikere részben a vizuális menedzsmenttől függ. A minőségügyi menedzserek ki-mennek a helyszínre (gemba) és rövid úton meggyőződnek róla, milyen mérőszámok alapján és milyen célok elérése érdekében dolgozik az adott részleg, illetve milyen teljesítményt nyújt. *Dan Collins*, a ThedaCare minőségügyi igazgatója szerint a gemba döntő fontossággal bír a javítások menedzselése és fenntartása szempontjából. A gemba lehetővé teszi a minőségügyi menedzser számára a teljesítmény folyamatos figyelését a jelenlegi és a múltbeli mérőszámok alapján, továbbá az új javítási lehetőségek azonosítását. A minőségügyi menedzser feladata a helyszínen az, hogy kérdéseket tegyen fel a vezetőknek és a munkatársaknak, illetve hogy megfigyelje a folyamatokat és az auditálást az adott egységnél. Ily módon a minőségügyi menedzser nem annyira fő probléma megoldóként, hanem sokkal inkább támogatóként (facilitator) viselkedik a helyszínen (gemba). Vannak még minőségügyi koordinátorok is, akik az egységeknél figyelik és felszínre hozzák azokat a potenciális kérdéseket, amelyek megoldásra várnak.

Egy másik, az egész rendszerre elfogadott indikátor a „Lori” személye. Lori egy hölgy, aki napvilágra hozza az elvont minőségügyi kérdéseket és minden munkatárs számára nyilvánvalóvá teszi a minőségnek a páciensre gyakorolt hatását. Lori a ThedaCare True North központi alakja; az ő képe szerepel a True North grafika közepén, ami megjelenik minden releváns felületen. *Collins* szavával: „Ő a mi anyánk, nővérünk, nagynénénk, feleségünk vagy szomszédunk, aki szemmel tartja minden munkánkat, akármit is csinálunk. Nem azt mondjuk, hogy valamely esemény '1000 eset közül egyszer fordul elő', hanem hogy 'ez a dolog így és így érinti Lorit'”.

Lori alakját 2010-ben formázták meg, hét évvel azután, hogy kezdetét vette a Leanre való áttérés. A ThedaCare marketing osztálya ügyfelek és kívülállók bevonásával fókuszcsoportokat szervezett egy betegprofil kifejlesztéséhez, és az ő elemzéseik alapján született meg Lori. A titokzatos, nehezen megfogható Lori fontos mementó annak megítéléséhez, hogy valóban mindent elkövettek-e a minőség és a betegápolás javítása érdekében.

Minőség az alapoknál

„A múltban a minőséget «belülről» vizsgálták”, mondja *John Toussaint*, a ThedaCare korábbi legfelső vezetője (CEO) és belgyógyász szakorvos. „Számos embert alkalmaztunk a minőségügyi részlegen, akiknek semmi más dolguk nem volt, mint ellenőrizni az ápolók mindennapi munkáját.” Az ellenőrző listán ilyen kérdések szerepeltek: „Kapott-e a szívrohamban szenvedő beteg aszpirint a sürgősségin?” Vagy: „Rendelt-e az orvos ekhokardiogramot (szív ultrahang)?” Ez a tevékenység egy retrospektív elemzésnek felelt meg, és nem nyújtott semmilyen támpontot annak megértéséhez, hogy miért végezték el vagy éppen miért nem teljesítették a feladatokat.

2006-ban a ThedaCare szakított ezzel a retrospektív szemlélettel és kezdetét vette az „együttműködő gondoskodás” nevű mintaprojekt a fekvőbetegkezelésének újratervezésére. A Lean alapelveinek alkalmazásával egységesített feladatokat dolgoztak ki a tüdőgyulladásban (pneumónia), a súlyos fertőzésben, a szív problémákban és egyéb betegségekben szenvedő betegek gondozásának minden egyes fázisára. A betegek kezelésének leginkább ismert módját a munka szabványosítása jelenti. Az ápolás tudományos alapokon nyugszik, illetve ahol ilyenek nem állnak rendelkezésre, ott a gondozók konszenzusa helyettesíti azokat. Az orvosok és az ápolók periodikus felülvizsgálatai, illetve a kísérletekből leszűrt új ismeretek alapján a betegápolás legalább háromhavonta pontosításra kerül.

A minőségi komponensek beépülnek a munka alapját képező szabványokba. Ismert dolog például, hogy ha egy tüdőgyulladásos beteget felvesznek a kórházba, akkor a 90%-os véroxigén szint kritikus a jó kimenetel szempontjából. Éppen ezért a pneumónia ThedaCare által szabványosított ellátása annak biztosítására irányul, hogy a felvételkor sikerüljön elérni az optimális szintet, még mielőtt a beteg tovább jutna a kezelés következő állomásához.

A lépésről-lépésre történő ellátás biztosítja, hogy a beteg tapasztalatának és gondozásának valamennyi fontos minőségi tényezője megvalósuljon. Ha nem sikerül minden komponenst teljesíteni, a regisztrált nővér (RN) felteszi a kérdést: Miért nem teljesültek a célok? A válasz

azután beépül a minőségjavítást célzó folyamatba. *Toussaint* így vélekedik: „Nincs szükség külön ellenőrökre és felügyelőkre, ha a kezelés frontvonalában tevékenykedő valamennyi személy elkötelezi magát a minőség iránt.” A ThedaCare minőségügyi menedzserei élen járnak a leginkább ismert módszer kidolgozásában; nem végeznek többé ellenőrzést, hanem az effektív dolgozókkal együttműködve igyekeznek megérteni a problémákat, feltenni a miéltre vonatkozó kérdéseket és támogatni a javítási törekvéseket.

A menedzsment rendszer

A ThedaCare berkeiben a Lean menedzsment rendszert „szakmai teljesítmény rendszer” (BPS) néven tisztelik, amit azért fejlesztettek ki, hogy támogatást nyújtsanak a minőségügyi menedzserek munkájához és segítsék a fenntartható javítások kibontakozását. „A menedzsment rendszerek lehetővé teszik az erőfeszítések koncentrálását a reagáláshoz, illetve a rendelkezésre álló idő és erőforrások prioritási sorrendjének megállapításához”, mondja *Marta Karlov*, a ThedaCare Egészségügyi Érték Központjának oktatási igazgatója. A BPS megköveteli a vezetőktől, hogy a True North alapján válasszanak megfelelő mércéket saját részlegeik számára, ugyanakkor módszertant és szabványos (standard) munkát is biztosít nekik a kísérletezéshez, valamint a javítások méréséhez és fenntartásához.

Mi az, ami még mindig nem ismert?

A Lean típusú egészségügy terén potenciálisan ellentmondásos téma lehet az orvosok elkötelezettsége. Amikor megkezdik a Lean bevezetését, könnyen előfordulhat, hogy elfeledkeznek az orvosokról, miközben – különböző okok miatt – más folyamatok megváltoznak. Miközben az orvosok körül valamennyi folyamat gyorsan változik anélkül, hogy abba az orvosokat is bevonnák, szakadék alakulhat ki az orvosok és mindenki más között. Márpedig ha az érdekelt felek olyan nagy csoportja, mint az orvosok csak korlátozott mértékben kerül bevonásra, az negatívan érintheti a fejlesztési tevékenységet, a kísérletezést és a minőséget.

Bár az orvosok nagyon is gondolkodó lények és arra készítik fel őket, hogy tudományos módszereket alkalmazzanak, mégis előfordulhat, hogy ők csak egy összképet látnak a klinikáról, illetve csak azokat a rendszereket érzékelik, amelyeket közvetlenül bevontak a betegek kezelésébe. A minőségmenedzsment számára újabb kihívást jelent az orvosok hozzásegítése ahhoz, hogy más rendszereket is meglássanak maguk körül, továbbá, hogy a Lean koncepciót és a javítás szükségességét „lefordítsák” az orvosok nyelvére, belefoglalva azokat az orvosi szakkifejezések közé. A Lean gyakorló szakemberek igénylik az orvosi rendszerekben való gondolkodás átültetését a folyamatjavítás és a Lean terminológia területére.

Az elégedettség a minőségügy egy másik fontos része, amit ugyancsak világosan meg kell érteni. Ez nem könnyű, mivel minden beteg önálló egyéniség, így nehéz információt szerezni arról, hogy az ápolási folyamat melyik része befolyásolja leginkább a beteg véleményét. A betegelégedettség javításával kapcsolatban azzal a kihívással állunk szembe, hogy pontos képet kell kapnunk arról, mely részleg, szolgáltatás vagy kölcsönhatás befolyásolja az értékelést pozitív és negatív irányba. A ThedaCare vezetői gyakran kilépnek irodájuk ajtaján, hogy személyesen elbeszélgessenek a betegekkel saját tapasztalataikról, így kapva visszajelzéseket. A felmérések is jó módszert jelentenek annak megértéséhez, hogy a folyamat mely pontjain mutatkozik elégedetlenség. A betegek elégedettségével kapcsolatos információ gyűjtése és annak tanulmányozása felsőbb szinteken lehetővé teszi a minőségi mércék kifejlesztését és azok alkalmazását a szolgáltatás nyújtás és az elégedettség folyamatos javításához.

Referenciák

Toussaint, J. S., és L. L. Berry. The promise of lean in health care. [Lean ígéret az egészségügy területén]. *Mayo Clinic Proceedings* 88, no. 1:74-82.

Fordította: **Várkonyi Gábor**

Eredeti cím:

Lean Healthcare and Quality Management: The Experience of ThedaCare

Megjelent:

Quality Management Journal, January 2014, Vol. 21, No. 1, pp. 7-10

TÓTH CSABA LÁSZLÓ, Thot Quality Management Kft.,
KAIZEN Sensei, Hat Sigma Fekete Öves

A dolgozói javaslati rendszerekről

Mottó:

100 € megtakarítás nem túl sok, de ezerszer 100 euró, az már szép összeg

A dolgozói javaslati rendszerek már hosszú ideje az érdeklődés középpontjában vannak. A legtöbb ezzel foglalkozó mű elmondja, hogy a vállalati hatékonyság növelésének egyik egyszerű, minimális ráfordítást igénylő eszköze. A valós tapasztalatok azonban igen eltérő képet mutatnak, ugyanis van, ahol igen sikeresen alkalmazzák, van ahol, szenvednek vele, és nem egy helyen csúfosan megbukik. Mi lehet a siker titka? Mivel lehetne elkerülni a problémákat? A magyar szakirodalomban nem túl sok e témával foglalkozó írás található. A szerző elég sok tapasztalatot gyűjtött egyrészt, mind alkalmazó, másrészt, mint mások rendszereit megfigyelő érdeklődő, mivel a téma kedvenc területe. Végzett egy nemzetközi irodalomkutatást is, ezek alapján született meg a dolgozat. Nem kívánja tudományos alapossággal körbejárni a témát, inkább arra törekszik, hogy bemutassa a lehetséges megoldásokat. Beszél a vezetés felelősségéről, bemutatja a rendszer szereplőit és ezek felelősségi körét. Ismerteti a lehetséges megvalósítási módokat, a javaslatok értékelésének és jutalmazásának lehetséges módzatait. Megtalálható lesz az általa megfelelőnek talált módszer leírása is. Mondanivalóját nagyon sok esetben a személyes tapasztalatokkal támasztja alá. Mindvégig érezhető lesz a rendszer iránti igen erős elkötelezettsége.

A pénzügyi és gazdasági válság (stagnálás, recesszió) esetén a fizetőképes kereslet csökkenése miatt a vállalatok piaci szűkülnek. A még megmaradó vevők azt a terméket és/vagy szolgáltatást fogják keresni, amely minőségében és árában megfelel az elvárásainak, hiszen a válság, a megfelelő anyagi források szűkössége, reá is pontosan úgy igazak. Az eladó számára nem marad más, mint a fejlesztés! Igen ám, de miből fejlesszen? Saját eszközeit a válság túlélésére kívánja fordítani, a hitelfelvétel kockázatos, így a vállalat pénzügyi eszközeinek mobilizálása az innováció számára szinte szóba sem jöhet. Itt feltétlenül el kell

mondanunk, hogy az innováció fontosságának hosszú évek óta tartó mantrázása, nem egyenlő a szemléletváltásra való felkészítéssel, a bürokráciamentes, konkrét anyagi és más erőforrás segítségével.

Mégis mit lehet akkor tenni? Amennyiben pénzügyi erőforrásokat nem tudjuk mozgósítani, akkor a vállalat szellemi erőforrásait kell a fejlesztés szolgálatába állítani. Mik ezek a szellemi erőforrások? A dolgozóknak – legyen az egyszerű gépkezelő vagy menedzser – meglévő tudás, tapasztalat, a javításra való természetes adottság és készség. Ennek mobilizálása nagyságrendekkel kisebb költségekkel jár, mint bármilyen innováció, nem beszélve a megvalósulás idejéről. Míg az innováció esetenként évekig is eltart, a szellemi potenciál javaslatainak megvalósítása napokban, hetekben mérhető. A humán tőke hasznosítása nem minden esetben jár óriási megtakarításokkal, erre utal jelen dolgozat címe is. Egy javaslat hoz 100 € megtakarítást, azonban ha egy évben benyújtanak ezer javaslatot, akkor az egyszerű javaslatok éves 100 ezer euró megtakarítást eredményezhetnek, minimális ráfordítás mellett.

A dolgozat témája így a Dolgozói Javaslati Rendszer (röviden a továbbiakban a DJR). Ez nem valami új dolog, évszázados múltja van, napjainkban is nagyon sok vállalkozás alkalmazza, van, ahol elképesztően sikeres, van, ahol teljes érdektelenségbe fullad. Álljon itt egy példa *van DIJK* és *van den ENDE* munkájából [1], miszerint hogy míg az amerikai cégek a javaslatokat százszor (!) jobban megfizetik, mint a japánok, addig a beadott javaslatok száma mindössze egy (!) százaléka a japán cégek dolgozói által adott ötleteknek.

A szerző is vegyes tapasztalatokat szerzett a DJR-rel kapcsolatban, sőt alkalma volt arra, hogy egy vállalatnál a gyengén működő rendszert átalakítson, és éveken keresztül sikeresen működtessen.

Jelen dolgozatban visszatekintünk a DJR történetére, megtárgyaljuk a rendszer eredményes mű-

ködtetéséhez szükséges kritériumokat, beszélünk az elkerülendő hibákról és végezetül néhány esetpéldát is bemutatunk.

Már itt az elején szeretnénk leszögezni, hogy a DJR nem csak termelői területeken működhet, ugyanolyan létjogosultsága van a szolgáltatási és egyéb tranzakcionális területeken. Véleményünk szerint, az egészségügy, az oktatás, az önkormányzati szolgáltatások területén komoly áttörést hozhatna, ha ebben a forráshiányos időszakban a folyamatot művelő emberek napi tapasztalatai alapján fejlesztenének, és nem a fentről jövő, esetleg ellentmondásos útmutatásokra várnának. Egy lukácsházi (VM) vagy egy kocsordi (SzSzBM) egészségügyi vagy oktatási intézmény, önkormányzat nem biztos, hogy hasonló módon érintett, azonos módon kell neki a problémákat orvosolni. A helyi, speciális problémákat az ott dolgozók ismerik a legjobban, és vannak elképzeléseik a javításról is.

A DJR története és előzményei

Nagyon sok szakkönyv és cikk a javaslati rendszert is úgy próbálja beállítani, hogy az is a Toyota tevékenységének az eredménye. Megjegyezném, hogy sokan ugyanezt állítják az 5S-ről is, de mindkét vélekedés alapvetően téves. Időnként úgy érzem, hogy visszatért a fiatalkorom, amikor minden nagyobb tudományos és műszaki felfedezés egyértelműen az orosz és szovjet tudósok nevéhez fűződött. Nem tudom, mi szükség van a Toyota szerepének túlértékeléséhez, hiszen a hozzáértők szemében ez inkább visszatetszést kelt, mint elismerést.

Az úgynevezett japán ipari csodának a Toyota csak egy későbbi eleme, míg az áttörés az elektronikai, az optikai iparban és a hajógyártásban következett be. Példának álljon itt RÉTI Ervin újságírónak Japánról írott könyve, ahol az 1969-es év (a Kakas Éve) nagy szenzációja a világ legkisebb képernyőjének (6 cm²-es klasszikus katódsugárcső) elkészítése volt a Matsushita (mi Panasonic-ként ismerjük) által. A japán autóipar a 60-as évek végén még nem volt ott a világ élvonalában. 1968-ban az Asahi Shimbun (Japán második legnagyobb napilapja) így ír, „minden tizedik japán gépkocsi nem biztonságos” [2]. Még a nyolcvanas években is az elektronikai ipar volt az élen, a nyolcvanas évek egy tipikus vicce is erről szól: „Két japán beszélget. – Na, mi van a kezemben? – Hifi-

torony. – Jó, jó, de mennyi?” [3]. Ugyanakkor erre az időre már az autógyártás termelékenységben már az élen járt, és a minőség is egyre jobb lett.

Térjünk vissza azonban a DJR történetéhez. A javaslati rendszer a mai napig sok helyen úgy működik, hogy elhelyeznek egy ötletládát, ahová a dolgozók bedobhatják a javaslataikat leíró irományt.” Az általunk ismert legkorábbi dátum 1721, a helyszín Japán, amikor a 8. sógun *Joshimune TOKUGAWA* egy ládát helyez el az edoi (ma Tokio) vár előtt, amibe a különböző szociális helyzetű alattvalóinak véleményét, javaslatait, elvárásait és panaszait várta. [4]. Az ötletládát „Mayasubako” néven említik, azonban a feldolgozás és az elismerés módja sem ismert.

A „munkatársak” véleményének összegyűjtését Európában 1770-ben, a Brit Haditengerészetnél valósították meg [5], aminek jelentőségét az adja, hogy akkoriban, amennyiben a tengerészek véleménye nem egyezett a kapitányéval vagy az admiráliséval, könnyen az árbocon lógva találhatták magukat. Ebben az esetben azonban a véleménynyilvánítás következmények nélküli volt. Az általánosan elfogadott vélemény szerint az első ipari ilyen jellegű kezdeményezés Skóciában, 1880-ban történt, amikor a William Denny & Brothers hajógyárban minden dolgozó véleményét/javaslatát összegyűjtötték, és a bevezethetőkért még fizettek is [4], [5]. *John PATTERSON*, az NCR (National Cash Register Company, Dayton, Ohio – ma is működik az elektronikai piacon) mára már (feltehetően zsarnoki hajlamai miatt) elfeledett vezetője, 1892-ben hirdette meg a „a száz fejű agy koncepciót”, amelynek lényege a dolgozói javaslatok vállalati szintű összegyűjtése volt [5].

1956 augusztusában a Sprague Electrical Company (abban az időben világszerte elismert cég, trolibuszok, felhőkarcoló liftek professzionális előállítója, ma a Vishay néven működő – Magyarországon is jelen lévő, a volt MEV telephelyén működő – elektronikai cég része) gyári újságjában a címlapon közölte, hogy a cég 10 dolgozójának 15 és 75 \$ közötti összeget (ez ma körülbelül egy tízszeres szorzóval többet ér [6]) adtak át ünnepélyes keretek között, amit a javaslati rendszer keretében beadott és megvalósított ötleteikért kaptak [7].

A dolgozók bevonása Magyarországon is működött, csak itt Újító Mozgalomnak hívták. A mai napig őrzök egy tanúsítványt, amely arról szól, hogy 1982/340 számon beadott javaslatunkat a gyár eredményesen hasznosította. A tanúsítványt

a gyárigazgató és a szakszervezeti titkár írta alá. A megtakarításból ránk eső részből nem fizettünk be Trabantra, de egy jó vendéglői vacsora kijött belőle.

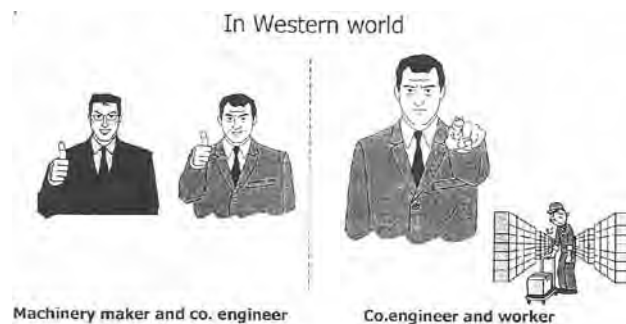
Az újítások összegyűjtésének ötlete természetesen jó volt, de az akkori társadalmi viszonyok között eléggé bürokratikusán működött. Amikor egy fizikai dolgozó valamilyen nagyobb jelentőségű ötletet adott be, akkor nem ritkán valamilyen magasabb szintű vezetőt is be kellett vonnia. Ezzel a számára járó pénzbeli jutalom természetes módon jelentősen csökkent, ami ezért visszavetette az igazán kiemelkedő ötletek bejelentését.

Az emberekben egy természetes igény van arra, hogy a saját munkakörnyezetüket pozitív irányban változtassák meg, azaz legyen könnyebb a munka, legyen biztonságosabb, tudják hatékonyabban dolgozni, kevesebb selejtet produkálnak. A gembán (a gemba az a hely, ahol dolgok történnek, ahol az értékteremtés folyik) dolgozó emberek is tudják, megértik, hogy a munkahe-lyük (általában) az általuk végzett munka minőségétől függ, ezért ők is keresik a saját maguk eszközeivel a minőségjavító megoldásokat. Ezek a javító ötletek megfogalmazódnak a dolgozóknak, előbb vagy utóbb elkerülnek a közvetlen vezetőikhez, esetenként magasabb szintekre is. A kérdés csupán az, hogy ebből mennyi valósul meg? MILLER [8] leírja, hogy a Toyota-nál 67 ezer dolgozó évente hozzávetőlegesen 700 ezer javaslatot ad be, aminek 99%-a bevezetésre kerül. Csak visszautalunk arra, amit a bevezetésben leírtunk, a javaslatokra adott elismerés 100-szoros, mégsem adnak javaslatokat.

A KAIZEN filozófia elterjedésével és IMAI könyvének [9] megjelenése után, nagyon sok észak-amerikai és európai nagyvállalat kezdte el alkalmazni a dolgozók bevonását a folyamatos napi fejlesztésbe. Kezdetben ötletládákat helyeztek ki, specifikus alkalmakat szerveztek, ahol azonnal jutalmazták az ötletadókat. A siker azonban az esetek döntő többségében elmaradt, a ládák nagyon rövid idő alatt szemetessé váltak, a különleges alkalmakkor kevés és nem is igazán hasznosítható ötletek születtek. Akkor ez csak a japánoknak sikerül? A válasz egyértelműen a nem, hiszen voltak és vannak olyan vállalatok, amelyeknek sikerült a dolgozókat bevonni a fejlesztésbe, és ennek eredményeképpen jelentős minőség és termelékenység fejlesztést sikerült realizálniuk. Akkor mi lehet a siker kulcsa?

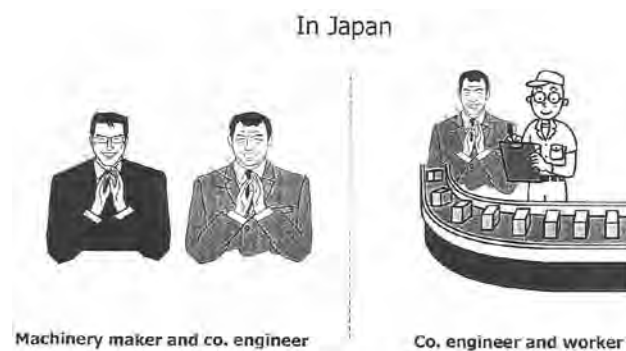
A vezetés elkötelezettsége

A vezetésnek olyan vállalati kultúrát kell kialakítania, amelyben a dolgozókat egyenrangú partnerként kezelik. Álljon itt Koichi HIRATSUKA 2005-ös előadása a Magyar Termelékenységi Konferencián [10]. Azt mondta, hogy „az európaiaknak és amerikaiaknak az a baja, hogy nem kezeli azonos szinten a különböző beosztású munkatársait. Álljon itt az ő ábrája!



1. ábra: A tervezőmérnök, a gyári mérnök és a munkás viszonya a nyugati világban

Persze folytatta a mondandóját, és bemutatta a japán gyakorlatot. Lássuk ezt is!



2. ábra: A tervezőmérnök, a gyári mérnök és a munkás viszonya Japánban

Mennyire fontos kérdés? Majdnem munkám akadt egy európai tulajdonú cégnél, ahol a munkatársakat egyáltalában nem tekintették egyenrangúnak, fogalmazzunk nyíltan, semmibe vették őket! Ez egyébként a napi eredményekben is megmutatkozott, a gyárigazgató úgy érezte, hogy ő a tudás felkent hordozója, kinyilatkoztatott, követelt és büntetett. Ennek ellenére az elképzelt fejlesztések nem vagy rosszul valósultak meg, vagyis ez a fajta hozzáállás nem hozott eredményt. A vezetésnek ugyanis el kell fogadnia azt a nyilvánvaló tény, hogy az adott munkafolyamatot a helyszí-

nen, a gembán dolgozó munkatárs ismeri a legjobban.

A DJR bevezetése és működtetése nem fejlesztén, az alapvető célja nem a minél nagyobb nyereség elérése, hanem a dolgozók bevonása a vállalati fejlesztési folyamatokba, egyre magasabb szinten. Amennyiben ez sikeres, annak jól mérhető, pozitív irányú mutatószám változás, minőség és termelékenység fejlődés az eredménye, és ezek nyilvánvaló nyereségnövekménnyel is járnak.

DEMING „7 halálos betegség”-ként hivatkozott (bár szerintem találóbba volna, ha magyarra a „7 főbűn” kifejezéssel fordítanánk) menedzselési elvei szerint az 5. így szól: „A látható számok használatával történő menedzselés”. Ennek a DJR rendszerek működtetése során nagyon komoly szerepe van. Nem a javaslatok száma a lényeg, hanem az önkéntesség és azok tartalma. Ez a megállapítás mind a Hat Sigma, mind a Lean projektek esetében valós. A beadott javaslatokra adott válaszokra is igaz Alex Osborne, a brainstorming kiötlőjének legalapvetőbb szabálya, hogy a javaslatokat nem minősítjük negatívan, magyarul mondva nem hülyézzük le, nem utasítjuk el lekicsinylő kifejezésekkel és érvekkel.

Egykori munkahelyemen éppen a DJR bevezetési fázisában voltunk, amikor az egyik munkatárs, egy marós azt panaszkolta, hogy a MÉRNÖK (lásd Hiracuka szan) leszólta az ötletét, hogy az nem is igazi javaslat, az alig hoz pénzt. Való igaz, nem volt egy eget rengető találmány, de egy kis lépés volt előre. Amennyiben megerősítem a MÉRNÖK véleményét, ettől az embertől soha többet nem fogok ötletet kapni, sőt esetleg a többieket is megfertözi a negatív hozzáállásával. Ezt – már csak meggyőződésém miatt is – nem engedhettem meg. Több mint fél órán keresztül ápolgattam a lelkiállapotát, elmondva, hogy a mérnök nem úgy gondolta, nekem tetszik, meg amúgy is én döntök az elfogadásról. Sikerkült meggyőzőnöm, később több, komoly megtakarítást hozó javaslattal gazdagította gyárunkat. Talán nem volt elvesztegetett idő, hogy majd egy óráig nem faragta a vasat a marógép.

Már jó féléve működött a rendszer, amikor a főnököm megkérdezte, hogy adott hónapban melyik volt a legjobb javaslat. Már addig is értettem, hogy Deming miért utálta a menedzsereket, de ez megint megerősített. Mi az, hogy legjobb javaslat? A vezetésnek az, amelyik a legtöbb pénzt hozta,

de mi van azzal, amelyik a minőséget javította úgy, hogy elkerülhető a selejt és az újramunkálás? Mi van azzal a javaslattal, amelyik a munkabiztonságot javította? Minden javaslat fontos, a kis korzikai Napulione-ról sem gondolták még 1789-ben, 20 éves korában, hogy egyszer Franciaország császára lesz, és egy szinten emlegetik Nagy Sándorral.

Már túl voltunk az 5S kísérleti területen történt eredményes bevezetésen, épp a teljes gyári bevezetésen dolgoztunk, amikor a nagyvezetgák területére értünk. Épp az ismertető tréninget kezdtem volna el tartani, amikor az egyik kolléga azt mondta, hogy a területükön 3 éve kérnek villákat, amelyekkel a géptérben összegyűlt forgácsot lehetne eltakarítani, de eddig még nem kaptak. Olyan villákat kértek, amilyeneket a mezőgazdaságban és állattenyésztésben használnak. A kérés teljesen jogos volt. Vállalati hitelkártya csere miatt nem volt más lehetőségem (kimegyek a városba, az első gazdaboltban megveszem a villákat, és kész), hivatalosan megrendeltem 6 db villát és lapátot, ez 3 hét alatt be is jött, majd a munkavédelem szakértése után még egy hétig tartott, míg a hegyes villahegyekből tompát csináltak. Szinte ünnepélyes keretek között adtuk át a szerszámokat a kollégáknak, el sem akarták hinni a ténytet. Attól kezdve rájuk számíthattam, akár 5S-ről, akár a DJR-ről volt szó. Sorra adták a javaslataikat, főként a CNC programokon javítottak, ami nem csak időmegtakarítással, hanem szerszám élettartam növekedéssel is járt.

Az elmondott két példából is világosan kitűnik, hogy a vezetés hozzáállása alapvető.

Nagyon fontos dolog, hogy a menedzsment megértse, a DJR nem divat, nem úgy működik, hogy kihirdetem, aztán várom az ötleteket, egyetkettőt jutalmazok és kész. A DJR akkor működik jól, ha világos vállalati eljárásrend keretében működik, ahol a jogok és kötelességek világosan szabályozva vannak. A KAIZEN irodalmában általában (az igényesebbeket leszámítva) az található, hogy a dolgozók bevonása ingyen van, az pénzbe nem kerül, sőt jelentős megtakarítást eredményez. A végeredményt tekintve ez igaz is! De! A rendszer akkor működik jól, ha van megfelelő infrastuktúrája, ennek a kiépítése és működtetése azonban költségekkel jár, ami persze meg fog térülni (szerintem már az első évben). Olyan ez, mint bármilyen beruházás, előbb én fizetek, és aztán később jön a haszon.

A DJR Vállalati Szabályzat

Mint már említettük, a javaslati rendszer akkor működik jól, ha létezik világos és egyértelmű szabályozás, amely teljesen összhangban van a vállalat szervezési és működési szabályzatával, annak egy elemét képezi. Minek kell szerepelnie egy ilyen eljárásrendben? Az következőkben tartalomjegyzék-szerűen felsoroljuk a főbb pontokat, amelyeket majd ki is fogunk fejteni. E tartalomjegyzék az általunk elképzelt ideális rendszerre vonatkozik, de a részletes kifejtésben mások tapasztalatait, ajánlásait is figyelembe fogjuk venni.

- A rendszer célja, vonatkozási területe
 - Kiktől várjuk a javaslatokat?
 - Milyen témákban várjuk a javaslatokat?
- Alkalmazói
 - Felelős
 - Javaslatot adók
 - Véleményezők
 - Elbíráló
 - Jutalmazó
- A rendszer leírása
 - A javaslat útja a beadástól az értékelésig határidőkkel
 - Véleményezői és elbírálói helyettesítés
 - Jutalmazások
 - Jogorvoslati lehetőségek
 - Kommunikáció és tréning
- Továbbfejlesztés

A rendszer célja, vonatkozási területe

A cél fontosságának meghatározásáról, úgy gondolom, nem kell beszélnünk, ezért inkább a cél elérhetőségének eszközeiről fogunk beszélni.

Vonatkozási terület – kiktől várjuk a javaslatokat?

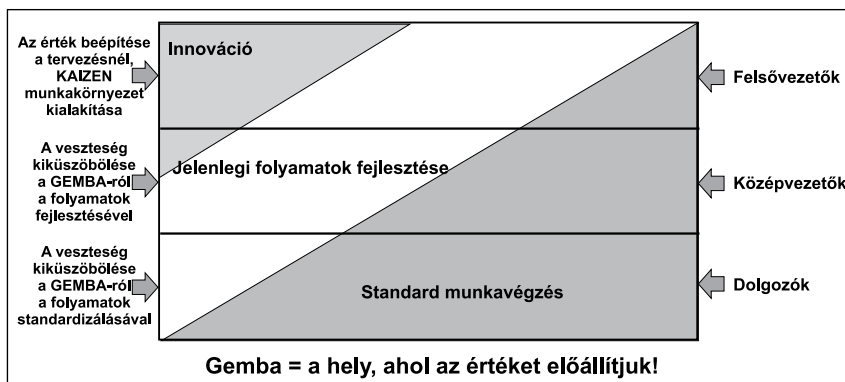
Az első kérdés, hogy kit akarunk bevonni a javaslati rendszerbe? A teljes állományt, csak a fizikai dolgozókat, csak a termelésben dolgozókat, vagy az „irodistákat” is? Manapság elterjedt, hogy bizonyos tevékenységeket külső vállalkozásoknak adnak át, vajon az ő munkatársaik adhatnak-e javaslatokat? Sok vállalat bérelt munkaerőt foglalkoztat, vajon adhatnak-e javaslatokat ők is?

Ez utóbbi kérdéssel magam is szembesültem. Az a kolléga, aki először megszerezte a jutalmazáshoz szükséges pontmennyiséget, bérelt munkaerő volt. A jutalma-

zásban a HR volt a kompetens, természetes módon hozzájuk fordultam. A válasz, amit kaptam, letaglózott. „Miért fizessünk neki? Ő nem a mi emberünk!”. Úgy gondolom, hogy ez nemcsak szakmailag, de emberileg is a legalpárabb hozzáállás. Adott egy ember, aki – bár nem viseli a cég logóját a homlokán – ötleteivel segíti a logó megerősítését, az ne kapja meg, amit a vezérigazgató által szentesített eljárásrendben meghatároztunk? Szerencsére a főnökei is elégedettek voltak a munkájával, és hamarosan elindították az állományba vételt. Ez alatt az idő alatt, Marci sem lógázta a lábát, és újabb javaslatokkal segítette a munkát, úgy, hogy év végére már másodszor is elérte a jutalmazáshoz szükséges pontokat. Mivel egy éven belül a szükséges pontszám kétszeresét érte el, a szabályzat szerint nem az alapösszeg kétszeresét, hanem négyszeresét kapta, ráadásul karácsony előtt, igaz, ekkor már saját dolgozónk volt. Az erről szóló oklevelet a vezérigazgató adta át a karácsonyi vacsorán, a vállalat majd minden dolgozójának jelenlétében. A Főnöknek nem kellett megmagyaráznom, hogy miért szeretném, ha ő adná át, és pont a partin az oklevelet. Ráadásul, még meg is kérdezte, hogy „csak egy van? Jövőre többet szeretnék átadni!” Említettem már a vezetés szerepét!

Véleményem szerint, a javaslatokadásába minden olyan dolgozót be kell vonni, aki „életvitel szerűen” a munkáját hosszabb időn (ennek meghatározása a helyi körülményektől és a jutalmazási rendszertől függ) keresztül az adott vállalatnál végzi.

Hogyan nevezzük a dolgozók bevonását a fejlesztési feladatokba? Ez a szó a KAIZEN, ami NAMIKI szan szerint [11], ha nagybetűvel van írva, akkor filozófia, ha kisbetűvel akkor módszer. Mivel KAIZEN, álljon itt a legautentikusabb képviselő, az IMAI által alapított Kaizen® Institute egy ábrája [12], ahol láthatjuk, hogy a vállalat különböző szintjén dolgozó munkatársaknak mi is a szerepe a kaizenben.



© Kaizen Institute

3. ábra: A Kaizen és a vállalati hierarchia

Az ábráról világosan leolvashatjuk, hogy a KAIZEN a teljes vállalati struktúrát áthatja, át kell, hogy hassa, mivel partikulárisan lehet ugyan eredményeket elérni, de ez messze elmarad a teljes rendszert bevonó alkalmazás eredményességétől. Az egyes strukturális szintekre azonban más és más elvárásokat kell megfogalmaznunk. Egy mérnöktől vagy közgazdásztól nem csak olyan javaslatokat várunk, hogy a folyosón lévő szekrényt hogyan helyezzük el, és milyen – a dossziék kérését segítő – jelölési rendszert alkalmazzunk.

Itt azt is el kell mondanunk, hogy a javaslatok adása ne legyen kötelező, az a dolgozó belső meggyőződéséből fakadjon. Gondoljuk el, ha havonta kell adni egy javaslatot, akkor nem biztos, hogy az adott időpontban egy igazán jó ötlet fog kipattanni, de valamit kell javasolni, és ekkor jönnek a semmire nem használható elképzelések. Ezt a dolgozók is érzik, és inkább azzal vannak elfoglalva, hogy szidják a kötelező rendszert, ahelyett, hogy a valódi javításon gondolkodnának. Legyen a vállalatnak 100 olyan munkatársa, aki javaslatot ad, akkor éves szinten $100 \times 12 = 1200$ javaslatot kell lekezelni, továbbá kell egy ellenőrző bürokrácia is, hogy adott-e a dolgozó javaslatot az adott hónapban. Ez az erőforrások elpocsékolásának a legkiválóbb módja. Az már csak hab a tortán, ha ezért még meg is büntetik a dolgozót, te csak 8-at adtál 12 helyett, ezért buktad az év végi bónuszod 10%-át. Ha egyenrangú partnernek tekintjük a dolgozókat, akkor ilyen fel sem merülhet.

Vonatkozási terület – milyen témákban várjuk a javaslatokat?

A vonatkozási terület egy másik fontos aspektusa, hogy a valóságban milyen területekre várjuk a munkatársak javaslatait. A legtöbb szakértő egyetért abban, hogy a vállalat minden működési területére alkalmazni kell, ez a megfogalmazás azonban túlságosan általános. Úgy lehetne mondani, hogy a javaslatok terjedjenek ki a PQCDMS univerzum minden deminziójára. Lássuk ezeket!

- Productivity – termelékenység
- Quality – minőség
- Cost - költségek
- Delivery – szállítási határidő
- Safety – (munka) biztonság
- Morale – morál, erkölcsösség

Úgy gondoljuk, hogy egy eredményes vállalat legfontosabb mutatóit sorolja fel a PQCDMS univerzum. Legyen termelékeny, jó minőségben állítsa elő a termékét és/vagy szolgáltatását, megfelelő

költségszinten dolgozzon, határidőre teljesítse kötelezettségeit. A munkavégzés legyen biztonságos, és mind a vállalat külső partnereivel, mind a vállalat dolgozóival szemben megfeleljen a társadalmilag elfogadott erkölcsi elvárásoknak. Az elmondottak alapján célszerű a fenti kategóriákat definiálni, hogy ezekben várjuk a munkatársak javító ötleteit.

A MAM Hungária Kft. ügyvezetője bemutatta azokat a szlogeneket [13], amelyeket a náluk alkalmazott javaslati rendszerhez fogalmaztak meg. Mi is érdekli a vezetést?

- Minden, ami emeli a minőséget.
- Minden, ami biztosítja a rendet és a tisztaságot.
- Minden, amivel olcsóbban vásárolhatunk.
- Minden, amihez nem kell raktározni.
- Minden, ami javítja a vevőinkkel való kapcsolatot.
- Minden, ami csökkenti a javítások számát.
- Minden, ami fejleszti a termékeinket.

Láthatjuk, hogy a bébi műanyag termékek gyártását világszínvonalon művelő gyár vezetése milyen frappánsan fogalmazta meg az elvárásait. Azt is láthatjuk, hogy ezeket az elvárásokat a PQCDMS univerzum számukra legfontosabb dimenziói köré csoportosították.

A DJR alkalmazói

Ebben a részben szeretnénk felvázolni egy általunk eredményesnek gondolt, elemeinek nagy részében a gyakorlatban is kipróbált módszert. A nemzetközi szakirodalomban nem találunk utalást konkrét rendszerek szervezeti struktúrájára. Ennek két oka is lehet, egyfelől nem szívesen tárják a nyilvánosság elé a működési módszerüket, másfelől a megoldások annyira egyedi, hogy nem tartják említésre méltónak. Így a magyarországi tapasztalatokra kell hagyatkoznom, s mivel nincs konkrét felhatalmazásom a cégektől arra, hogy ezt publikálhassam, megpróbálom összefoglalni. A DJR a humán erőforrás szervezet keretében működik. Ők kezelik a javaslatokat és általában egy felső szintű – leginkább műszaki – bírálóbizottság elé terjesztik, akik döntenek az elfogadásról és a megvalósításról. A jutalmazás kalkulálásában és annak a dolgozóhoz való eljuttatásában ismét csak a HR játszik fontos szerepet. Kimondhatjuk, hogy a DJR-nek nincs konkrét egyszemélyi vezetője, felelőse. Ezt a magunk részéről nem tartjuk elfogad-

hatónak, továbbá azt sem, hogy a rendszer a HR keretein belül működik. Véleményünk szerint, a javaslati rendszer akkor működik hatékonyan, ha van „arca”, egyszemélyi felelőse, aki a munkatársak számára egyet jelent a javaslataik gondozójával, holott szerepe inkább szervező, mint elbíráló és megvalósító. Említettük már az Újító Mozgalmat: a gyárakban volt újítási előadó (rész vagy teljes munkaidőben), aki általában a Technológiai Osztályhoz tartozott.

A javaslatok megvalósulásában a HR-nek pusztán adminisztratív szerepe van, ezért nem célszerű a keretein belül üzemeltetni. Egy ilyen rendszert azon vállalatok vezetnek be, akik a korszerű minőség- és termelékenységfejlesztő filozófiákat/módszereket már amúgy is alkalmazzák, azaz létezik Hat Sigma vagy Lean vagy Kaizen szervezetük és profi szakemberek állnak rendelkezésre a működtetéshez. Ebben az esetben a DJR felelőse közvetlenül a Kaizen Vezetőhöz (nevezzük most így) kerüljön, aki egyébként általában az üzleti vezetés legfelsőbb szintjéhez tartozik. Így lehet biztosítani a menedzsment hatékony támogatását, továbbá azt is, hogy olyan javaslatok, amelyek túlmutatnak egy javításon vagy fejlesztésen, belekerüljenek az elkövetkező időszak fejlesztési tervébe.

A DJR vállalati szintű felelőse

Az a munkatárs, aki egy személyben felelős a javaslati rendszer napi működtetéséért, felügyeli a véleményezések és megvalósítások pontos időrendjét, gondoskodik a jutalmazásokról, biztosítja a teljeskörű kommunikációt a dolgozók és a vezetés között, továbbá folyamatosan fejleszti a rendszert a dolgozók bevonásával.

Javaslatot adók

Korábban hosszabb eszmefuttatásban vázoltuk, hogy a KAIZEN-ből a vállalat egyetlen munkatársát sem szabad kihagyni. Az egyes munkaterületeken dolgozókra azonban világos szabályozások legyenek, amit a vállalati szabályzatnak kell tartalmaznia.

Véleményező, elbíráló

Ez szintén kritikus pontja a DJR-nek. Utaltunk már rá, hogy általában magasabb szintű elbírálói csoport dönt a javaslatok sorsáról. Ezzel több ok miatt sem tudunk egyet érteni. A műszaki, a termelési, a logisztikai és a beszerzési igazgatóból

álló bizottság esetenként nagyon egyszerű javaslatokról kell, hogy véleményt mondjon. Ezen a szinten már nem biztos, hogy elfogdott lesz az a javaslat, ami a helyszínen (gembán) egy egyszerű, de hasznos megoldást eredményez. A döntési felelősséget az alsóbb szintekre kell ruházni. Persze, nem mindegy, hogy hová! Ismerünk olyan rendszereket, ahol a javaslatról a dolgozó közvetlen felettese, a műszak vezetője dönt. Érdekes módon, ezekben az esetekben kevés a beadott javaslat, azoknak is csak töredéke valósul meg. Miért? Amennyiben a javaslat megvalósítása komolyabb erőfeszítést kíván, jön az Ohm-törvény, a műszakvezető a legkisebb ellenállás irányába megy, a plusz munkát már nem vállalja (amúgy van millió más baja), elutasítja a javaslatot.

Saját rendszerünk kidolgozásakor megkérdeztük a dolgozókat, ők hogyan látnák az optimális megoldást. Közösen a következő elhatározásra jutottunk.

A dolgozó a javaslatot a műszakvezetőjének nyújtja be, aki véleményezi azt, és továbbítja a termékfelelős mérnöknek. Ő szintén véleményez, és elbírálásra, döntésre, az egyszemélyi felelőshöz továbbítja, aki a Kaizen Mérnök titulust viseli (ez a személy voltam én, tehát én döntöttem a javaslatról). Amennyiben mindkét előző szint javasolta, természetesen nem volt okom elutasítani a javaslatot, de amikor egyik vagy egyik sem támogatta, akkor visszaküldtem, részletesebb indoklást kérve.

A Tisztelt Olvasó ezek után joggal teszi fel a kérdést, hogy vajon minden esetben működik-e a cikkíró által felvázolt módszer? Ez-e az egyetlen helyes út? Vagy van másik is? A kérdés jogos! Minden módszernek vannak előnyei és hátrányai, amelyeket a konkrét viszonyok ismeretében kell értelmezni. Az általam vázolt többszintű véleményezési és döntési folyamat nem egy esetben igen hosszú, több száz napos lezárásokhoz vezetett. Ma már megvannak az elképzeléseim arra, hogy mit lehetne tenni ennek elkerülésére. Amit fontosnak tartok, a rendszer kidolgozásakor vonjuk be azokat is, akik majd a javaslatokat fogják adni, gondoljunk csak Hiratsuka szan ábráira.

A Jutalmazó

A jutalmazó szerepét két aspektusból közelíthetjük meg. Jutalmazó az is, aki a rendszer sajátosságából függően először értesül arról, hogy XY kolléga teljesítményéért jutalomra érdemes. Itt a legfontosabb a gyorsaság, hiszen az érintett is

követi javaslatának útját, ő is látja a jutalom lehetőségét. Az igazi jutalmazó azonban a vállalkozás azon vezetője, aki – lehetőleg ünnepélyes körülmények között – átadja a megérdemelt oklevelet és kiemeli, hogy ezekkel a javaslatokkal hosszabb távon számol a vezetés, mert értékük jelentősen hozzájárul a cég eredményességéhez.

A DJR működése

Papír alapú rendszerek

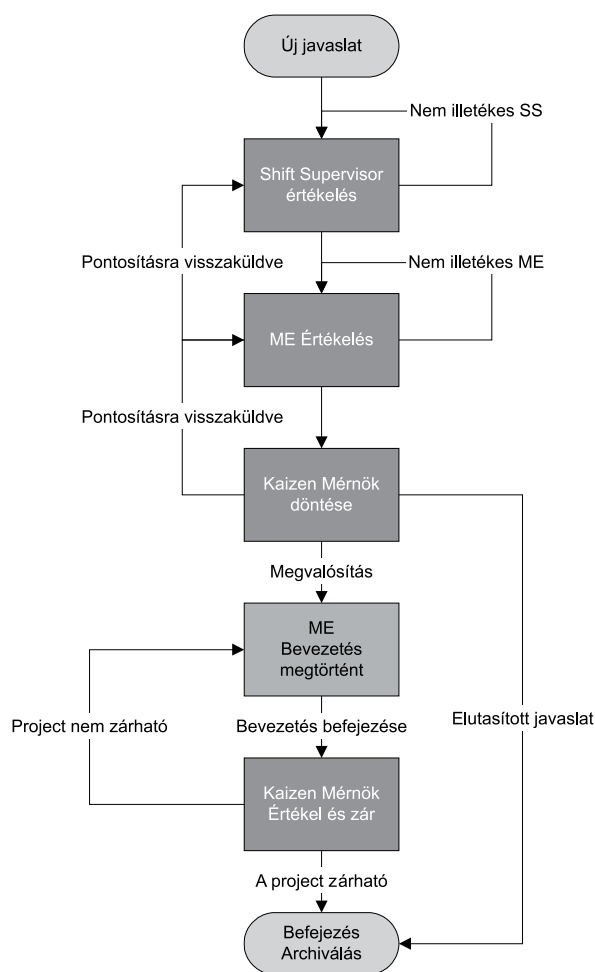
A DJR a leggyakrabban „ötletládaként” működik, ahová a dolgozók egy előre rendszeresített nyomtatványt használva elhelyezik az ötleteiket. Ezeket a ládákat bizonyos időnként a rendszerért felelősök kiürítik, és megindul az ötletek feldolgozása. Egy ilyen rendszernek az a nagy előnye, hogy vállalat több pontján lehet elhelyezni a ládákat, a dolgozók könnyen elérhetik ezeket, amikor kipattan az ötlet, percekben belül már beadott javaslat lehet belőle. Előnye még a rendkívül könnyű használhatóság, nem kíván speciális, például számítógépes ismereteket.

Ennél a módszernél kritikus pont, hogy milyen gyakran ürítik az ötletládát, a dolgozók szemszögéből nézve, úgy fogalmazható meg: „mennyire érdekli a vezetést a javító szándékom”? Legalább kétnaponta el kell vinni a javaslatokat feldolgozásra; már a heti ürítés is túl hosszú időnek tűnik. Az ilyen, papír-alapú rendszereknek egy másik kritikus pontja a kitöltendő űrlap. Ismerünk nagyon bonyolultakat is (nem érdemes ilyent kibocsátani, mert már a kitöltése visszariaszthatja az ötletelőt); ezek között van nem egy olyan, hogy ezen végigkövethető a javaslat teljes életútja, az ötlettől a kifizetésig. Itt már egy A4 lap mindkét oldalára szükség van. Vannak egyszerűbbek, ahol csak a javaslattevő(k) neve, a jelenlegi állapot leírása és az ötlet szerepel. Néhol megjelenik a lehetséges haszon becslésére szolgáló rész is. Nem találtunk összefüggést a vállalkozás nagysága és az űrlap bonyolultsága között. Érdekességként mondjuk el, hogy az egyik multinacionális nagyvállalatnál „újító”-nak hívják a javaslatot adókat.

Ezen kézi nyilvántartású alkalmazásoknak akad hátránya is. Az egyik ilyen a dolgozók általi nyomomkövethetőség, azaz a „hol tart már a javaslatom?”, valamint a működtetők részéről a visszakereshetőség (időben eltolt, duplikált javaslatok problémája), valamint a vezetés részére a riportkészítés. A kézi feldolgozás nem kedvez a gyors átfutásnak sem.

Az elektronikus, web alapú rendszerek

Napjainkban egyre több vállalatnál működnek olyan vállalatirányítási rendszerek, amelyeknél a dolgozók maguk viszik a rendszerbe a munkák elkezdését, lejelentését. A munkához szükséges utasításokat, szabványokat, biztonsági adatlapokat is számítógépes rendszerből tudják lekérdezni, elektronikus riasztást adnak a karbantartásnak, ha valamilyen probléma lépett fel. Ezeken a helyen a DJR-t is érdemes számítógépre vinni. Ehhez viszont alapvetően szükséges, hogy a rendszernek legyen egyszemélyi felelőse, rendszergazdája. Egy ilyen web alapú rendszer főként olyan helyeken tud jól működni, ahol nem bizottság dönt a javaslatokról, hanem alsóbb szinten véleményeznek, és az egyszemélyi felelős dönt. Ekkor a dolgozó bármikor megnézheti, hogy hol tart vagy éppen áll a javaslata. Egy ilyen, általunk a GE Energy-ben működtetett rendszer folyamatát láthatjuk a 4. ábrán. Shift Supervisor: műszakvezető, ME: termékfelelős mérnök, Kaizen Mérnök: egyszemélyi felelős, ő dönt.



4. ábra: Egy megvalósított web alapú rendszer

Ennek a rendszernek megvan az az előnye is, hogy mind vertikálisan, mind horizontálisan előre-hátra küldhetők a javaslatok. Amennyiben a megvalósítással kapcsolatban biztonsági aggályai vannak a termékfelelős mérnöknek, akkor elküldheti a KEM (Környezet, egészség és munkavédelem) illetékesének, vagy a megvalósíthatóság miatt a karbantartásnak. Előny az is, hogy amint a dolgozó útjára indította a javaslatot, a következő (bármelyik) szint e-mailben értesült arról, hogy feladata van a rendszerben. További előnye, hogy bármikor riport készíthető a javaslatokról, az egyes státuszokban (folyamatban, lezárt, elutasított) hány javaslat van, kinél van a javaslat, hány napja stb. Az archívumból bármikor előkereshető egy korábbi javaslat, a teljes történetével együtt. A rendszerhez csatolhatók, dokumentumok fényképek, rajzok, leírások. A rendszer legnagyobb előnye a kis élőmunka ráfordítás, illetve a szükséges munkaidő szétosztása a rendszer résztvevői között. Évi több mint 800 javaslatot a munkaidőm 20-25 %-ban lekezeltem, a jutalmazásokkal és a „dicsőségtábla” (erről majd később) folyamatos frissítésével.

A rendszernek természetesen van hátránya is, ami azonban kiküszöbölhető. Ez pedig a határidők tartása a különböző szinteken. A fegyelmezetlenséget különböző módon lehet megelőzni. Bizonyos eltelt idő után a rendszer automatikus figyelmeztetést küld az illetékesnek. A magam részéről egyszerűbb módszert választottam, minden pénteken délután kettőkor csináltam egy riportot, majd egy kedves hangú levélben tájékoztattam az érintettet a hiányosságról, másolatban a főnökének. Hétfőn délután aztán nem győztem dönteni a beérkezett javaslatokról.

Ötletgyűjtés külön erre a célra szervezett eseményeken

Van ahol nincs elektronikus rendszer, de még ötletláda sem, de negyedévente egy napon a dolgozóktól várják a javaslatokat, esetenként még a helyszínen elbírálják őket. Ez azonban inkább kisebb cégeknél fordulhat elő. Egy kissé túlzó megvalósításnál a legfőbb vezető megjelent a dolgozók előtt egy halom készpénzzel, és rögtön kifizette az ötleteket. A magam részéről inkább a konszolidáltabb, szervezettebb formát ajánlanám. Vannak olyan helyek is, ahol a láda vagy a számítógép mellett megrendezik a Kaizen Napokat. Ez olyan szempontból különösen hasznos, hogy időről időre felhívja a figyelmet a működő napi rend-

szerre. Az ilyen alkalmakat általában úgy érdemes szervezni, hogy mindig egy konkrét téma legyen a fókuszpontban.

Jogorvoslati lehetőségek

Véleményem szerint egy ilyen rendszerbe feltétlenül be kell építeni egy olyan lehetőséget is, hogy a dolgozó fellebbezhessen, ha a javaslata elutasításra került. Ahol bizottság dönt a javaslatokról, ott alkalmat kell adni a dolgozónak, hogy személyesen is kifejtse a véleményét, esetleg az ötlete mellett kiálló más kollégákat is felvonultatson igazának bizonyítása érdekében.

Egyszemélyi döntés esetére álljon itt saját példám. Amennyiben elutasítottam a javaslatot, dolgozó személyesen megkereshetett – volt fogadóórám – és a fenti elveknek megfelelően meggyőzhetett ötletének helyességéről. Ilyen azonban talán egy esetben fordult elő, aminek abban látom az okát, hogy a döntés-előkészítő fázisban mind a műszakvezetővel, mind a termékfelelőssel kompromisszumra jutottunk. Elfogadtuk a javaslatot, de a „díjazásnál” alacsonyabb szinten értékeltük.

A javaslatok értékelése, jutalmazása

Az általunk ismert rendszerek esetében van ahol azt is értékelik, hogy a dolgozó egyáltalában beadott javaslatot, függetlenül attól, hogy az megvalósul-e vagy sem. Ilyen esetekben kap 500 pontot (forintot, valamilyen egységet), ami a dolgozó „saját számlájára” kerül. Vannak olyan rendszerek, ahol az elfogadott javaslatért (és majd az eredményért is) jár a pont, és vannak olyanok is, ahol csak a megvalósított javaslatokat jutalmazzák. Mi ez utóbbit alkalmazzuk. Természetesen előfordult olyan javaslat, amelyik nagy ötlet volt, de akkor nem volt remény a megvalósítására, vagy olyan horderejű, hogy egy fejlesztési projekt részévé válhatott. Ekkor úgy kezeltük, mintha megvalósult volna, és ez alapján járt a jutalmazás. Sok javaslat foglalkozott 5S témával, ezek esetében – függetlenül a tartalmától – a dolgozó a lehetséges 10 pontból 3 pontot kapott, ami gyűlt a számláján. Ezek az alapelvek természetesen világosan meg voltak fogalmazva a Dolgozói Javaslati Rendszer Vállalati Szabályzatában, amit minden dolgozó elérhetett a belső hálózaton.

Az általunk ismert rendszerekben a következő értékelési és jutalmazási módszereket alkalmazzák:

- meghatározott szempontrendszer alapján pontozás,

- a megtakarítás meghatározott százalékanak kifizetése
 - készpénzben vagy
 - tárgyjutalomban,
- a megtakarítás meghatározott százaléka felső korláttal,
- felszabadított terület nagysága alapján Ft/m² alapon.

Természetesen léteznek vegyes rendszerek is, melyek mindig a helyi sajátosságok alapján vannak kialakítva.

A Brassói Egyetem két kutatója [14] úgy fogalmaz, hogy egy jó javaslat a következő tíz kritérium közül legalább egynek megfelel:

- 1) hatékony
- 2) az alkalmazásának széles területe van
- 3) bevezethető
- 4) már be is van vezetve
- 5) egy nagy ötlet van mögötte
- 6) eredeti
- 7) egy probléma okát szünteti meg
- 8) illeszkedik a vállalati célokhoz
- 9) olyan problémát old meg, amely minden dolgozót érint
- 10) olcsón megvalósítható

Ezeket a szempontokat az értékeléshez is felhasználhatjuk. A szerzők ennek alapján az értékelésnek három fő szempontját határozzák meg, ráadásul súlyozva:

- hatás – 40%
- eredetiség- 25%
- eredmény – 20%
- bevezethetőség – 15%

Az értékelőlapot az 5. ábrán be is mutatjuk. Sajnos a lap angol nyelvű, de reméljük, hogy ez nem fog problémát jelenteni.

Látható, hogy rendkívül precízen van elkészítve, igen jó pontozási felbontással bír, nem okozhat problémát az értékelésben, ráadásul a konkrét jutalom is fel van tüntetve. Pár évvel korábban mi egy hasonló, de egyszerűbb értékelési rendszert alakítottunk ki, amelynél egy javaslatért maximum 10 pontot lehetett kapni.

	Pontszám		
	0	1	2
Az üzletre/biztonságra gyakorolt hatás	nincs	kicsi	nagy
Alkalmas-e elterjesztésre?	nem	igen	
A megvalósítás költségei		nagy	kicsi
Régóta húzódó probléma-e?		nem	igen
A megoldás módja		hagyományos	kreatív
Teljes-e a lezáró dokumentáció?	nem	igen	

6. ábra: Egy szintén használatos értékelő lap

A pontozásos rendszerek olyan helyeken alakulnak ki, ahol a vállalat különböző területein elért megtakarítások az eltérő anyagok és technológiák miatt korrekt módon nem összehasonlíthatóak. Ismerek olyan pontozásos rendszert, amelyben a pénzben elért megtakarítást ponttá

Evaluation Standards *)																										
Evaluation Factors		Principal Review Items and Evaluation Points																								
Effect (40)	Very significant				Considerable				Small				Not significant													
	40	38	36	34	30	28	26	24	20	18	16	14	10	6	4	0										
	Highly novel and creative				Quite original, offering a wide sphere of application				Can be creatively applied with some help; creative when widely applicable				Similar examples elsewhere; hot very creative or insightful, but has reference value													
Originality (25)	25		23		20		18		16		14		12		10		8		6		4		2		0	
	Required a great deal of effort				Required quit a bit effort				Required some effort				Just a lucky strike, very little effort													
Effort (20)	20		18		16		14		12		10		8		6		4		2		0					
	Can be implemented immediately				Requires a preparation period				Still some room for improvement and more thinking				Will require a lot of further study hard to tell if proposal has much future													
Possibility of implementation (15)	15		12		10		8		6		4		2		0											
Class of proposal and award payment																										
Class		1		2		3		4		5		6		7												
Total points		90 or more		80 or more		70 or more		60 or more		50 or more		40 or more		30 or more												
Award, USD		200		130		70		20		13		7		4												
*) Adapted from Nichii Co., Ltd., Japan																										

5. ábra: Egy jól használható értékelő lap

konvertálják (1 Ft = 1 pont). A pontok gyűjtőik a saját számlán, és amikor a dolgozó úgy gondolja, hogy beváltja a pontjait, akkor egy tárgylisából, ahol minden tárgynak meghatározott pontértéke van, választhat magának egy kedvére valót. A tárgylista a hajszárítótól a mosogatógépig terjedhet.

Egyszerűbb a helyzet, ahol a közvetlen megtakarítást fizetik ki, vagy a pontok alapján (lásd a román kollégák) fizetnek készpénzzel. A közvetlen fizetés tűnik a legegyszerűbbnek, de ennek bevezetése két dologtól függ igazán. Egyfelől az alkalmazó vállalat kultúrájától. Vannak cégek, amelyek kifejezetten irtóznak a pénzbeli kifizetéstől, ezért aztán inkább vállalják, hogy az eredeti összeg többszörösét költse el. A mások az éppen hatályos törvények és jogszabályok, lehet, hogy a dolgozó jobban jár valamilyen (de az nem mindegy, hogy milyen!) tárgyjutalommal, mintha azt készpénzben kapná. Az általunk kidolgozott rendszerben jutalom 60 pont elérése után járt. A szabályzat megalkotásakor még vásárlási utalványban gondolkodtunk, de a pénzügyesek meggyőztek arról, hogy mind a vállalat, mind a jutalmazott akkor jár jól, ha pénzt kap. A dolgozók igen örültek ennek a fordulatnak.

Ki valósítja meg a javaslatokat?

A DJR működtetésének egyik utolsó, de egyben legfontosabb fázisa, az ötlet megvalósítása, hiszen azért dolgoztunk eddig ennyit, hogy már élvezzük a javaslat jótékony hatásait, vagyis ez a siker kulcsa.

Csupán felsorolva a lehetséges módokat:

- egyéni megvalósítás
- a dolgozó a művezető segítségével
- a dolgozó egyéb mérnöki segítséggel
- a karbantartás
- a „Kaizen Kommandó”

Az egyszerűbb ötleteknek gyakorlatba vitelet a dolgozó is megvalósíthatja, de ennek határt szab az adott területre vonatkozó hatásköri szabályozás. Leggyakoribb eset, amikor a dolgozó a műszakvezetőjével együtt dolgozik a javaslaton, hiszen nagyon sok esetben szükséges a műszakok közötti egyeztetés, esetleg mérnöki támogatás, anyagok, eszközök beszerzése. Van olyan eset is, amikor már más mérnöki és egyéb (termékfelelős, KEM szakember, beszerzés, karbantartó) segítség

is szükséges. Ilyen lehet például, amikor a dolgozó a megmunkáló CNC program módosítására tesz javaslatot, vagy a biztonságos munkavégzést elősegítő ötlettel áll elő.

Nagyon sok helyen az elfogadott műszaki jellegű javaslatok a karbantartáshoz kerülnek, és ők biztosítják a megvalósítást. Ez egy profi megoldást tesz lehetővé, de nem elsőrendű feladata a karbantartóknak, így könnyen hátrébb sorolódnak ezek a munkák, a váratlan és a tervezett feladatok megoldásánál. Az egyik leghatékonyabb módszer lehet úgynevezett Kaizen Kommandók létrehozása. Ez egy olyan 2-3 fős csapat, amelynek egyetlen feladata van, a javaslati rendszerbe került ötletek megvalósítása, esetleges továbbfejlesztése szoros együttműködésben a karbantartással. Szervezetileg a Kaizen/Lean csapathoz illene tartoznia, de gyáregységi hatáskörben is kiválóan működhet, mint azt tapasztaltam, sőt az elnevezés is a gyáregység vezetőjétől származik.

Egy rövid megállás, összefoglalás

Az eddigiek során rövid áttekintést adtunk a DJR egyáltalán elérhető, nem túl széles és mély ismereteket tartalmazó történetéről. Ezek után megpróbáltuk részletesen összefoglalni, hogy melyek azok a tényezők, amelyek befolyásolhatják egy sikeres rendszer kialakítását és alkalmazását, melyek röviden a következők:

- A vezetés teljes és tevőleges elkötelezettsége.
- Könnyen használható a dolgozók által.
- Világosan meg vannak határozva a szerepek, a jogok és a kötelességek.
- Egyértelmű és korrekt értékelési és jutalmazási rendszer.

Mindezeknek egy vállalati szabályozásban kell megjelennie, amelynek elkészítésébe bevontuk a különböző szinteken dolgozó munkatársakat is. E szabályzatot mindenki ismeri, bármikor könnyen elérhető, és nem utolsó sorban folyamatosan fejleszthető.

Néhány szó a bevezetésről és alkalmazásról

Amennyiben már tudjuk, hogy mit, kivel, milyen formában szeretnénk csinálni, a vállalati szabályozás kész, a vezetőségre hárul az a feladat, hogy ezt a felelős (vagy felelősök) jelenlétében ismertesse a munkatársakkal. Ez egy kampány,

még a rendszer indítása előtt, amelyben fel lehet használni a vállalati újságot, különböző szintű értekezleteket (all employee meeting – minden munkatárs részvételével tartott felső vezetői értekezés, eligazítás, feladatkitűzés). A kampány hosszúsága akár egy hónap is lehet. Ez alatt az időszak alatt lehetőség nyílik arra, hogy a dolgozókat részleteiben is megismertessük a komplett rendszerrel, vagy akár kísérleti jelleggel működtessük és ennek alapján elvégezzük a még szükséges korrekciókat.

Ahol elektronikus rendszert kívánnak alkalmazni, ott a tréning szerepe felértékelődik, hiszen a dolgozóknak be kell mutatni minden egyes apró részletet, hogy utána jól tudják kezelni a rendszert. Az általunk megvalósított rendszerben a dolgozói tréningeket magam tartottam, hogy a végleges „használati utasításban” lehetőleg minden FAQ (leggyakrabban kért dolog) kérdésére megfelelő választ kapjanak. Bevezettem a fogadóóra intézményét, hétfőn délelőtt az üzemi területen, pénteken délután a saját kis boxomban fogadtam az érdeklődőket. Mivel naponta többször megfordultam a helyszínen (gembán), ott is bármikor jöhetnek a kollégák a kérdéseikkel és véleményükkel. Mivel a gyár 5S vezetőjének tisztségét is betöltöttem, rendelkeztem két szép nagy, falra szerelhető flip-chart táblával, amiből az egyiket feláldoztam a DJR oltárán. Azon szerepeltek a legszükségesebb információk. A tábla nagyon szerencsés helyen volt, amikor a kolléga a kávézó/büfé/ebédlő terület felől átlépett a gembára, rögtön szembetalálta magát a táblákkal. Megkávézva, jóllakottan, általában meg is nézte azokat. (Ugye ezt hívják a Lean-ben vizuál menedzsmentnek?)

A DJR tábláknak a rendszer működtetésében is komoly feladata van. Nem arra valók, hogy hétről hétre, hónapról hónapra bemutassuk, hogy mennyi javaslat jött (ez Deming 5., amiről már beszéltünk), hanem arra, hogy megmutassuk a díjazottak javaslatait. Ez a legjobb hajtóerő. Már talán a tizedik díjazottunk „munkássága” (ugye ez legalább hat megvalósult javaslatot eredményezett) volt kint a táblán, amikor az egyik kolléga (éppen a táblát rendezgettem) odajött, segített feltenni a mágneses A4 méretű tartókat, nézi őket, és oda szól: „Figyelj, ilyen, sőt ennél jobb ötleteim is vannak, és ennyi pénzt kap ezért?”. A válasz rövid és tömör: „Add be”. Megtette, és egy éven belül ő is „ennyi pénzt” kapott.

Számszerűsíthetők-e DJR alkalmazásával elért gazdasági eredmények?

Eddig már nagyon sokat írtunk a javaslati rendszerről, sokat írtunk arról, hogy a haszon nagyon sok esetben nem közvetlen költségmegtakarításban jelentkezik, hanem áttételesen befolyásolja a vállalati mutatókat. Néhány számadattal azonban tudunk szolgálni.

ARIF és munkatársainak már említett munkájában [4] Mike VERESPEJ egy 1992-es cikkét idézik, mely szerint minden egy dollár költségre (a javaslati rendszer működtetése, beleértve a jutalmazásokat is) átlagosan 13 dollár megtakarítás jut, továbbá egy ötlet átlagosan 7000 USD megtakarítást eredményez. Ez utóbbi számot kissé túlzónak találjuk, lehet, hogy csak a nagy ötleteket vette figyelembe? A tízszeres „hatékonysági mutatót” viszont alacsonynak ítélnék. Verespej eredet cikkét sajnos nem találtuk meg, de megadjuk a paramétereit [15], hátha a Tisztelt Olvasó nagyobb szerencséével jár.

Byung-Suh KANG (az egyik szülői egyetemről) a dél-koreai Samsung Corning Inc. Suwon Plant-ben (üzemében) a TPM kapcsán bevezetett javaslati rendszert, leginkább annak eredményeit ismerteti, igen részletesen [16]. 1997-ben, a bevezetés ötödik esztendejében a következő adatokkal találkozhatunk:

- javaslatok száma/fő = 55
- elfogadási arány = 100%
- bevezetési arány = 100%
- hatékonysági index = 77-szeres
- részvételi arány = 89%

Az adatok lenyűgözőek, az ázsiai cégek általában ilyen, vagy még nagyobb ötlethányaddal büszkélkednek. A számok hihetőek, minden, még az ajtókilincs legkisebb hibájára is felhívják a figyelmet a javaslatok. Aztán előfordulhat, hogy nem a törött öltözőajtó üveg, hanem egy nagy ötlet is kirobban a munkatársból. E dolgozat elején, pontosan erre tényre kívántuk felhívni a figyelmet.

Volt alkalmam elbeszélgetni egy Magyarországon jelen lévő, multinacionális cég, olyan HR munkatársával, aki a DJR egyik felelőse volt. Az általa elmondott hihető adatok alapján a:

- javaslatok száma/fő ≈ 40
- elfogadási arány > 90%
- bevezetési arány > 90%
- hatékonysági index ≈ 100-szoros
- részvételi arány > 90%

Yuzo YASUDA [17] egy összehasonlító elemzést közöl munkájában. 1987-ben az amerikai „A Javaslati Rendszerek Nemzeti Társasága – National Association of Suggestion System” (ott ilyen is létezik!) felmérést végzett az USA-beli vállalatok között. A dolgozók 8 %-a adott javaslatot, és egy javaslatért átlagosan 605 \$ fizetség járt, míg az átlagos megtakarítás 8000 \$ volt. Ez Verespej adataival van összhangban. Egy teljesen hasonló japán felmérés alapján a dolgozók 67%-a volt aktív, az átlagos jutalom 3,25 \$, szemben az átlagos 138 \$ nyereséggel. Ez viszont a koreai és a magyar adattal azonos.

Végezetül álljon itt egy spanyol élelmiszeripari példa [18]. A FOODSA sertés és pulykahúsból készített termékek gyártásával foglalkozik. Az egyéni és csoportos javaslati rendszer itt is a HR keretében működik. A cikk nagyon részletes és hasznos a DJR szempontjából, mi azonban most csak egy elemét ragadjuk ki: a díjazás kapcsán a megtérülési mutatóra vagyunk kíváncsiak. A jutalmazás mértéke az elért éves megtakarítástól függ. A megtérülés számításának módja: 100-kifizetett % osztva a kifizetett %-kal.

Megtakarítás €	Jutalom	Limit €	Megtérülés
< 3000	6%	150	16
3000 - 30000	5%	1200	19
30000 - 60000	4%	2100	24
> 60000	3,50%	6000	32

1. táblázat: A FOODSA jutalmazási rendszere és a megtérülés

Láthatjuk, hogy minél nagyobb az éves megtakarítás, annál nagyobb a megtérülés, csak azt nem értjük, hogy a jutalmazási ráta miért csökken a megtakarítás növekedésével. Másik ilyen probléma, hogy a limit 300 € felett mindig kisebb, mint a kategóriában elérhető legmagasabb összeg. A 2100 eurós felső határ 52 500 € éves megtakarításnak felel meg, aki 59 900 € megtakarítást ér el, az már 296 eurót bukott. Ezt a dolgozóknak is megmagyarázni. Lehet, hogy ez volt az egyik oka annak, hogy újra kellett gondolniuk a stagnáló rendszert.

Egy személyes befejezés

Körülbelül öt éve foglalkoztat az a gondolat, hogy megírjam a dolgozói javaslati rendszerrel

kapcsolatos tapasztalataimat. Tartottam előadásokat is témakörben, erre a Kaizen Institute magyar képviselte [12] többször is megkért. Leírni azonban mindig haboztam. Sokszínű a világ, és sokszínű a problémák megoldása is. A mai napig áthat az a rendszer, aminek kidolgozásában felelősként részt vettem, majd üzemeltettem. A Tisztelt Olvasó is érezheti, hogy kicsit elfogult vagyok vele szemben, nézzék el nekem, a gyerekek. E rendszer kidolgozásakor is széleskörű benchmark tevékenységet folytattunk, próbáltuk megérteni, hogy ott miért éppen azt a módszert alkalmazzák, és ebből mi mit tudunk hasznosítani.

Tanácsadói pályafutásom alatt arra mindig szántam időt, hogy megismerjem az adott cégnél alkalmazott módszert. Javaslati űrlapokat, esetenként szabályzatokat is kaphattam, így egyre bővíthetett az az információmennyiség, ami már tényleg arra inspirált, hogy leírjam a tapasztalataimat. Ezt, most Önök itt olvashatták.

Amit még fontosnak tartok elmondani az az, hogy amennyiben a Tisztelt Olvasó arra a következtetésre jutott, hogy szeretné bevezetni ezt a módszert, vagy a már meglévő rendszerét szeretné továbbfejleszteni, ne alkalmazza automatikusan az itt ismertetett módszereket. Biztosan hallott már olyan cégről, ahol azt mondják, bevezettem a kan-bant, és mégsem vagyok Lean!? A dolog egyszerű, nem a kan-bant kell bevezetni, hanem azt a veszteségcsökkentő eszközt, amely legjobban illeszkedik a saját vállalati kultúrához. A DJR is egy filozófia megtestesülése, ami áthatja a vállalat teljes működését. Lehet akár TQM-nek is hívni, mert tulajdonképpen az, illetve annak szerves részeként illik működnie.

A feldolgozott irodalom jóval szélesebb körű az itt hivatkozottnál, sőt bizonyosan az sem teljes. Amennyiben a Tisztelt Olvasó szeretné elmondani a véleményét, problémája adódik a hivatkozások megtalálásánál, vagy további ismeretekre szeretne szert tenni, kérem keressen meg a következő email címen: thotqm@t-online.hu.

Végezetül szeretnék köszönetet mondani fiamnak, TÓTH László politológusnak (korábbi többszörös szerzőtársamnak), aki mindvégig figyelemmel kísérte munkámat. Értékes megjegyzései és javaslatai nélkül e dolgozat jóval szegényesebb lett volna.

Irodalomjegyzék

- [1] C. van Dijk, J. van den Ende: Suggestion systems: transferring employee creativity into practicable ideas
R&D Management 32. 5. 2002. pp387-395.
- [2] Réti Ervin: Japán a Kakas évében
Gondolat Kiadó, Budapest, 1971
- [3] Hanula Zsolt: Csoda kell a japán hightech iparnak, Index, 2012. 11. 25.
http://index.hu/tech/2012/11/25/csoda_kell_a_japan_hitech_iparnak/
Letöltve: 2012.11.26
- [4] M. Arif et al: Suggestion System: A Usability-Based Evaluation Methodology
JKAU: Eng. Sci. Vol 21, No. 2, pp61-79.
http://usir.salford.ac.uk/18184/1/Suggestion_Systems.pdf
Letöltve: 2012.11.26
- [5] M. Turrell: Idea Management and the Suggestion Box
imaginatic research, white paper
<http://www.imaginatik.com/site/pdfs/WP-0802-1%2BIdea%2BManagement%2Band%2Bthe%2BSuggestion%2BBox.pdf>
Internetről letöltve 2012. 11. 26. Jelenleg nem elérhető, kívánságra másolatot küldök
- [6] http://en.wikipedia.org/wiki/United_States_dollar
- [7] Ideas Click! Suggestion System Pays 10 Employees
LOG Sprague Electrical Company – Vállalati Újság, August, 1956, Vol 18, No. 12.
http://www.mcla.edu/mcla_data/Library/Archive/Sprague/Vol18_No12.pdf
Letöltve: 2012.11.26
- [8] J. Miller: The Suggestion System is no Suggestion
Gemba Research LLC, November 2003.
<http://www.vitalentusa.com/pdf/TheSuggestionSystemisnoSuggestion.pdf>
Letöltve: 2012.11.26
- [9] M. Imai: KAIZEN, The Key to Japan's Competitive Success
McGraw-Hill/Irwin; 1986, ISBN 10: 007554332X
- [10] K. Hiratsuka: Secret for World No 1 Productivity
VI. Magyar Termelékenységi Konferencia, Budapest, 2005. március 1.
- [11] S. Namiki: KAIZEN
JICA 3rd Country Training Programme, Management Consulting Training Course
Budapest, 2004. január 19- február 6. (egésznapos előadás január 23.)
- [12] A Kaizen® Institute magyarországi képviselőinek engedélyével
<http://hu.kaizen.com/> és/vagy email: nmatrai@kaizen.com
- [13] Kiss Katalin: Gyártási kiválóság Magyarországon
VI. Magyar Termelékenységi Konferencia, Budapest, 2005. március 1.
- [14] L. N. Neagoe, V. Márásclu Klein: Employee Suggestion System (Kaizen Teian) the Bottom-up Approach for Productivity Improvement
International Conference on Economic Engineering and Manufacturing Systems
Brasov, 26-27 November 2009.
REGENT, Vol.10. no 3(27), November 2009, pp 361-366
- [15] M. A. Verespej: Suggestion System Gain New Luster
Industry Week, 24(22), pp 11-18.
- [16] B-S. Kang: An effective Suggestion System under TPM: an Experience of Samsung Corning, Inc in Korea
Internetről letöltve 2012. 11. 26. Jelenleg nem elérhető, kívánságra másolatot küldök
- [17] Y. Yasuda: A Secret of Toyota's Success, 40 Years, 20 Million Ideas
Vol.12. No 7 (3 parts) Part 2, July 1991, 5 Main Street, Bristol, VT 05443-1398 USA
Soundview Executive Book Summaries **13-17
- [18] J. A. Marin-Garcia, C. Miralles: Group versus individual suggestion systems: longitudinal case study
19th International Conference on Production Research
<http://www.icpr19.cl/mswl/Papers/257.pdf>
Letöltve 2013. március 23.

AMANDA HANKEL, Amerikai Minőségügyi Szervezet

A minőségügy globális helyzete – kutatási részjelentés

MI A MINŐSÉG, és mit jelent ez a fogalom szervezete, ipari tevékenysége szempontjából? Mit jelent a folyamatos fejlesztés az országok, a régiók és közösségek számára most és a jövőben? Ezekre a kérdésekre mind a mai napig nem született globális szintű válasz.

A minőség jelenlegi helyzetének átfogó ismerete nélkül – hogyan alkalmazzák világszerte a minőségügyi eszközöket, technikákat, illetve a folyamatos fejlesztésre szolgáló rendszereket – nehéz lesz meghatározni a jövőben adódó minőségfejlesztési lehetőségeket.

A helyzet elemzése érdekében az Amerikai Minőségügyi Szervezet (ASQ) partneri kapcsolatokat létesített az Amerikai Termelékenységi és Minőségügyi Központtal (APQC), hogy választ találjon a fenti kérdésekre. Csaknem másfél évi adatgyűjtés és felmérés után elkészült az ASQ első részjelentése a minőségügy általános (globális) helyzetéről.

Az első részjelentések a „Discoveries 2013” képezik a további kutatómunka alapját, amelyek a felmérések során összesen 22 ország szervezeteitől kapott válaszokat tartalmazza. Ezek a jelentések letölthetők az ASQ Global State of Quality honlapjáról: www.globalstateofquality.com.

Mi is a minőség?

A „Global State of Quality” vizsgálat által feltett első kérdésegyike azt kérte a válaszadóktól, hogy definiálják a minőség fogalmát saját szervezetük perspektívájából nézve. Sokféle meghatározás érkezett, így ismét felszínre került a régóta vitatott kérdés: Létezik-e egyetlen standard minőség definíció? Az 1. táblázatban láthatók a válaszadóktól kapott leggyakoribb fogalom meghatározások. A minőségügy jövőjéről készített 2011. évi ASQ ta-

nulmány és e kutatás kapcsán Paul Borawski, az ASQ ügyvezető és stratégiai igazgatója kifejtette: „Még mindig nem rendelkezünk olyan minőség definícióval, amely minden célt kielégít. A statisztika változatlan: 50% szerint nem létezik egyetlen minőségdefiníció, a másik 50% viszont úgy véli, hogy léteznie kell egynek. Ma már mindenki tudatában van annak, hogy egyértelmű kapcsolat áll fenn a minőség és a teljesítmény között. Egyáltalán nem lepődöm meg azon, hogy annyira eltérő definíciók léteznek, hiszen attól függően, ki ho-

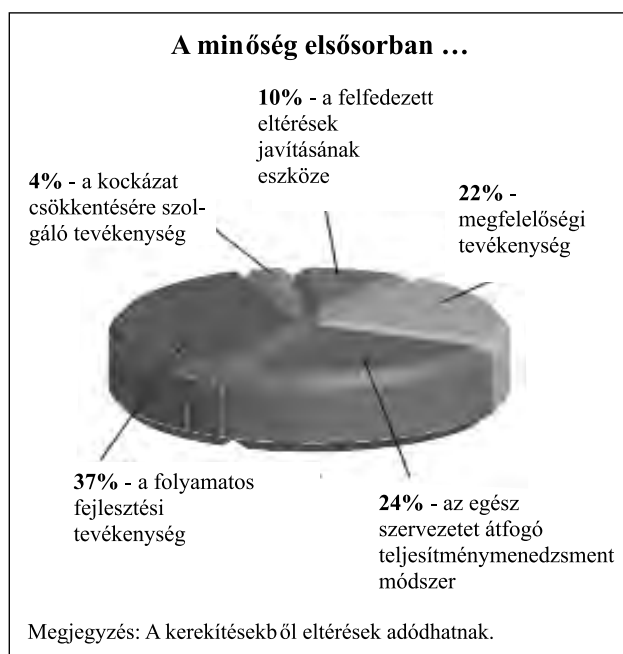
1. táblázat: Minőség meghatározások

Minőség	
1.	Olyan termékek és szolgáltatások hatékony rendelkezésre bocsátása, amelyek kielégítik vagy túl is lépik a vevők elvárásait.
2.	Ügyfél- vagy vevői érték hozzáadása.
3.	A folyamatok, illetve az ügyfelek részére nyújtott szolgáltatások javulásának folyamatos mérése.
4.	Az ígéreteknek megfelelő cselekvés és a hibák jelentése.
5.	A megfelelő ember a megfelelő időben és a megfelelő módon végzi a megfelelő dolgot.
6.	Annak biztosítása, hogy a vevő jön vissza, nem pedig a termék.
7.	A legjobb érték nyújtása a vevőnek a mindennapi tevékenységek és folyamatok javításával.
8.	A vevő igényének kielégítésén túlmenően annak előrelátása, hogy mit akar majd a vevő akkor, ha megismeri a lehetőségeket.
9.	Vevői érték biztosítása az egész vállalatban keresztül a maguk nemében legjobb termékek, szolgáltatások és ügyfélszolgálat révén.
10.	Az ügyfelek, az alkalmazottak és az illető vevői kör elvárásainak kielégítése és túlteljesítése a közösségen belül.

gyan definiálja a saját teljesítményét, illetve a saját teljesítmény kiválóságát, a minőség más és más aspektusai kerülnek előtérbe.”

Mi a minőség feladata?

A minőségfogalom definiálása mellett arra is megkérték a felmérés résztvevőit, hogy írjanak le egy minőségügyi folyamatot és magyarázzák el, mit is jelent a minőség a saját szervezetük-nél. Míg sokan a vevői érték létrehozójaként és szolgáltatójaként határozzák meg a minőséget, addig mások gyakran a folyamatos javító-fejlesztő tevékenységként írják le a minőségügyi folyamatot, vagy olyan módszerként, ami a teljesítmény, illetve a megfelelés elérésére irányul (1. ábra).



1. ábra: Mi a minőség feladata?

Míg a legnagyobb szervezetek 33%-a a minőséget leginkább megfelelési tevékenységnek tekinti, addig a kisebb szervezeteknek mindössze 15%-a gondolja így. A szolgáltató szervezetek a gyártóknál 1,6-szer nagyobb valószínűséggel vélik a minőséget valamiféle olyan stratégiai tökének, ami miatt előnyben részesülnek versenytársakkal szemben. Tekintet nélkül arra, hogyan definiálják vagy írják körül a „minőség” fogalmát, minden érintett szervezetnek el kell döntenie, hogyan irányítsa és menedzselje azt, hogyan mérje a kimeneteket és hogyan készítse fel saját embereit egy

olyan kultúra létrehozására, amely támogatja a minőségügyi kezdeményezéseket. A „Discoveries 2013” című jelentés éppen ezekre a témákra bontja le az eredményeket.

Irányítás és menedzsment

A mai szervezetek számára nagy kihívást jelent a minőség irányításának és menedzselésének strukturalása annak érdekében, hogy az hatást gyakorolhasson a kimenetelekre. A minőség irányítása jelenti a politika, a stratégia és az átfogó minőségi célok megállapítását, ezzel szemben a minőségmenedzsmenthez tartozik a politika gyakorlati megvalósítása, továbbá a minőségügy mindennapi menedzselése. Vajon mindkettőt rá lehet bízni ugyanazokra az emberekre? A szervezet mérete minden valószínűség szerint szerepet játszik ebben a döntésben. A 2. táblázat adatai szerint a legtöbb szervezetnél a minőségmenedzsment megosztott, vagyis annak vezetése több szervezeti egységnél található. A minőségirányítás tekintetében viszont a legtöbb szervezet – leginkább a kisebbek – a legfelső vezetésre hagyatkozik (3. táblázat). Végezetül a szervezetek túlnyomó többsége a jelentés szerint ugyanazt a modellt alkalmazza a minőség menedzselésére és irányítására, amint azt a 4. táblázat megvastagított százalékos adatai mutatják.

Globalizáció = szabványosítás?

Akár az irányítási, akár a menedzsment modellt nézzük, a legtöbb válaszadó szerint a minőségcélok benne foglaltatnak a szervezet szélesebb körű stratégiai céljaiban. Valójában a válaszadók 89%-a egyetért vagy nagyon egyetért abban, hogy szervezetük-nél szabványosított folyamatok állnak a minőségmenedzsment rendelkezésére. A 2. ábra szerint a válaszadó szervezetek többsége az ISO szabványokat használja a minőségügy keretében.

Kezdetben arra számítottak, hogy a felmérés markáns különbségeket mutat majd olyan országok minőségügyi gyakorlatai között, mint például Szingapúr és Brazília, vagy Szingapúr és az Egyesült Államok. Azonban tudomásul kellett venni, hogy a felmérés arra is ráirányította a figyelmet, hogy ilyen szempontból nem áll fenn nagy vagy lényeges különbség az egyes régiók, iparágak, illetve a különböző méretű szervezetek között.

2. táblázat: A minőségmenedzsment helye a vállalati struktúrában

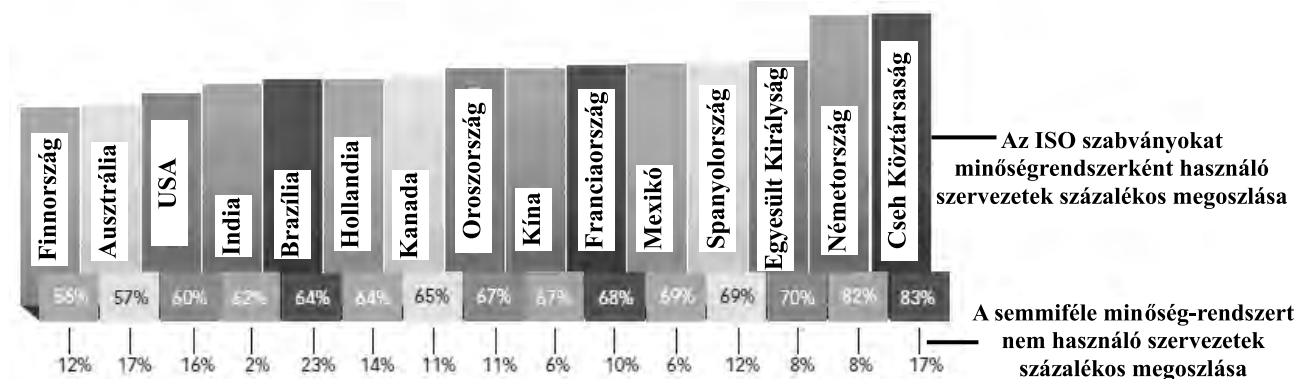
Ki menedzseli a minőséggel kapcsolatos feladatokat?	Jövedelmi csoport				
	<\$100M	\$100M- \$1Md	\$1Md- \$5Md	\$5Md- \$10Md	>\$10Md
Központosított minőségügyi részleg	32%	35%	24%	33%	28%
A szervezet különféle egységeinél és részeiben elhelyezett vezetés	32%	53%	65%	55%	68%
Különböző funkcionális vezetők központosított bizottsága	9%	7%	7%	5%	4%
Legfelső vezetés/tisztségviselők	27%	4%	4%	8%	0%
Külső képviselők tanácsa	1%	1%	0%	0%	0%

3. táblázat: A minőségirányítás struktúrája

Ki irányítja a minőséget:	Jövedelmi csoport				
	<\$100M	\$100M- \$1Md	\$1Md- \$5Md	\$5Md- \$10Md	>\$10Md
Központosított minőségügyi részleg	22%	50%	22%	17%	24%
A szervezet különféle egységeinél és részeiben elhelyezett vezetés	12%	18%	28%	64%	43%
Különböző funkcionális vezetők központosított bizottsága	13%	14%	36%	16%	22%
Legfelső vezetés/tisztségviselők	50%	18%	13%	3%	9%
Külső képviselők tanácsa	2%	1%	2%	0%	1%

4. táblázat: Menedzsment kontra irányítási struktúra

Ki irányítja a minőséget?	Ki menedzseli a minőséget?				
	(CQD)	(LMBU)	(CCLMF)	(SEL)	(BER)
Központosított minőségügyi részleg (CQD)	44%	25%	15%	5%	10%
A szervezet különféle egységeinél és részeiben elhelyezett vezetés (LMBU)	13%	38%	9%	6%	20%
Különböző funkcionális vezetők központosított bizottsága (CCLMF)	15%	19%	54%	3%	10%
Legfelső vezetés/tisztségviselők (SEL)	27%	16%	22%	84%	30%
Külső képviselők tanácsa (BER)	1%	2%	1%	2%	30%



2. ábra: Az ISO szabványok használata a minőségirányítási rendszer kialakításához

Mérések és eredmények

A szokványos (standard) minőségmenedzsment alapelvek alkalmazása csak az első lépés a teljesítmény javítása felé vezető úton; ugyanakkor a minőségügyi gyakorlatok és eredmények értékelésére szolgáló mérési rendszer kifejlesztése a minőség meghonosítására törekvő szervezetek előtt álló egyik legnagyobb kihívás. A felmérés egyik kérdése így szólt: hány mérés ad pontos képet a minőség helyzetéről az egész szervezetben, ki határozza meg és válogassa ki a mértékeket és hogyan hasznosuljanak a mérések eredményei? A kutatás szerint a gyártással foglalkozó szervezetek nagyobb valószínűséggel alkalmaznak minőség mércéket – mint például az egymillió termékre jutó selejtes darabok száma, az első művelet hozama vagy a határidőre történő átadások százalékos aránya –, mint a szolgáltató szervezetek. Ez alól csak két fontos mérőszám jelent kivételt: a munkatársak és a vevők megelégedettsége. Ugyanis ismerjük a piacokat és azok igényeit és azt is tudjuk, hogy a piacok igen eltérőek. Nem számít a méret, és nem számít a régió. Ami számít, az a következetes, konzisztens cél, illetve az eszközök és a módszerek lebontása. Ha helyesen végezzük a méréseket, biztosak lehetünk benne, hogy megfelelő adatok állnak rendelkezésünkre üzleti tevékenységünk kontrolljához és saját teljesítményünk javításához.”

További nagy kérdés a minőségről szóló jelentések kapcsán, hogy ki milyen információhoz juthat hozzá és milyen gyakorisággal. Az 5. táblázat azt mutatja, hogy minél magasabb pozíciót tölt be valaki egy szervezetnél, annál ritkábban kap jelentést minőségügyi adatokkal. Míg a frontvonalban dolgozó munkatársak 33%-a napi rendszerességgel jut minőségügyi adatokhoz, addig a legfelső vezetők mindössze 2%-a. A válaszadó szervezetek 39%-a úgy nyilatkozott, hogy a minőségügyi mérések jelentési gyakorisága legnagyobb részt rendezett, a szervezetek 46%-ánál viszont teljes mértékben szabványosított. Steven Bailey, a DuPont (Delaware) fő szaktanácsadója úgy véli, hogy ez a kulcsa a mérésnek és a minőségügyi adatok felhasználásának. „A mérések vízességű lebontása egészen a végkimenetig az, ami kezünkbe adja a kulcsot”, fogalmazott. „Nem tudom eléggé magasztalni a szabványosítás eszméjét. Kritikus fontosságú ezen a mérőszámok egységesítése, hogy részei lehessenek a szervezet mindennapi standard munkájának.”

Az adatok felhasználása

A kutatások szerint a legtöbb szervezet az elvárásoknak megfelelően hasznosítja a minőségügyi méréseket: a stratégiai célok megállapításához, a trendek meghatározásához és előrejelző elemzésekhez a döntéshozatalhoz, továbbá a munkavállalók elismeréséhez és kompenzálásához. Megkülönböztető tényező az irányítás és a minőségmenedzsment jellege. A megosztott irányítással rendelkező szervezeteknek mindössze 59%-a használja a méréseket a teljesítmény előmozdítására, míg a funkcionális központi bizottságot alkalmazó szervezetek 81%-a tesz így. Továbbá, a minőséget osztott vezetéssel irányító szervezeteknek csak 38%-a használja a minőségmérést a változó teljesítmény kompenzáció részeként.

A munkatársak felkészítése

Amikor a minőségügyi képzésre kerül a sor, még mindig sok megválaszolandó kérdés marad, például: kiket kell kiképezni a minőségügyi eszközök és technikák alkalmazására, illetve mennyi pénzt lehet ebbe befektetni? A „Discoveries 2013” jelentés kimutatja, hogy a továbbképzés felmerülésekor kulcsfontosságú indikátorként jelenik meg az adott szervezet minőségmenedzsmentjének kerete és mérete. Az ISO szabványokat alkalmazó szervezetek nagyobb valószínűséggel nyújtanak ISO szakképzést, és a nagyobb szervezetek általában több minőségügyi oktatást biztosítanak munkatársaik számára, mint a kisebb szervezetek.

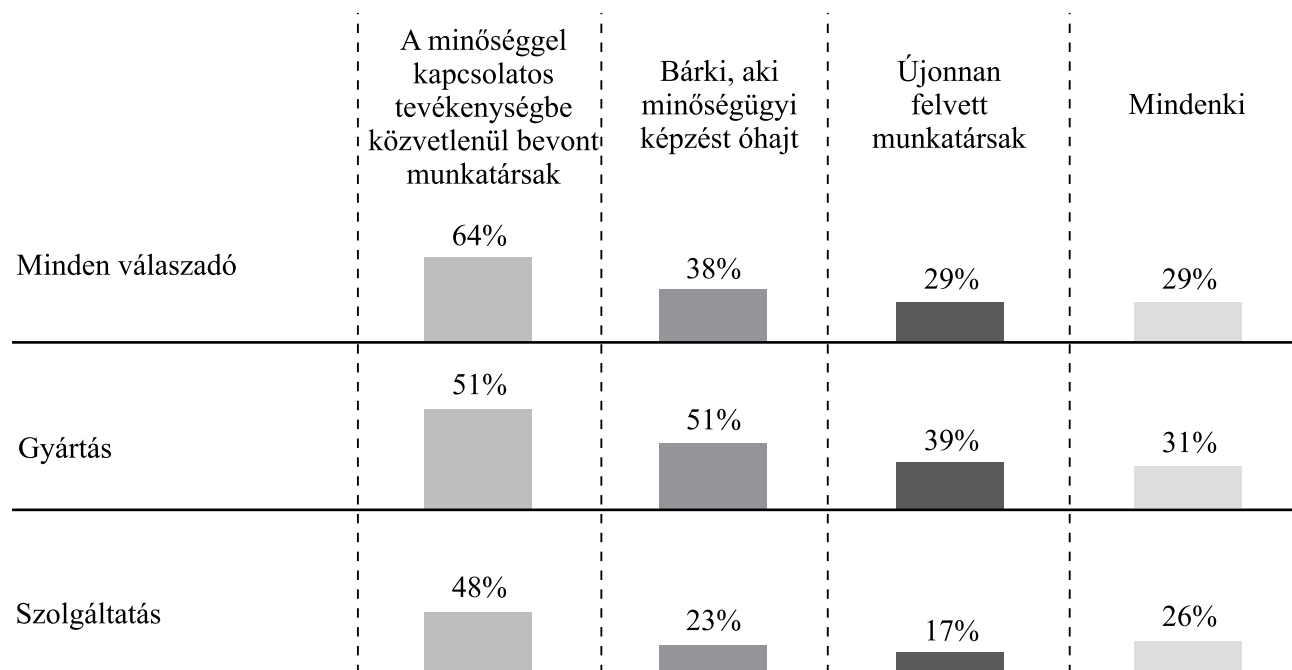
A szervezeteknél folyó minőségügyi oktatás szintjét meghatározó további tényező az irányítási modell. Az adatok alapján megfigyelhető, hogy a központosított minőségügyi részlegtől való elmozdulás arányában csökken azon szervezetek százalékos részaránya, amelyek a munkatársaik különféle rétegei számára testreszabott továbbképzést nyújtanak (6. és 7. táblázat).

A minőségügyi képzés igényeit az határozza meg, hogy mi segíti elő a szervezet végső céljainak elérését. Itt alapvetően arról van szó, hogy a teljesítményt a szervezeti értéklánc elejétől kezdve helyesen és következetesen kell irányítani egészen a teljes befejezésig. Az oktatást is annak alapján lehet meghatározni, hogy melyek az adott szervezet fejlesztését igénylő kompetenciái annak érdekében, hogy a vevői elégedettség a legfelső 5%-ba essen, illetve hogy van-e a vállalatnak bármilyen típusú más választása?”

5. táblázat: Minőségügyi adatok jelentése (előterjesztése)
A minőségirányítási adatok előterjesztésének gyakorisága

	Évente	Negyedévente	Havonta	Hetente	Naponta	Ad hoc
Legfelső vezetők	26%	34%	27%	4%	2%	5%
Részlegvezetők	11%	17%	54%	8%	2%	4%
Osztályvezetők	7%	9%	51%	19%	7%	4%
Front menedzserek	5%	5%	32%	22%	23%	7%
Frontszemélyzet	6%	5%	20%	14%	33%	10%

6. táblázat: Minőségügyi továbbképzés gazdasági ágak szerint



7. táblázat: A minőségügyi továbbképzés résztvevői

Minőségirányító testület	A minőséggel kapcsolatos tevékenységbe közvetlenül bevont munkatársak	Bárki, aki minőségügyi képzést óhajtott	Újonnan felvett munkatársak	Mindenki
Központosított minőségügyi osztály	76%	49%	38%	27%
A vezetés a szervezet különféle egységeiben és részeiben nyer elhelyezést	66%	47%	31%	22%
A funkcionális vezetők centralizált bizottsága	59%	34%	29%	27%
A legfelső vezető és tisztségviselők	56%	25%	21%	36%

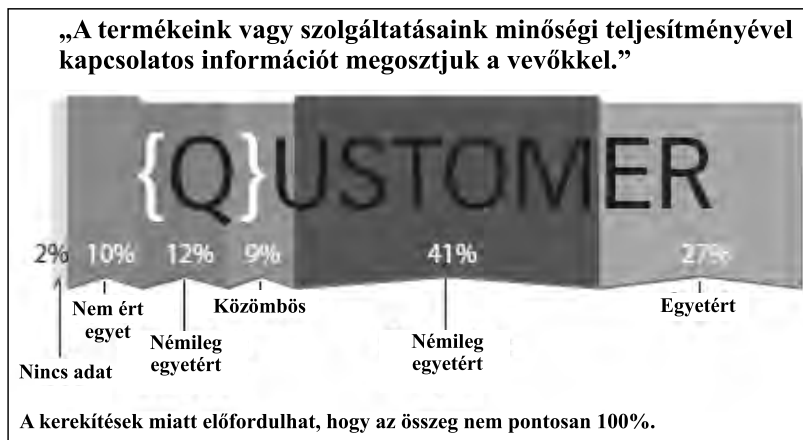
Az oktatás kulcskérdését a pénzügyek képezik. A válaszadók egyharmada rendelkezik formális oktatási központtal, amely a munkatársak minőségügyi továbbképzéséért felelős; minél nagyobb a szervezet, annál több lehetőséggel rendelkeznek ezek a központok a pénzügyi alapok elosztása te-

rén is. A kapott 274 válasz alapján megállapítható, hogy az egy teljes munkaidős minőségügyi alkalmazottra eső éves továbbképzési költség medián értéke 1333 dollárt tesz ki. Az oktatási technológia segíthet ennek a költségnek a kiegyenlítésében, ami akár a jövőbeli kutatások tárgya is lehet.

A kultúra létrehozása

A minőségügyi kutatás globális helyzetéről szóló ASQ jelentés utolsó témája a minőségügyi kultúráról szól. Világosan körvonalazódott az a tény, hogy a szervezetek egyre inkább igaz partnerségre lépnek saját vevőikkel: a minőségfogalom meghatározásától kezdve a minőségügyi folyamatokon át egészen a mérésekig, mindenhová kapcsolódik valamilyen módon a vevő. A kutatók ennek nyomán egy új szót alkottak: „QUSTOMER” (a vevő vagy ügyfél szó angol megfelelője ugyanis így írható: „customer”; a szókezdő Q betű itt a quality = minőség szóra utal).

A vevővel kapcsolatos átláthatóság kulcsfontosságú tényező ugyan, de nem könnyű megvalósítani. A válaszadók közül 41% egyetért azzal, hogy a vevő számára információt adnak termékeik vagy szolgáltatásaik minőségéről, míg 27% egyértelműen meg is teszi azt (3. ábra). A válaszadók 13%-a egyetért és 43%-a feltételesen ért egyet azzal, hogy a minőség meghatározására hivatott egyetlen személy a vevő.



3. ábra: Vevői tájékoztatás

A minőségügyi kultúra másik szempontja az, hogy miképpen ösztönzik a szervezetek saját munkavállalóikat a kritikus minőségcélok teljesítésére. Tekintet nélkül az árbevétel alakulására, illetve az iparágra, a szervezetek 55%-a az informális vezetői elismeréseken keresztül ösztönzi az alkalmazottakat. Pénzügyi ösztönzőkkel az összes válaszadónak mindössze 30%-a él. „Az embereket nem annyira az anyagi ösztönzők vezérlik, mint inkább a teljesítés szándéka, vagyis az az érzés, hogy a célok elérése érdekében munkálkodjanak”, tartalmazza a jelentés. „Ha ők jó dolgokat csinál-

nak, és ha úgy érzik, hogy értéket hoznak létre az emberek számára, az éppen elég nagy belső motivációt jelent.”

Mit hoz a jövő?

A „Discoveries 2013” jelentés éppen csak a kezdetét jelenti mindannak, amit az ASQ általános minőségügyi kutatásai feltárni szándékoznak. Ugyanakkor már mélyebben behatol az ipar területére koncentrált megállapításokba, a következő jelentés pedig bizonyos kvalitatív adatokat is tartalmazni fog a fókuszcsoporthoz tartozók alapján. A kérdés most már úgy vetődik fel, hogyan használható ez az információ a minőség javítására az egyes szervezeteknél. Kezdet gyanánt a szervezetek a következő kérdéseket tehetik fel önmaguknak:

- Mit is jelent a mi számunkra a minőség?
- Mi a minőségügyi folyamatok haszna és hogyan menedzseljük azokat?
- Hogyan mérjük a minőséget?
- Elmondható, hogy már sikerült létrehoz-

nunk egy minőségügyi kultúrát a saját szervezetünkön belül?

A tanulmányban szereplő információ szintjelzőként és viszonyítási alapként (benchmark) szolgálhat a szervezetek számára a fenti kérdések megválaszolásához, illetve a javítandó vagy fejlesztendő területek meghatározásához. Ha a minőség általános definíciója nem is született meg, egy dologban azért valamennyien egyetérthetünk: egy minőségorientált szervezet sohasem tekinti befejezettnek a minőségfejlesztést.

Irodalom

- ASQ and American Productivity and Quality Center, „Discoveries 2013,” ASQ Global State of Quality Research, May 2013.
- ASQ Global State of Quality Research panel discussion. World Conference on Quality and Improvement, Indianapolis, May 7, 2013.

Fordította: Várkonyi Gábor

A dolgozat megjelent:

Quality Progress, August 2013, pp. 20–26

Beszámoló az EU projektről. „Minőségügyi képzés az egészségügyben”



Az egész életen
át tartó tanulás
programja

Az EOQ MNB a kezdetektől fogva törekedett az általános „EOQ Minőségügyi Rendszermenedzser” képzés specifikus alkalmazására az egészségügy területén. Ezért örömmel üdvözölte az EOQ „Quality Criteria for EOQ Quality System Managers (QM) és Quality Management Technicien (QB) in Health Care” című dokumentumát, amely 2001-ben jelent meg. Az EOQ követelményrendszerét az EOQ MNB Egészségügyi Szakbizottsága 2002-ben részleteiben megvitatta és összességében előremutatónak minősítette. Ennek alapján javaslatot tett az EOQ MNB Vezetősége számára, hogy hozzon intézkedéseket az EOQ harmonizált követelményrendszerének magyarországi bevezetésére az egészségügy területén. Ugyanakkor felhívta a figyelmet a követelményrendszer – a kialakított vélemény szerint – túlzott menedzsment orientáltságára és a következő hiányosságokra:

- A betegbiztonság nem kap a követelményrendszeren belül jelentőségének megfelelő kiemelt figyelmet.
- A klinikai audit követelményeinek ismerete az egészségügy minden minőségügyi szakembere számára – különböző szinten – kiemelten fontos, de az EOQ kritériumok között nem szerepel.
- Az egészségügyi sztenderdek és protokollok képezik az egészségügyi minőségbiztosítás alapjait, melyek az EOQ dokumentumban nem kaptak megfelelő helyet.

2004-ben megkezdődtek az előkészületek Magyarországon az ország első és máig egyetlen önálló Népegészségügyi Karának megalapítására a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrumának keretén belül. Ott a kezdetektől fogva erőteljes törekvés mutatkozott az „Egészségügyi minőségbiztosítási és minőségfejlesztési szak” létrehozására és akkreditálására, amire igen gyorsan sor került. Az összesen 4 félévre tervezett orvos-továbbképzés lényegében teljes mértékben magában foglalja az EOQ vonatkozó harmonizált követelményrendszerét, és több részletében túl is teljesítette azt. Ennek alapján az EOQ MNB rövid időn belül elfogadta az így kialakított minőségügyi szakorvosképzést, és a sikeres végzősök lehetőséget kaptak az „EOQ MNB Minőségügyi Rendszermenedzser az egészségügyben” oklevél megszerzésére. A rendelkezésünkre álló információk szerint ezt a szakot többen sikeresen elvégezték; ugyanakkor a végzettek közül a vonatkozó EOQ MNB tanúsítványt csak elenyésző számban kérték.

Mivel a többi európai országban sem sikerült ezen a területen átütő sikert elérni, és az EOQ harmoni-

zált követelményrendszere – az eredeti hiányosságok mellett – több részletében elavulttá vált, kézenfekvő volt a harmonizált követelményrendszer aktualizálása egy EU projekt keretén belül. A pályázat benyújtására az Európai Bizottság „Az egész életen át tartó tanulás programjának” Leonardo da Vinci alprogramja látszott a legalkalmasabbnak. A pályázati anyagot – a romániai CREST Forrásközpont koordinálásával és az EOQ egyetértésével – a magyarországi „EOQ MNB”, az osztrák „Quality Ausztria” és a Román Minőségügyi Szervezet 2011-2012-ben dolgozta ki és nyújtotta be, amely még abban az évben elfogadást és támogatást nyert. A pályázati anyag fő célkitűzés-ként tartalmazza az „EOQ Minőségügyi Rendszermenedzser az egészségügyben” továbbfejlesztését és jóváhagyását az EOQ Közgyűlése által, valamint a romániai egészségügyi szakemberek továbbképzését és a vonatkozó EOQ oklevél megszerzését. Ehhez hasznosítandó a résztvevő másik 2 ország (Ausztria és Magyarország) ismeretanyaga és tapasztalata a vonatkozó szakmai területeken.

A 2013-2014. évekre jóváhagyott projekt – a célkitűzések megvalósítása érdekében – a következő főbb lépésekből áll:

- A résztvevő országok minőségügyi tapasztalatainak felmérése és összehasonlító elemzése az egészségügy területén.
- Az egyes országok egészségügyi intézményeiben dolgozó minőségügyi vezetők képzési gyakorlatának és képzettségének felmérése és összehasonlítása.
- Az elemzések alapján a harmonizált követelményrendszer alapelveinek kidolgozása és egyeztetése az EOQ illetékes Műszaki Bizottságával.
- Ennek alapján a kiválasztott romániai egészségügyi szakemberek minőségügyi képzése Magyarországon, Ausztriában és Romániában, valamint felkészítésük az előírt vizsgák letételére.
- Az „EOQ Minőségügyi Rendszermenedzser az egészségügyben” harmonizált követelményei korszerű rendszerének és az azt tükröző dokumentumtervezetek kidolgozása három partnerszervezet által, majd megvitatása és véleményezése, valamint az elfogadott észrevételek és módosítások átvezetését követően jóváhagyatása az EOQ által.

A projektben foglalt feladatok az első évben a terveknek megfelelően valósultak meg, és eddig a következő főbb eredményekhez vezettek:

- Az előírt felmérő elemzések a résztvevő országok fentiekben körvonalazott gyakorlatáról elkészültek.

- A kiválasztott romániai egészségügyi szakemberek minőségügyi képzése 2013 áprilisában Magyarországon és 2013 májusában Ausztriában sikeresen megvalósult.
- Az EOQ CoS „Requirements for Quality Management Personnel in Healthcare” és az EOQ CS „EOQ Certification Scheme for Quality Management in Healthcare” Edition 2014 tervezeteket az EOQ illetékes Műszaki Bizottsága 2013. november végén Isztambulban elfogadta, majd azt követően az EOQ Közgyűlése a tagországok általi végső egyeztetésre bocsátotta.

A projekt 2014. évi főbb feladatai a következők szerint foglalhatók össze:

- Az EOQ CoS „Requirements for Quality Management Personnel in Healthcare” és az EOQ CS „EOQ Certification Scheme for Quality Management in Healthcare” Edition 2014 tervezetek magyarországi megvitatása a DEMIN 2014 Konferencia keretében vagy az EOQ MNB Egészségügyi Szakbizottsága egy külön rendezvényén.
- A projekt keretében kidolgozott 2 dokumentum jóváhagyása az EOQ tagszervezetei által.

- A romániai egészségügyi szakemberek vizsgáztatása az elfogadott dokumentumok alapján, valamint az EOQ oklevél kiadása a sikeresen vizsgázók részére.
- Zárókonferencia rendezése Bukarestben.
- Az EOQ CoS „Requirements for Quality Management Personnel in Healthcare” és az EOQ CS „EOQ Certification Scheme for Quality Management in Healthcare” Edition 2014 hivatalos átadása az Európai Bizottság részére a projekt zárójelentése részeként.

A projekt sikere szempontjából döntő, hogy Romániában és az Európai Bizottság ajánlása következtében várhatóan más országokban is az egészségügyért felelős kormányzati szerv valamilyen szintű jogszabályában feltételként írja majd elő az „EOQ Minőségügyi rendszermenedzser az egészségügyben” oklevél vagy valamilyen hasonló követelményrendszeren alapuló nemzeti szintű tanúsítvány meglétét legalább a nagy és közepes méretű egészségügyi intézmények minőségügyi vezetőjének ki nevezéséhez.

Dr. Molnár Pál

A Német Minőségügyi Szervezet (DGQ) tanulmánya az egészségügyről

A DGQ felmérése szerint a német kórházak, rehabilitációs intézetek és szociális otthonok jelentősen képesek javítani a betegellátás minőségét különösebb költségnövekedés nélkül. A hiányosságok ugyanis nem az egészségügyi személyzet szakmai képzettségére vezethetők vissza, hanem a vezetésre, a kommunikációra és az alig létező motivációra. A felmérés mintegy 300 egészségügyi szervezetre terjedt ki, melyek mindegyike valamilyen szinten válaszolt a kérdésekre.

A megkérdezettek 44%-a az irányítás minőségét közepesen értékelte. A 99 ágynál kevesebbel rendelkező intézmények ennél rosszabbra értékelték a helyzetet. A munkatársak eligazításának és elégedettségének szintje alig éri el a közepet, közölték a 200 ágynál többel rendelkező egészségügyi intézmények vezetői. Ugyanakkor elismerik, hogy a magas színvonalú irányítás közvetlenül befolyásolja a munkatársak megelégedettségét és motivációját, valamint kedvező hatással van az egészségügyi szolgáltatás minőségére és a betegek megelégedettségére. A minőségirányítás magas színvonalú működtetése a belső kommunikáció javításán és a továbbképzés lehetőségein keresztül kisebb beruházások és ráfordítások esetén is versenyelőnyhöz juttatja ezeket az egészségügyi intézményeket.

A német egészségügyi intézmények vezetőinek 82%-a meg van győződve arról, hogy a jól működő minőségmenedzsment döntő mértékben hozzájárul a kórházak, rehabilitációs intézetek és szociális otthonok gazdasági eredményeihez. A megkérdezett vezetők 40%-a szerint a páciensek részére nyújtott szolgáltatás minősége a legnagyobb sikertényező. Ennek az általános véleménynek megfelelően a kórházak 91%-a és a rehabilitációs intézetek 83%-a rendelkezik minőségügyi részleggel. Meglepő viszont, hogy míg a szociális otthonok vezetőinek 86%-a a minőségirányítást a sikeres működés kritikus tényezőjének tekinti, a német szociális otthonok egynegyede nem rendelkezik önálló minőségirányítási részleggel. Az otthonok 55%-ának nincs főállású minőségügyi vezetője sem.

A minőségmenedzsment és a szolgáltatás minősége mellett a személyzeti politika és a munkatársak kötődése (21%), a munkatársak szakmai kompetenciája (18%), valamint az ügyfél orientáltság és megelégedettség (18%) jelentik az egészségügyi intézmények jelentősebb sikertényezőit. Mint sikertényező alacsony besorolást kapott az innováció (4%) és a költséggazdálkodási fegyelem (6%).

A felmérés eredményei arra utalnak, hogy az egészségügyi szolgáltatások minőségének kiemelt jelentőségét a felmérésben résztvevő vezetők felismerték, de a következtetések és az intézkedések nem adnak kielégítő választ a kihívásokra. A verseny az egészségügyben erős, de még nem általános. A magánintézményekben a minőségkritikus tényezők, mint vezetés, munkatársi és betegelegettség sokkal inkább működésbefolyásolók, mint a közintézmények és közhasznú szervezetek esetében. Feladatként jelkeztetik a DGQ számára, hogy segítse elő a betegellátásban is a „Made in Germany” gondolat teljes körű megvalósítását elsősorban a munkatársak minőségorientált továbbképzésével.

DGQ – Studie zum Gesundheitswesen, Qualität und Zuverlässigkeit 56(2011)7, 60 old.

MP

A 2013. évi „Minőség-Innováció” pályázat eredményei

Stockholmban átadták a Nemzetközi Minőség-Innováció 2013 Díjakat

A Finn Minőségügyi Társaság koordinálásával Finnország mellett a résztvevő országok (Cseh Köztársaság, Észtország, Lettország, Magyarország és Svédország) nemzeti minőségügyi szervezetei most hetedik alkalommal hirdették meg a 2013. évi „Minőség-Innováció” pályázatot.

A díjnyertesek kiválasztása a benyújtott pályázatok szigorú, de mindenki számára transzparens kritériumok szerinti értékelésén alapult, ami kiterjedt azok újszerűségére, használhatóságára, a vevői és a társadalmi orientáció figyelembe vételére, valamint a hatásosságra. A független szakértőkből álló nemzeti bíráló bizottságok a pályázatok alapos egyéni és konszenzusos értékelése alapján javaslatot tettek az egyes kategóriákban a díjnyertesekre. Az összefoglaló értékelések és az indoklások alapul szolgáltak és segítettek a nemzetközi zsűrit a díjnyertesek meghatározásában. A nemzetközi zsűri elnöki tisztét *Prof. Yrjö Neuvo*, az Aalto Egyetem Mérnöki Karának kutatási igazgatója töltötte be.

A díjátadási ünnepség 2014. január 20-án Stockholmban a Modern Művészetek Múzeumában került megrendezésre. A nagyszabású rendezvényt a svéd kormány által támogatott Svéd Minőségügyi Intézet bonyolította le. A felelős innovációk nemzetközi versenyét, valamint a díjkiosztó ünnepséget a Deloitte szponzorálta. Valamennyi résztvevő ország nagykövete megjelent a díjátadáson, közöttük *Makkay Lilla*, Magyarország rendkívüli és meghatalmazott nagykövete. Nagy számban vettek részt a rendezvényen és az azt követő gálavacsorán a svéd és finn ipari nagyvállalatok, egyetemek, valamint kutató intézetek első számú vezetői is.

A díjnyertesek képviselői, akik az ünnepségen és az azt követő gálavacsorán térítésmentesen vehettek részt, lehetőséget kaptak pályázatuk bemutatására. A díjak kiosztása előtt 5 színvonalas előadás hangzott el a mintegy 200 résztvevő számára, amelyet jól moderált panel vita követett. Az előadók közül külön kiemelandő *Charlotte Brogren*, a Vinnova, a Svéd Kormány Innovációs Ügynökségének vezérigazgatója, aki a svéd kormány innovációs politikáját és annak támogatási rendszerét ismertette.

A finn köztársasági elnök, *Mr. Sauli Niinistö* által aláírt okleveleket a Riksdag, a Svéd Parlament elnöke, *Per Westerberg* adta át. A közel 300 beérkezett pályázat közül 19 pályázat kapta meg a 2013. évben az egyre nagyobb elismerést jelentő „Minőség-Innováció” díjat. Nagy sikert jelent,

hogy a Magyarországról beérkezett összesen 14 pályázat közül 2 innováció díjnyertes lett.

Az „Innovációk Innovációja” nemzetközi nagydíjat a finn Stick Tech Oy részvénytársaság nyerte el az „everX Posterior” kifejlesztéséért, ami egy rostokkal merevített, a fogállomány (dentin) pótlására tervezett, több komponensből álló anyag. A felelős innovációk nemzetközi kategóriájának díját a finn Espoo városnak ítélték oda az Energiatietopalvelu (tudatos energiaszolgáltatás) elnevezésű számítógépes programjáért, ami lehetővé teszi a különböző energiatípusok összehasonlítását azok számára, akik a megújuló energiaforrásra való áttérést fontolgatják.

A díjátadást követő napon a résztvevő országok minőségügyi szervezeteinek vezetői megvittatták és igen pozitívan értékelték az eddig rendkívül sikeresnek bizonyult „Minőség-Innováció” pályázati rendszert és egyhangú döntést hoztak a folytatásról. A nemzetközi jelleget az fogja erősíteni, hogy a jelentkező országok közül Izrael és Kazahsztán kapott felvételt, mivel a koordinátori szerepkört ellátó Finn Minőségügyi Szervezet csak 2 új ország felvételét és felkészítését tudja felvállalni. Egyhangú határozat született arról is, hogy az első értékelési kör és a díjkiosztás 2014-ben nemzeti hatáskörbe kerül. A nemzetközi innovációs díjakról, amelyek a nemzeti díjazottak közül kerülnek majd ki, továbbra is a nemzetközi zsűri dönt. Egyúttal felkérték az EOQ MNB elnökét, hogy Helsinki és Stockholm után a díjkiosztó ünnepséget az EOQ MNB kormányzati támogatással Budapesten rendezze meg.

A 2013. évi Minőség-Innováció pályázat díjnyertesei országok és kategóriák szerint a következők:

POTENCIÁLIS INNOVÁCIÓK

GreenBead OÜ

Észtország

Innováció: Reusable Laundry Agent

A GreenBead kifejlesztette a világ első újrahasznosítható biológiai mosodai hatóanyagának technológiai koncepcióját. A GreenBead olyan ígéretes megoldást alkalmaz, ami kombinálja a nano- és a biotechnológiát. Ennek alapját azon nanomágnesek képezik, amelyek lehetővé teszik a bioaktív komponensek aktivitásának védelmét és szabályozását. A bioaktivitás fokozása mellett ez a hatóanyag egyszerű módon újra összegyűjthető a mágnesesség felhasználásával.

Volvo Trucks Co

Svédország

Innováció: Volvo Dynamic Steering

A Volvo Dinamikus Vezetés egy szabadalommal védett elektronikus-hidraulikus targonca vezetés, ami lehetővé teszi a vezető számára a biztonságosabb és fizikai erőfeszítéseket nem igénylő irányítást. A Volvo Dinamikus Vezetés megoldás a hidraulika és az elektronika összekapcsolásával javítja a vezető biztonságát. A megoldás növeli a jármű jobb manőverező képességét, továbbá a vezető személy jobb munkakörnyezetét.

FELELŐS INNOVÁCIÓ

Espoo város

Finnország

Innováció: Energy Information Service

Espoo város kifejlesztett egy net alapú szolgáltatást, ahol a felhasználók (pl. Espoo város lakosai, egy házfelügyelő, egy megújuló energiát hasznosító készülék gyártója, továbbá egy ingatlan-tulajdonos vagy egy befektető) összehasonlítást végezhetnek a különböző energiaformák költségei és előállítási lehetőségei között. Az energia információs szolgáltatás a napenergia elemzésén alapul, amihez lézeres szkennelési megoldást alkalmaznak.

MIKROVÁLLALATOK

G&G and Companions Ltd.

Magyarország

Innováció: Inspection of the Elements of the Constructional Metal Scaffolding System

Az innováció lehetővé teszi az épületek állványozásának helyszínen történő minőségi és biztonsági értékelését a használatba vétel előtt. A kialakított mérési megoldások alkalmasak minden, az Európai Unióban alkalmazott épület állványozási rendszer vizsgálatára. Ezzel a módszerrel és felszereléssel lehetővé válik az ellenőrzés lefolytatása az építkezés helyszínén. Ha a vizsgált állványzat minden értéke megfelel az előírásoknak, tanúsítványt kap.

SSK i Uppsala AB

Svédország

Innováció: Hoppet

Az innováció egy kognitív és viselkedés tréning a való életben, egy kezelési módszer szociális problémákkal küszködő fiatalok számára. A Hoppet kezelési módszer a beteggondozás helyett a tanulásra és az oktatásra helyezi a hangsúlyt, ezáltal csökkentve az orvosi kezelés iránti igényt és bevonva az egész családot. Az innováció jó ered-

ményeket mutat, többek között az orvosi kezelés időtartamának felére csökkentése által.

Stick Tech Oy

Finnország

Innováció: everX Posterior

Az innováció egy merevítő rostanyag a fogak kezeléséhez. A termék lehetővé teszi olyan műanyag tömések előállítását, amelyek törési szilárdsága legalább azonos a természetes fogak és a kerámiai anyagok törési szilárdságával. Az innovatív termék alkalmazása költségmegtakarítást tesz lehetővé és javítja – a fogak jó higiéniai állapota által – a kezeltek általános egészségi állapotát.

Trakais Rotors Ltd.

Lettország

Innováció: Crazy Roller MTN and H2O

A Crazy Roller MTN egy guruló szórakoztató berendezés síparadicsomokba és kalandparkokba. A tapasztalatok és a biztonság ötvözésével a guruló berendezés lejtős dombokon kielégíti a szórakozás és az adrenalin iránti igényeket. A különleges technikának köszönhetően a Crazy Roller környezetbarát, mivel annak felállítása nem veszélyezteti a dombok felszínét.

Z2B Ltd.

Lettország

Innováció: Lude – Design with Good Karma

A Lude projekt az idős állampolgárok foglalkoztatásával, továbbá az alacsony jövedelmű lett nyugdíjasok társadalmi problémájával foglalkozik. A projekt célja az idős, illetve a közvetlenül nyugdíj előtt álló emberek pszichológiai problémáinak enyhítése tekintettel arra, hogy a lett munkaerőpiac leginkább fiatalokat alkalmaz. A projekt környezeti kérdéseket is megold, mivel a takarókat és a plédeket textilipari hulladékokból és használt ruházatból állítják elő.

KIS- ÉS KÖZÉPVÁLLALATOK (SMEs)

Europ Assistance S.R.O.

Cseh Köztársaság

Innováció: WebInvoicing System for the Europ Assistance

A WebInvoicing az Europ Assistance ellátási lánc rendelkezésére álló új online eszköz, ami gyors és átlátható jelentést tesz lehetővé a szolgáltatásokról és a szolgáltató szervezet számlázási rendszeréről, továbbá gyors és pontos információt nyújt az ügyfelek számára. A WebInvoicing alapvetően megváltoztatta az elektronikus számlázás kommunikálásának módját a szolgáltatók és az Europ Assistance között.

Förskoleteamet Helianthus

Svédország

Innováció: Preschools on Wheels

A guruló iskolaelőkészítő egy óvodai autóbusz, ami saját konyhával, WC-vel és minden mással rendelkezik, ami egy óvodában megtalálható. Ez az innovatív gondolat egyrészt megoldja az óvodai helyhiányból eredő problémákat, másrészt új dimenzióval gazdagítja a gyermeknevelés fejlesztési lehetőségeit. A mobil iskolaelőkészítő megteremti az új pedagógia előfeltételeit a természet és a kultúra oldaláról egyaránt. A buszok napelemei lehetőséget kínálnak a nevelőknek, hogy már az óvodában megkezdjék a gyerekek megfelelő hozzáállásának kialakítását a fenntarthatósághoz.

Icosagen OÜ

Észtország

Innováció: Golden Egg Technology

Az Icosagen házi baromfi tesztek segítségével kifejlesztette az innovatív „Aranytojás Technológiát” a poliklonális antitestek generálásához. A csirkék védettségének kialakítása az immunizációs protokoll segítségével történik, de a poliklonális antitesteket a tojásokból izolálják mellőzve az állatkínzás minden változatát. Az Icosagen jelentős változtatásokat és fejlesztést eredményezett a hagyományos protokollokban, még hatékonyabbá téve azokat, miközben az új technológia által létrehozott antitestek az eddigieknél specifikusabbakká váltak.

Lymed Oy

Finnország

Innováció: Lymed 3D Sense

Az innováció lényege a sportolók és az állatok érzékszervi integrációs rendellenességeinek kezelése orvosi-műszaki öltözék segítségével. A támogató öltözék funkciója a testtartás és a mozgás érzékelésének megerősítésén, továbbá a mély érzékelő képesség felkeltésén alapul. A sportolók orvosi-műszaki támogató öltözéke javítja a testi tudatosságot és az izomtónust, amellel hozzájárul a sérülések megelőzéséhez korrigálva a helytelen testtartást.

Unicomp Informatikai Kft.

Magyarország

Innováció: Grainpatrol Grain Probe

A GrainPatrol komplex megoldást kínál a betakarítás után betárolt gabona tárolási feltételeinek figyelemmel kísérésére. A kifejlesztett rendszer olyan szondákból áll, amelyek egy speciálisan megtervezett műanyag tartozékban számos nedvességmérő érzékelőt (szenzort) tartalmaznak, melyek vezeték nélkül automatikusan továbbítják a mért értékeket egy szerverhez, ahol azokat tárolják és értékelik a beavatkozás eldöntéséhez. A GrainPatrol lehetővé

teszi nagyobb gabonátárolási veszteségek elkerülését.

KÖZSZOLGÁLATI ÉS NONPROFIT SZERVEZETEK

Barn och ungdomspsykiatri i Uppsala

Svédország

Innováció: Intensive Contextual Treatment of Self Harming Behavior

Ez az innovatív modell új lehetőséget kínál az önveszélyes és/vagy öngyilkosságra hajlamos magatartást tanúsító fiatalok kezelésére. A tudományos bizonyítékok és a kezelésben részesítendő fiatalok sajátos ismeretvilágának újszerű kombinálásával ez az innovatív modell egyedülálló megoldást nyújt a kezelték számára, miközben a közösség egésze szempontjából költségmegtakarítást tesz lehetővé.

State Limited Liability Company (SLLC) “Latvijas Vēstnesis”.

Lettország

Innováció: Latvian Legislation Portal – likumi.lv

A likumi.lv weblap kifejlesztésének célja az volt, hogy a nagyközönség számára könnyebben elérhetővé és felhasználhatóvá tegye a törvényeket és a jogszabályokat. Az innováció új lehetőségeket biztosít a jogszabályok kereséséhez (pl. dátum vagy státusz szerinti keresés, hatályban van-e az adott jogszabály vagy érvénytelen stb.). Tekintettel arra, hogy az érdeklődés középpontjában az egyén jogaival kapcsolatos tudatosság növelése áll, ez az innovációs megoldás egyedi hozzáférést biztosít a törvényekhez, segítve az aktív civil társadalom kibontakozását.

The Finnish Forest Centre – Suomen metsäkeskus

Finnország

Innováció: Elektronikus szolgáltatás erdőtulajdonosok és erdészetek részére

A Finn Erdészeti Központnak ez az online szolgáltatása azonos információval látja el az erdészeti ágazatban dolgozókat és az erdőtulajdonosokat, egyedülálló elérést biztosítva nemzetközi szinten is. A szolgáltatás révén az erdőtulajdonosok nyomon tudják követni az állomány növekedését a saját erdejükben, megbecsülhetik az állomány értékét, megállapíthatják az intézkedés szükségességét és a termőhelyeket, továbbá megtervezhetik az erdészeti munkákat és a hozzávetőleges költségeket. Az elektronikus alkalmazás segítségével mind az erdőtulajdonosok, mind pedig az erdészeti szolgáltatást nyújtók újszerű módon használhatják fel az erdészeti adatokat.

NAGYVÁLLALATOK

Metsä Fibre Oy

Finnország

Innováció: Botnia NordicPlus

A Botnia NordicPlus egy újszerű, poliszulfidos főzési folyamattal előállított puhafa pép, amely hozzáadott értéket nyújt a felhasználók számára. Ez az innováció megkérdőjelezi a pépekre kidolgozott minőségi kritériumok régi koncepcióit. A hagyományos péphez képest a PS pép jobb nyújtószilárdsággal és feszes-séggel rendelkezik, amellyel csökkenti az őrlés iránti igényt. A vállalati kutatás és termékfejlesztés újszerű kritériumokat eredményezett a pép minőségére.

Ponsse Oy

Finnország

Innováció: Scorpion Harvester

A kifejlesztett aratógép olyan újszerű tulajdonságokkal rendelkezik, ami támogatja a vezető és a technika kapcsolatát (ergonómia). A vezetés munkafeltételeinek javítása mellett sikerült megvalósítani az ideális működési hatékonyságot és

növelni a gép műszaki megbízhatóságát. A karbantartások közötti időtartam sikeresen megduplázódott, ennek köszönhetően jelenleg ez az aratógép igényli a legkevesebb karbantartást.

Volvo Car Customer Service (VCCS)

Svédország

Innováció: Volvo Car Customer Service Lean Knowledge Intensive & Staff Innovative Team Production System

Itt egy folyamat innovációról van szó: a Volvo Gépkocsi Ügyfélszolgálat innovatív példát szolgáltat egy olyan termelési rendszerre, amely a Lean rendszerre, a minőségre, a hatékonyságra és a munkatársak bevonására helyezi a fő hangsúlyt. A szervezet bemutatja, hogyan képes a rendszer a vállalati teljesítmény megszilárdítására azáltal, hogy javítja az érték hozzáadott érték növelését biztosító folyamatokat és a folyamatszabályozás elveit. Az innovatív megoldás bevezetése által a termelékenység 5-10%-al, a hatékonyság pedig 10-15%-al növekedett.

Dr. Molnár Pál

A minőségfejlesztés tudománya – az egészségügy forradalma

Mindannyian tisztában vagyunk korunk legerősebb egészségügyi kihívásaival:

- Számtalan betegséggel küzdő, korosodó népesség.
- A betegek biztonsága.
- Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférhetőség.
- Növekvő lehetőségek, növekvő követelmények.
- Megváltozott hatalmi viszonyok.
- Az egészségügy finanszírozási rendszere.

A szemléletmód változását tekintve azonban pozitív trendek is mutatkoznak. Az ügyfél (jelen esetben a beteg, a páciens) szerepe egyre nagyobb mértékben aktivizálódik: immár nem csak együttműködő partner és munkatárs, hanem értéktérítő is a gyógyítás folyamatában. Különösen igaz ez a mozgásszervi megbetegedések, a cukorbetegség (diabetes) és a szülés vonatkozásában. Korábban nem tapasztalt nyíltsággal kerül előtérbe ugyanakkor a kiváló eredményekre és a fejlesztési lehetőségekre való törekvés, ami elsősorban a nyíltságnak és a minőségügyi ismeretek alkalmazásának köszönhető.

A korábbi, szigetszerűen elkülönült specializáció lassan átadja a helyét az értéktérítő folyamatokra hangsúlyt helyező integrált szemléletnek. Az általános megfigyelések szerint ugyanis a szakosodás csak bizonyos határokon belül növeli a hatékonyságot és a minőségi színvonalat; e határokon kívül azonban már csak az orvosszakértői munka integrációja képes biztosítani a továbbfejlődést. Az egészségügy területén a szakosodás csodákra képes: gondoljunk csak a tüdőbetegek vagy a rákos betegek kezelésére, gondozására. Az integráció viszont összességében még nem elég fejlett az egészségügyben: csak most kerülnek előtérbe például a több diszciplínát érintő, ún. kereszt-funkcionális munkacsoportok, teamek, valamint a vezetők, illetve a társosztályok vezetőinek együttműködési felelőssége.

Paradigmaváltásra van szükség, amit elméletileg jól alátámaszt Deming kimeríthetetlen munkássága. Be kell vezetni az egészségügy területére a komplex és érzékeny adaptív kibernetikai rendszereket. Nem elég csupán a folyamat szórásának csökkentése, hanem kreativitásra és önfejlesztő folyamatokra van szükség. Mindenekelőtt kreatív szaktudás várható el az egészségügy területén dolgozó munkatársaktól, amit pszichológiai téren az önállóság és a motiváció egészíthet ki.

Svédországban Nemzeti Platformot hoztak létre a javítás és a fejlesztés tudományos alapokra helyezéséhez. Ez a platform összefogja a szakmai társaságokat az egészségügy terén, hogy közös nemzeti megoldást keressenek az állandó fejlesztésre, amit azután az orvosok, az ápolószemélyzet, a gyógytornászok, a dietetikusok és más egészségügyi szakemberek képzésének szerves részévé tesznek. Ugyanakkor az orvosok továbbképzésében már ma is kötelezően oktatják a minőségfejlesztési projekteket, mivel valószínűleg ez lesz a jövő útja.

A javítás-fejlesztés külön tudományággá női ki magát az egészségügy területén is.

Sok-sok javító kezdeményezésnek lehetünk ugyan tanúi az iparban, ahol jól megtanulták ezt a leckét – de vajon hogy állnak a fejlődés és javítás külön tudományként való kezelésével? És a Deming-féle Mély Tudással? És ezek hasznosításával? Talán megérjük még, hogy a jövőben az ipar az egészségügyhöz jár majd tanulni!

A bölcsességhez vezető út Piet Hein szerint sima és egyszerűen kifejezhető:

„Botlás, csatlódás és melléfogás újra meg újra, de egyre kevesebb és egyre ritkábban.”

Prof. Bo Bergman

Az EOQ MNB jogi tagjainak bemutatkozása

2013-tól kezdve a *Minőség és Megbízhatóság* szerkesztőbizottsága lehetőséget ad az EOQ MNB jogi tagszervezeteinek térítésmentes bemutatkozásra. (A jogi tagság kezdeményezéséhez a *Belépési Nyilatkozat* e lap számunk előlső belső borítóján, valamint a honlapon: www.eoq.hu található.) Az új jogi tagok belépésekor külön felkérést kapnak tevékenységük és eredményeik mintegy egy oldalon történő ismertetésére. A korábbi jogi tagok bármikor beküldhetik az egyoldalas tá-

jékoztató anyagot, amelyet a beérkezés sorrendjében egy alkalommal szintén térítésmentesen leközlünk. A bemutatkozás természetesen jó minőségű képanyagot is tartalmazhat, mint pl. logo, díjak, elismerések, fényképek. Ezzel az új rovattal is szeretnénk lehetőséget adni a minőség iránt elkötelezett tagszervezeteknek jó működési gyakorlatuk, eredményeik, sikereik és jövőbeni terveik bemutatására. Ezúttal a *G&G és Társai Kft.* mutatkozik be olvasóinknak.

G&G és Társai Kft.

A G&G és Társai Kft. egy 2001-ben alakult vállalkozás, melynek tevékenysége kezdetben homlokzati állványrendszerek építéséből-bontásából és bérbeadásából állt, majd 2004-ben megszereztük az ÉMI-től a gyártási engedélyt az általunk kifejlesztett állványszerkezetekre, amely minden érvényes előírásnak eleget tesz. Tevékenységünk során szembesültünk azzal a ténnyel, hogy az állványrendszerek EU-ban megkövetelt biztonsági és minőségi paramétereket tartalmazó jogszabályok előírásait kielégítő ellenőrzése nem megoldott, mivel nem állt rendelkezésre megfelelő mérőeszköz és vizsgálati módszer. 98/34/EK irányelve taglalja a műszaki tartalmú szabványok fontosságát, az EU tagállamokban használt műszaki szabványok és szabványok egységesítésének szükségességét és átláthatóságának elengedhetetlenségét a közös és egységes piac kialakítása érdekében, azonban az ipar e területén a fent említett elvek gyakorlati kivitelezése még nem valósult meg. Ezen probléma felismerése az állványellenőrzés korszerűsítésére sarkallta a vállalkozás vezetőjét, és javaslatot tett Magyar Szabványügyi Testületnél, hogy közösen dolgozzanak ki az állványrendszerek minőségét méréssel megállapítható munkavédelmi tartalmú szabványt. A közös munka eredményeként 2010 évében megjelent szabványügyi közlönybe az MSZ 17177:2010 Magyar Nemzeti Szabvány.

Szolgáltatásunk alapja az állványzatok használatában rejlő foglalkozási veszélyek megelőzését szolgáló teljes körű ellenőrzés, amely jelenleg Magyarországon és az Unió országokban egyedülálló precíziós mérő eszközökkel történik, ezáltal megteremtjük a biztonságos munkavégzés/munkahely személyi és tárgyi feltételeit. Mérőkeretünk újszerűsége abban rejlik, hogy az EU-ban forgalmazott állványszerkezetek összes típusának ellenőrzésére alkalmas, a megengedett +/- 1 mm-es eltérések is megállapíthatóak használatával, valamint hogy az építési területen, felépítés előtt és akár az állványszerkezet felállított állapotában is lehetségessé teszi

az állványrendszer biztonsági és minőségi ellenőrzését, ezzel segítve a minőségügyi és munkavédelmi szakemberek munkáját. A vizsgálat elvégzésével megállapítjuk, hogy az állványrendszer elemeinek alakváltozásai a gyári előírás szerinti tűréshatáron belül vannak-e, biztonságosan használhatók-e az adott állványrendszer felépítésekor és annak használatakor. A vizsgálat elvégzését követően egy tanúsítványt állítunk ki az állványrendszer állapotára vonatkozóan. A mérőkeret 2010 óta szabadalmi oltalom alatt áll. 2013-ban az új ellenőrzési módszer fontosságára való figyelemfelhívás és alkalmazásának megismertetése érdekében Magyarország 7 régiójában előadássorozatot tartottunk az érintett szervek és vállalkozások részére.

Fejlesztésünkkel – amellett, hogy hozzájárulunk a biztonságos munkahelyi körülmények biztosításához – a rossz minőségű állványzatok háttérbe szorulnak, így csökken piacromboló hatásuk a jó minőségű állványzatokkal szemben. Innovációnk pozitív visszhangot váltott ki a szakmában a 2007-es szabadalmi dokumentációt követően. Az ÉMI álláspontja szerint a szabvány „nagy hiányt pótol a munkavédelem területén”. Fejlesztésünket Magyar Termék Nagydíjjal és Innovációs Díjjal ismerték el, valamint 2013-ban részt vettünk a Finn Minőségügyi Szervezet által koordinált innovációs pályázaton, amelyen elnyertük a Minőség-Innováció Nemzetközi Díjat is. Hosszú távú célunk, hogy ellenőrzési technológiánkat, ne csak Magyarországon, de az EU egész területén alkalmazzák. Célunk elérésének érdekében már benyújtottuk az EU szabványosítási javaslatot, melynek elbírálása folyamatban van.

Olyan partnereket keresünk, akik munkájuk során az MSZ 17177:2010 Magyar Nemzeti Szabvány alkalmazására kötelesek, és gyakorlatban el szeretnék sajátítani az általunk kidolgozott állványellenőrzési eljárást. Amennyiben felkeltettük érdeklődését, látogasson el honlapunkra (<http://www.allvanyellenorzes.hu/>) és vegye fel velünk a kapcsolatot a gulyas.tamas@allvanyellenorzes.hu e-mail címen.

Új vagy megújított érvényű EOQ MNB tanúsítvánnyal rendelkező szakemberek jegyzéke

EOQ MNB TQM Menedzser

Hegedűs László	Elso Elbe Hungária Bt.	Eger
Malkovics Imre	Waller Group Kft.	Jászberény
Paulics József Csaba	AUDI Hungaria Motor Kft.	Győr

EOQ MNB Minőségügyi Auditor

Ábrám Szilárd	Magyar Posta Zrt.	Budapest
Antalné Dobos Nóra	Magyar Posta Zrt.	Budapest
Bélaferi Zsolt	NEMAK Győr Kft.	Győr
Bertók Zoltán	Magyar Posta Zrt.	Budapest
Farkas L. Balázs	Magyar Posta Zrt. TMEK	Budapest
Guzina Mihály	Magyar Posta Zrt. TMEK-EVO Észak-alföldi Szektor	Debrecen
Jármerné Baka Erzsébet	Magyar Posta Zrt.	Budapest
Kárpáti Zoltán	Jávorszky Ödön Kórház	Vác
Kasza Gyula	Magyar Posta Zrt. Dél-dunántúli Szektor	Pécs
Kun Zoltán	ISD Dunaferri Zrt.	Dunaújváros
Dr. Martin Andrea Mária	Wessling Hungary Kft.	Budapest
Nagy Ádám György	Magyar Kereskedelmi Engedélyezési Hivatal	Budapest
Németh András	Magyar Posta Zrt.	Budapest
Pelc Mária	Excel Csepel Szerszámgépgyártó Kft.	Budapest
Szabados Katalin	Magyar Posta Zrt.	Budapest
Tóthné dr. Veinperl Ilona	MÁV Szolgáltató Központ Zrt.	Budapest
Varga István	Magyar Posta Zrt. TMEK EVO Budapesti Szektor	Budapest
Vass Kálmán	Magyar Posta Zrt. Tranzakció- és Módsz. Elemz. Oszt.	Budapest
Viszoki Zsuzsanna	TVK Nyrt.	Tiszaújváros

EOQ MNB Minőségügyi Rendszermenedzser

Ábrám Szilárd	Magyar Posta Zrt.	Budapest
Becskeházi-Tar Judit	Progresszivitás Kft.	Besenyő
Blaskó Margó	Magyar Posta Zrt. TMEK EVO	Budapest
Botha Edit	Pinguin Foods Hungary Kft.	Baja
Csapkó István	MÁV-START Zrt.	Budapest
Dobó Balázs	GlaxoSmithKline Biologicals Kft.	Gödöllő
Éberhardt Zoltán	ISD Dunaferri Zrt.	Dunaújváros
Ertseyne Dr. Peregi Katalin	BCE Kertészettudományi Kar	Budapest
Fenyvesiné Bakos Mária	Wessling Hungary Kft.	Budapest
Gera Miklós	Magyar Posta Zrt.	Budapest
Hegedűs László	Elso Elbe Hungária Bt.	Eger
Iszlay Zsuzsa	Egyéni vállalkozó	Budapest
Kárpáti Zoltán	Jávorszky Ödön Kórház	Vác
Keresztes Zoltán	Kösztö 2000 Stúdió Kft.	Bölcske
Malkovics Imre	Waller Group Kft.	Jászberény
Nagy Ádám György	Magyar Kereskedelmi Engedélyezési Hivatal	Budapest
Dr. Nagy Pál Géza	Egyéni vállalkozó	Budapest
Nagy Tamás	Magyar Posta Zrt.	Budapest
Nagyné Kovács Krisztina	EGIS Gyógyszergyár Nyrt.	Budapest
Smellerné Tóth Ildikó	Richter Gedeon Nyrt.	Budapest
Tóthné dr. Veinperl Ilona	MÁV Szolgáltató Központ Zrt.	Budapest
Ujhelyi Zoltán	Hauni Hungaria Gépgyártó Kft.	Pécs
Vargáné Elek Ildikó	EPCOS Kft.	Szombathely

Vass Kálmán	Magyar Posta Zrt. Tranzakció- és Módsz. Elemz. Oszt.	Budapest
Viszoki Zsuzsanna	TVK Nyrt.	Tiszaújváros
Dr. Vonnák Iván Péter	AEROTECHNIKA M&T Zrt.	Budapest
EOQ MNB Élelmiszerbiztonsági Auditor		
Dr. Martin Andrea Mária	Wessling Hungary Kft.	Budapest
EOQ MNB Élelmiszerbiztonsági Rendszermenedzser		
Fenyvesiné Bakos Mária	Wessling Hungary Kft.	Budapest
EOQ MNB Információbiztonsági Auditor		
Kun Zoltán	ISD Dunaferr Zrt.	Dunaújváros
EOQ MNB Információbiztonsági Rendszermenedzser		
Kun Zoltán	ISD Dunaferr Zrt.	Dunaújváros
EOQ MNB Környezeti Rendszermenedzser		
Keszi László	Dalkia Energia Zrt.	Budapest
Vargáné Elek Ildikó	EPCOS Kft.	Szombathely
EOQ MNB Minőségirányítási Rendszer Vezető Tanácsadó		
Becskeházi-Tar Judit	Progresszivitás Kft.	Besenyőd

Az EOQ MNB regisztrációval rendelkező minőségügyi szakemberek elérhetőségének aktuális adatai megtalálhatók <http://eoq.hu/regist> honlapon.

QUALIVITA – Minőség, átláthatóság és biztonság a közétkeztetésben

Mivel a legnagyobb élelmiszerfogyasztás a közétkeztetés területén tapasztalható, az eredet- és minőségvédelemnek is szorosabban kell kapcsolódnia ehhez a szektorhoz. A Qualivita Alapítvány olyan kezdeményezés, amely igyekszik összehozni a minőségi termékeket és a kereskedelmi közétkeztetést: ez a kezdeményezés nem más, mint a Qualivita Tanúsítási Rendszer (SCQ). Ez egy új lehetőség arra, hogy a kereskedelmi közétkeztetés még áttekinthetőbb legyen a fogyasztók számára, még nagyobb figyelmet fordítson a környezeti fenntarthatóságra és igyekezzék behozni az étlapra a hagyományos és a helyi termékeket (diverzifikálás). Ez azonban csupán az első lépés; de ha figyelembe vesszük a számokat – egyedül Olaszországban 21 millió ember étkezik legalább naponta egyszer házon kívül – pozitívan járulhat hozzá, ha csak kis mértékben is, az élelmiszerfogyasztás bizonyos aránytalanságainak javításához és az ízletesebb élelmiszerek elkészítéséhez.

A tanúsítási rendszer elsődleges célja a fogyasztóknak nyújtott garancia mellett az, hogy az ún. Ho.Re.Ca (szállodák, éttermek és közétkeztetés) szektor figyelmét felhívja a terméktanúsítás fontosságára. Maga a szektor a következő részekből tevődik össze: kollektív étkeztetés (üzemi étkezdék, büfék), kereskedelmi étkeztetés (önkiszolgáló és gyorséttermek), illetve az egyéb étkeztetési szolgáltatások (pl. házhoz szállítás). Ezek közös jellemzője, hogy képesek gyors választ adni nagyszámú fogyasztó igényeire. Terjeszkedésük meglehetősen agresszív: a McDonald's például az 1980-as évek elején jelent meg Olaszországban, de ma már több mint 3000 éttermet üzemeltet. A gyors fejlődés ellenére az ügyfelek nem mindig elégedettek a tájékoztatással az általuk fogyasztott élelmiszerek jellegét illetően, ami mondjuk a csomagolt élelmiszerek címkéjén jelenik meg. A szolgáltatók és a fogyasztók közötti közvetítő szerepet leginkább a Qualivita Alapítvány töltheti be, amely saját szabványon (SCQ) alapuló tanúsítási eljárást és jelet dolgozott ki a Ho.Re.Ca szektor számára. A tanúsítás garanciát nyújt arra, hogy az illető közétkeztetési egység által nyújtott kommunikáció és információ átlátható, megfelel az igazságnak, amellel harmadik (külső) tanúsító felek által is ellenőrizhető. A tanúsítás ténye már önmagában is jelzi a minőségi termékek iránti elkötelezettséget. A már tanúsított üzletek folyamatos ellenőrzésére a Qualivita Alapítvány is létrehozott egy Monitoring Bizottságot, amely jogászokból, fogyasztóvédő aktivistákból és más tanúsító testületek képviselőiből tevődik össze. Mivel a projekt végső célját természetesen a fogyasztók védelme képezi, az SCQ szabvány kötelezi a résztvevő vállalatokat a fogyasztói elégedettségére vonatkozó kérdőívek kitöltésére is, elsősorban a nyújtott információ érthetőségével és átláthatóságával, továbbá a vendégszeretettel és más ügyfél szempontokkal kapcsolatban. A kitöltött kérdőíveket, valamint a panaszkezelés módját a Qualivita és a vállalat közösen értékeli.

QUALIGEO-EU (QUALIGEO honlap: <http://www.qualigeo.eu>)

VG

PARTNER A FEJLŐDÉSSEN

Kvalikon Tréningkalendárium 2014. Tavasz

Programok	Idő-tartam	Időpontok	Helyszín
GEMBA KAIZEN WORKSHOP – GE HEALTHCARE	4 nap	Március 6-7, 20-21.	GE Hungary Kft., Budaörs
VII. LEAN FÓRUM – Folyamatfejlesztési Konferencia	2 nap	Április 10-11.	Rubin Hotel, Budapest
XXVII. Best Practice Fórum – E.ON Ügyfélszolgálati Kft.	1 nap	Május 8.	E.ON Ügyfélszolgálati Kft., Pécs

Képzések	Idő-tartam	Időpontok	Helyszín
Lean Vezetés – Lean Coaching képzés	3 nap	Április 14-15-16.	Hotel Walzer, Budapest
Lean tréner képzés	5 nap	Április 14-15, 24, 29, Május 6.	Hotel Walzer, Budapest
Változásmenedzsment képzés	2 nap	Április 15-16.	Hotel Walzer, Budapest
Teljesítménymenedzsment képzés	3 nap	Április 15-16-17.	Hotel Walzer, Budapest
Lean Management (Kaizen II) képzés	6 nap	Április 24-25, 29, Május 8-9, 15.	Hotel Walzer, Budapest
Value Stream Menedzsment képzés	3 nap	Április 24-25, 30.	Hotel Walzer, Budapest
Kaizen menedzser képzés	6 nap	Április 23, 28-29, Május 5-6, 15.	Hotel Walzer, Budapest
Lean Maintenance – TPM képzés	5 nap	Április 24, 28-29, Május 5, 9.	Hotel Walzer, Budapest
5S – TPM – SMED – Lean management a gépeken	3 nap	Április 24, 28, Május 9.	Hotel Walzer, Budapest
Lean Office képzés	5 nap	Április 23, 28-29, Május, 8, 14.	Hotel Walzer, Budapest
Lean a logisztikában képzés (SCM)	4 nap	Április 24-25, 28, Május 7.	Hotel Walzer, Budapest
JIT KANBAN képzés	3 nap	Április 24-25, 30.	Hotel Walzer, Budapest
TPM MASTER képzés	4 nap	Április, 29, Május 5, 9, 16.	Hotel Walzer, Budapest

Felnőttképzési nyilvántartási szám: 01 005806, Akkreditációs lajstromszám: AL-2519. Jelentkezési határidő a képzések előtt egy hónappal.

További információk:

Wittmann Brigitta, képzésszervező
 Tel/Fax: (06-1) 201-1235
 E-mail: kepzes@kvalikon.hu

www.kvalikon.hu
 Kvalikon Kft.
 1125 Budapest Istenehegyi út 11/c.

Az EQQ Magyar Nemzeti Bizottság tanfolyamajánlata 2014. I. félév

A Felnőttképzési Akkreditáló Testület 2008 januárjában az EQQ MNB közhasznú szervezetet **felnőttképzési intézményként akkreditálta**, amelyet 2011. decemberében meghosszabbított.
Intézmény-akkreditációs lajstromszám: **AL-1723**. Felnőttképzési nyilvántartási szám: **01-0474-05**.
Az akkreditáció 2016. január 10-ig érvényes.

- **KVALIKON – EQQ MNB Folyamatmenedzsment (6 napos) képzés** vizsgával az „EQQ MNB Folyamatmenedzser” tanúsítvány megszerzéséhez – **20 kreditpont**
2014. február 24-25., március 3-4., 10-11. – Budapest – 315 000,- Ft + ÁFA / fő
- **EQQ MNB Szintentartó tanfolyam** EQQ MNB tanúsítvány meghosszabbításához – **10 kreditpont**
2014. március 3-4. – Budapest – 88 000,- Ft + ÁFA / fő
- **EQQ MNB Információbiztonsági Rendszermenedzser intenzív tanfolyam** vizsgával az „EQQ MNB Információbiztonsági Rendszermenedzser” tanúsítvány megszerzéséhez – **15 kreditpont**
2014. március 10-14. – Budapest – 196 000,- Ft / fő
(Program-akkreditációval rendelkező képzés. ÁFA-mentes. Program-akkreditációs lajstromszám: PL-6045.)
- **EQQ MNB – KVALIKON Belső Auditor (3 napos) képzés** vizsgával az „EQQ MNB Belső Auditor” tanúsítvány megszerzéséhez – **10 kreditpont**
2014. március 17-18., 26. – Budapest – 180 000,- Ft + ÁFA / fő
- **EQQ MNB Minőségügyi Rendszermenedzser intenzív (5 napos) tanfolyam** vizsgával az „EQQ MNB Minőségügyi Rendszermenedzser” tanúsítvány megszerzéséhez – **15 kreditpont**
2014. március 19-21., 24-25. – Budapest – 196 000,- Ft / fő
(Program-akkreditációval rendelkező képzés. ÁFA-mentes. Program-akkreditációs lajstromszám: PL-6882.)
- **EQQ MNB – KVALIKON Hat Szigma Zöldöves minőségügyi szakember képzés** vizsgával az „EQQ MNB Hat Szigma Zöldöves Minőségügyi Szakember” tanúsítvány megszerzéséhez – **20 kreditpont**
2014. március 24-25., 31., április 1., 7-8. – Vizsga: 2014. április 14. – Budapest – 315 000,- Ft / fő
(Program-akkreditációval rendelkező képzés. ÁFA-mentes. Program-akkreditációs lajstromszám: PL-7252.)
- **EQQ MNB tanúsítványt adó Zöldöves Statisztikus képzés (2 napos) – 10 kreditpont**
2014. március 26., április 2. – Budapest – 94 000,- Ft + ÁFA / fő
- **EQQ MNB tanúsítványt adó Feketeöves Statisztikus képzés (2 napos) – 10 kreditpont**
2014. április 9., 16. – Budapest – 94 000,- Ft + ÁFA / fő
- **EQQ MNB – KVALIKON Belső Auditor (3 napos) képzés** vizsgával az „EQQ MNB Belső Auditor” tanúsítvány megszerzéséhez – **10 kreditpont**
2014. április 23-25. – Budapest – 180 000,- Ft + ÁFA / fő
- **EQQ MNB – KVALIKON Hat Szigma Zöldöves minőségügyi szakember képzés** vizsgával az „EQQ MNB Hat Szigma Zöldöves Minőségügyi Szakember” tanúsítvány megszerzéséhez – **20 kreditpont**
2014. május 6-7., 13-14., 20-21. – Vizsga: 2014. május 27. – Budapest – 315 000,- Ft / fő
(Program-akkreditációval rendelkező képzés. ÁFA-mentes. Program-akkreditációs lajstromszám: PL-7252.)
- **EQQ MNB Minőségügyi Auditor intenzív (5 napos) tanfolyam** vizsgával az „EQQ MNB Minőségügyi Auditor” tanúsítvány megszerzéséhez
2014. május 22-23., 28-30. – Budapest – 196 000,- Ft / fő
(Program-akkreditációval rendelkező képzés. ÁFA-mentes. Program-akkreditációs lajstromszám: PL-7036.)
- **EQQ MNB Kísérlettervezés (DOE) képzés (2 napos) – 10 kreditpont**
2014. május 29. és június 5. – Budapest – 94 000,- Ft + ÁFA / fő
- **EQQ MNB Szintentartó tanfolyam** EQQ MNB tanúsítvány meghosszabbításához – **10 kreditpont**
2014. június 2-3. – Budapest – 88 000,- Ft + ÁFA / fő

Megjegyzések:

- Jelentkezését csak kitöltött jelentkezési lap alapján tudjuk elfogadni, ami szerződésnek minősül. A jelentkezési lapok a honlapon (www.eqq.hu) megtalálhatók vagy az EQQ MNB Központi Titkárságán (info@eqq.hu) igényelhetők.
- Ahol honlapunkon nem talál jelentkezési lapot, a vonatkozó tanfolyam megnevezése mellett kérjük a résztvevő nevének, munkahelyének és elérhetőségének megküldését az EQQ MNB címére a jelentkezési lap eljuttatásához.
- A díjtétel tartalmazza a tanfolyamon való részvételről szóló igazolást, a tanfolyam ideje alatt az ellátás (ebéd, kávé, üdítő, aprósütemény), a tananyag, a felmerülő vizsga és a regisztráció, valamint sikeres vizsgázók számára magyar és angol nyelven az EQQ MNB tanúsítvány és plasztikkártya, továbbá az EQQ MNB honlapján, a „Minőség és Megbízhatóság” szakfolyóiratban és az EQQ MNB Évkönyvében való közzététel költségeit.
- A tanfolyamok helyszínét a részletes programmal együtt a tanfolyam indítása előtt mintegy 10 nappal a résztvevőkkel közvetlenül közöljük.

Dr. Molnár Pál
felnőttképzési vezető