Szervezeti korszerűsítés a fővárosi Szent Imre Kórházban

DR. VARGA PIROSKA
főigazgató-helyettes, Főv. Önk. Szent Imre Kórház
(Az előadás szövegének társszerzője: Dr. László Imre, a kórház főigazgatója)

Nézzük, hogy mi az, amit eddig tenni tudtunk a Szent Imre Kórházban annak érdekében, hogy korszerűsödjön intézményünk működése és nőjön hatásfoka.

Kórházunk őse eredetileg egy sósfürdő-forrásra épült kórház volt, amit még annak idején Mikszáth Kálmán is megemlegetett. Ide többek között megfáradtabb fiatal vagy középkorú hölgyek a lovagjaik kíséretében is kivándoroltak annak idején, tehát eléggé fölkapott hely volt. Erre épült az 50-es években az a közkórház, amely az ezredfordulóra 50 évessé válván már alkalmatlan volt a korszerű orvos-technológia befogadására.

A kórház életében 2001 májusától két nagy változás zajlott egyszerre: elkezdődött egy hatalmas rekonstrukció, és ekkor lépett be a kórház új vezetése. Milyen helyzetet találtunk? A kórház előzőleg akkori pénzben körülbelül 400 millió forint adósságállományt halmozott föl. Teljesítménye pedig évről évre stagnálónak, néhány területen visszaesőnek volt mondható, a két ellátott kerület lakosságának mindössze 40 %-át látta el a kórház. Ez még akkor is nagyon kevés, ha tudjuk, hogy nincsenek bizonyos funkciók a kórházban, mint szívsebészet, idegsebészet és így tovább. Az új vezetés különböző feladatokat tűzött maga elé, áttekintve a helyzetet. Egyértelműen leszögeztük, hogy az intézet meglévő állományára és a meglévő szakmai értékekre alapozunk. Ezzel együtt természetesen szükség volt elsősorban és első lépésben az igazgatási és gazdasági terület racionális átszervezésére. Ez azért nem jelentett nagyon „goromba” változást: három vezető munkatárs távozott, köztük a gazdasági igazgató. Következő lépésként egy stratégiai tervet alakítottunk ki, és felvázoltuk a jövőképet, amely végleges formájában 2002 júniusára készült el, és addig ideiglenes stratégiai terv alapján dolgoztunk.

A Szent Imre Kórház Dél-Buda egyetlen közkórháza. Feladatainkat nagyjából ez határozza meg, tehát minden olyan lehetséges funkciót biztosítanunk kell, ami ennek a valamivel több, mint 200 ezres populációnak szükséges. Azt is láttuk, hogy ágyszám-bővítésre, jelentős nagy profilváltozásra első lépésben nincs mód, és a lakosság igényeit csak akkor tudjuk kielégíteni, hogy ha radikálisan megváltoztatjuk a kórház belső struktúráját. Ezért döntöttünk úgy, hogy a meglévő ágyszámon belül egy mátrix struktúrát alakítunk ki, ami lehetővé teszi egyrészt, hogy az ágyakat jobban kihasználjuk, másrészt pedig beléptessük azokat az új profilokat, amelyek a lakosság ellátásához feltétlenül szükségesek. A másik ilyen radikális lépés volt a sürgősségi intézet létrehozása, amiről később még néhány szót szólok. Belekapcsolódtunk a nemzeti egészségvédelmi programba is.

Áttekintettük a szakmai és gazdasági racionalitások szempontjából az intézeti struktúrát, a létszám-viszonyokat, átvilágítottuk az egyes osztályokat. Minden egyes osztály minden évben nagyon részletes értékelésre kerül egy segítő ellenőrzés formájában, és egyértelmű volt az is, hogy a struktúra-átalakítással, a mátrix rendszer és a sürgősségi ellátás kialakításával új beteg-utak kialakítására is szükségünk van. Fontosnak tartottuk, hogy a kórház terveit és a megvalósult eredményeket megismertessük mind a fölötteseinkkel, mind az általunk ellátott lakossággal. Éppen ezért átalakítottuk a sajtókapcsolatokat, kiadványokat készítettünk, háziorvosi fórumokat hoztunk létre. Megkezdtük minőségügyi rendszerünk kialakítását, illetve újraszerveztük az intézményen belül a kontrollingot, hiszen masszív, stabil vezetői

tanácsadó-rendszer nélkül semmiféle intézkedés nem alapozható meg. Új tanácsadó szervezeteket hoztunk létre, az igazgatói testületet átszerveztük, megalakítottuk a klinikai tanácsot a főigazgató legfőbb szakmai tanácsadó testületeként. Áttekintettük továbbá az ügyeleti rendszert, és a rugalmasság irányában módosítottuk.

A gazdálkodás területén tulajdonképpen minden olyan lépést megtettünk, amelyek egy válsághelyzetben szükségesek: központosított kötelezettség-vállalás, gyógyszer-alaplista átalakítása, a szerződések áttekintése és az osztályos leltárak újraszervezése.

A kerületi egészségügyi szolgálatok: a háziorvosok, a szakorvosi rendelők a mi „beszállítóink". Éppen ezért elkezdtük a kapcsolatfelvételt a kerület alapellátásának orvosaival, akikkel a kapcsolat az elmúlt tíz évben, az integráció felbomlása után erősen megrongálódott. Legritkábban negyedévenként rendszeres háziorvosi fórumokat és egyeztetéseket tartunk, ami a betegirányítás, betegforgalom szempontjából meghatározó. Új fázist jelentett a kórház átalakításában az „A" épület rekonstrukciójának befejezése egy közel 8 milliárd forintos beruházással, amelynek 2/3 részét központi forrásból, 1/3 részét pedig tulajdonosunk hozzájárulásából tudtuk fedezni. Az új épület kialakítása egyúttal lehetőséget teremtett számunkra az új struktúrák beépítésére és az új beteg-utak kialakítására is. Ekkor megkezdődhetett a sebészeti típusú osztályok mátrixszá rendezése. Ez nemcsak osztály-határ nélküli struktúrát jelent, hanem azt is jelenti, hogy az ápolási egységek önállóvá váltak. A beteg gazdája az ápolási osztály, az ápolási osztály vezetője. Az orvos-szakmai ellátást a profil orvosa biztosítja számára, és ő írja elő, hogy mi történjen a beteggel az egyes ápolási egységekben. A mátrix kialakítása tette lehetővé az új profilok beépítését, amelyek közül egyelőre az érsebészet és a plasztikai sebészet említhető meg. Komoly csatában vagyunk a szakmai kollégiumokkal a további, Dél-Buda ellátásához szükséges profilok, így a traumatológia és az urológia ágyszám-bővítés nélküli beépítése kapcsán is.

Hogyan is változtak meg a beteg-utak? Régen területi elven kerültek be a betegek. A háziorvos beutalta arra az osztályra, amelyikhez ő tartozott. A szolgálatban lévő osztályok adták az ügyeletet. Ott kijelölt kórterem, kijelölt orvos látta el a beteget. Ma nálunk a beteg szakmai elven kerül elhelyezésre, tehát elsődlegesen minden beteg egyetlen belépési ponton, a sürgősségi ellátó egységen kerül be a kórházba. Itt a beteg betegségének megállapítása után a megfelelő szakorvoshoz, a megfelelő profilhoz rendelik a beteget, és eleve odakerül. A hét 168 órájában azonos beteg-utak vannak. Tehát nincs olyan, hogy egyik nap egyik, a másik nap másik osztály ügyel. A hotelszolgálatban, a mátrixban a kijelölt kórteremhez rendeljük a nővért, és a beteghez rendeljük az orvost. Előfordul, hogy három különböző ápolási egységben van egy orvosnak betege, ez nem lehet akadálya a szakszerű ellátásnak.

Amikor beérkezik a beteg – vagy a saját lábán, vagy mentővel –, akkor bekerül a sürgősségi egységbe. Ha állapota lehetővé teszi, akkor nálunk a prehospitális ellátáshoz integrált ambulanciára kerül, és alkalmasint, ha azt állapota megengedi, haza is küldjük. Ha pedig nem, akkor egy 6 órás – 24 órás fektető biztosítja, hogy a beteg állapota közelebbről tisztázódjék, és ő a megfelelő intézménybe kerülhessen akár kórházon belül, akár máshol, vagy akár rögtön a sokktalanítóba és az intenzív osztályra. Külső jelei is vannak, hogy a prehospitális ellátást egy rendszerbe szerveztük. Nevezetesen a sürgősségi egység bejáratánál találhatjuk a betegszállító kocsit, a mentőt és a rohammentőt is, amelyeknek helyet biztosítunk, hiszen a gyors, ütőképes betegellátáshoz ezek szoros együttműködése szükséges.

Az előjegyzett betegek természetesen meghatározott időre, megnevezett orvoshoz és profilnak megfelelő ápolási egységhez kerülnek. A hospitális periódusban nézzük, hogy kinek mi az előnye belőle. A beteg-út egyértelműen hatékonyabb, gyorsabb, biztonságosabb és

gazdaságosabb lett. Sem a kivizsgálással, sem az áthelyezésekkel nem vész el a beteg ideje. A beteg számára ez gyors, adekvát, egységes szemléletű ellátást és biztonságot jelent. Rövidül a kritikus időszak. Valóban tartani tudjuk például stroke esetében, hogy három órán belül megkezdődik az adekvát ellátás, és megtörténik a kivizsgálás, beleértve a CT vizsgálatot is. Rövidül a kritikus időszak a kritikus ápolásra szoruló betegek esetében, hiszen – hogy mást ne mondjak – a fizikai összeszervezettség révén a mentő nyíló ajtajától 30 méterre van a sokktalanító ágya. Tehát a beteg igen rövid idő alatt kerülhet adekvát ellátásra, és ez jobb gyógyulási esélyt jelent neki.

Mit jelent mindez a kórház számára? Átláthatóságot a beteg-forgalom vonatkozásában. Az akut ellátási rendszer egységbe foglalása gazdaságosabb üzemeltetést és további akut jellegű ágy-kapacitásnövekedést biztosít, hiszen itt célirányú struktúrát teszünk lehetővé, és így bevételt növelő és kiadást csökkentő tényező a szervezés megváltoztatása. Mit jelent az ellátó rendszer számára? Jobb hatásfokot, ellenőrizhetőséget, átláthatóságot, egységes szemléletet a extra és intra hospitális ellátásban, határozott szemléletbeli változást a kórházi ellátási igény és a lehetséges ellátási formák vonatkozásában, továbbá bizonyítékot arra, hogy gazdaságosabban is üzemeltethető az intézmény. A finanszírozó számára is a gazdaságosabb üzemeltethetőség az elsődleges szempont, és egy racionálisabb elosztási formát csillant föl számára. A társadalom számára pedig az állampolgár biztonságát és termelő ereje mielőbbi visszanyerésének jobb esélyét jelenti.

Valóban nőtt a hatékonyságunk. 2001-től kórházi ágyaink száma folyamatosan csökkent, beleértve a krónikus-ágyakat is; 824 ágyról 693 ágyra mentünk le, majd 636 aktív ágyunk volt 2003-ban. Hogyan alakultak az ellátási mutatóink? A kevesebb ágyszámon a súlyszámunk mintegy 22 ezerről 28 ezer fölé emelkedett 2003-ra, és a standardizált ápolási időnk is jelentősen javult.

A Szent Imre Kórház és intézményei 36.000-nél több beteget láttak el fekvő betegként 2003-ban, és kiemelendő, hogy csökkenő létszámmal, csökkenő ágyszámon értük el a megnövekedett forgalmat és a megnövekedett súlyszám-teljesítményt. Betegeinknek ma már 60 %-át látjuk el a korábbi 40 %-kal szemben, tehát többen is választanak bennünket. A sürgősségi egység fogadtatása egyértelműen pozitív a betegek részéről, és ma már rendszeresen, naponta 100-nál több beteget fogadunk ezen az egyszeri belépési ponton. Számunkra ugyancsak pozitív visszajelzés, hogy a rendszeresen végzett beteg-elégedettségi és lakossági elégedettségi vizsgálatok eredménye alapján körülbelül 60 %-os elégedettség-javulást tudtunk eddig regisztrálni. A kórházi nyílt napon az idei esztendőben több mint ezren vettek részt, tehát annyian voltak kíváncsiak a lakosságból arra, hogy mit is csinálunk valójában, és azt hiszem, ez is magáért beszél. Számunkra a betegek gyógyulási lehetőségeinek javulása és elégedettségük megnyerése lehet az elsődleges cél, de a gazdasági hatékonyság természetesen szintén fontos feladatunk.