

A BELLA akkreditációs program szerepe a betegellátás biztonságának javításában, 1. rész: A fejlesztési módszertan

Dr. habil. Belicza Éva¹, Dr. Lám Judit¹, Dr. Safadi Heléna¹, Dr. Fügedi Gergely¹, Sinka Lászlóné Adamik Erika², Tóth Ágnes Anita¹,

¹Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest

²Állami Egészségügyi Ellátó Központ, Budapest

Az egészségügyi szolgáltatók akkreditációs rendszere a betegellátás biztonságát célozza azzal, hogy a veszélyforrások, betegbiztonsági kockázatok kezelését célzó működési szabályokat, ún. standardokat fejleszt, és azzal, hogy az ezen standardok szerinti működés megítélésére egységes külső felülvizsgálati rendszert alakít ki. Magyarországon a rendszer kialakítására a TÁMOP 6.2.5/A/12/1 jelű projekt keretében került sor. Dolgozatunk első részében azt mutatjuk be, hogy miért kell foglalkoznunk az ellátás biztonságának kérdéskörével, és a hazai fejlesztésű standardok miként járulhatnak hozzá a biztonságosabb ellátáshoz. A dolgozat második része a hazai standardok átfogó jellemzésével foglalkozik, és beszámolunk az alkalmazással szerzett első tapasztalatokról is.

The accreditation system of the healthcare providers aims to ensure the safety of care by developing operational regulations, i.e. standards to handle the safety hazards and patient safety risks during the care process, and by developing a unified external survey system based on these standards. The Hungarian accreditation system was developed by the support of the Social Renewal Operating Program (TÁMOP) 6.2.5/A/12/1 project. In the first part of this paper we introduce the reasons for addressing the issue of the safety of care, and the ways how the newly developed standards can contribute to a higher level of safety. The second part of the paper introduces the standards in detail and explains the first experiences of the implementation of these standards.

BEVEZETÉS

Az egészségügyi szolgáltatók akkreditációja a betegellátással összefüggő működés megfelelőségét értékeli előzetesen publikált standardok alapján. A standardok a biztonságosabb, hatékonyabb és eredményesebb ellátást támogatják. Az egyes országokban az akkreditációs programok standardjai a helyi társadalmi, gazdasági, kulturális sajátosságok szerint kerülnek kialakításra, és bár szerkezetük, részletezettségük jelentős különbségeket mutat, témakörükben sok hasonlóságot találunk.

Magyarországon az egészségügyi kormányzat 2008-ban döntötte el, hogy Európai Uniói forrásból támogatást nyújt az egészségügyi szolgáltatók hazai akkreditációs rendszerének kialakítására és elindítására. A fejlesztést a 2012. december 1. és 2014. november 30. között futó TÁMOP 6.2.5/A/12/1 jelű projekt tette lehetővé. Maga az akkreditációs program a BELLA (BetegELLátók Akkreditációja a biztonságos betegellátásért) megnevezést kapta.

A TÁMOP 6.2.5/A projekt keretében elkészültek a működési szabályokat megfogalmazó standardok a fekvő- és a járóbeteg ellátásra, valamint a közforgalmú gyógyszerárakra vonatkozóan, továbbá kialakításra került az ezen standardok szerinti működést megítélő külső értékelési rendszer. A kialakított akkreditációs rendszer alapelvei, a standardok fejlesztési módszertana, és a standardok szerinti működés értékelésének filozófiája mindhárom szolgáltatási területre vonatkozóan azonos. Az akkreditációs rendszerről eddig már több publikációban is beszámoltunk [1-5]. Jelen dolgozatban a fekvő- és járóbeteg ellátásra koncentrálnak mutatjuk be, miért és miként járulhatnak hozzá a standardok és a kapcsolódó felülvizsgálati koncepció a biztonságosabb betegellátáshoz, és az első tapasztalatok alapján milyen javaslatok fogalmazhatók meg az eredményes alkalmazás érdekében.

A BETEGBIZTONSÁG KÉRDÉSKÖRE AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

Az USA-beli Orvosi Intézet (Institute of Medicine) 2000-ben publikálta a *To err is human* (Tévedni emberi dolog) c. kiadványát, amellyel rávilágított a betegbiztonság súlyos helyzetére [6]. E szerint a kórházi betegek az ellátás következményeként jelentős arányban szenvednek el valamilyen károsodást, ún. nemkívánatos eseményt. Ez lehet az ellátás következményeként szerzett fertőzés, az állapot romlása, a vártnál hosszabb idejű gyógyulás stb. A károsodás lehet félelem, enyhe vagy súlyos fájdalom, sérülés, ideiglenes vagy tartós egészségkárosodás, de jelentheti a beteg halálát is. A kérdést boncolgató nemzetközi kutatásokra támaszkodva közölte az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO), hogy a fejlett egészségüggyel rendelkező országokban, a jól felszerelt kórházakban ellátott betegek körében az ellátás következményeként minden tizediknél kialakul valamilyen károsodás [7]. A jelentős előfordulási

gyakoriság mellett a nemkívánatos események következményei is sokkolóak. Egyes kutatások szerint a kórházakban kezelt betegek 1%-a az ellátás következtében meghal [3], és igen jelentős a károsodások miatti, az alapbetegséggel nem összefüggő többlet ellátások, perek stb. költségterhe is. Ennek mértékére két adatot említünk: az angol egészségügyi kiadások 4%-át jelenti a kórházakban kialakult fel-fekvések ellátása, illetve a gyógyszerelési hibák költségterhe az ausztrál egészségügyi kiadások 1%-át teszi ki [9]. Hazai kutatások a témakörben nem ismertek.

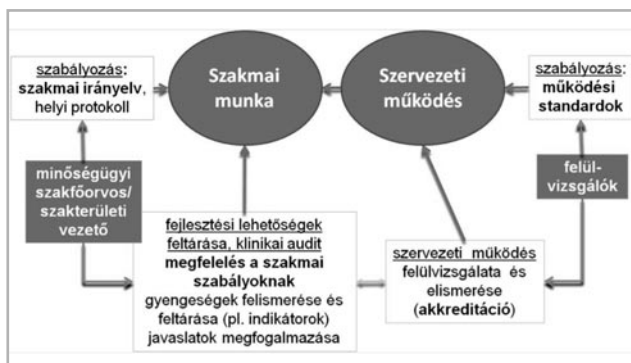
Nemkívánatos esemény előfordulásakor gyakran elhangzó kérdés: ki a felelős. A megbízottsági kutatások szerint azonban az események hátterében elsősorban tervezési hiányosságok (pl. nem megfelelően tervezett munkaidő-beosztás, tárolási feltételek, gyógyszerosztási tevékenység) vagy a végrehajtás befolyásoló tényezők (pl. zsúfoltság, stressz, időnyomás) állnak, a pusztán egy személyi felelősség csupán 10-15%-ban állapítható meg. A nemkívánatos események eredményes visszaszorítását ezért a rendszerekben és a folyamatokban rejlő veszélyforrások, valamint a működési környezetből érkező hatások feltérképezésével és jelentőségük csökkentésével, nem pedig a hibát elkövetők felkutatásával és megbüntetésével lehet elérni [6-12].

Fontos kérdés, hogy milyen módszerek és eszközök állnak rendelkezésre a betegellátás biztonságának javítására a kutatók, az egészségügyi dolgozók és a döntéshozók számára. Ehhez a minőségügy azon alapelvéből kell kiindulnunk, hogy a kívánt eredményt megbízható módon a tevékenységek és a folyamatok szabályozásával, illetve az azoknak megfelelő munkavégzéssel lehet elérni. A másik fontos kiindulópont, hogy az eltérő helyszíneken, időpontokban és körülmények között előforduló nemkívánatos események (pl. oldaltévesztések) alapvető okai hasonlóak. Ha felismerjük ezen okokat, akkor intézkedéseket tudunk hozni kiküszöbölésükre, így az adott események előfordulási gyakorisága mérsékelhető. A betegellátás biztonságának javítását tehát a veszélyforrások és a kockázatok azonosításával, kiküszöbölési lehetőségeik meghatározásával és azok gyakorlatba ültetésével lehet elérni. Ez a szemlélet vezérelte több mint száz évvel ezelőtt az USA-beli sebészt, Ernest A. Codmant, aki megalkotta az első működési szabályokat – standardokat –, amelyeket először a saját kórházában vezetett be a biztonságosabb és eredményesebb ellátás érdekében. Ebből nőtt ki és terjedt el világszerte a kórházi akkreditációs rendszer. Mára az akkreditációs modell jelen van szinte minden uniós országban [13] és eredményes eszközként működik az ellátás biztonságának javításában [14, 15].

Az akkreditációs programokat az egyes országok saját fejlesztési módszertannal és célokkal, eltérő szervezeti hierarchiában dolgozzák ki és működtetik. A nemzetközi egyenértékűséget és elfogadottságukat az International Society for Quality in Healthcare (ISQua) standardjai biztosítják, amelyeknek való megfelelés esetén a nemzeti programok nemzetközi akkreditációja nyerhető el (www.isqua.org).

AZ AKKREDITÁCIÓS STANDARDOK KITERJEDÉSE

Az egészségügyi szolgáltatások célja az ellátott betegek számára az elérhető legjobb egészségi állapot és életminőség biztosítása, azaz az egészségnyereség maximálása. Ennek érdekében az ellátók általában a szakmai teendőkre, folyamatokra fókuszálnak. Az orvosi-ápolási tevékenység meghatározására a nemzeti szinten kialakított szakmai irányelvek és az ezek alapján készült – vagy ezek hiányában a saját fejlesztésű – helyi protokollok szolgálnak (1. ábra). E szakmai szabályok megléte azonban önmagában nem elegendő a betegek megfelelő ellátásához: biztosítani kell a végrehajthatóság feltételeit is, mint pl. a szakmai munkához elengedhetetlen betegadatokat, anyagokat, eszközöket a megfelelő helyen és időben, valamint azt, hogy a betegek úgy kapják meg a protokollok szerinti vizsgálatokat, kezeléseket, gyógyszereket, hogy közben ne forduljon elő gyógyszeresere, leletévesztés, késlekedés a feladatok végrehajtása során. Ezen célokat a megfelelő intézményi működés kialakításával és szabályozásával, illetve a szabályok betartásával lehet elérni, és egyre jobbra tenni. Az akkreditációs standardok tehát az intézményi működés és nem a szakmai munka szabályait határozzák meg (1. ábra).



1. ábra
A szakmai munka és a szervezeti működés kapcsolata

A STANDARDOK SZEREPE A BETEGBIZTONSÁG JAVÍTÁSÁBAN

A standardok a betegellátás biztonságosabbá tételét célozzák, így az intézmények működése hatékonyabbá, a betegek ellátása eredményesebbé válik. A biztonságra való törekvés azt jelenti, hogy fel kell tárnunk a veszélyforrásokat az intézmények működésében, megoldásokat kell találni kiiktatásukra és ezeket a megoldásokat kell a standardokban elvárásaként megfogalmazni. A kívánt cél eléréséhez nem elegendő a standardok megfelelő módszertannal történő kidolgozása, hanem azt is el kell érni, hogy az intézmények saját tevékenységüket ezek mentén alakítsák ki és működtessék. Mindezekhez több feltételnek is teljesülnie kell. Szükséges, hogy a működési szabályok a hazai viszonyokat vegyék figyelembe, az ellátók megértsék a standardok elvárásait és jelentőségét, kapjanak kellő támogatást a gyakorlatba törté-

nő bevezetéshez, és világossá kell tenni számukra, hogy a külső értékelésnek mik a pontos elvárásai (1. táblázat).

Cél	Eszköz	Feltétel
érthető, a hazai társadalmi-gazdasági környezetben értelmezhető standardok	szakmai tartalom a hazai környezetre releváns kezelendő, kezelhető problémákra koncentrálnon	hazai gyakorló szakemberek által meghatározott megbízottsági módszertan mentén zajló fejlesztés
a standardok szerinti működés elérése	az elvárások világos, egyértelmű megfogalmazása	magyarázatok, bizonyítékok, értelmezések, segédanyagok
	oktatás, felkészítés	felkészült, oktatást, tanácsadást adó szakemberek
	világos egészségpolitikai célok megfogalmazása	kiszámítható, hosszú távú egészségpolitikai stratégia (a fejlesztők hatáskörén kívül eső tényező)
	egyértelmű, világos elvárás rendszer a külső értékelés során	előre publikált, a működésre koncentrált felülvizsgálati és értékelési kritériumok

1. táblázat
A megbízottság javításának eszköztára az akkreditáció tükrében – célok, eszközök és teljesülésük feltételei

A BELLA STANDARDOK FEJLESZTÉSI MÓDSZERTANA

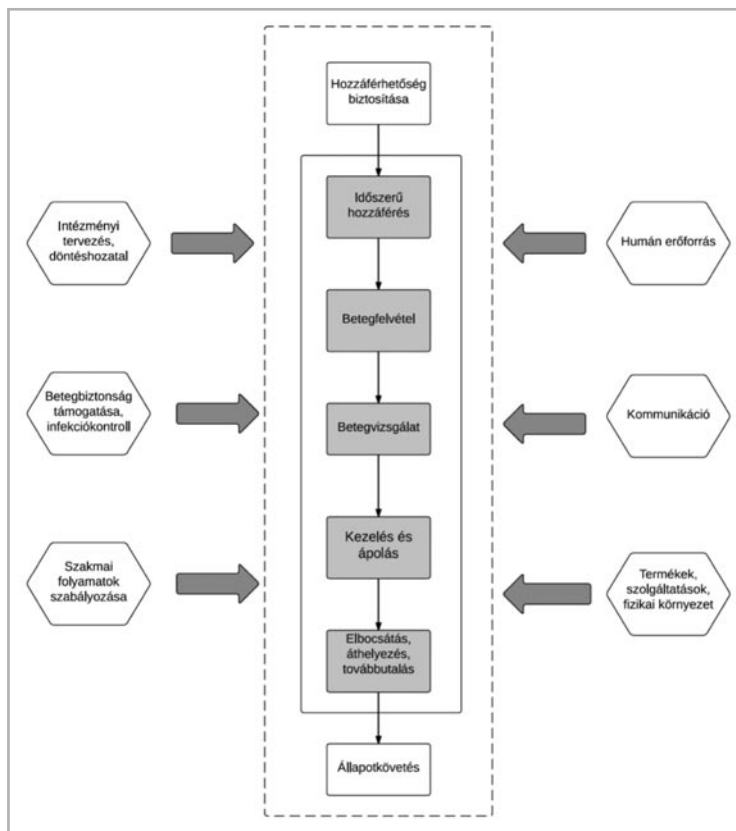
A standardok kidolgozásának egyik alapelve volt, hogy azok a hazai ellátási környezetben a lényeges, valós, kezelhető problémákra vonatkozzanak, így a magyar ellátói gyakorlatba bevezethető, megvalósítható működési szabályokat hozunk létre (1. táblázat). A fejlesztést ezért olyan szakemberek bevonásával valósítottuk meg, akik napi munkájuk során maguk is érzékelik ezeket a problémákat, így képesek

sorszám	tevékenység
1	a fejlesztést végző szakemberek kiválasztása
2	az intézményi működés kezelendő/kezelhető problémáinak azonosítása
3	az azonosított problémák okainak feltárása, a gyakorlatban megvalósítható megoldási javaslatok megfogalmazása a feltárt okok kezelésére, a nyers standardok kialakítása
4	rendszerbe foglalás, szakértői értékelés, a kimaradt területek azonosítása, harmonizálás az ISQua elvárásokkal, a tesztre alkalmas változat elkészítése a standardok gyakorlati tesztelése
5	a gyakorlati alkalmazást elősegítő segédanyagok és oktatási anyagok kidolgozása
6	jogi véleményezés
7	anyanyelvi lektorálás

2. táblázat
A standardok fejlesztési folyamatának főbb lépései

azonosítani azokat, és javaslatot tenni a kiküszöbölésükre. A fejlesztési folyamatban (2. táblázat) ezért hangsúlyos volt a gyakorló szakemberek kiválasztása. Nyílt pályázaton toboroztunk szakembereket. Alkalmazási feltétel volt a felsőfokú végzettség, a szakellátás aktuális ismerete, minőségügyi tapasztalat, illetve sikeres vizsga tétele a betegellátás biztonságáról szóló képzés tananyagából (<http://semmelweis.hu/emk/kutatas/betegbiztonsagi-e-learning/>). A kiválasztott szakembereket szakmai háttérük és tapasztalatuk alapján munkacsoportokba osztottuk, munkájukat a szakmai vezetés egy-egy tagja irányította. Munkájukhoz kapcsolódóan először standardfejlesztői, majd később felülvizsgáló megnevezéssel tanácsadói feladatokat láttak el.

Fókuszcsoportos megbeszéléseket szerveztünk orvosok, szakdolgozók és civilek (betegek) részvételével az



2. ábra
A betegközpontúság megjelenése a standardok rendszerében

egészségügyi intézmények működésével kapcsolatos problémák azonosítására, majd ennek eredményeit is felhasználva a fejlesztést végző munkacsoportok tagjai összegyűjtötték a saját gyakorlatukban tapasztalt, az ellátás biztonságával, eredményességével, hatékonyságával összefüggő, fontos működési problémákat. A problémák elemzését a munkacsoportok egységes módszertan segítségével, minőségfejlesztési technikák alkalmazásával végezték. Azonosították az észlelt problémák okait, megoldási javaslatokat fogalmaztak meg, kiemelve ez utóbbiak közül a megvalósíthatókat. Ezen ajánlások képezték a későbbi standardok alapját.

A projekt szakmai vezetése ezzel párhuzamosan áttanulmányozta az elérhető külföldi standardrendszereket, majd a tapasztalatok alapján kialakították a hazai standardok logikai és formai kereteit. Meghatározták, hogy a standardok kialakítása a betegközpontúság elvét követi, figyelembe véve az ezeket befolyásoló irányítási feladatokat és vezetői döntéseket (2. ábra). Az egyes standardok egységes szerkezetben való megfogalmazásához standard-sablon készült. A munkacsoportok által megfogalmazott nyers standardokat a szakmai vezetés alaposan áttanulmányozta, megvitatta szükségességüket és gyakorlati megvalósíthatóságukat, egységesítette a kialakított standardok nyelvezetét, egyeztetette és értelmezte az alkalmazott fogalmakat, és elindította a fogalomtár kialakítását.

A standardok első változatának tesztelése egyrészt ún. pilot intézményekben, illetve a Semmelweis Egyetem klinikáin zajlott (Semmelweis Egyetem TERepgyakorlat – SETER). A nyílt pályázaton kiválasztott 7 fekvőbeteg és 3 önálló járóbeteg pilot intézmény elsősorban az elkészült standardok, illetve az akkreditációs eljárás egyes lépéseit értelmezte. A SETER középontjában a hazai ellátási gyakorlatban még kevésbé elterjedt, a betegbiztonságot azonban lényegesen javító, a standardokban megfogalmazott működési szabályok álltak. Ezzel kapcsolatban vizsgáltuk ezen szabályok gyakorlati megvalósíthatóságát, a munkatársak megnyerésének és az eredményes bevezetésnek a módszereit.

A pilot intézmények koordinátorokat jelölték ki a projekt szakmai vezetésével való kapcsolattartásra, illetve az ő felelősségük volt a standardok egyeztetése és értelmezése munkatársaikkal és a közös vélemények megfogalmazása a standardok érthetőségéről és gyakorlati alkalmazhatóságáról. A pilot időszak 11 hónapjában rendszeres megbeszélések keretében találkozott a szakmai vezetés és a koordinátori csoport, valamint a felülvizsgálói munkakörben dolgozó munkatársak. A találkozók során a standardok és a bennük szereplő fogalmak részletes értelmezése zajlott, és a résztvevők képzést kaptak a változtatások eléréséhez szükséges minőségfejlesztési és projektmenedzsment módszerekről. Az egyes standardokkal kapcsolatban az intézményekben tapasztalható nehézségeket és a legjobb gyakorlatokat is egyeztetették a résztvevők. Ez az ismeretmegosztás a különböző intézményekből érkezett munkatársak között később a projekt egyik legfontosabb erényének bizonyult.

A találkozókot követően a megtárgyalt standardokról előre meghatározott kérdések mentén írásbeli véleményt vártunk minden pilot intézménytől (3. táblázat). A beérkezett vélemények alapján esetenként valamely elvárás törlésre, szűkítésre, átfogalmazásra vagy bővítésre került.

- Érthető, értelmezhető a standard tartalmi eleme? Mi nem érthető?
- Teljesíthető-e a gyakorlatban az adott tartalmi elem? Ha nem, akkor ezt mivel indokolja? Milyen módosítási javaslatai vannak?
- Milyen elméleti és gyakorlati segítségre van szükség a tartalmi elemek értelmezéséhez, a tartalmi elemek gyakorlatba ültetéséhez?
- Az intézményben van-e segédanyag a standard használatához? Ha van, a BELLA projekt rendelkezésére bocsátható-e?

3. táblázat
A standardok elemzési szempontjai a pilot intézményekben

A pilot projekt harmadik hónapjától munkacsoportokat szerveztünk, amelyekben a felülvizsgálók mellett a pilot koordinátorok is részt vettek. A feladatuk az volt, hogy rendszeres megbeszélést tartsanak a hozzájuk rendelt intézményben valamennyi, az adott intézményben releváns standardról, és segítsék elő az elvárt helyi gyakorlat kialakítását a témakörbe tartozó tevékenységekre vonatkozóan. A találkozókról beszámolók készültek, amiket ugyancsak figyelembe vettünk a standardok végső tartalmának kialakításakor. A pilot intézmény méretétől, a munkacsoport-megbeszélések hosszától függően intézményenként 7-12 találkozó került lebonyolításra a pilot időszakban.

A standardok gyakorlatba történő bevezetéséhez alapvető feltétel, hogy a dolgozók megértsék az elvárások jelentőségét, üzenetét és segítsük számukra a szükséges változtatások megtervezését. Ehhez oktatási anyagokat, magyarázatokat készítettünk és számos segédanyagot fejlesztettünk, illetve gyűjtöttünk össze. Ezeket a résztvevő intézmények rendelkezésére bocsátjuk annak érdekében, hogy támogassuk a standardokban megfogalmazott elvárások helyi kialakítását, bevezetését és fenntartását. A segédanyagok (4. táblázat) felhasználása lehetőség az intézmények számára, nem akkreditációs követelmény.

Egészségügyi szakjogászt kértünk fel a standardrendszer áttekintésére, az egyes tartalmi elemek esetleges, va-

- Szabályozás:
- a szervezeti működésre és/vagy tevékenységekre vonatkozó részletes előírás
- Ellenőrző lista:
- az adott standard tartalmi elemeiben megfogalmazott követelmények gyakorlati teljesülését felmérő dokumentumtípus
 - a tevékenység gyakorlati megvalósulását segítő, a végrehajtandó lépéseket tartalmazó eszköztár
- Dokumentum sablon:
- olyan dokumentum minta, amelynek formai és tartalmi elemei meghatározottak (formanyomtatványként használatos a gyakorlatban)
- Betegtájékoztató:
- a betegek, esetleg hozzátartozók tájékoztatását, oktatását szolgáló dokumentumok, amelyek
 - segítik a betegek, hozzátartozók ismereteinek bővítését
 - tájékoztatják a betegeket, hozzátartozókat, hogyan működhetnek együtt az ellátó személyzettel
- Ábra:
- valamilyen tevékenység sorozat, folyamat lépéseit logikus sorrendben ábrázoló dokumentum.
- Módszertani segédanyag/útmutató:
- egy adott módszer egységes értelmezését, gyakorlati alkalmazását segítő és támogató dokumentum

4. táblázat
A segédanyagok típusai

lamely kapcsolódó jogszabállyal való ellentmondásainak jelzésére és a jogi félreérthetőségek feltárására. A visszajelzéseket ugyancsak figyelembe vettük a standardok

végző megfogalmazása során. Az egységes szóhasználat, magyaros fogalmazás érdekében anyanyelvi lektorálás képezte a standardok megjelentetése előtti utolsó feladatot.

Cikkünk folytatását lapunk következő számában találják meg Tisztelt Olvasóink

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Belicza É., Lám J. (2014): Az egészségügyi szolgáltatók akkreditációs rendszere: a BELLA projekt háttere, *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2014/1: 2-6.
- [2] Belicza É. (2014): Hamarosan lezárul a BELLA projekt. *Orvostovábbképző Szemle*, 21 (11): 73-74.
- [3] Belicza É., Lám J. (2015): Az egészségügyi szolgáltatók akkreditációs rendszere, *Kórház*, 2015/tavaszi, 16-19.
- [4] Belicza É., Lám J. Az egészségügyi szolgáltatók akkreditációs rendszere – főbb jellemzők és az alkalmazás első tapasztalatai, *Magyar Minőség (megjelenés alatt)*
- [5] Fügedi G.: A magyar és a francia akkreditációs rendszer összehasonlítása, *Szakdolgozat, Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzserképző Központ*, 2015.
- [6] To err is human: Building a Safer Health System (szerk.: Kohn, LT, Corrigan, JM, Donaldson, MS), *Institute of Medicine, Washington DC*, 2000. www.iom.edu
- [7] Summary of the evidence of patient safety. Implications for research, WHO, 2008. www.who.int (elérés: 2015. március)
- [8] James, JT: A New (2013) Evidence-based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care, *Journal of Patient Safety*. 9: 122–128
- [9] ABC of patient safety, *BMJ books*, 2007.
- [10] Belicza É. (2008): Hazai lehetőségek és ajánlások: betegbiztonság, *Kórház*, 2008/10: 53-55.
- [11] Belicza É., Kullmann L. (2008) NEVES (nem várt események). *Betegbiztonsági program hazai megvalósítása*, *Kórház*, 2008/3: 32-35.
- [12] Belicza É., Kullmann L. (2010) A kórházi ellátás biztonságának növelése – lehetőségek és az első kórházi tapasztalatok, *Kórház*, 2010/1-2, 8-10.
- [13] Shaw, CD., Bruneau, C., Kutryba, B., de Jongh, G., Suñol, R. (2010) Towards hospital standardization in Europe, *International Journal for Quality in Health Care*, 22: 244-249.
- [14] Comparative study of hospital accreditation programs in Europe, *KCE reports 70C*. 2008.
- [15] Suñol, R, Vallejo, P, Thompson, A, Lombarts, MJMH, Shaw, CD, Klazinga, N: (2009): Impact of quality strategies on hospital outputs, *Qual Saf Health Care*, 18: i62–i68.
- [16] Safadi H.: Az akkreditáció követelményrendszerének intézményi bevezetése a változtatásmenedzsment tükrében, *Szakdolgozat, Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzserképző Központ*, 2014

ÉAOP-4.1.2/C-11-2012-0001 –

Rehabilitációs szolgáltatások fejlesztése az Észak-Alföldi Régióban

Az ÉAOP-4.1.2/C-11-2012-0001 azonosító számú, „Rehabilitációs szolgáltatások fejlesztése az Észak-Alföldi Régióban” című konzorciumi projekt (konzorciumvezető: Debreceni Egyetem) keretében

703 millió forintos fejlesztés valósul meg a Debreceni Egyetemen, melynek részeként 444 millió forint összegben elkészült a DE Klinikai Központ Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina Tanszék rekonstrukciója.

A munkaterület átadás-átvétel 2013. november 7-én történt, ekkor kezdődtek a kivitelezési munkák. Az elfogadott és jóváhagyott organizációs tervnek megfelelően a kivitelezés két ütemben folyt a betegellátás zavartalanosságának biztosítása érdekében.

Az alagsorban járásvizsgálót, tornatermet, elektroterápiai kezelőt, hidroterápiai kezelőt, valamint szociális és öltöző blokkokat alakítottak ki. A földszinten két kezelőt, az emeleten felnőtt- és gyermekfekvőbeteg-osztályt, valamint a tetőtérben új beépítéssel személyzeti helységeket létesítettek.

A fejlesztéssel 2008 négyzetméternyi terület újult meg, továbbá 1449 négyzetméteren külső teret alakítottak ki. A munkák a szerződésben foglalt határidőre elkészültek, melynek átadása 2014. augusztus 1-én zárult.

A pályázatban tervezetteknek megfelelően a fejlesztés nyomán javult a betegellátás színvonala és bővült az elérhető szolgáltatások köre.

A pályázat keretében betegtájékoztató anyagok készültek, megvalósult a rehabilitációban dolgozók továbbképzése, valamint az egyetemi és más felsőfokú képzésben tanuló hallgatók (orvostanhallgatók, a rehabilitációs és társszakmabeli szakorvosjelöltek, rehabilitációs szakorvosok, gyógytornászok, logopédusok, humánkineziológusok, ergoterapeuták) felkészítése a speciális terület legújabb eredményeinek még jobb megismerésére.