

Standardok és protokollok alkalmazása a betegellátás szabványosításában*

Hodinka László dr.

Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet

Magy Reum 1997 1 év pp

A tanulmány az egészségügyi ellátás, ezen belül a szorosabban vett betegellátás, elsősorban a fekvőbeteg intézményben kifejtett ténykedések standardizálásával foglalkozik. Fő célja a standardizálási technika bemutatása, a standardizálás hasznáról, szükségességéről való meggyőzés.

KULCSSZAVAK: standardok, protokollok, kezelési standardok

PROTOCOLS AND GUIDELINES IN THE STANDARDISATION OF TREATMENT

This study deals with the standardisation of health care in general and the standardisation of hospital treatment in particular, i. e. with the procedures that are going on within the hospitals. Its main objective is to introduce the technique of standardisation and the explanation of the use of and the need for standardisation.

KEY-WORDS: Standards, Protocols, Treatment standardisation

1. Bevezetés, célkitűzés

Ez a tanulmány az egészségügyi ellátás, ezen belül a szorosabban vett betegellátás, még közelebbről a fekvőbeteg-intézményi, tehát a kórházi működés során kifejtett ténykedések standardizálásával foglalkozik. Bár az általános részben arra törekszik, hogy elhelyezze a standardizálást annak legközvetlenebb felhasználási-alkalmazási területeinek középpontjában, fő célja a standardizálási technika bemutatása, a standardizálás értelméről, hasznáról, szükségességéről való meggyőzés. Az ehhez felhasznált irodalmi források, dokumentumok között első helyen a Project HOPE – Hospital Opportunity to People Everywhere – amerikai alapítvány által szervezett Central European Health Care Executive Education Program előadásából kinyert, leszűrt szemlélet említendő. A „management by fact” alapelvek, a tényeken alapuló, a tények által vezérelt cselekvés igényli leginkább az objektív, a befolyásolni kívánt környezetet valóságként jellemző leírást, összehasonlítást, egyszóval mérést. Az általános részben a standardizálást az egészségügyi menedzsment ismeretek legnépszerűbb területeihez kapcsolódva, azok részeként mutatjuk be: a teljesítménymérés, a

termelékenységorientált betegellátás, a minőség-kérdéskör és a hatékonyság- (hatásosság-) eredményesség közös határterületként, illetve alkalmazott eszközöként. A hagyományos struktúra-folyamat-eredmény dimenziók mellett – sőt előtt – a szabványosításhoz nélkülözhetetlen nomenklaturális, definíciós kérdéskört is vizsgáljuk. Bemutatjuk az indikátorfejlesztés lehetséges módszereit és a standardtól való eltérések mérésének módjait, egyfajta „hibakereső” módszerként.

2. Az egészségügyi ellátás szabványosításának alapvonalai

2.1 A teljesítmény, a termelékenység és a minőség mérése

A mérés a szabványosítás legelemibb formája és egyúttal alkalmazási módja: a legegyszerűbb tevékenység során is folyamatosan mérünk, azaz szabványos egységekhez hasonlítjuk környezetünk és tevékenységünk jellemzőit. A környezet megváltozásának, vagy tudatos megváltoztatásának észlelése, ellenőrzése, a beavatkozás visszacsatolása tudatosan, vagy ösztönös, tapasztalati úton történő mérés útján lehetséges. Az egészségügyi tevékenység, egyszerűen a betegellátás legfontosabb dimenziói – éppúgy, mint az élet valamennyi területén – a teljesítmény, a termelékenység és a minőség. Anélkül, hogy elmélyednénk a részletes meghatározásokban, a legegyszerűbben a következően definiálhatjuk ezeket a dimenziókat:

a teljesítmény valamilyen cél eléréséért kifejtett *tevékenység*;

a termelékenység az egységnyi eredmény eléréséhez szükséges *ráfordítás*;

a minőség a kitűzött *cél elérésének a foka*.

Az egészségügyben, a betegellátásban ezek a definíciók természetesen speciális megfogalmazásokat nyerhetnek. Egyik sem értelmezhető és értékelhető azonban a megfelelő módszerrel végzett mérés nélkül.

Ha arra keressük a választ, hogy miért mérjük a teljesítményt, természetesen adódnak a következő okok:

1.

A visszajelentés igénye: a meggyőződés tevékenységünk eredményéről; egének, egységek, szervezet tevékenységének összehasonlítása; a teljesítmény növelésének késztetése miatt.

2.

A közlés igénye: az eredmények demonstrálása az érintettek felé; új módszerek kutatása és értékelése.

3.

Az ellenőrzés igénye: a lehetséges problémák kijelzése; ösztönzők kidolgozása; sikeres alkalmazkodás a változó körülményekhez.

A teljesítmény mérésének legfontosabb időzítési szempontjai: azonnal elkezdendő, a mérés tárgyától függően folyamatosan és periodikusan végzendő, a mérést a tevékenységgel egyidőben, maguk az adott tevékenységet végzők hajtsák végre. A teljesítmény valamennyi aspektusa mérhető és mérendő: így az igények, a szükségletek, a fogyasztók elvárásai, a szolgáltatások – folyamatok – kimenetelek minősége és termelékenysége, a pénzügyi vonzatok, a munkatársak kreativitása, elkötelezettsége, a tevékenység időigényessége stb.

A teljesítmény mérésének 10 egymásra épülő lépcsője

1.

Világosan fogalmazzuk meg a mérés céljait, az intézmény, a csoport, és az egyén szintjén.

2.

Alakítsunk ki megfelelő egyensúlyt az intézményi, csoport és egyéni mérési szintek között.

3.

Mérjük a teljesítmény valamennyi kulcsfontosságú összetevőjét.

4.

Mérésünk tükrözze a fogyasztó szempontjait is.

5.

Válasszuk meg a megfelelő mértékegységet és mérési módot.

6.

Biztosítsuk a mérés megfelelő technikai körülményeit, az adatok megfelelő minőségét (valid, elfogadható, a mérés tényétől független adatokat gyűjtsünk).

7.

A mérésbe vonjunk be minél több érintett személyt (a mérés legyen segítő célú, fair, nyílt, becsületes, konzekvens, kellően fontos, a munkatársak által ellenőrizhető).

8.

A mérés legyen költség/haszon szempontból előnyös, automatikusan hozzáférhető adatokat gyűjtsünk, új adatot csak akkor, ha megéri.

9.

A mérés legyen rugalmas, kövesse a stratégia változásait.

10.

A teljesítmény növelése hosszú folyamat: legyen türelmünk kivárni, amíg megmutatkozik az új adatokban.

A termelékenység mérésére is alkalmazható, a felsorolt kívánalmakat kielégítő mérési rendszer megtervezéséhez először pontosan azonosítanunk kell a mérendő szolgáltatást és el kell azt helyezni a szervezet egyéb szolgáltatásai között. Célszerű elemezni azt is, hogy a szolgáltató egység céljai és „küldetése” egybeesnek-e az intézmény egészének céljaival. Meg kell határozni a szolgáltatás kulcsfontosságú összetevőit. Ismerni kell a fogyasztók szükségleteit és elvárásait – lehetőleg mennyiségileg kifejezhető módon – és a minőségi igények mértékét, amelyeket kérdőíves felmérés, interjúk és tapasztalati úton ismerhetünk meg. Meg kell határozni a szolgáltatás eredményéért felelős kulcsfontosságú faktorokat, és pontosan le kell tudni írni azokat a folyamatokat, amelyek a fogyasztók számára a legkielégítőbb szolgáltatást biztosítják. Meg kell vizsgálni, hogy a szolgáltatás hogyan alakítja át a ráfordításokat eredménnyé, ennek során mely tényezők felelősek leginkább az eredmények költségességéért, megfelelő minőségéért, egyszóval hatékonyságáért.

Mindezek során azokat az adatokat kell gyűjteni, amelyek a legfontosabbak, legkönnyebben hozzáférhetők, amelyekből a legtöbb hasznosítható rövid és hosszabb távon.

A termelékenység legjobb mutatói azok, amelyeket a ráfordítás és az eredmény mennyiségi és minőségi jellemzőiből alakítunk ki [1].

A mérés, annak elemei: az indikátorok, a folyamatleíró protokollok és irányelvek, az azokban meghatározott határpontok: a normák és standardok leggyakrabban a minőség-kérdéskör kontextusában jelennek meg. Az egészségügyi menedzser-tudományok legdivatosabb – és hazánkban aktualitása ellenére máris sokszor elcsépeletnek tűnő – területe a minőségbiztosítás.

Terminológiájában máris nemzetközi szöveggyűjtemény áll rendelkezésre. Ezt gazdagítjuk a következő néhány bekezdésben [1], nem vitatva a minőség fundamentális jelentőségét, a gyakorlat szempontjából érdemesnek tartjuk visszatérni a forrásokhoz, pragmatikus amerikai megfogalmazások átültetésével. Minőség-ügyben közhely, hogy a második világháborúban legyőzött japán társadalom és gazdaság újjáépítéséhez hívták meg az amerikai rendszerszervezőket, akik hazájukon kívül váltak a minőség prófétáivá és ültették vissza, terjesztették el Amerika-, majd világszerte minőségevangéliumukat. Az ötvenes-hatvanas évekből származnak az úgynevezett

„Quality guruk” (Deming, Juran, Crosby) közös javaslatai:

Mutasd meg az elsőség lehetőségét, válts ki személyes elkötelezettséget!

Fejleszd ki a minőség-definíciókat és -politikát!

Hozd létre a változásokat vezető minőség-infra-struktúrát!

Állítsd fel a javítás mindenkit egyesítő célkitűzéseit!

Hozd létre a minőség mérésének módszereit!

Felelj meg a fogyasztó igényeinek és elvárásainak!

Hangsúlyozd a folyamatok javítását!

Ismerd fel a problémákat és avatkozz be korrigálóan!

Állíts fel problémamegoldó csoportokat!

Ajánlj fel oktatást és továbbképzést minden szinten!

Fogadd el a minőség iránti új attitűdöt!

Ismerd el és jutalmazd a munkatársakat!

Összpontosíts a folyamatos javításra!

Kiemeltük azokat a felhívásokat, amelyekhez a kvantitatív mérési és standardizálási eljárások nélkülözhetetlenek, – mondhatni ezek miatt fejlődtek ki – és elválaszthatatlanok a minőség-menedzseléstől.

A betegellátásban is – éppúgy, mint az ipar, a termelés valamennyi területén – a fő követelmény a kilencvenes években már nem a minőség ellenőrzése, biztosítása, javítása (mint egymásra épülő tradicionális lépcsőfokok), hanem a szolgáltatás teljes egészét átfogó „teljes minőségirányítás” (szörnyű magyar tükörfordítással), azaz a Total Quality Management, TQM. Ennek legjobb definíciója: „A minőség és menedzselés összes módszerének, gyakorlatának, koncepciójának és nézetének a szervezet kultúrájába való integrálása a minőség folyamatos javítása céljából”.

A Total Quality Management tíz alapelve:

Tradicionális minőségbiztosítás	TQM
1. Minőség absztrakt	Minőség definiálása
2. Részlegre orientált	Fogyasztóra orientált
3. Mi-Ők viszony	Szolgáltatói partnerség
4. A végeredmény van a fókuszban	A munkafolyamat van a fókuszban
5. Reagáló rendszerek	Megelőző rendszerek
6. Intuíció vezérelt vezetés	Tények vezérelte vezetés
7. Elfogadható minőségre irányuló attitűd	Tévedést kivédő attitűd
8. Munkatársak ellenőrzése	Munkatársak lelkesítése
9. Minőségbiztosítási részleg	Teljes szervezet
10. Status quo	Folyamatos javítás

Az intézményi betegellátás minőségi követelményeit a leggyakorlatibb módon az USA kórházainak akkreditációs bizottsága fogalmazza meg (Joint Commission of American Hospital Organizations, JCAHO):

A minőségi betegellátás:

Az a fok – adott tudásszint mellett – ameddig az egészségügyi szolgálat növeli a kívánatos beteg-kimenetel valószínűségét és csökkenti a nem-kívánt kimenetelét.

Az intézményi minőségbiztosítás:

Folyamatos és módszeres megfigyelés és értékelés a betegellátás minőségének és adekvátságának valamennyi területén tízlépcsős modell szerint (1. táblázat – a standardizálást előíró pontok vastagítással kiemelve)

A tízlépcsős modellt az 1. táblázat mutatja be. Kiemeltük azokat a pontokat, amelyek közvetlenül a mérésen és standardizáláson alapulnak.

A minőségjavítás technikái közül ugyancsak gyakorlati használhatósága miatt emelendő ki a FOCUS-PDCA modell (2. táblázat). Az ebben ajánlott algoritmus ötvözi a mérési és a beavatkozási lépéseket: a „management by fact” elvet a „do corrective actions” elv egészíti ki „ismerd meg a tényeket – ha eltérnek a standardtól, térítsd vissza!” A Plan-Do-Check-Act folyamat önmagába visszatérő kör, vagy fejlődési spirál: azaz a korrigáló cselekvés hatását le kell mérni és újratekinteni a folyamatot a permanens jobbítás megtervezésével. A folyamat megismerése, a beavatkozó cselekvés megtervezése, a cselekvés hatásának értékelése elképzelhetetlen a mérés-standardkijelölés-összehasonlítás-újramérés objektív folyamatsora nélkül.

Az Egészségügyi Világszervezet „Egészséget Mindenkinek” programja alapvető célkitűzései elválaszthatatlanok a minőség fejlesztésétől és annak kvantitatív mérésétől. A „Betegellátás

Minőségének Fejlesztése” – „Quality of Care Development, QCD” program az Európai Regionális Iroda regionális programjának részét képezi. A célkitűzések közül az alábbiak jelölnek meg közvetlenül standardizálási vonzatokat: „31. célkitűzés: a tagállamokban a struktúrák és folyamatok az egészségügyi ellátás minőségének folyamatos javítását és az egészségügyi technológiák megfelelő fejlesztését és felhasználását kell biztosítani.” és „35. célkitűzés: ...a tagállamok egészségügyi információs rendszereinek aktívan támogatniuk kell az Egészséget Mindenkinél politikai megfogalmazását, bevezetését, megfigyelését és értékelését”.

A WHO minőség-koncepcióját az elmúlt években a következők torzították:

a minőségbiztosításban egészségügyi professzionisták kerültek domináló szerepkörbe

így főleg az ellátás technikai körülményeire koncentráltak

a folyamatok értékelése előtérbe került az ellátás eredményeihez képest

a betegekre és a kimenetekre kisebb figyelmet fordítottak

E hibák kiküszöbölése céljából a minőség-koncepciót az alábbi szempontokkal kellett kibővíteni:

a minőség különböző paraméterei: a szolgáltatások hozzáférhetősége, hatásossága, hatékonysága, folyamatossága, együttműködés az egészségügyi ellátás szakembereivel

a közreműködők: betegek és családjaik, orvosok és nővérek, a betegellátó intézmények vezetői, biztosítók, társadalmi szervezetek és politika-csinálók, egyes közösségek és beteg-egyesületek

különböző mérési megközelítések: szervezet, folyamat, eredmény.

Végigolvasva ezeket [2], úgy tűnik, van bőven tennivalónk.

Az Orvosegyesületek Európai Fóruma (European Forum of Medical Associations) az 1980-as évek vége óta megkülönböztetett figyelmet szentel a minőség-kérdésnek és a kérdéskör kvantitatív, mérhető, standardizálható vonatkozásainak. Csak néhány példa a megközelítésre: a QCD program ötletből vált fokozatosan tényleges aktivitássá a 90-es évek elején; központi kérdéssé vált a markerek kiválasztása és mérése, a „helyes gyakorlat” („good practice”) irányelvek megfogalmazása konkrét feladattá vált; a szakmai szervezetek és beteg-egyesületek álláspontját közvetítik a nemzeti hatóságok felé és a WHO adatbázisában [3].

Az egyes kelet- és közép-európai WHO tagállamok és a WHO információs rendszerének összekapcsolásának aktuális példája az Egészségügyi Ellátás Indikátorai (HST) program kialakítása és rendelkezésre bocsátása [4]. Ez a feltöltött és kiegészíthető szoftver az összehasonlítást szolgálja, de ily módon nem csupán a helyzetfelmérés, hanem a standardkijelölés hasznos eszköze is lehet, felépítéséből következően országos, regionális, szakmai és intézményi szinten egyaránt.

2.2 Nomenklatúra, struktúra, folyamat, eredmény

A betegellátás szakmai, személyi és tárgyi feltételrendszerének kidolgozásakor alapvető fontosságú, hogy az az egyéb szakmákhoz illeszkedően, egységes módszertan szerint, általános elfogadott terminológiát használva szülessen meg. Ezért a meglévő, az egészségügyi ellátásban általánosan használt rendszerek maximális felhasználása, azokra történő építkezés szükséges. Az elvégzendő – és jelentős részben elvégzett – feladatokat az alábbiak szerint csoportosítjuk:

1. Nomenklatúra

A szakmai testületekkel egyeztetett módon kell a ICD-10 (BNO X) szerinti diagnózisok és a korábbi besorolás, illetve a tankönyvi felosztás diagnózisainak megfeleltetését biztosítani, célszerűen számítógépes programmal biztosítani az új BNO diagnózisokhoz való eljutást. A tevékenységeket a WHO aktuális jegyzéke szerint kell meghatározni. Szakmai egyetértéssel kell a BNO diagnózisok HBCS kategóriákba sorolását elvégezni, új, korszerű HBCS-eket kialakítani. Figyelembe kell venni, hogy a HBCS-k nem alkalmasak epidemiológiai következtetések levonására – vagy csak korlátozott statisztikai körben, mert nem alapterületeken, hanem az ápolás aktuális indokain alapulnak. Vizsgálni kell viszont a két fogalom közötti korrelációkat.

2. Struktúra

A betegellátás szervezeti egységeinek (osztály, szakrendelés, szakambulancia) személyi, technikai minimumfeltételein túlmenően, az átlagos, optimum és maximum feltételeket külön-külön is meg kell határozni.

Eközben figyelembe kell venni a szakképzésben szükséges feltételeket, az Európai Unió normáinak ismeretében azokkal való összevetésben. E célból „osztály-és ambulanciaregisztert” kell felállítani: egyszeri felmérés, majd rendszeres felülvizsgálat formájában. Ebben a szakfelügyelő hálózatra kell támaszkodni.

A betegellátás különböző formáinak differenciálódásával újra kell gondolni az aktív ellátás, a hosszú ápolást igénylő ellátás, ezen belül a rehabilitáció tartalmát, definícióit, az orvosi, ezen belül a mozgásszervi rehabilitáció egymáshoz való viszonyát és a feltételrendszert ily módon differenciálni kell. A BNO mellett a rehabilitációs tevékenységeket igénylő betegségeosztályozást (WHO International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, ICDH) is alkalmazni kell.

3. Folyamatok

A folyamatok legjobb leírása „döntési fák”, dendrogramok segítségével ezek formájában történhet. Fő kategóriák a diagnosztikus és terápiás döntési sorok – algoritmusok – és a kimeneteli valószínűségeket ábrázoló dendrogramok. Ezek nagyobb betegség-és tevékenység-egységek szerinti meghatározása a célszerű, legtisztább formában a tankönyvi standardokból vezethetők le. Célszerű lenne felhasználni az USA-ban kialakított Clinical Practice Guidelines, CPG rendszert, természetesen a szükséges adaptációval. Alapvető momentum, a legfontosabb kiindulási pont az orvosi tevékenységek definiálása, állapotokhoz (diagnózis, HBCS, betegség-csoport) rendelése, tartalmának (folyamat leírása, személyi, időbeli, tárgyi feltételeinek rögzítése). Ezután jön a tevékenységek logikai, az aktuális állapottól függő sorba rendezése, akár diagnosztikus, akár terápiás folyamatról van szó.

Ezek megalkotásához alapvetően szükséges feltétel az egyes kimenetek valószínűségének, számának ismerete.

4. Kimenetelek (eredmények)

A tevékenységeket igénylő állapotok (betegség, szindróma, aktuális panasz vagy tünet) a természettől megszabott módon („natural history”, a típusos anamnézis és betegséglezajlás) rendeződnek valószínűségi helyzetekbe. Ezeket írja le a kimeneti dendrogram, pl. gyulladásgyulladás-csökkentő adása-gyomornyálkahártyakárosodás-vérzés-konzervatív kezelés-műtétvégeredmény sorozat, különböző alternatívákkal. E dendrogramok – ezen belül az egyes kimenetelek valószínűségének közelítő ismerete szükséges és elválaszthatatlan feltétele a folyamatprotokollok kialakításának. A lehető legnagyobb mértékben valós epidemiológiai adatokon kell alapulniuk.

Valamennyi feltételcsoport kialakítása hosszadalmas folyamat, melyben az első szakaszban az első definíció, majd egyre inkább a finomítás, karbantartás, aktualizálás jelenti a fő feladatot. Álláspontunk szerint valamennyi szakmának ezt az utat kell követnie.

2.3 Indikátorok és fejlesztésük

Az indikátor fogalmát egy szóban saját jelentésével definiálhatjuk: mutató. Ezt a fogalmat azonban több szempontból jobban körül kell írni, pontosítani, az egészségügyi ellátás körülményeihez adaptálni.

Az indikátor *mennyiségi* mutató, amely bizonyos állapotokat, folyamatokat, az ezeket meghatározó környezetet *egyértelműen* jellemzi. Az indikátor egy mérőegység és egy ahhoz rendelt mennyiség: a tulajdonképpeni mérőszám. A mérésnek ez az egysége azonban technikailag többféle módon fejezhető ki: az alapeset a *mennyiség* vagy elemi esemény (amount), pl. 120 Hgmm. Az összegezett, súlyozott, vagy átlagolt mennyiség az *index*, pl. Ritchie index – az ízületek összegezett és súlyozott nyomásérzékenysége. Az indikátor lehet viszonyszám, *aránya*, (ratio) pl. ágy/10.000 lakos, ezen belül olyan arány, amelyben a nevező az idő (rate), pl. HBCS-súlyszám/év [1, 4].

Noha az indikátor mennyiségi mutató, elválaszthatatlan attól a minőségi szemponttól, amit mér, tehát a termék, vagy szolgáltatás valamely jellemzőjétől. Ezt a szempontot nevezzük kritériumnak, vagy mérési koncepciónak. Ahhoz, hogy az indikátor a megválasztott szempontot valóban egyértelműen jellemezze, több követelménynek kell megfelelnie, ezek:

validitás: azaz legyen alkalmas az adott szempont mérésére

szelektivitás: emelje ki az adott szempontot a hasonló szempontok közül

szenzitivitás: a szempont kisebb mennyiségi változásait már jelezze

specifitás: az adott szempontot mérje.

Az indikátorok megválasztását természetesen befolyásolja a jellemezni kívánt kérdéskör szintje. Az egészségügyben szóba jöhető szinteket, területeket mutatja be a 3. táblázat. Ezek a szempontok természetesen tovább bonthatók. A geográfiai népszénelgyi, intézményi vagy szakmai lebontás lehetőségeit mutatja be az Egészségügyi Ellátás Indikátorainak hazai betöltésű programja (HSI-HUN) [4].

Természetesen az akár a nemzeti, regionális, vagy intézményi szinten alkalmazott indikátorok aszerint is csoportosíthatók – és aszerint megválasztandók –, hogy struktúrát, folyamatot vagy eredményt kívánunk jellemezni. A legszélesebb körben a struktúrát jellemző indikátorokat használjuk, lévén ezek a legkönnyebben alkalmazhatók. Ezek között van a legtöbb kötelezően gyűjtendő, és félig-meddig automatikusan gyűjtött adat és ezekkel mérhető a teljesítmény, és következményesen a finanszírozás. Azonban éppen ezek a körülmények veszélyeztetik a strukturális adatok validitását és szelektivitását. A folyamatokat jól leíró mutatók meghatározása és gyűjtésük jóval nehezebb.

A betegellátás eredményessége szempontjából a kimeneteleket jól jellemző mutatók a legnagyobb jelentőségűek. Ezek között azonban csak nagyon makro-szintű mutatók (pl. a populáció egészségügyi állapotának jellemzői), vagy a nem kellően szelektív és szenzitív mutatók (pl. nozokomiális infekciók, halálozás, szövődmények, kórboncolási eltérések) vannak használatban és még ezek adatgyűjtése sem általános vagy teljes körű.

Többen, és többször rámutattak, hogy a betegforgalmi adatok – sem a BNO diagnózisokon, sem a HBCS-ken alapulóak – nem alkalmasak az adott beteg fiziológiai állapotának, betegsége enyhe vagy súlyos voltának jellemzésére. Ezért aztán a költségességet is csak átlagos, normatív formában mérik, ennek következtében az egyes szélsőségesen súlyos tevékenység – tehát költségigényes esetek, ezek aránya az adott betegcsoporton belül nehezen azonosíthatók, és végképpen nehezen határozható meg, hogy a betegsúlyosság mely eleme indokolta az aktívabb, költségesebb diagnosztikát és kezelést.

A konkrét betegség súlyosságának megítélésére az USA-ban többféle, a beteg patofiziológiai jellemzőin, kórtörténet adatain alapuló rendszer van forgalomban. Néha nyitközlük a 4. táblázatban mutatunk be.

A kiterjedt automatikus számítógépes adatgyűjtés lehetősége ellenére, az USA-ban is megkérdőjelezzük ezek mindennapos alkalmazhatóságát, illetve szükségességet [5]. A népszerű egészségügyi állapotának felmérése, és a betegellátó tevékenységek eredményességének értékelésére fejlesztették ki az USA-ban a Medical Outcomes Study, MOS (Orvosi Eredményesség Tanulmányozása). 36 kérdésből álló önkitöltős kérdőívét (Short Form Health Survey, SF-36). A kérdések felölelik az egészségügyi problémák miatti funkció- és aktivitásbeszűkülését, a fájdalomérzetet, a mentális állapotot, érzelmi, vitalitási, közéletbeli aspektusokat. Az értékelés szerint a kérdőív egyes személyek és populációk jellemzésére, beavatkozások eredményességének egyedi és statisztikai értékelésére egyaránt alkalmas.

A felsorolt módszerek hazai körülményekre adaptált változatait az erre vállalkozóknak „pilot-study” gyanánt ki kell próbálni. A hangsúly ugyanis egyre inkább az eredményesség, hatékonyság mérésére tevődik át a teljesítmény mérés helyett, a kimenet indikátorok mérésére strukturális indikátorok helyett, a folyamatok értékelésére a nomenklaturális klasszifikális helyett [2].

Az alkalmazni kívánt indikátorok megválasztása, kifejlesztése, vagy továbbfejlesztése elválaszthatatlan a vizsgálni kívánt kérdéstől. Első feladatként tehát meg kell határozni a prioritásokat, azaz az ellátás mely területeit kívánjuk mérni – természetesen a későbbi célkitűzésvezérelt normaállítás érdekében. Ezután meg kell határozni azokat a szempontokat – kritériumokat – amelyek mentén kívánjuk az adott indikátort felhasználni. Ezután az indikátort technikai szempontból kell definiálnunk: milyen mértékegységgel, milyen formában kívánunk mérni az indikátorral [7].

A prioritás – állítás és a kritériumválasztás területén gyakorlati eligazítást ad az alábbi szférák szerinti csoportosítás. Ha ezt szem előtt tartjuk, támpontokat kapunk abban a tekintetben is, hogy milyen standardokat tudunk kijelölni, és milyen ellenőrzési, hatásmérési módszert, eszközt választunk [7].

1.

Az ellátás alapkövetelményei: az a legszélesebb bázisszint, amely „fundamentális”, az ellátás valamennyi aspektusát áthatja, az ellátás valamennyi szereplője számára kötelező standardokat tartalmazza, pl. a személyiségi jogok, kommunikáció, tájékoztatás.

2.

Az ellátás formái: azok a területek, amelyek az ellátás típusait határozzák meg, hazai viszonylatban pl. az aktív ellátás, ápolás, hosszúidejű ellátások, egynapos ellátás, házi ápolás, hospice stb.

A legfontosabb jellemzők itt a hozzáférhetőség, elfogadható szint, egyenlőségi elv. A résztvevők köre itt is szélesebb a szorosán vett egészségügyi körnél: a közösség, szociális ellátás, a szolidaritás alapján közreműködők, beteg egyesületek.

A szakterületek: a klinikai értelemben vett betegellátás szférája a hozzárendelt szolgáltatásokkal pl. diagnosztika, fizioterápia. Az adekvát ellátás, szakszerűség, klinikai eredményesség a legfőbb dimenziók, a közreműködők a professzionális betegellátó személyzet és maguk a betegek.

4.

Egyéni körülmények vagy ellátási csoportok: pl. terhesgondozás, diabetes, szenvedélybetegségek. Ezen a területen működnek a legspecializáltabb szakemberek.

2.4 Protokoll és guideline

A struktúrák jellemzése, indikátorainak kialakítása viszonylag könnyű. A folyamatok pontos leírása, mérése, standardjainak kijelölése jóval összetettebb feladat. Ezen belül a folyamat leírása, objektív jellemzése elengedhetetlen előfeltétele az optimális változat kijelölésnek – azaz a folyamat standardizálásának –, s a standardtól való eltérés mérésének. Mindezek pedig együttes előfeltételei a helytelen paraméterekkel végbemenő folyamat korrigálásához szükséges lépések megtervezésének és magának a korrekciónak.

A folyamatok elemzésének és megtervezésének, vagy újratervzésének sajátos módszerei, technikai vannak, amilyen az egészségügyi ellátásban is alkalmazhatók, sőt a betegellátás folyamatainak bonyolultsága az egyedi variációk nagy valószínűsége és előfordulása egyenesen szükségessé teszi folyamatelemzést.

A folyamatelemzés célja az, hogy meghatározzuk valamely egység erőforrásainak olyan strukturált és szervezett módját, amely javítja a teljesítményt és a minőséget és egyúttal csökkenti a költségeket [1]. Ebben a folyamat grafikai megjelenítése, folyamat-diagram jelentős segítséget ad: szemlélteti az anyagok, személyzet és a feldolgozási folyamat menetét. A folyamatleíró tábla, a flow-process chart részletesen leírja az anyagok, információk, a résztvevők, a fizikai erőforrások mozgását a folyamat különböző állomásain a szolgáltatás kezdetétől a befejezéséig.

A folyamat pontos és objektív adatokkal meghatározott leírása legtöbbször meghatározza önmaga standardját: tehát az optimális lefolyást és a legkedvezőbb eredményt. A legbonyolultabb, legösszetettebb egészségügyi beavatkozások folyamatleírását az amerikai irodalom a „kritikus út” („critical pathway”) névvel illeti. A kritikus út meghatározása alapvető jelentőségű a magas fokon strukturált betegellátási tevékenység kialakításában, standardizálásában, a beteggel megtörténhető események előre-megjósolásában és az erőforrások felhasználásának folyamatában” [1].

Minden folyamatot jellemez a lezajlása folyamán egymást követő események tényleges bekövetkezésének valószínűsége is. Az összetett folyamatokban, különösen ahol az egyik esemény befolyásolja a következőt, ahol a folyamat zajlása több ponton is elágazhat, a valószínűségek is három csoportba oszthatók:

1.

előzetes, „a priori” valószínűség: mielőtt valamely közös esemény vagy feltétel bekövetkezik;

2.

feltételes, „kondicionális” valószínűség (az előző vagy köztes) esemény vagy feltétel megjelenésekor meghatározott valószínűsége az eredeti esemény bekövetkezésének;

3.

utólagos, vagy „a posteriori” valószínűség: az előzetes, vagy köztes esemény vagy feltétel érvényesülése utáni valószínűsége a vizsgált esemény bekövetkezésének.

A felsorolt valószínűségek egymáshoz való viszonyát a *Bayes féle* szabály határozza meg. A képlet alapján számolt valószínűségek táblákba rendezhetők, éppúgy, mint a statisztikai programokban, orvosi-biológiai elemzésekhez felhasználhatók. Az alkalmazás számunkra fontos módja a kimeneteli valószínűségek elméleti meghatározás, a ténylegesen mért előfordulásokkal való összehasonlítása és az egyes aktív beavatkozások hatásának vizsgálata. A kérdéskör voltaképpen a folyamatok indikátorokkal való jellemzése. Az alternatívákat és valószínűségeket feltüntető ábrázolás neve dendrogram, vagy döntési fa. A számolt és mért valószínűségek egyrészt segítenek a helyes választáskor, összesítve pedig az optimális, vagy legalábbis normának tekinthető folyamat meghatározásában [8, 9].

A „meghatározott egészségügyi ellátás, kezelés, beavatkozás elvégzéséhez szükséges események és tevékenységek rendszerezett listáját” nevezzük protokollnak [2]. A protokoll fogalom már voltaképpen magában foglalja standard, tehát irányelv jellegét. Mégis, a „guideline”, irányelv, szakmai ajánlás, megfelelő jogi formában jóváhagyott változata a módszertani levél ennél határozottabban fejezi ki az optimális folyamatleírás normatív jellegét.

A Clinical Practice Guidelines (CPG), definíciója szerint „szisztematikusan kifejlesztett tételrendszer, amely segíti és vezeti az orvosokat az adott speciális klinikai körülményeknek megfelelő betegellátási döntések meghozatalában” [1].

Ismét hangsúlyozzuk, hogy a folyamatok standardizálása, guideline-ok megalkotása, az optimális kimenetel meghatározása és biztosítása képviseli a korszerűséget és prioritást az egészségpolitikában és az ellátás tervezésében [2, 3].

2. 5 Standard és normatíva

A standard „a kritérium mérési skáláján megjelölt pont” [10, 11]. Valójában megállapodás tárgya, határérték, amelyhez a konkrét mérések során mért értékeket hasonlítjuk. A hasonlítás értelme, tartalma természetesen annak függvénye, hogy az adott kritériummal kapcsolatban meghatároztunk-e valamilyen célt. A standard a meghatározott cél kifejeződése, a mért érték a cél elérésnek foka. Emlékeztetünk arra, hogy a bevezetőben a minőséget definiáltuk így. Valóban, a mért érték szolgáltatásunk minőségét fejezi ki, a standard pedig a megegyezésünk alapján kívánatosnak tartott minőséget. A mért és a standard érték különbsége a nem-megfelelés mértéke. Az egészségügyi közgazdasági nomenklatúra szerint pedig a mért és kitűzött érték (eredmény és cél) hányadosa pedig a hatékonyság számtani kifejezése, indikátora.

Az előzőekben megállapítottuk, hogy a protokoll és a guideline a folyamat standardját, normáját jelenti. A folyamat leírása során is találhatunk olyan pontokat, ahol a standard számszerű értéke kijelölhető, pl. időtartam, fiziológiás érték, funkcionális képesség index. A standard azonban kifejezhető szavakban is, követelmény vagy állapot, vélemény vagy panasz dimenziókban. A lehetséges dimenziókra mutat példát az alábbi mátrix (5. táblázat) [7].

A standardok és protokollok kialakítása feltétlen előnyös az egységesség és az orvosnak, a szervezetnek nyújtott támogatás, védelem szempontjából. Hátrányai is vannak: az önálló döntési képességet korlátozza. További nehézség, hogy érvényesítésük, monitorizálásuk nehéz. Az orvosi kar gyakran elutasító, a gyógyítás szabadságára való hivatkozással. A betegellátó szolgáltatások színvonalának növelése szempontjából viszont kidolgozásuk, alkalmazásuk és megkövetelésük mindenképpen kívánatos és az egészségpolitika prioritásai közé kell, hogy tartozzon [2, 3].

2.6 A standardtól való eltérés mérése

A számszerű standardoktól való eltérés mérése a legegyszerűbb technikája a „benchmarking”, azaz a statisztikai – legtöbbször kötelező vagy automatikus számítógépes – monitorozás, a rendelkezésre álló rutin informatikai rendszer segítségével. A hibakeresés másik, „gyorsmenedzselési módszere” a Pareto diagram alkalmazása. Fő alkalmazásai az eltérés, a hiba leggyakoribb okának kiderítése, abból a megfontolásból kiindulva, hogy a vezető ok korrigálásától várható a legnagyobb mértékű eredmény.

Az említett grafikai ábrázolásokkal a fő minőségi problémák, a hibák időbeli és térbeli lokalizálása könnyen elérhető. A standardok kifejezhető kátlagértékben, a megengedett eltérésszázalékos formájában, a statisztikai szórásvagy standard hiba többszöröseiben egyaránt, könnyen számszerűsíthető módon.

A folyamatok gyorselemzésének módszere a „halgerinc” vagy Ishikawa diagram. A „hal fejtől” az észlelt hibától, vagy ellenőrizni kívánt eredménytől hosszanti tengelyen át visszafelé elindulva elágazásos tengelyeken kell elemezni a folyamat összetevőit, egyre további elágazásokra bontva. Ezt az elemzést nevezik „ok/hatás” analízisnek is. Azt az előnyt nyújtja ez az elemzés, hogy ha a mélyben rejtőző problémákat meg tudjuk fogalmazni, a rávezető okok azonosíthatók, és ezek korrigálásával a hibás eredmény kiküszöbölhető. Alkalmazási területe elsősorban a humán tényezőkben fókuszálódó hibák és mulasztások felderítése, a dolgozók motiválása, célzott képzésük, továbbképzésük szükségességének bebizonyítása.

A folyamatelemzés kapcsán, ha a standardértéktől vagy leírásoktól való eltérést tapasztalunk, célszerű a következő kérdéscsoportot feltennünk:

vannak-e elhagyható vagy összevonható lépések?

átadhatók-e egyes műveletek más személynek?

vannak-e egymás helyettesítésére „keresztben-kiképzett” személyek?

találunk-e elhagyható, egyszerűsíthető vagy átalakítható műveletet?

mi okozza a késedelmeket és ezek csökkenthetők vagy kiküszöbölhetők-e?

van-e többszörös, felesleges ellenőrzés vagy felügyelet és ez biztonsággal elhagyható-e?

van-e a közreműködők között konfrontáció és mi az oka?

vannak-e torlódást okozó pontok a folyamatban „bottleneck” – „üvegnyak” – és eltüntethetők-e?

melyek a folyamat lépéseéhez tartozó átlag időtartamok, és mekkorák az ingadozások [1]?

Az ellenőrzésnek, monitorizálásnak természetesen számos módszere ismeretes. Értelme azonban akkor van, ha a monitorizálás által feltárt eltérést, hibát rövid időn belül az érintettekkel egyeztetett korrigáló beavatkozás követi (ld. FOCUS-PDCA: check! – act!). Az alábbi mátrix viszont azt mutatja be, hogy az ellátás mely szférája milyen módszerrel monitorizálható viszonylag legeredményesebben (6. táblázat) [7].

Népegészségügyi, egészségügyi hatósági, országos szintű monitorizálásnak természetesen jogszabályokban rögzített útjai és módjai vannak. Az egészségügyi statisztikai adatgyűjtés, szakfelügyeleti jelentések egységes kezelése, a tárcaszintű adatbázis feltöltése folyamatosan zajlik. A jövő útja azonban e területen is az, hogy a strukturális, finanszírozási indítékú, teljesítményorientált adatgyűjtést a betegek, betegségek és a betegellátás optimalizálási adatgyűjtéssel

si rendszer váltsa fel. Ezen a területen megtörtént a szemléltetéstől kezdve megindult az előrelépés, a felzárkózás [4].

Irodalom

[1]

Pierskalla W.: Performance measurement – quality management. Előadások a Project HOPE Central European Health Care Executive Education Program kurzusain. 1993-1996.

[2]

Roger France F. H., Staehr Johansen V. K.: Organization of quality in health care. Kézirat, WHO Regional Office for Europe

[3]

Report of the meeting of the European Forum of Medical Associations and WHO. Utrecht The Netherlands 1993.

[4]

Kincses Gy.: (szerk.) Az Egészségügyi Indikátorok alkalmazásának kézikönyve. Egészségügyi Informatikáért Alapítvány, Budapest, 1996. 4–8.

[5]

Iezzoni L. I.: Using severity information for quality assessment: review of three cases by five severity measures QRB 1989, 15. 376-282.

[6]

Geigle R., Jones S. B.: Outcomes measurement: a report from the front Inquiry 1990. 27. 7-13.

[7]

Bull A.: Specifying quality in health care management in Medicine 1994. 8. 5-8.

[8]

Clarke, J.R.: The application of decision analysis to clinical medicine. Interfaces 1987. 17. 27-34.

[9]

Pauker S. G., Kassirer J. P.: Decision analysis. N Engl J Med 1987. 16. 150-271.

[10]

Belicza É.: Minőségi indikátorok fejlesztésének lehetősége (előadás). Az egészségügyi indikátorok szerepe az egészségügyi tervezésben. Konferencia. 1996. 09. 27.

[11]

Boján F., Belicza É.: Bevezetés az egészségügyi minőségbiztosításba. EMIKK 1995. 25-30.

