

# Minőségbiztosítás az általános orvosi gyakorlatban

Simay Attila, Szalay Zsolt

Az utóbbi években az egészségügyi ellátás területén a minőségbiztosítás (Quality Assurance) egyre inkább az érdeklődés középpontjába került. Ez a tendencia az általános orvosi munkával kapcsolatban is fokozottan érezhetővé vált. Az egyes országokban ezen a területen kifejtett kiemelkedő jelentőségű munka, mely során a legfontosabb eredményeket talán Angliában (1) és Hollandiában (2) sikerült elérni, megteremtette az alapját egy összehangolt stratégia kialakításának is. Ez a törekvés hívta életre a WONCA (Családorvosi Világszövetség) égisze alatt az Európai Minőségbiztosítási Munkacsoportot (European Working Party on Quality in General Practice) 1991-ben 15 ország, köztük Magyarország részvételével. A cél nem az uniformizálás, hanem a tapasztalatok kicserélése útján a minőségbiztosítási munka színvonalának minél magasabb szintre való emelése (3). Mivel Magyarországon ezen feladatnak még csak a legelején tartunk, bár több jelentős kezdeményezés is történt, (4, 5, 6) hasznos lehet az ezzel kapcsolatos legfontosabb kérdések rövid meg tárgyalása.

## A minőségbiztosítás létrejöttének körülményei

A minőségbiztosítás iránti igény, mint általában a legtöbb tényező az egészségügyi alapellátás területén, elsősorban a finanszírozási modell függvényében alakult ki. Ezen modellek közül legjelentősebbek a szolgáltatás szerinti (fee for service), illetve a fejkvóta szerinti (capitation) alapon történő fizetés. Tekintettel arra, hogy a „fee for service” rendszerekben a szabad orvosválasztás jellemző, míg a „capitation” szisztémában az alap a beteglista szerinti ellátás, a szolgáltatás szerinti alapon működő rendszerek elvileg a betegek szabad választása alapján önmagukban hordozzák az orvosok magas ellátási szint iránt való törekvését. Itt a feltételezés szerint ugyanis a páciensek a jobb ellátást nyújtó orvosok felé áramlanának, így a többiek vagy beteg nélkül maradnak, vagy kénytelenek magukra kényszeríteni a mások által diktált iramot.

Mivel ez a verseny a másik fő finanszírozási rendszerben spontán nem alakul ki, az itt dolgozókat a magasabb szintű ellátásra csak saját szakmai ambíciójuk, vagy orvosi lelkiismeretük kényszerítheti, mely az esetek egy részében nem feltétlenül biztosítja önmagában a kívánt minőséget. Így érthető, hogy a minőségbiztosítás iránt jelentkező igény ezekben az országokban erőteljesebben volt érzékelhető. Mivel azonban az előbb vázolt „szabadverseny” szisztéma a „fee for service” rendszerekben sem zökkenőmentesen működik, a minőségbiztosítás, bár különféle hangsúllyal és eltérő módokon mindenhol kezdeményezőkre talált, és napjainkra valamennyi, a szerzők által ismert országban szinte önálló szakterületként működik.

## A minőségbiztosítás szereplői

A minőségbiztosítás területén mind a kezdeményezés, mind a rendszer kialakítása és működtetése történhet az orvosok (ellátók), a betegek (a fogyasztók), a finanszírozók és az egészségügyi politika művelői által közösen, vagy külön-külön is. A minőségbiztosítás ezen szereplőinek – kik közül a főszerepet az ellátók játsszák – részvétele a munka egyes területein erősen befolyásolja, hogy a később részletesebben kifejtett minőségbiztosítási folyamat elemei közül melyik milyen hangsúllyal érvényesül.

## A minőségbiztosítás meghatározása

A minőségbiztosítás WONCA által használt meghatározása a következő: A minőségbiztosítás az általános orvosi munka területén egy olyan tervezett cselekvéssorozat, melynek célja, hogy az elvégzett munka eredményeképp az ellátás színvonala a megkívánt szinten maradjon, vagy elérje azt (7).

A minőségbiztosítás magába foglalja a gyógyítást, a megelőzést és az egészségfejlesztést (health promotion) területeit is.

Ebből következik, hogy a minőségbiztosítás nem csupán minőségellenőrzés, hanem jóval több annál, összefogja valamennyi olyan tényezőt, mely a cél elérését támogatja.

## A minőségbiztosítás elemei

A minőségbiztosítás elemeit szűken vagy tágan értelmezett rendszerben helyezhetjük el. A tágan értelmezett minőségbiztosítás leginkább a struktúra, folyamat és eredmény hármassal felosztás keretein belül értelmezhető (8).

A struktúra magába foglalja az ellátás személyi, tárgyi, finanszírozási és környezeti feltételeit.

A személyi feltételek tényezői az orvos, az ellátó team és a páciensek legfontosabb mennyiségi és minőségi paramétereinek összessége. Minőségi paraméterként értékelhető az oktatás, a szakképzés és a folyamatos továbbképzés eredményeképpen elért szaktudás, illetve mindezen folyamatot befolyásoló bármely tényező. Az elméleti tudás gyakorlati tevékenységre való átváltása pedig már a „folyamat” részeként értelmezhető. A betegek részéről jelentkező legfontosabb minőségi jellemzők közül példaként említhető az ellátandók kor, nem és morbiditási struktúrája vagy szociális helyzete. Mennyiségi mutatóként értékelhető az egy orvosra jutó betegek száma, illetve az orvosok és nővérek közötti arány.

A tárgyi feltételek alapját a rendelő épületének nagysága és minősége, valamint a felszereltség jellemzi.

A környezeti struktúra fő összetevőit pedig a természeti és társadalmi milió képezi.

Mindezek alapján érthető, hogy a minőségbiztosítás struktú-

rális feltételrendszere igen erősen függ a folyamatban érintett döntéshozók és finanszírozók tevékenységétől, illetve, hogy ez a terület befolyásolása legkevésbé bír általános orvosi dominanciával. A struktúrát minősítő indikátorok megközelítőleg is teljeskörű felsorolása, illetőleg az értékelés lehetséges metodikájának ismertetése messzemenően meghaladja ezen dolgozat célkitűzéseit.

A „folyamat” legfontosabb elemei a következők: hozzáférhetőség, az orvos beteg találkozás egyes lépései (diagnosztika, terápia és receptírás, vizsgálatok és beutalók mennyisége és minősége), emberi kapcsolatok az ellátás során, a team egyéb tagjainak tevékenysége, preventív szemlélet, dokumentálás. Látható, hogy a „folyamat” sokkal inkább egészségügy, illetve orvosok függő, mint az előbb ismertetett „struktúra”, ami a szakmán belül jelentkező minőségellenőrzés során hangsúlyozottan jelentkezik.

Az „eredmény” értékelése mind az ellátók, mind a betegek szempontjából történhet. Itt sorolható fel a morbiditási és mortalitási adatok változása a tevékenység függvényében, a prevenció kézzelfogható eredményei (pl. védőoltáson résztvevők száma, szűrővizsgálatok), a betegek megelégedettsége, az orvosok és egészségügyi dolgozók teljesítményfüggő jövedelem változása.

Fentiek alapján érthető, hogy a tágan értelmezett minőségbiztosítás szerteágazó rendszere messze túlnő a háziorvosi kapacitencia minőségbiztosító hatáskörén. Ez azonban távolról sem jelenti az egész feladatrendszer részünkről történő negálását, hanem meg kell találni azon területet, ahol mi magunk is eredményesen tevékenykedhetünk, illetve azokat a csatornákat, ahol a minőséget befolyásoló döntések szakmai befolyásolása indokolt.

A szakmai kompetencián belül esik a szűken értelmezett minőségbiztosítás, melynek folyamata mint a „minőségi ciklus” írható le, mely lépéseinek megvalósítása a minőségbiztosítás legjelentősebb módszerét is jelenti.

Kezdetben a minőségbiztosítást leszűkített értelemben csak minőségellenőrzésként értelmezték. Ez elsősorban az adatok gyűjtését és elemzését jelentette. Később felismerték, hogy ezen lépések nem elegendőek a feladat kielégítő megoldásához, hiszen a „jó”, vagy „rossz” minősítés korrektil csak akkor állítható ki, ha létezik összehasonlítási alap, ami ebben az esetben a célul kitűzött szintet jelenti. Így a cél és az elért teljesítmény már összehasonlítható, és széleskörben elfogadott standardok esetén a különböző helyeken elvégzett vizsgálatok eredményei összevethetők. Továbbá a minőség javítása csak akkor érhető el, ha megfelelő értékelés után az adatok a származási helyükre kerülnek vissza, és ott a javasolt változtatásoknak megfelelően pozitív irányú fejlődési folyamat indul meg.

A minőségi ciklus első lépése a megfelelő témák kijelölése. A témák gyakorlatilag kimeríthetetlen tárházából azokat érdemes kiválasztani, melyek az ellátás minőségével szoros kapcsolatot mutatnak, melyekkel kapcsolatban a standardok kidolgozása viszonylag könnyen megoldható és a gyakorlatban könnyen alkalmazható, a területén bekövetkező feltételezett javulás úgy a betegek, mint az orvosok szempontjából számottevő, az indukált változás gyorsan létrejön és könnyen mérhető. Ezen témák kikerülhetnek mind a „struktúra”, mind a „folyamat”, mind pedig az „eredmény” területéről.

A megfelelő választás után történik a témának megfelelő standardok kidolgozása. A standardok jelentik azt a célul ki-

tűzött szintet, amihez az értékelés során a meglévő teljesítményt hasonlítjuk. Fontos eldönteni, hogy mit tűzünk ki célul: az optimálist, az átlagost, vagy pedig a kettő közötti átmenet valamely pontját. A háziorvosi gyakorlatban alkalmazott standardok legnagyobb része a „folyamat” területéről kerülnek ki, melyeken belül véleményünk szerint megkülönböztetünk „általános” és „konkrét” standardokat. Az előbbi csoportból említhető pl. a diagnózis-alkotás algoritmus, az orvos–beteg kapcsolat kérdései, vagy a kollegák közötti viszony optimalizálása. A „konkrét” standardok legegyszerűbb gyakorlati példái az egyes betegségekre vonatkozó módszertani levelek. A standardok használatával kapcsolatos gyakori ellenvélemények, hogy túlszabályozzák az orvosi munkát, mintegy „kényszerzubonyt” jelentenek, nem veszik figyelembe a beteg és beteg között nyilvánvalóan meglévő különbségeket, így a „betegcentrikus” orvoslás helyett a „betegcentrikusat” tolják előtérbe. Véleményünk szerint használatuk szükségessége számos szakmai-tudományos szempontból kellően megalapozott területeken vitathatatlan, és valamennyi esetben az adott helyzethez alkalmazva, a beteg egyéni szempontjait maximálisan figyelembe véve kell alkalmazni őket.

Így jutunk el tulajdonképpen az úgynevezett egyéni gondozási tervhez, melyeket minden orvos személyre szabva készíthet el betegei számára, és melyek az adott paciensevel kapcsolatos teendőket írják le.

A „minőség ciklus” következő lépéseként ki kell választani azokat az indikátorokat, melyeket mérve, illetve a standardokkal szembeni összehasonlítás alapján következtetni tudunk az adott témában nyújtott minőségre. Megfontolandó, hogy a minőségbiztosítás céljaira nem célszerű olyan indikátorokat választani, melyek túlmutatnak az egyébként is nyújtandó kötelező adatszolgáltatás (minimal basic data set) területén. Ez fordítva is igaz, a minimális adatkör kialakítása során figyelembe kell venni a minőségbiztosítás szempontjait is. Fontos, hogy az indikátorok elemzéséből megbízható következtetések lehessen levonni.

Következő lépés az adatgyűjtés, mely egyaránt vonatkozik a kvantitatív és kvalitatív adatokra és melynek metodikája különös figyelmet érdemel, abból a szempontból, hogy a résztvevők számára elfogadható, ugyanakkor könnyen kivitelezhető is legyen. A „struktúra” és „eredmény” területéről viszonylag könnyen gyűjthetünk adatokat, pl. egy adott rendelő műszaki állapotával és személyi állományával kapcsolatban, vagy pedig mortalitási adatok szolgáltatásával. Sokkal nehezebb a „folyamat” területéről való adatgyűjtés. Itt a leggyakrabban alkalmazott módszerek a következők: a dokumentáció átnézése, a receptek és beutalók különböző szempontok szerinti vizsgálata, a várakozási idő mérése, videófelvétel készítése a rendelés alatt. Elterjedt módszer az úgynevezett „peer review” alkalmazása, ami röviden a hasonló feltételek között dolgozó kollegák jellemző adatainak az összegyűjtését és közös összehasonlítható értékelését jelenti, valamint a munka folyamatának megtekintése (sitting in). Nyilvánvaló, hogy ezen a területen nagy segítséget jelent a megfelelő számítástechnikai eszközök használata. Ezen metodikai kérdések részletes ismertetésétől jelen dolgozatban eltekintünk.

Következő lépés az összegyűjtött adatok értékelése. Alapvető kérdés, hogy ki végzi el ezt az igen kényes feladatot. Tapasztalatok szerint a kollegák számára az önértékelésen kívül a leginkább elfogadható, és a későbbiek során a leginkább pozitív hatása, amennyiben az értékelő team saját szakmai

körön belül alakul ki. Természetesen az értékelésben, bár más hangsúllyal, részt kell hogy vegyenek a minőségbiztosítás egyéb szereplői is, a betegek, a biztosítók és a hatóság képviselői egyaránt. Az értékelés sarkalatos pontja az a hozzáállás, mely a szakirodalomban a „bad apple” és a „continuous improvement” teóriák szembenállásában figyelhető meg (7). Az előbbi mintegy fenyegetésként jelentkezik, minek eredményeképp védekező magatartás alakul ki, melynek célja az időnkénti ellenőrzések „megúsztatása” általában az alapvető minimális követelmények teljesítésével. Célunk tehát nem a hibák, a „rossz almák” mindenáron való keresése, és a szankcionálás, bár egyes esetekben nyilván csak ez a célravezető, hanem a második, a „folyamatos javulás” teóriában megfogalmazottak érvényesítése. Ennek lényege olyan támogatás, mely függetlenül a már elért szinttől, segíti a magasabb minőség irányába való elmozdulást. Más szavakkal, az eddig még ki nem aknázott olyan lehetőségek közös felkutatása, melyek segítségével a minőség ismét egy magasabb szintre léphet. Meg kell találni az olyan erős sarokpontokat, melyre a további fejlődés bizton alapozható, hiszen sokkal könnyebb és célravezetőbb a már meglévő helyes alapkövekre építkezni, mint mindent előlről kezdeni.

A folyamatban az értékelést a visszacsatolás követi. Itt, ha azt szeretnénk, hogy a feed-back minél szélesebb körben elfogadásra találjon, ismét hangsúlyozandó a „continuous improvement” teória prioritása azokon a területeken, ahol ez csak megoldható.

A „minőség ciklus” utolsó láncszeme a változás szakasza. Itt, a visszacsatolás eredményeképp, amennyiben a minőségbiztosítási folyamat egésze jól működik, elsősorban tanulási folyamatok és érdekeltségi hatások miatt a praxis munkájában pozitív irányú változás történik, minek eredményeképp a nyújtott teljesítmény egyre inkább megközelíti az elvárt szintet.

Ezen a ponton túlhaladva a „minőség ciklus” kezdődik előlről, hiszen senki sem dolgozhat olyan jól, hogy további javulás már ne legyen elképzelhető.

## A minőségbiztosítás három dimenziós rendszere

A minőségbiztosítás felépítését egy három dimenziós rendszerbe foglalhatjuk, melyek a következők: a folyamat lépései, a legfontosabb résztvevők és az a szint, ahol a minőségbiztosítás történik. Más szavakkal: hogyan, ki és hol?(7)

Első dimenzió: hogyan? A folyamat lépéseit a fentiekben

tárgyaltuk: témaválasztás, standardok kidolgozása, adatgyűjtés és a munka kiértékelése, változás és követés.

Második dimenzió: ki? A legfontosabb szereplők négy csoportjáról (fogyasztók, ellátók, finanszírozók és az egészségügyi politika szereplői) már az előzőekben történt említés.

A „fogyasztók” kifejezést azért részesítjük előnyben a „beteg” terminológia helyett, mivel a minőségbiztosítás kérdései potenciális betegként mindenkit érintenek. Ez a csoport elsősorban a személyi kapcsolatok iránt érzékeny, sokkal inkább, mint a tényleges szakmai kérdések megítélésében. Ennek ellenére a fogyasztók megelégedettsége, mint „eredmény”, a minőség egyik legfontosabb fokmérője lehet.

Az ellátók részéről a kulcsszemély a családorvos, kinek érdeklődése természetesen elsősorban a szakmai kérdések felé irányul.

A finanszírozók érdeke a minőségbiztosítás során, hogy a rendelkezésre álló szűkös fedezet (amit természetesen relatíve mindenütt szűkös) a leghatékonyabban legyen felhasználva az ellátás során, vagyis hogyan lehet olcsón jól produkálni. A kérdéssel foglalkozó politikai döntéshozók legfontosabb feladata a prioritások meghatározása és a méltányosság elvének érvényre juttatása.

A harmadik dimenzió: hol? A minőségbiztosítás az egészségügyi ellátás valamennyi szintjén érvényre kell, hogy jusson. A szintek a következők: központi (nemzetközi, országos, és regionális), helyi vagy önkormányzati, a csoportpraxis és végül a házi orvos egyéni szintje.

A három dimenzió egyes részei egymásra hatnak, és tetszőleges kombinációban értelmezhetők, pl. a házi orvosok, mint egyének szerepe az országos szintű irányelvek kidolgozása során, az önkormányzati szintű finanszírozó feladata a témák kijelölésében stb. Végül is a minőségbiztosítás, mint egész rendszer, úgy tud igazán hatékonyan működni, ha mindhárom dimenzió mindegyik szintje kellő hatásfokkal kapcsolódik a teljes egészhez.

## Összegzés

Összefoglalva, a minőségbiztosítás olyan rendszernek tekinthető, mely biztosítja, hogy az ellátás során a nem megfelelő színvonalú illetve felesleges tevékenységek száma a minimumra csökkenjen, mindenekelőtt az ellátandók érdekeit szem előtt tartva. Ehhez természetesen szükséges a minőségbiztosítási háttér kiépítése, annak személyi és tárgyi feltételeivel egyaránt. Magyarországon a fő cél az eddigi jelentős, de elszigetelt törekvések összefogása, valamint egy tervszerű, és céltudatos minőségbiztosítási rendszer kialakítása és működtetése az általános orvosi munka területén.

## IRODALOM

1. Baker R, Presley P. The practice audit plan. London: Royal College of General Practitioners, 1990.
2. Grol R. National standard setting for quality of care in general practice: attitudes of general practitioners and response to a set of standards. *BJ of General Practice* 1990; 40: 361-364.
3. WONCA European Working Party on Quality in Family Practice: Statement on the WONCA European Working Party on Quality in Family Practice. Utrecht: WONCA, 1992.
4. Arnold Cs, Galgóczi E. A hypertonia gondozás minőségi értékelése. Elvei és gyakorlati kérdések. *Med Univ* 1987; 20: 51-53.
5. Andor M, Arnold Cs, Kozma Gy. A cukorbeteg gondozás minőségének értékelése 62 körzetben. *Med Univ* 1987; 17: 65-68.
6. Balogh S. A körzeti munka elemzése és egy lehetséges módszere. *Med Univ* 1986; 19: 213-217.
7. WONCA European Working Party on Quality in Family Practice: Proceedings first meeting of European Working Party on Quality in Family Practice. Utrecht: WONCA, 1991.
8. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 1966; 44: 166-206.