



HÁZIORVOSI MINŐSÉGELLENŐRZÉSI RENDSZER TAPASZTALATAI SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG MEGYE 45 HÁZIORVOSI KÖRZETÉBEN

DR. SZATMÁRI MARIANNA

Az alapellátás számára kidolgozott minőségellenőrzési rendszer önellenőrzés módszerével történő kipróbálását 45 Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei háziorvos vállalta. A cél a gyakorlati alkalmazhatóság megítélése volt, de az eredmények néhány, a praxisok jellegzetességeire vonatkozó következtetés levonására is alkalmasak voltak.

Az alkalmazott alapellátási minőségellenőrzési rendszert a Medicus Universalisban már részletesen is ismertettük. Annak érdekében azonban, hogy az úgynevezett „szabolcsi minta” értékelése minden olvasó számára egyértelmű legyen, az ismertetést rövid összefoglalásban, az alábbiakban megismételjük.

Az alapellátási minőségi indikátorokat a Donabedian és az EFQM rendszerek egyesítésével alakítottuk ki.

Donabedian minőségi rendszere magában foglalja csaknem mindazt a külső és belső körülményt, amely az egészségügy komplexitását képezi.

A Donabedian-i rendszer nem a teljesítmény (output), hanem az ellátás kimenetelét (outcome) vizsgálja az alábbi indikátorok felhasználásával:

- A) hozzáférhetőség
- B) technikai menedzsment
- C) emberi kapcsolatok
- D) folyamatosság

Az ellátás minőségét mind a négy indikátoron belül négy szempont szerint vizsgálja, ezek:

1. A **struktúra**: komplex fogalom, amely tartalmazza az ellátottak és az ellátók, a rendelkezésükre álló források és eszközök, valamint a fizikai és szervezeti környezetük viszonylag stabil jellemzőit.
2. A **folyamat**: az ellátottak és az ellátók közötti interakciók sora. Magában foglalja az ellátás menetének a szervezését, a tudományos és technikai eredmények ismeretét és felhasználását, az emberek közötti kapcsolatok pszichés és etikai vonatkozásait.
3. Az **ellátás kimenetele az ellátott szempontjából** több tényezőt foglal magában:
 - ismereti: a páciens ismeretei az egészségügyről,

a saját állapotáról, az ellátásról általában és saját esetében;

- érzelmi: a páciens érzelmei az előbbiekkal kapcsolatban;
 - magatartási: a prevencióval, a saját egészségi és szociális helyzetével, és a szolgáltatás igénybevételével kapcsolatban.
4. Az **ellátás kimenetele az ellátó szempontjából**: az ellátó megelégedettsége a felsorolt szempontok vonatkozásában.

Az Európai Bizottság által 1989-ben létrehozott EFQM (Európai Minőségmenedzsment Alapítvány) lehetőséget ad az indikátorok számszerű megítélésére és ezen keresztül az ellátás minőségének az optimális-hoz viszonyított százalékos értékelésére. Egy-két év utáni ismétléssel az is megíthető, hogy az adott praxis első vizsgálatánál tapasztalt esetleges gyengeségek kiküszöbölése eredményes volt-e.

A két rendszert ötvöző minőségellenőrzési kérdőív kitöltése egyszerű, egységes és nagyon részletes útmutató alapján történik. Az ellátottak véleményének megismerésére ugyancsak egységes, rövid kérdőív áll rendelkezésre.

Első lépcsőben az ország különböző régióiból hat önként vállalkozó háziorvos munkacsoportot alakított, és Dr. Szatmári Marianna vezetésével kialakította a háziorvosi munkára jellemző al-indikátorokat és a hozzájuk rendelt pontértékeket tartalmazó végleges űrlapot. Ezzel önellenőrzést végeztek, majd ennek tapasztalatai alapján kidolgozták az egységes, részletes kitöltési útmutatót. Az ezzel megismételt önellenőrzés azt az érdekes eredményt mutatta, hogy öt kollégánál nem volt értékelhető eltérés a két megítélésben; egy háziorvosnál viszont az első, a spontán, nem egységes útmutató alapján végzett vizsgálat eredményei lényegesen rosszabbak voltak, mint a megismételt vizsgálatnál, tehát ő eredetileg az átlagnál szigorúbban ítélte meg a praxisa munkáját.

Ezek után, és a kialakított alapellátási minőségellenőrzési rendszer közleményben történt ismertetése

után következett a most leírásra kerülő, szélesebb körű kipróbálás.

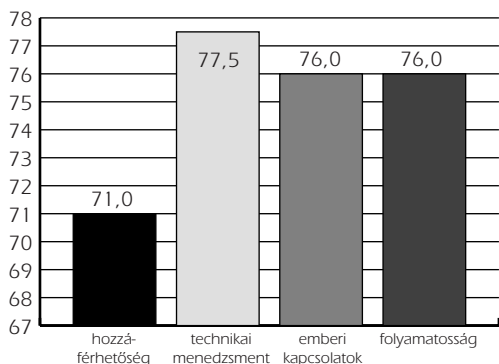
A második fázisban 45 Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei kolléga töltötte ki az űrlapot önellenőrzésként, az egységes útmutató alapján, és azt névtelenül, csak a település típusának feltüntetésével kaptuk meg összesített értékelésre.

Település-típus szerint a praxisok megoszlása az alábbi volt:

tanyás praxis:	1
községi praxis:	14
kisvárosi, kistérségi központi praxis	13
megyei jogú városi praxis	17
összesen:	45

A kapott eredményeket településtípusonként értékelve, az egyes csoportok kis száma ellenére is igyekeztünk néhány összegező megállapításra jutni.

Tanyás praxis



Tanyákat ellátó kolléga csak egy volt a válaszolók között, így a tapasztaltak csak egyéni, és nem általános, mégis érdekes megfigyeléseket tettek lehetővé.

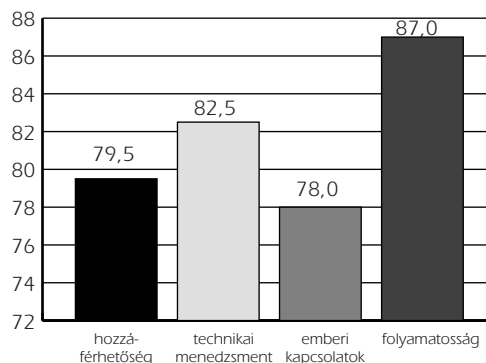
Szemben a másik három településtípussal, az önellenőrzés mind a négy indikátor szempontjából 80% alatti értékelést adott. Ez nem lehetett a kolléga szerénysége, hiszen a mindnyájuk által alkalmazott kitöltési utasítás pontos, egységes szempontokat tartalmazott.

Nem meglepő a gyenge infrastruktúra, de nincs egyetlen előjegyzett beteg sem, ami kérdésessé teszi a kontroll vizsgálatok lebonyolításának rendszerét. A kolléga jelzése szerint van öngyógyító csoport, de nem nagyon aktívak. Ugyanakkor – talán kissé meglepő módon – megfelelőnek itéli a szakorvosi hátteret.

Községi praxisok

Az ábra önmagáért beszél – a leggyengébb lán-

Községi praxis



szem az emberi kapcsolatok. Ez egyébként az összes településtípusra, illetve ezen belül mind a 45 praxisra vonatkozik.

A 14 községben dolgozó házi orvos néhány alindikátor szempontjából elég szórta válaszokat adott.

A „hozzáférhetőség” indikátoron belül az infrastruktúra, a sürgősségi ellátás, a hátrányos helyzet kompenzálása (A1¹) megítélésénél általában meglepően jó pontszámokat adtak, de volt 0-ás érték is. Ugyanez vonatkozott az „egyéb kiegészítő szolgáltatások lehetősége” mutatóra is (A3), és itt meg kell említeni, hogy ugyanazoknál található a 0-ás pontszámok, akik a már említett A1 szempontnál is ilyen értéket jeleztek. Ezek alapján fel kell tételeznünk, hogy a vizsgálatban résztvevő különböző községek nagyon eltérő helyzetben vannak infrastruktúra és szervezettség szempontjából.

Két kivételtől eltekintve, ennél a településtípusnál is nem várt módon jónak jelezték a szakorvosi konfliktusok hozzáférhetőségét.

A „technikai menedzsment”-nél kiemelendő, hogy számos válaszolónál meglepően sok az otthon-ápolás maximális igénybevétele (B1), bár itt is volt egy 0-ás és néhány 50%-nak megfelelő értéket megadó kolléga is.

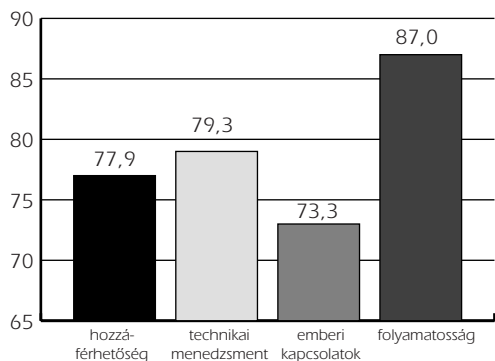
A már említett „emberi kapcsolatok” viszonylag nagyon alacsony százaléka elsősorban az öngyógyító csoportokra vonatkozó (C1, C2, C4) 0-ás, illetve nagyon alacsony értékeknek a következménye. Kiemelendő viszont a szűrés-rizikószűrés (C3) eredményeinek jó megítélése, bár sajnos itt is voltak 0-ás értékek, mégpedig a diétával egyensúlyban tartható diabéteszre vonatkozó mutatónál.²

Nem meglepő, hogy a „folyamatosság” a praxis munkájának a legjobb mutatója, hiszen ez a házi orvos szakma legfőbb jellemzője és erőssége. Nem elhanyagolható, hogy ez az eredmény annak ellenére mutatkozott, hogy két házi orvos csak nemrég látja el az adott praxist.

¹ Lásd az 1. oldalon az indikátorok és a szempontok felsorolását: a betű az indikátort, a szám a megítélés szempontját jelöli. A1 például = a hozzáférhetőség megítélése infrastruktúra szempontjából, vagy C2 = emberi kapcsolatok, a folyamat szempontjából vizsgálva.

² Miután név nélkül érkeztek az űrlapok, és a beküldők között volt házi gyermekorvos is, nem kizárható, hogy a 0-val válaszolók között volt. Ebben az esetben a válasz természetesen nem jelent szakmai problémát.

Kisvárosi, kistérségi központi praxisok



A 13 házi orvos önértékelése szerint, ebben a település-típusban a folyamatosság kivételével minden szempontból 80% alatti a praxis tevékenységének a minősége.

A „hozzáférhetőség” alacsony értékelését elsősorban a sürgősségi rendszer, valamint a hátrányos helyzet kompenzálásának a hiányosságai okozzák (A1). Csaknem minden válaszoló rossznak értékelte az előjegyzett betegek arányát a praxisában (A2). Nagyon változó volt az „egyéb kiegészítő szolgáltatások igénybevételének a lehetősége” (A3), a többség maximális pontra értékelte, de volt olyan válaszoló is, aki 0-ra.

Az „emberi kapcsolatok” indikátor nagyon alacsony, 75% alatti értékét ebben a településtípusban is elsősorban az önszolgáltató csoportokkal való együttműködés, illetve azok létének a hiánya (C1, C2, C4) okozza.

A munkacsoport meggyőződése, hogy a beteg együttműködése életmódi kérdésekben (diéta, alkohol, dohányzás, testmozgás) nagymértékben függ az orvos-beteg, nővér-beteg kapcsolattól. Ezért fektettünk az emberi kapcsolatok indikátor csoportban nagy súlyt az ezekre vonatkozó al-indikátorokra. Figyelemfelhívó a képzés/továbbképzés szempontjából, hogy a kisvárosi, kistérségi központi házi orvosok között is volt két kolléga, akinél egyáltalán nem volt diétával egyensúlyban lévő diabéteszes beteg, egy másik pedig nem is válaszolt a diabéteszre, dohányzásra, alkoholra, testsúlyra vonatkozó kérdésekre.

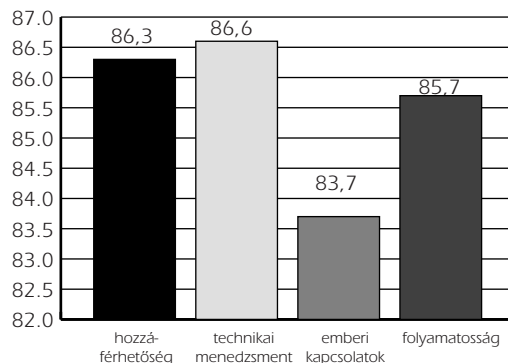
Érdekes, hogy a nagyon magasra értékelt „folyamatosság” indikátoron belül – szemben a kisebb települések válaszadóival – néhányan gyengének ítélték meg a stabil szakorvosi konzultánsi háttér rendelkezésre állását (D1). Mérlegelni kellene, hogy a kistérségi központoknál a szakorvosi konzíliumok helyzetén hogyan lehetne javítani.

Megyei jogú városi praxisok

A megyei jogú városban dolgozó 17 házi orvos önértékelése mind a négy indikátornál meghaladta a 80%-ot. Úgy tűnik, hogy a munka minőségének feltételei ebben a településtípusban a leginkább adottak.

A „hozzáférhetőség” csak a sürgősségi ellátásnál

Megyei jogú városi praxisok



mutatott lényeges eltéréseket az optimumtól (A1). Itt viszont végletes, 20-tól a maximális 60 pontig értékelték az ügyelet, a sürgősségi ellátás minőségét.

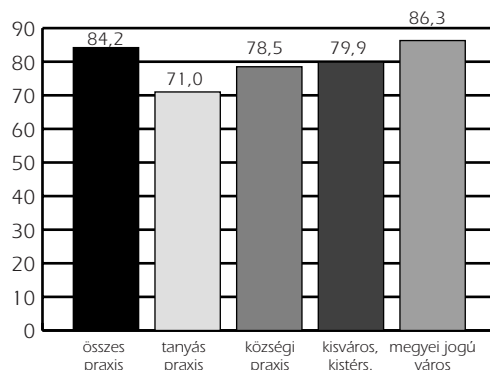
Az orvos/nővér arány az optimálisnál említésre méltóan gyengébb a „technikai menedzsment”-ben (B1) éppúgy, mint a szűrés-gondozás területén a „folyamatosság” (D2) indikátornál.

Úgy tűnik, hogy ennél a település-típusnál az önszolgáltató csoportok hiánya, vagy nagyon mérsékelt működése a fő oka annak, hogy elsősorban az „emberi kapcsolatok”-nál (C1, C2, C4) de a „folyamatosság” (D2) indikátornál is elmarad a pontérték a másik két mutatóhoz képest.

A 45 praxis minőségének önellenőrzési eredményét a másik szemszögből, az *indikátorok felől vizsgálva* a következő képet kapjuk:

Mint a településtípusok szerinti értékelésnél, az indikátorok felől vizsgálva is a megyei jogú városokban működő praxisokban voltak a legmagasabbak a minőségi mutatók. Erre, az egyes indikátorok rövid áttekintésénél külön is visszatérünk.

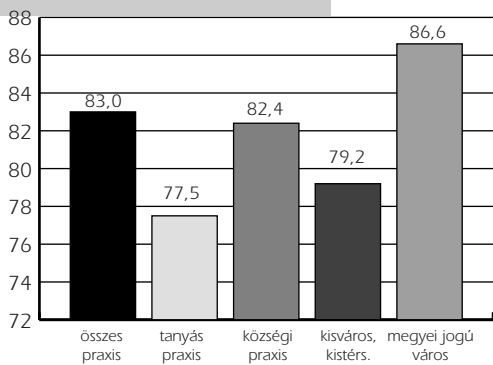
Hozzáférhetőség



A „hozzáférhetőség” indikátornál a legnagyobb, és jelentősnek is mondható különbség a tanyás és a megyei jogú városokban működő praxisok között volt (15%). A községi és a kisvárosi/kistérségi központi praxisok csaknem azonos, 78 és 80 százalék közötti értéket mutattak. Mindenesetre megállapítható, hogy a vizsgált mintában a hozzáférhetőség a település nagyságával egyenes arányban fokozódott.

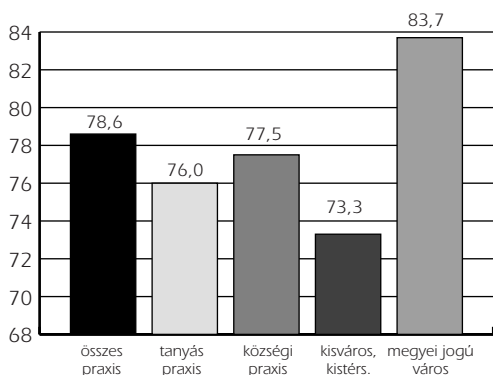
A *technikai menedzsment* az előbbinél változato-

Technikai menedzsment



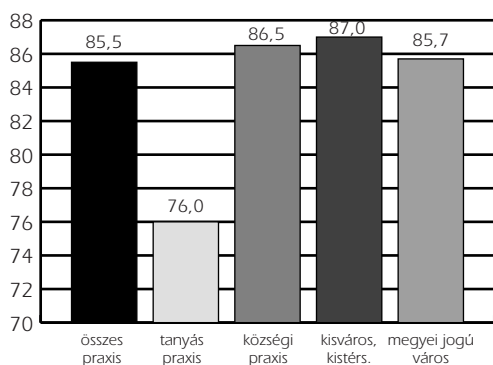
sabb képet mutat, noha az optimálistól való százalékos eltérés különbsége a legkisebb és a legnagyobb érték között itt „csak” 9%. A tanyás praxison kívül a kisvárosi/kistérségi központi praxisok értékelték úgy, hogy technikai menedzsmentjük 80% alatt van.

Emberi kapcsolatok



A leginkább elgondolkasztató az „*emberi kapcsolatok*” indikátor alakulása. Az összesített érték 80% alatti, legalacsonyabb mind a négy indikátor közül, ami különösen kiemelendő, hiszen a háziiorvosi praxis az első találkozás az egészségügyi ellátással, és, ha itt nem megfelelőek az emberi kapcsolatok, akkor ez kihat az egészségre, és elsősorban a lakosok egészségi állapotára. De megemlíthető az is, hogy a legnagyobb település, a megyei jogú város, ahol elszigeteltség, az emberi kapcsolatok hiánya lenne várható, az egyetlen, amely 80% felett van. Ettől a maximumtól 10%-al lefelé tér el

Folyamatosság



a kisváros/kistérségi központ, amelynek önmegítélés szerinti értékét még a tanyás praxis is meghaladja.

A „*folyamatosság*” alakulása nem okozott meglepetést, a tanyás praxis kivételével mindenütt 85% felett volt. Ez érthető, hiszen a háziiorvosi munka alapvető jellegzetessége, és egyben nagy előnye az ellátás folyamatossága. A tanyás praxis kiugróan alacsony százalékát azért nem értékeltük, mert a vizsgált anyagban csak egy ilyen körzet volt.

Végül néhány konklúzió a különböző szemszögből történt ismertetés után:

- Nincsenek szignifikáns eltérések a településtípusok alapján a négy Donabedian szerinti indikátor önmegítéléssel végzett értékelésében. Meg kell azonban említeni, hogy a kisvárosok/kistérségi központok rosszabb helyzetben vannak (vagy értékeli önmagukat), mint a községek és a megyei jogú városok.
- Fejlesztani kell az önszolgáltató csoportok kialakítását, illetve az azokkal való együttműködést. Ez minden településtípus praxisainak a „gyenge pontja”.
- Törekedni kell a sürgősségi és ügyeleti rendszer színvonalának egyenletesebbé tételére, mert itt mutatkoztak a településtípusok között, és azokon belül is a legnagyobb különbségek.
- Ki kell dolgozni a rizikó-gondozás egységes elveit, aminek gyakorlati átvételét a szakfelügyelet ellenőrizheti.
- Külön hangsúlyt kell kapjon a továbbképzésben a diabétesz. Megdöbbentő, hogy a 45 háziiorvos között több is azt jelezte, hogy a praxisában nincs „csak diétával egyensúlyban tartható” diabéteszes.
- Általánosan ki kell alakítani a jogszabályban is előírt előjegyzési rendszert. Ehhez elvi és gyakorlati segítséget kell nyújtani a háziiorvosoknak, majd később számon kell kérni az ilyen irányú munkastílus fejlesztését; például egy-két év után megismételt önellenőrzésben, amelyet a szakfelügyelővel utólag megbeszélnek.
- Ösztönözni kell egy előnyösebb orvos/nővér arányt mind a mindennapi munkamegosztásban, mind a szűrés/gondozásban való részvételben.

Összefoglalva, a 45 Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei háziiorvosi praxis önvizsgálaton alapuló minőségellenőrzése a saját munka minőségének önmegítélése mellett, módot adott néhány általános következtetés levonására és feladat-meghatározásra is.

Ezúton is szeretnék köszönetet mondani a „*qualy munkacsoport*” tagjának, Dr. Veress Attilának azért, hogy megyéjében megszervezte a 45 háziiorvos részvételét saját munkájuk önmegítélésében.

IRODALOM

- Asbroek, T. et al.: Developing a national performance indicator framework for the Dutch health system. *International Journal for Quality in Health Care*, Oxford University Press, Vol. 16, Supplement 1. 2004.,65-71
- Balogh, S.: A háziorvoslás továbbfejlesztésének lehetősége és kapcsolódása az egészséges nemzetért programhoz. *Medicus Universalis*, 2001. szeptember, XXXIV/4: 229-231.
- Bansal, M. K.: Optimising value and quality in general practice within the primary health care sector through relationship marketing: a conceptual framework. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 2004. 17, 4: 180-188.
- Belicza, É.: Minőségügyi rendszer kidolgozásának szempontjai a magyar egészségügyi intézményekben. *Egészségügyi Menedzsment*, 2001, III. 2: 19-22
- Department of Health: *Delivering the NHS Plan*, 2002, HMSO, London
- Dézszy, J., Abbühl, B: Minőségbiztosítás az EU-belépő országokban. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2002, 40, 1: 56-59
- Donabedian, A: Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Mem Fund Q* 1966, 44: 166-206
- Donabedian, A.: The quality of medical care. *Science*, 1987. 200: 856-864
- Donabedian, A: The end result of health care. Ernest Codman's contribution to quality assessment and beyond. *Milbank Q* 1989; 67, 233-256.
- Elgert, S: Quality improvement in Family Practice: A Recipe for Change. *American Journal of Medical Quality*, 2004, 19. 2: 83-87
- Gulácsi, L. et al.: Az európai kiválósági modell az egészségügyben. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 2002. 40, 5: 545-552
- Hanna, N. et al: Physician choice criteria: factors influencing patient selection of generalists versus specialists. *Health Marketing Quarterly*, 1994, 12., 2: 29-42
- ISO 9000:2000: *Quality Management Systems: Fundamentals and Vocabulary*. <http://www.iso.ch>
- Kránitz, K.: Az ISO 9001:2000-esre való átállás az egészségügy szemszögéből. *Minőség és megbízhatóság*. 2004. 38, 3: 152-155.
- Lalonde, M.: *A New Perspective on the Health of Canada*. Ottawa: Government of Canada, 1974: <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/pdf/perspective.pdf>; 29. October 2003.
- Loeb, J., M.: The current state of performance measurement in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, Oxford University Press, Vol. 16, Supplement 1. 2004. 5-9
- Mainz, J.: Defining clinical indicators for quality improvement. *Int Journal for Quality in Health Care*, 2003, 15, 5-11
- Mainz, J.: Quality indicators essential for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, Oxford University Press, Vol. 16, Supplement 1. 2004. 1-3.
- Nagy, B., Boncz, I.: A páciensek (betegek) elégedettsége. *Egészségügyi Menedzsment*, 2001.,6: 50-52.
- Papp, R., Balogh, S.: A háziorvosi munka értékelésének lehetőségei; prevenció, minőségi elemek. *Medicus Universalis*, 2002, február, XXXV/1: 47-48.
- Pigniczki, Á.: Minőség az egészségügyben. *Látélet*, 2002. 5: 1,5
- Razzouk, N. and al.: What's important in choosing a primary health care physician: an analysis of consumer responds. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2004. 17. 4: 205-211
- Ruiz, U.: Quality management in health care: a 20 year journey. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 2004, 6: 323-333.
- Szatmári, M.: Quality assessment in General Practice on the basis of Donabedian's paradigm. *European Health Management Association (EHMA) szakkoloztat*, 1991.
- Szatmári, M.: Alapellátási minőségi indikátorok Donabedian rendszere alapján. *Medicus Universalis*, 2005, szeptember-október, XXXVIII/4-5: 183-189.
- Szervezeti és Klinikai Kiválóság az egészségügyben. *Balatonvilágos*, 2001. május 16-19. kiadvány.
- Thom, D.H. et al.: A new instrument to measure appropriateness of services in primary care. *International Journal for Quality in Health Care*. 2004. 16.2: 33-40
- WHO: *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving performance*. Geneva, WHO 2000.