

A minőségfejlesztés támogatása

Indikátorok az egészségügyi szolgáltatások értékelésére

Dr. Belicza Éva • Takács Erika • Dr. Boncz Imre

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár rövidesen internetes felület segítségével a hazai egészségügyi ellátás minőségének értékelésére alkalmas minőségi indikátorokat tesz közzé, majd a rendszert folyamatosan működteti és fejleszti. A program célja az ellátás átláthatóbbá tétele, a minőségfejlesztés ösztönzése és a tanúsítási-akkreditációs programok támogatása.

A minőségi indikátorok segítségével lehetőség nyílik a szolgáltatások összehasonlítására és az időbeli változások követésére. Az alkalmazott indikátorok nemzetközileg tesztelt és a gyakorlatban már használt indikátorok közül kerülnek ki. A számításokhoz a finanszírozási rendszerben rendszeresen gyűjtött adatok kerülnek felhasználásra. Az elemzések nehézségeinek és lehetőségeinek bemutatásához példaként az alsó végtagok amputációs magasság szerinti arányának elemzési elveit használjuk fel.

Bevezető

Az elmúlt években egyre inkább előtérbe került az indikátorok alkalmazása az egészségügyi ellátás szolgáltatásainak elemzése és értékelése során. Az ezzel foglalkozó szakemberek, munkacsoportok más és más cél érdekében próbálják meghatározni azokat a mérési pontokat, amelyek hozzájárulnak a szolgáltatások megismeréséhez, az ellátás erősségeinek és fejlesztendő területeinek feltáráshoz.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 2002 őszén döntötte el, hogy az egészségügyi szolgáltatások minőségének mérésére és értékelésére alkalmas indikátorrendszert alakít ki a minőségfejlesztés támogatására. Az indikátorok alkalmazása az egészségügyi ellátás értékelésére alig 10 éves múltira tekint vissza [2, 7, 14, 15, 16]. A különböző országok az eltérő egészségügyi rendszerek, adatszolgáltatási gyakorlat és akkreditációs (tanúsítási) eljárások miatt eltérő technikákat alkalmaznak [6, 15,

16, 17], így nincs kialakult gyakorlati modell és elegendő tapasztalat, amelynek adaptálására hazánkban egyértelműen törekedni lehetne. Az Európai Unió az egészségügyi szolgáltatások minőségi indikátorainak használatával kapcsolatban nem fogalmazott meg konkrét elképzeléseket, csupán módszertani útmutatót tett közzé [19].

Az egészségügyi szolgáltatások minőségének értékelése

A minőség értékelését a minőségmeghatározásokra támaszkodva kell végezni. Ennek kapcsán különböző minőségi indikátordefiníciók kerültek kialakításra. Bernstein és Hilborne szerint a minőségi indikátor „az ellátási folyamat vagy eredmény olyan mérhető eleme, amely az ellátás minőségének egy vagy több komponensét jellemzi, és elméletileg az ellátók képesek befolyásolni” [5]. Az ausztrál értelmezés szerint „az ellátás klinikai menedzsmentjének és eredményének mérése” [6]. A Joint Commission megfogalmazása alapján a minőségi indikátor „az ellátás egy szempontjának kvantitatív mérése, de az indikátor nem közvetlenül méri a minőséget, inkább egy jelzés vagy kiemelés, amely utal azon területekre, amelyek részletesebb elemzést igényelnek” [15].

A definíciókból kézenfekvően következik, hogy a minőség mérése az ellátási – szakmai és támogató – folyamatok, illetve az elért eredmények mérhe-

tő és értékelhető területeit célozza meg [18]. A szakmai folyamatok esetén vizsgálható pl. a nyújtott szolgáltatások megfelelősége, időszerezése, a támogató folyamatok esetén az interperszonális kapcsolatok időszerezése, az információátadás teljessége, betegoktatás megfelelősége, etikai normák betartása, hozzáférés stb. Az ellátás eredményeinek elemzése számos területen lehetséges [14], de általában három fő területre koncentrál: az ellátottak egészségi állapota vagy az abban bekövetkezett változások, az érintettek elégedettsége és a források felhasználása [18].

A minőségi indikátorok alkalmazói

Az ellátás minősége a különböző érdekcsoportok számára mást és mást jelenthet. A beteg szempontjai, mint pl. az ellátás etikussága, szeméreméret tiszteletben tartása, vagy kórházi osztályokon az ápolók hívásra történő megjelenéséig eltelt idő például a gazdasági vezető számára, akit inkább az ellátás hatékonysága érdekel, kevésbé hangsúlyos.

Az OEP a hazai indikátorrendszer kialakításakor törekszik arra, hogy – a lehetőségek függvényében – valamennyi érdekcsoport megtalálja a saját érdekeltségi körének megfelelő értékelési pontokat, a mérések kialakításakor nem a finanszírozói szemlélet lesz az uralkodó. Mivel az indikátorok értékeit az ellátás minőségétől független tényezők is alakíthat-

Valamilyen minőségi indikátor alkalmazásakor fontos elvárás, hogy objektíven mérje az ellátási folyamatot vagy eredményt



ják, nem lehet arra törekedni, hogy a kapott eredmények alapján az intézmények „minősítése” vagy rangsorolása is megtörténjen. Az eredményekkel az érintett szolgáltatókat lehet ösztönözni gyakorlatuk átgondolására, elemzésére és megváltoztatására, és ezen keresztül az ellátás egyéb területeinek szisztematikusan értékelésére és fejlesztésére. Az elemzések hozzájárulhatnak a szolgáltatók szemléletének alakításához, így a minőségfejlesztési gyakorlat elterjedéséhez és a szervezeti kultúrába való beépüléséhez.

Az értékelendő indikátorok kiválasztási szempontjai

Valamely minőségi indikátor alkalmazásakor fontos elvárás, hogy objektíven mérje az ellátási folyamatot vagy eredményt, és határozza meg a fejlesztés lehetséges területeit. Ugyancsak fontos szempont, hogy az indikátor képzése és értékelése hatékony eljárás legyen, azaz a ráfordítás és az elért (elérhető) minőségfejlesztés viszonya megfelelő legyen [1]. A hatékonyság egyik fontos összetevője az adat-szükséglet és a szükséges adatok elérhetőségének kérdése. Az adatoknak három lehetséges fő forrása van: adminisztratív adatok, betegdokumentációk és célzott felmérések [1].

Az adminisztratív adatok rendszeresen és folyamatosan gyűjtött adatokat jelentenek. A magyar egészségügyi rendszerben alapvetően ilyen adatok a fekvőbeteg- és járóbeteg-szakellátás beteg, illetve esetszintű adatai, az irányított betegellátási modellben keletkező adatok, a támogatott gyógyszerek, a gyógyászati segédeszközök és gyógyfürdő-igénybevételi, illetve a keresőképtelenségi adatok. Az elektronikusan is rendelkezésre álló adminisztratív adatokat a minőségmérés célja nem befolyásolja (más cél befolyásolja), általában rekordszintű és valamennyi eseményre vonatkozó. Hátrányuk is ebből adódik: az adattartalom minősége az eredeti adatgyűjtési cél miatt befolyásolt lehet, olyan adatelemek hiányozhatnak, amelyek az indikátor értékeinek interpretálásához szükségesek (pl. a kockázatra kiegyenlítéshez), ellenállás várható az adatszolgáltatók körében.

A betegdokumentációk az ellátással kapcsolatos nyilvántartások, de általában nem érhetőek el elektronikus formában, vagy ha igen, akkor – mivel a különböző szolgáltatók általában eltérő nyilvántartási rendszereket alkalmaznak – a különböző szolgáltatások egymással nem válnak összehasonlíthatóvá. A betegdokumentációból származtatott aggregált adatok gyűjtése esetén a valóság tartalom utólag nehezen visszaellenőrizhető.

A célzott adatgyűjtésre támaszkodó indikátor-képzés általában nagyon drága, az adattartalmat az adatgyűjtés célja befolyásolhatja, és így az adatszolgáltatás manipulálható. A dokumentáció eredetű adatgyűjtéshez hasonlóan csak időszakosan végezhető, így nem ad folyamatos visszajelzést a szolgáltatások minőségéről, és nehéz elérni, hogy valamennyi érintett szolgáltató korrekten elvégezze az adatközlést.

A fentiek figyelembevételével a hazai ellátás mi-

nőségi indikátorainak kiválasztásakor a következő szempontokat érvényesíti az OEP:

- (1) létező adatbázisból meghatározható;
- (2) nemzetközi kutatások az indikátor alkalmazhatóságát tesztelték;
- (3) magyar viszonyok között értelmezhető;
- (4) nemzetközi gyakorlatban alkalmazták;
- (5) statisztikai szempontból elegendő az esetszám az egyes szolgáltatóknál.

A lehetséges és tesztelés alatt álló indikátorok közül példaként az alsó végtagok érbetegek vagy diabéteszes betegek amputációjának magasság szerinti amputációs gyakorlatát mutatjuk be.

Az indikátorok képzéséből nyert eredmények értékelése

A képzett indikátorok eredményeinek értékelésére elsősorban az összehasonlítás módszere kerülhet előtérbe. A módszer alkalmazásának elsődleges oka, hogy a legtöbb indikátor esetében nincsenek ismert, elfogadott szintértékek, így csak a szolgáltatások egymással történő összehasonlítására, illetve az időben történő változások elemzésére van lehetőség.

Visszajelzési mechanizmus

Az indikátorok értékei az érintett adatszolgáltató számára nevesítve, a közvélemény számára anonim módon kerülnek visszajelzésre a program indulásakor. A visszajelzést az Országos Egészség-biztosítási Pénztár erre a célra létrehozott internetes felületen keresztül fogja biztosítani.

A szélső értékeket mutató vagy jelentős romló tendenciát felmutató intézményektől szisztematikusan módon fejlesztett jelentési formulára támaszkodva az OEP szakmai beszámolót kér, amely kiterít a nyújtott szolgáltatás részletes elemzésére és a tervezett fejlesztési lépések megtételére. A jelentési formulák kidolgozásába az érintett szakmai csoportokat, kollégiumokat a fejlesztők felkérjük.

A kiugró változásokat vagy nagyon eltérő eredményeket mutató intézményekben az adott szolgáltatásra vonatkozó adatok minőségének célzott értékelése kerülhet szóba. A minőségi indikátorokat is figyelembe vevő elismerési rendszer kidolgozása folyamatban van. Tervek szerint az indikátorprogramban való aktív részvétel feltétele lesz a minőségügyi tanúsítványok OEP általi elismerésének.

Példa: Amputációs magasság szerinti amputációs arányok az érbetegek és/vagy diabéteszes betegek alsó végtagi amputációja során

A rehabilitálhatóság, a beteg életminősége szempontjából fontos kérdés, hogy az alsó végtag amputálása milyen magasságban történik. Az am-

putáció magasságát részben a beteg állapota, de nagyobb részben az ellátó szakmai ismerete és tapasztalata határozza meg, így az amputációs magasság szerinti arány az amputációs ellátás minőségi indikátora [10, 12, 13]. A kórházi adatlapon részletes adatok szerepelnek az elvégzett beavatkozásokról, és páros szervek esetén az adott szerv oldalaságáról. A beavatkozási kódok lehetővé teszik annak megállapítását, hogy az alsó végtagon végzett amputáció milyen magasságban történt. A térd alatti amputációk a lábfej, boka, lábszár, a térd feletti amputációk a comb vagy csipő magasságában végzett végtag-eltávolítást jelentik.

Az indikátor meghatározása szakmai szempontok szerint a térd alatti amputáltak aránya az összes alsó végtagi amputált körében (az ujjamputációkat nem figyelembe véve sem a számlálóban, sem a nevezőben). Az elemzést értelmes módon le kell szűkíteni azon betegcsoportokra, ahol a sebész döntési szabadsága kevésbé korlátozott az amputációs magasság megválasztásában, így az elemzés az érbetegek és diabéteszes betegek esetén releváns.

A szolgáltatók szerinti értékelhetőség érdekében figyelembe kell venni az évente végzett, adott betegcsoportporthoz tartozó, intézményenkénti amputáltak számát. A feldolgozást hat évre összevontan végeztük (1996–2001). Az esetek leválogatásakor kiválasztási szempont volt az érbetegség vagy cukorbetegség alapbetegségként való feltűnése a kórházi adatlapon, illetve alsó végtagi, nem újra vonatkozó amputációs kód megjelenítése.

(Az amputációs ellátás ugyancsak fontos minőségi indikátora a reamputáció. Ennek értékeléséhez szükséges az amputációs oldalra vonatkozó információ felhasználása. Ezen adatelem közlése azonban számos esetben hiányzik vagy láthatóan helytelen érték, így ez az elemzés a jelenlegi adatszolgáltatási gyakorlat szerint korrekten nem végezhető el.)

A hat év alatt végzett nagyamputált betegek száma a fekvőbeteg-gyógyintézetekben 1 és 550 eset között változott. Nyilvánvaló, hogy azon intézményekben, ahol a vizsgált időszakban az összes betegszám 50 alatt volt, a térd alatti amputációk arányának értékelése a kevés esetszám miatt megkérdőjelezhető.

A nagyamputáltak körében a térd alatti amputációk aránya a legalább 50 amputált beteget ellátó 75 intézményben 7,9% és 70,8% közötti, a különbség tehát kilencszeres! A medián (helyzeti közép) 34,7%, az átlag 34,2%, de a módusz csupán 11,6% volt. Az eredmények igen jelentős különbségekre utalnak az amputációs magasság megválasztásának gyakorlatában.

Hasonló populációs adatok a külföldi szakirodalomban ritkán fordulnak elő. Ezek alapján azonban elmondható, hogy megfelelő gondosság mellett elérhető, hogy az amputációk nagyobb része a térd-

Az OEP a hazai indikátorrendszer kialakításakor törekszik arra, hogy – a lehetőségek függvényében – valamennyi érdekcsoport megtalálja a saját érdekeltségi körének megfelelő értékelési pontokat, a mérések kialakításakor nem a finanszírozói szemlélet lesz az uralkodó.