

SZABÓNÉ BERTA IRÉN

Hospice ellátás a minőségirányítás tükrében

Összefoglalás ♦ *A Magyar Hospice-Palliatív Egyesület felkérése alapján, szakértőként vettem részt másodmagammal 2003-2004-ben a napjainkban is zajló hospice modellprogram minőségirányítási szempontrendszerének elkészítésében. Ennek folytatásaként döntöttem a hospice szervezetek minőségirányítási szempontú helyzetfelmérése mellett. A kutatás célja annak megállapítása volt, hogy milyen arányban rendelkeznek a szervezetek működő belső vagy külső minőségirányítási rendszerrel a hospice tevékenység elkezdésekor. Feltételeztem, hogy a szervezetek jelentős része az indikátorképzés szabályait nem ismeri, továbbá nem, vagy csak részben rendelkeznek írásbeli szabályozókkal, protokollokkal. Vizsgáltam, hogy a működési engedélyeztetési eljárás mennyiben zajlott zökkenőmentesen. Mivel nem minden típusú hospice ellátási forma finanszírozására nyílt meg a lehetőség, kérdés volt az is, hogy a szolgáltatók fontosnak tartják-e valamennyi ellátási forma finanszírozotti körbe történő bevonását, s nem utolsósorban felmértem az ellátásban dolgozók szakképzettségét és továbbképzéseken történő részvételét is.*

A hospice ellátással foglalkozó szervezetek körében 2004 decemberében végzett vizsgálat a finanszírozás indulásakor, minőségirányítási szempontból készült pillanatfelvétel. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár közleménye a komplex otthoni és intézeti hospice ellátás fejlesztéséről 2004 májusában jelent meg. A kétéves modell-program keretében az első körben 8 hospice bentfekvő részleg és 21 otthoni szolgáltató nyerte el a támogatást, de a szerződéseket csak 2004 végén kötötte meg velük az OEP. A további 21 hospice szervezet az OEP modellprogramon kívül, egyéb forrásból végzett hospice tevékenységet a felmérés időpontjában.

Ahhoz, hogy egy egészségügyi szolgáltató bekerüljön a finanszírozotti körbe, annak feltétele a nyertes pályázaton túl a minőségirányítási rendszer működtetése, indikátorokon keresztül történő monitorozása, ezért fontosnak tartottam a hospice ellátó szervezetek minőségirányítási szempontból való felkészültségének vizsgálatát.

A vizsgálat hipotézisei az alábbiak voltak:

1. A hospice ellátást végző szolgáltatók nem mindegyike rendelkezik a vizsgálat időpontjában működő külső vagy belső minőségirányítási rendszerrel.
2. A szolgáltatók zöme nem ismeri az indikátorképzés szabályait.
3. A hospice ellátásban dolgozók szakképzettségi aránya kimagasló.
4. A pályázati feltételek teljesítésénél, az engedélyeztetési eljárásban az együttműködő szervezettel kialakított partnerség nehézségekbe ütközött.
5. A betegelégedettségi vizsgálatok eredményeinek felhasználása eltérő a minőségirányítási rendszert működtetők és az azzal nem rendelkezők körében.
6. Nagyobb figyelmet kell fordítani a minőségirányítási rendszerek elterjesztésére.
7. A hospice ellátást igénylő betegek állapotukról való tájékoztatása hiányos.

A szükséges adatgyűjtést a kérdőíves felmérés módszerével és a leíró statisztika alkalmazásával valósítottam meg. A kutatás alapja egy olyan 25 kérdést tartalmazó önkitöltő kérdőív volt, mely elsősorban *zárt kérdéseket* tartalmazott. Hat esetben lehetőség volt a *nyitott kérdésre* adható, szabad válaszadásra, mely véleményt, felsorolást vagy indoklást tett lehetővé. Végezetül mód volt észrevétel- és megjegyzéstételre is.

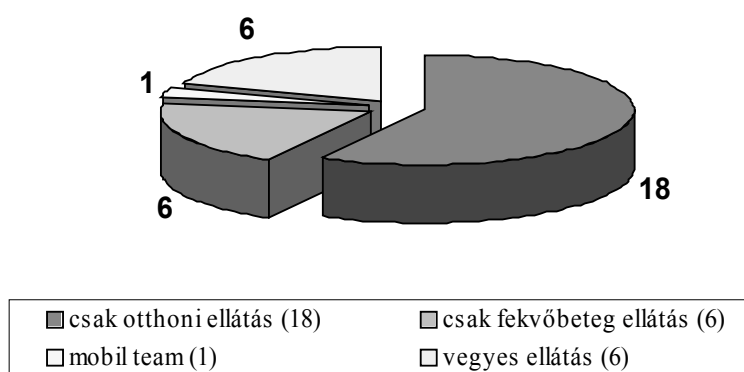
Tekintettel arra, hogy kevés tapasztalattal rendelkezünk a kutatás témáját illetően, céloom elsősorban állapotfelmérés jellegű volt, de a válaszokból ok-okozati összefüggés megállapítására is lehetőség nyílt. Az összeállítás során voltak olyan kérdések is – a felmérés jellege miatt –, amelyekre tevékenységi körük miatt nem minden szolgáltatónak kellett válaszolnia.

A kérdőívek kiosztása a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület 2004. decemberében szervezett értekezletén megjelent 36 szervezet körében történt meg, közülük 31 szervezet képviselője válaszolt. Mivel a hazánkban működő hospice ellátással foglalkozó szervezetek száma a vizsgálat idejében 50 volt, és a vizsgálatban részt vevő ellátók száma 31 (62%-os arány), ez alapot adhat az ellátó rendszer minőség szempontjából vizsgált jelenlegi helyzetének áttekintésére, következtetésekre és javaslatok megfogalmazására.

A vizsgált minta és jellemzői

A kérdőívet kitöltő szervezetek a jelenlegi hospice ellátás teljes vertikumát átfogták, azaz az otthoni és a kórházi ellátást biztosítók és a mobil team szolgáltatók is szerepelnek a mintában.

A szolgáltatók ellátási típusok szerinti megoszlását az 1. ábra mutatja be.



1. ábra: Ellátási típusok (N=31)

A vegyes ellátást nyújtók a 1.sz. táblázatban bemutatott ellátásokat biztosítják.

Otthoni és fekvőbeteg ellátás	Fekvőbeteg ellátás és mobil team	Otthoni és fekvőbeteg ellátás, és mobil team	Otthoni ellátás és mobil team
1	2	1	2

1. táblázat: A vegyes ellátást nyújtók ellátási formái (N=6)

A hospice ellátás megkezdésének éve tekintetében a mintát a 2. táblázat szemlélteti.

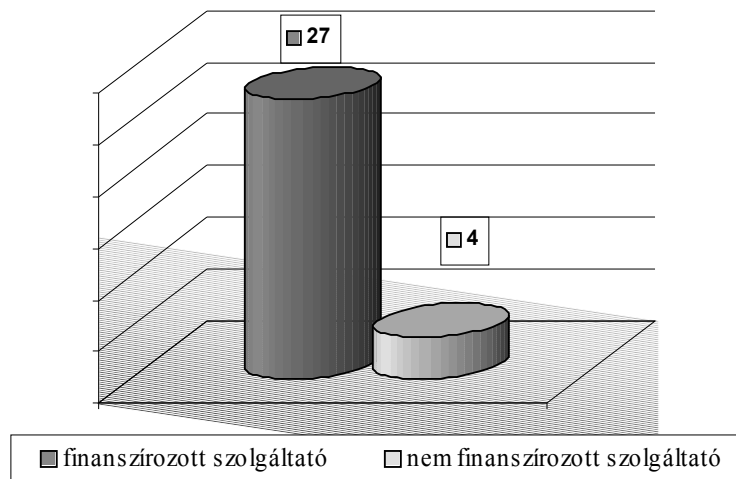
Év	Fekvőbeteg ellátás	Otthoni ellátás	Vegyes ellátás	Mobil team
1992.	-	1	-	-
1993.	-	-	-	-
1994.	-	3	-	-
1995.	1	-	-	1
1996.	-	2	-	-
1997.	-	-	1	-
1998.	-	1	1	-
1999.	-	-	-	-
2000.	-	1	-	-
2001.	-	-	-	-
2002.	1	-	-	-
2003.	-	-	1	-
2004.	2	8	1	-
2005.	1	1	-	-

2. táblázat: A hospice ellátás megkezdésének éve (N=27)

A táblázat adatai szerint a választ adók közül 1993., 1999. és 2001-ben nem kezdett hospice tevékenységet egyetlen szolgáltató sem. Figyelemre méltó a 2004. év, mivel ekkor 11 szolgáltató kezdte meg működését. Véleményem szerint a megnövekedett érdeklődés oka a 2003-ban megkezdett, szakmai nyilvánosság előtt zajló előkészületi munkálatokat követő 2004. márciusi szabályozás megjelenése, mivel a minimumfeltételek definiálását követően

realizálódhat a szolgáltatás OEP által történő finanszírozása. (2004 márciusában megjelent a miniszteri rendelet a hospice minimumfeltételekről: 15/2004. /III. 8./ EüM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. /X. 20./ EüM rendelet módosításáról. Szakmakód: 7306). A rendelet tartalmazza a hospice-palliatív ellátás definícióját, az ellátási formák (mobil team, otthoni ellátás, palliatív terápiás osztály) leírását, valamint a működés személyi és tárgyi feltételeit.) A 2005. évet megjelölő 2 szolgáltató ezen vizsgálat szerint a szakmai egyeztetésben és a feltételek megteremtésében már 2004-ben tevékenykedett.

Az 1. kérdés azt volt hivatott vizsgálni, hogy az adott szervezet a sikeres pályázók egyike-e, azaz részesül-e a modellprogram finanszírozásából.



2. ábra: Finanszírozást elnyert és nem nyert szolgáltatók (N=31)

A kapott eredmény: a választ adók 87%-a a nyertes pályázók egyike.

Alkalmazott minőségirányítási rendszerek és indikátorai

A 2. kérdésben arra vártam választ, hogy a szolgáltatók ismerik-e a belső minőségirányítási rendszer követelményeit, majd a következő, 3. kérdés arra irányult, hogy működtetnek-e ilyen rendszert. A kérdésekre 1 esetben nem érkezett válasz.

Belső minőségirányítási rendszer ismerete, alkalmazása	Fekvőbeteg ellátás	Otthoni ellátás	Vegyes ellátás	Mobil team	Összesen
Ismerik	5	16	6	1	28
Nem ismerik	1	1	-	-	2
Működtetik	5	13	5	1	24
Nem működtetik	1	4	1	-	6

3. táblázat: Belső minőségirányítási rendszer ismerete és alkalmazása (N=30)

A kapott eredmény elgondolkodtató, mivel bár a szolgáltatók többnyire (93%) ismerik a belső minőségirányítási rendszer elvárásait, melyet az 1997. évi CLIV. tv. kötelező módon előír, ezzel szemben 6-an (20%) mégsem teljesítik a jogszabályi elvárásokat. Ennek a „jog nem követő” magatartásnak véleményem szerint kettős oka van. Egyfelől a hivatkozott jogszabály végrehajtási utasítása mind a mai napig nem született meg, másfelől a szolgáltatók a rendszerépítéshez szükséges erőforrásokat nehezen tudják a finanszírozásukból előteremteni.

A tanúsított minőségirányítási rendszerek meglétére vonatkozott a 4. sz. kérdés. Az összesített adatokat a 4. táblázat tartalmazza.

	Rendszerek	Szolgáltatók típusai				Totál
		Fekvőbeteg ellátás	Otthoni ellátás	Vegyes ellátások	Mobil team	
	Működő ISO	1	13	2	-	16
	ISO folyamatban	1	1	2*	1	5
	Működő KES	-	-	1	-	1
	KES folyamatban	-	-	*	-	-
	Működő ISO + KES	1	-	-	-	1
	Nincs rendszer	3	4	1	-	8
Totál		6	18	6	1	31

**ISO és KES egyszerre van folyamatban, ISO rendszerben lett szerepeltetve a szolgáltató*

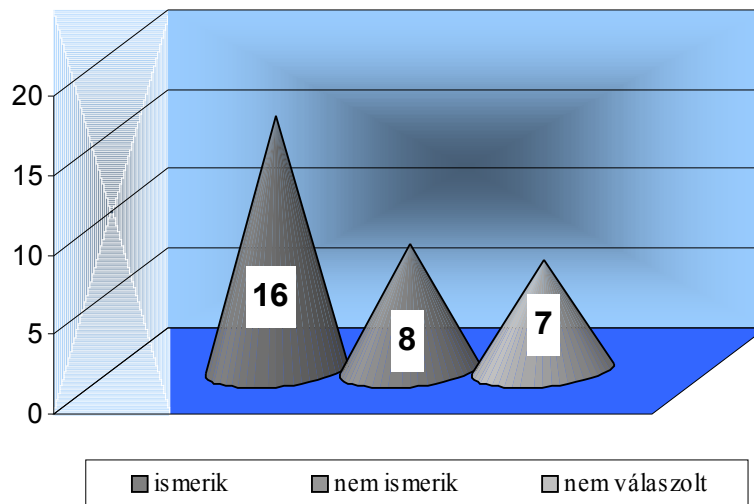
4. táblázat: Minőségirányítási rendszerek alkalmazása (N=31)

A táblázat adatainak vizsgálata során látható, hogy 8 szolgáltatónál (26,8%) nincs tanúsított rendszer, viszont örvendetes, hogy további 5 szolgáltatónál folyamatban van a rendszerépítés. A kérdőívek adatai szerint 1 helyen önmagában, ISO nélküli KES rendszer működik, amely ritka megoldás az egészségügyi ellátó struktúrában.

Az 5. számú kérdés azt firtatta, hogy az ellátók tudják-e gyakorlatban alkalmazni az indikátorképzés szabályait. A kérdőív készítésekor dilemmát okozott e kérdés megfogalmazása, mivel ha azt kérdeztem volna, hogy „tudják-e, hogy mi az indikátor”, az talán sértő lehetett volna. Az ismerethiány leplezése érdekében viszont feltételeztem, hogy mindenki „ismerni” fogja az indikátorokat. Viszont ez a kérdés fontos volt, mivel a modellprogram keretében finanszírozottaknak a működésüket bemutató indikátorokat havonta jelenteniük kell az OEP-nek. Másfelől – Donabedian¹ szerint – az egészségügyi szolgáltató minőségének dimenziói közül az eredmény tekintetében fontos a mérhetőség, az objektív adatok elemzése, ezért a mérési technikát szükséges ismerni.

A kapott válaszok összesítését az alábbi 3. ábra mutatja be:

¹ DONABEDIAN, A: Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly* (44) 1966: 166-203.



3. ábra: Indikátorképzés szabályainak ismerete (N=31)

A nem ismerik, vagy a nem válaszolók összesített aránya: 48,4%. A választ nem adók a következő kérdést is kihagyták, mely az indikátorok típusait firtatta. Ez az arány a vártnál is magasabb, annál is inkább, mivel 24 szolgáltató nyilatkozott úgy, hogy működtetnek belső minőségügyi rendszert (3. kérdés), és tanúsított vagy folyamatban lévő rendszerrel 23 szolgáltató rendelkezik (4. kérdés). Mivel a minőségirányítási rendszer nélkülözhetetlen eleme – legyen az belső, avagy külső rendszer – a szolgáltatási folyamat mérése és elemzése, az indikátorok nem ismeretének aránya elgondolkodtató jelenség.

Az ellátók közül 16-an nyilatkoztak úgy, hogy ismerik az indikátorképzés szabályait. Az ismeretnek ellentmond a 6. kérdésre adott válaszok vizsgálata. E kérdés az alkalmazott indikátorok felsorolását kérte, melyre a következő válaszok érkeztek:

Fekvőbeteg ellátás:

1. 42 félélt (a szolgáltató ISO és KES rendszert működtet) ⇒ *Megjegyzés: a válasz megfelelősége nem megállapítható;*
2. szakmai fájdalomskálák, tünetfelmérő skálák, ellátási kapacitási indikátorok (a szolgáltató belső minőségirányítási rendszert működtet) ⇒ *Megjegyzés: a skálák nem indikátorok, az "ellátási kapacitási indikátor" fogalom konkrétum nélkül nem értelmezhető.*

Otthoni ellátás:

1. szakmai és ellátásra (szervezésre) vonatkozó (a szolgáltató ISO rendszert működtet) ⇒ *Megjegyzés: a válasz nem értékelhető;*

2. ellátásba vételi idő (a szolgáltató ISO rendszert működtet) ⇒ *Megjegyzés: a válasz nem értékelhető.*

Vegyes ellátás:

1. felvett, kiírt, exitált betegek éves kimutatása, költségelemzés, ellátók képzettsége, önkéntesek száma (a szolgáltatónál ISO rendszer kiépítése folyamatban van) ⇒ *Megjegyzés: adekvát válasz;*
2. ellátott betegek száma, átlagos gondozási idő, külső szakemberek vizitszáma, gyógyszerköltség (a szolgáltatónál ISO és KES rendszer építése folyamatban van) ⇒ *Megjegyzés: adekvát válasz;*
3. további 2 szolgáltató megjegyezte, hogy „most kezdtük” az ellátást.

Megállapítható, hogy a 8 választ adó közül értékelhető választ csupán 2 szolgáltató tudott adni. Ez a csekély arány elgondolkodtatott, hogy esetleg a kérdés feltevésében hibáztam-e, avagy ilyen mértékben nem ismerik az indikátorokat az ellátók? A 2-6. kérdések együttes áttekintésekor arra a következtetésre jutottam, hogy hiányos az ismeret a szolgáltatási folyamat minőségének mérése tekintetében. Látható továbbá, hogy az ISO rendszer mellett az ellátási standardok használatát is megkövetelő KES rendszert működtető szolgáltatók adekvátabb választ tudtak adni.

A fentiekből következtetve úgy gondolom, hogy a hospice szervezetek esetében nem csupán a szakmai továbbképzésekre kell hangsúlyt fektetni, hanem a minőségirányítási technikák és ismeretek oktatására is fontos lenne odafigyelni!

Humán erőforrás, továbbképzések

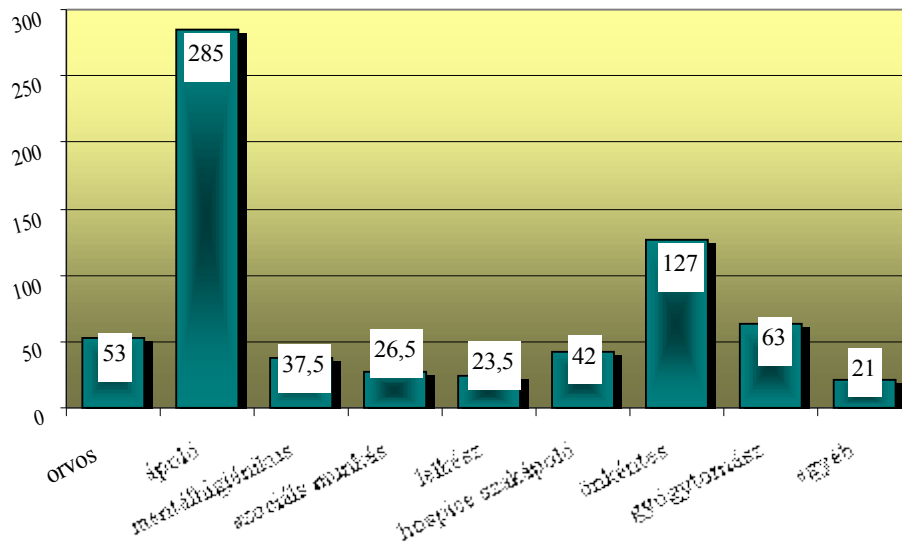
A kérdőív 7-11. kérdése a szakdolgozók képzettségét és továbbképzési arányait vizsgálta. E szerint a 31 szervezetben a szakdolgozók összetétele az ellátási típus szerinti megoszlásban az alábbiak szerinti:

	fekvőbeteg ellátás	otthoni ellátás	vegyes ellátás	mobil team	<i>összesen</i>
orvos	10	27,5	14,5	1	53
ápoló	61	167	53	4	285
mentálhigiénikus	7	20,5	10	1	37,5
szociális munkás	5	13,5	7	1	26,5
gyógytornász	9	44	9	1	63
lelkész	8	10,5	4	1	23,5
hospice szakápoló és koordinátor	5	21	15	1	42
önkéntes	29	38	54	6	127
egyéb	2	11	8	0	21

<i>összesen</i>	136	353	174,5	16	678,5
-----------------	-----	-----	-------	----	-------

5. táblázat: Szakdolgozók összetétele

Az összesített adatokat a 4. ábra mutatja:



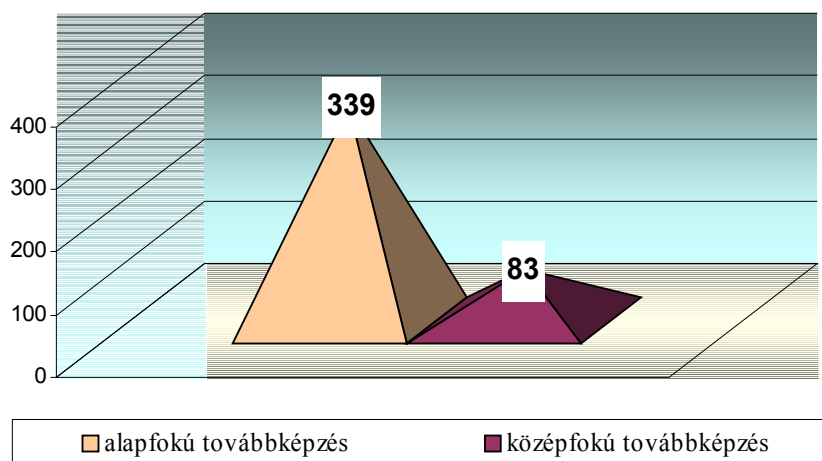
4. ábra: Szakdolgozók összetétele – összesített adatok

Az egészségügyi szolgáltatás minőségének donabediáni struktúra-folyamat-eredmény dimenziója közül a strukturális tényezők egyik összetevője a megfelelő humánerőforrás. E tekintetben vizsgálva a fenti adatokat láthatjuk, hogy a minőségi betegellátás érdekében a hospice ellátásban a humán erőforrás rendelkezésre áll.

A 8. kérdésben a vizsgálat idején hospice szakápolói és koordinátori képzésben részt vevők számára voltam kíváncsi. Ez a szám fontos indikátora a hospice ellátásnak, mivel ez a képzés kifejezetten a hospice tevékenységre vonatkozó adekvát ismereteket nyújtó OKJ-s képzés. Fontos továbbá azért is, mert a hospice team ezen képesítésű szakdolgozó nélkül nem tud eleget tenni a minimumfeltételeknek.

A korábban rögzített adatok szerinti 42 végzett hospice szakápoló és koordinátor dolgozik a 31 hospice szervezetben és további 26 főnek zajlott a képzése a kérdőív kitöltésekor.

A dolgozók akkreditált hospice továbbképzésben való részvételi száma szintén fontos eleme a minőségi ellátásnak.



5. ábra: Hospice továbbképzésben részesültek

A tovább-képzettségi arány a fentiek szerint jónak mondható, mivel a minta szerinti 678,5 fő közül 422-en (62,2%) részesültek szakirányú továbbképzésben. Azonban az adat validitása kérdéses, mivel a csak mobil team tevékenységet folytató szolgáltatónál összesen 16 fő dolgozik, ugyanakkor az alacsony fokú továbbképzésben részesültek számánál 52 főt, a középfokú továbbképzettekénél 12 főt jelölt be a kérdőív kitöltője megjegyezvén, hogy „a mobil team-et működtető intézményben”. E szerint vélhetőleg nem a saját szervezetben továbbképzett dolgozók számát közölték, hanem a működtető intézmény által kiképzettek számát.

A 10. kérdés válaszai szerint a kitöltés idején 52 fő továbbképzése folyamatban volt. A „Szerveztek-e Önök hospice továbbképzést?” kérdésre kapott válaszok vizsgálatakor be kellett látnom, hogy a nem egyértelműség miatt azok elemzésre alkalmatlanok:

Hospice továbbképzés szervezése	Fekvőbeteg ellátás	Otthoni ellátás	Vegyes ellátás	Mobil team	összesen
Igen...alkalommal	1	11	15	5	32
Egyéb válaszok	- 50 orvosképzés 10 év alatt	- Tervezzük; - 5/év*	- sokszor	-	-

*arról nem érkezett információ, hogy mióta szerveznek továbbképzéseket

6. táblázat: Hospice továbbképzés

Partnerségi viszonyok az engedélyeztetés során. Eljárási Rend

A minőség dimenziók közül a strukturális dimenzió része a működési feltételeknek való megfelelés is. A 12-15. kérdések erre vonatkoztak.

Az otthoni és kórházi ellátók számára az engedélyeztetés feltétele, hogy a szolgáltatóknak együttműködési megállapodást kellett kötniük egymással. Az együttműködő partner megtalálásának zökkenőmentességére avagy nehézségeire vonatkozott a 12. és 13.

kérdés. A kórházzal való együttműködési nehézségről 3 otthoni ellátást végző szolgáltató számolt be. Az otthonápolást végző partner megtalálásában 1 vegyes ellátást biztosító szervezet jelzett nehézséget.

Az eljáró ÁNTSZ intézeteknek az engedélyeztetési eljárás során való együttműködő képességét vagy annak hiányát vizsgálta a 14. sz. kérdés. Nehézség az eljárás során csak az otthoni ellátásban volt, a következő összesítés alapján:

	Az eljáró ÁNTSZ intézetek viselkedése	Fekvőbeteg ellátás	Otthoni ellátás**	Vegyes ellátás	Mobil team
1.	Zökkenőmentes	1	2	1	-
2.	Segítőkészség	1	4	3	-
3.	Nehézségbe ütközött	-	3	-	-
4.	3. és ellenállást is tapasztaltak	-	1	-	-
5.	1-2 együtt	2	6	1	-
6.	Nem zökkenőmentes, de segítőkész	-	1	1	-
7.	Nem zökkenőmentes	-	1	-	-
8.	Nincs válasz	2*	1	-	-

*egy esetben folyamatban volt az engedélyeztetés

**egy esetben többes válaszadás

7. táblázat: Az eljáró ÁNTSZ intézmények az engedélyeztetési eljárás során

A „Nehézségbe ütközött” választ adók indokoltását idézem az alábbiakban:

- „a pályázati anyag eltér az ÁNTSZ jogszabálytól;
- fogalmuk sincs, mit kezdjenek vele;
- nem megfelelő volt a jártasságuk;
- intézeti 10 ágyas részleg önálló engedélyeztetése jogilag szabályozatlan;
- a pályázati kiírás nem egyezett az ÁNTSZ minimumfeltételekkel”.

Az „Ellenállást tapasztaltak, mert” kérdésre az egyik szolgálat válasza: „nem ismerik”.

A fenti vélemények a pályázati kiírás és a megjelent jogszabály közötti diszharmonia tekintetében valós problémát jelentenek. E tekintetben a legnagyobb gondot a hospice alap- és továbbképzéssel kapcsolatos elvárás jelentette, mivel az OEP pályázati kiírás szerint 1 éven belül kell a hospice alapképzést az ellátásban résztvevőknek megszereznie, a minimumfeltételt közlő jogszabályban viszont azonnal teljesítendő feltételként fogalmazódott meg ez az elvárás. Megjegyzem, hogy a több éve működő szolgáltatók sincsenek azzal tisztában, hogy az ÁNTSZ nem jogalkotó, hanem jogalkalmazó szerv.

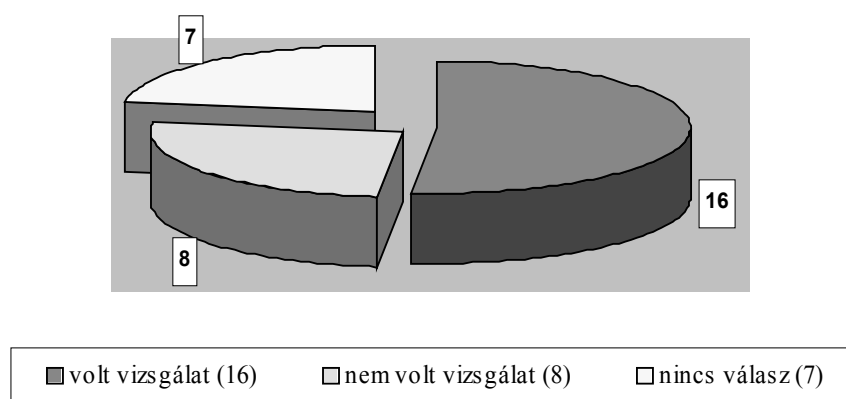
A jártasság hiányát és a hospice mikéntjéről való hiányos ismereteket kifogásoló vélemények tekintetében – úgy gondolom – jogos az észrevétel.

A pályázati kiírás elnyerése esetén feltétel volt, hogy a szolgáltatónak egy megadott szempontrendszer alapján a saját működési szabályzatát el kell készítenie. A kérdőív kitöltésekor 14 szolgáltató tervezte külső szakértő igénybe vételét a szabályzat megírásához, 5-en nem válaszoltak a kérdésre, 12-en gondolták úgy, hogy ezt a feladatot önerőből teljesítik. Megnéztem, hogy a nem válaszolók és szakértőt igénybe venni nem szándékozók közül hányan rendelkeznek működő külső vagy belső minőségirányítási rendszerrel. E szerint 2 szolgáltató kivételével rendelkeztek működő rendszerrel, ezért a belső erőforrások feltehetően lehetővé fogják tenni a szabályzat megírását. Azonban azon 2 szolgáltató, aki sem külső, sem belső minőségirányítási rendszerrel nem rendelkezik, véleményem szerint komoly kihívás elé néz. A rendszerszemlélet mindennapi működésbe való beépülése és a minőségirányítás filozófiájának ismerete nélkül a feladat teljesítése legalábbis kétséges, mivel a megírandó szabályzat az ISO 9001:2000 szabvány, valamint a KES rendszer elemeire épül.

Betegelégedettségi vizsgálatok

A következő kérdések főként a *donabediáni folyamat dimenzió* meglétét vizsgálták, bár a betegelégedettségi vizsgálatra vonatkozó kérdések részben – a nyert adatok elemzése révén – az eredmény dimenzióhoz is tartoznak.

„Vizsgálták-e egy éven belül a betegek elégedettségét?” kérdés lényeges a minőségirányítás szempontjából, mivel az a belső és külső rendszernek is egyaránt fontos eleme. Egy folyamatot érdemben mérni és elemezni csak objektív adatok birtokában lehetséges. Mivel a szolgáltatás igénybe vevői közül legfontosabb az ellátott betegek véleménye, ezért a betegelégedettségi vizsgálat a mérési módszerek között az első helyen szerepel.



6. ábra: Betegelégedettségi vizsgálat előfordulása (N=31)

Az, hogy a kérdés egyszerű igen-nem módon történő megválaszolását miért nem tette meg 7 szolgáltató, számomra talány.

A nem választ adók közül 3 ellátó rendelkezik ISO rendszerrel, 1 további helyen működő belső minőségirányítási rendszert neveztek meg a 3. sz. kérdésben, és ugyanitt folyamatban volt az ISO kiépítése is, a többi 4 szolgáltatónál nem működtettek semmilyen rendszert sem. A betegelégedettség mérésére vonatkozó elvárás nem teljesítése több kérdést is felvet. Egyfelől a belső minőségirányítási rendszerek esetében a működtetés auditjának (felülvizsgálatának) szabályozatlanságát, másrészt az ISO tanúsítvánnyal rendelkezőknél az auditáló szervezet felelősségét.

A 17. kérdés a betegelégedettségi vizsgálatot követő intézkedések mibenlétét firtatta. E témakör azért volt fontos, mert a minőségirányítás filozófiája szerint nem elég mérni az elégedettséget, hanem a kapott válaszok értékelése után gondoskodni kell a szükséges intézkedések megtételéről. Tehát ha a vizsgálatot nem követi intézkedés, akkor az voltaképpen értelmetlen volt, mert tökéletes és tovább nem fejleszhető szolgáltatás nincs (PDCA ciklus elve). Ha mindig és mindennel 100%-ban elégedettek a betegek, akkor a kérdés feltevése feltehetően hibás, ha viszont történik észrevétel a betegek részéről, arra a szolgáltatónak reagálnia kell, intézkedések és azokról való visszajelzés formájában.

A 16 betegelégedettségi vizsgálatot végző szervezet közül erre a kérdésre 9 válaszolt, mely egyben azt is jelentheti, hogy 7 szolgáltatónál (otthoni ellátást végzők) vagy nem tettek intézkedéseket, vagy egyszerűen nem akartak válaszolni. A beérkezett válaszok szó szerint az alábbiak voltak:

Fekvőbeteg ellátás

- „Az aktuális team megbeszélésen igyekeztünk feltárni a problémák okát és orvosolni azokat.”

Otthoni ellátás

- „Amennyiben negatív észrevétel történik, a szükséges intézkedés mielőbbi megtétele.”
- „A feltárt adatok birtokában intézkedéseket hoztunk annak kiküszöbölésére.”
- „Némi feedback, havi 1x továbbképzés, megbeszélés.”
- „Szervezési, a problémák közös megbeszélése.”

Vegyes ellátás

- „A feltárt hiányosságok korrekciója.”
- „Intézményi adatok vannak, a hospice most indult.”

- „Változtattunk az első interjúk team összetételén, változtattunk a megállapodás szövegén.”
- „Alapozó képzés.”

A fenti tények elgondolkodtattak. Nem tudom, hogy a kérdés megfogalmazásában hibáztam-e („*Milyen intézkedés történt a vizsgálatot követően?*”), vagy a választ adók nem akartak konkrét intézkedéseket nevesíteni, de én konkrétumokat vártam (4., 8., 9. válasz) és nem általános elvek megfogalmazását (2., 3., 6. válasz). A betegelégedettségi vizsgálatok témakörben kapott információk birtokában az a véleményem, hogy e folyamat gyakorlatban történő alkalmazásához a szolgáltatók segítségét igényelnének.

A finanszírozott szolgáltatás bevezetésének nehézségei és lehetőségei

A továbbiakban arra voltam kíváncsi, hogy miben látják a hospice szolgáltatás bevezetésének nehézségeit a szolgáltatók. Összesen 20-an írták le véleményüket.

A *fekvőbeteg ellátásban* a nehézségek okaként az anyagi és tárgyi feltételek megteremtését és az orvosok körében szükséges szemléletváltást említették. Megjegyezték továbbá, hogy a szolgáltatás volumene korántsem tudja a szükségleteket kielégíteni, valamint az esélyegyenlőség sem biztosított az ellátás területi lefedetlensége miatt.

Egy szolgáltató azt írta: „10 éve működik”. Ez igaz lehet abban a tekintetben, hogy az adott ellátó esetében 10 éve folyik hospice ellátás, de a finanszírozotti körbe való bekerülés feltételét csak 2004. márciusában fogalmazta meg a jogalkotó. Ezért sajnos napjainkban még korántsem nehézségektől mentes a működtetés.

Az *otthoni ellátásban* 4 szolgáltató említette az orvosok (házi és klinikai orvosok) szemléletmódjának változtatási szükségét, továbbá a hospice ellátásról, alapelvekről és lehetőségekről szóló ismeretek hiányát. Kettő a finanszírozással összefüggő pályázati és jogszabályi diszharmóniát nevesítették problémaként, valamint a finanszírozás mértékét találták nem feladatarányosnak. Egy másik szolgáltató a szociális ellátással való hiányos kapcsolatot nevesítette nehézségként. Volt, aki a hospice képezésű ápolók csekély számát látta problémaként, illetve a bürokráciát említette. Megjegyzem ez utóbbi esetében az ÁNTSZ-szel való együttműködést a szolgáltató a 14. kérdésben problémamentesnek ítélte. Egy másik ellátó az otthoni hospice ellátás nehézségét abban látta, hogy az csak a család szoros együttműködése esetén kivitelezhető – egyebekben ez az otthonápolás jellegéből adódó alapfeltétel.

És végül itt is érkezett egy talán ironikus válasz: „Kinek, nálunk működik 10 éve”, melyhez nem fűzök megjegyzést.

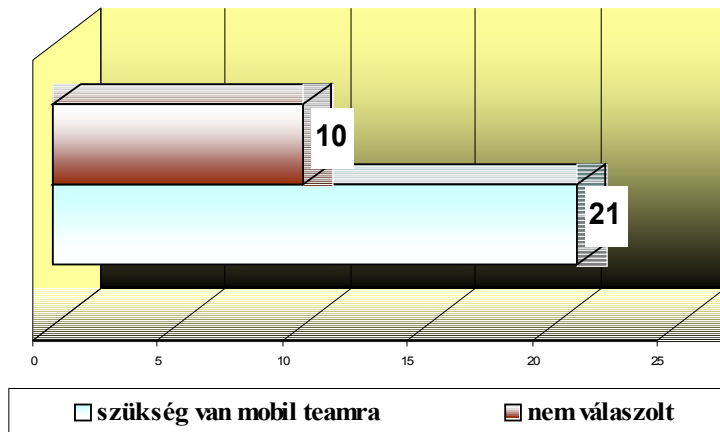
Egy válasz csupán egy kérdőjel volt, melyet nem tudtam értelmezni: lehet hogy a kérdést nem értették, de lehet, hogy ezen szolgáltató számára minden egyértelmű és teljesíthető.

A *vegyes ellátást* biztosító szervezetek esetén az információhiányt, a hospice-ról való tévhitet és ebből adódó idegenkedést 2 szolgáltató jelezte. Egy esetben a finanszírozás mértékét tekintették a színvonalas ellátás akadályának. Volt, aki a képzett és gyakorlott szakemberek és a palliatív szakképzés hiányát, továbbá az egészségügyi szolgáltató motivátlanságát nevesítette problémaként. E körben is felmerült a házi orvosok és klinikai orvosok ismereteinek hiányossága, továbbá az orvosok és szakdolgozók nagyfokú leterheltsége.

Az egyik ellátó a „betegek ellenállása a team ellátással kapcsolatban” megjegyzést tette. Ez a feltehetőleg tapasztalatra épülő vélemény váratlanul ért, mivel jómagam híve vagyok a team munkának, a hospice ellátás másként el sem képzelhető. Mivel az adott ellátó bentfekvő és otthoni ellátást is végez, ezért feltételezem, hogy az otthoni ellátásra vonatkozhatott a megállapítás. Végstádiumban lévő beteg otthonában több szakma képviselőjének megjelenése esetleg okozhat ellenállást, de úgy gondolom, ezt a problémát a szolgálat koordinátorának tudnia kell kezelni.

A *mobil team*-et működtető ellátó az egészségügyi és szociális terület együttműködésének koordinálási problémáját és a hospice tevékenység szociális területen történő finanszírozási hiányát nevesítette.

A teljes körű hospice ellátás része a mobil team is, mely sajnálatos módon az eredeti szakmai koncepció ellenére nem került be finanszírozható egészségügyi szolgáltatásként a módosított 60/2003.(X. 20.). ESZCSM rendeletbe. Ezért fontosnak tartottam kikérni a hospice szervezetek véleményét arról, hogy szükségesnek látják-e a finanszírozotti kör bővítését a mobil team-mel.



7. ábra: Vélemény a mobil team szükségességéről (N=31)

E kérdésre 21 igen válasz érkezett, viszont 10 szolgáltató nem válaszolt. Igaz „nem” válasz nem érkezett, de én lényegesen nagyobb támogatottságot vártam e kérdésben. A választ nem adók egyfajta véleményt tolmácsoltak, avagy nem ismerték ezen ellátási típus lényegét, csak találgatni tudom. Mindenesetre a hospice szakembereknek ezen a kérdésen el kellene gondolniuk.

Azok véleményét, akik szükségesnek látják a mobil team-ek finanszírozásba történő bevonását, és azt indokolták is, az alábbiakban idézem:

Fekvőbeteg ellátás

- ha nincs lehetőség más palliatív ellátási forma kialakítására;
- lehetőleg teljes körű ellátást kell szervezni.

Otthoni ellátás

- feltétlenül, a betegek lelki támogatása a kórházban nem megoldott;
- tapasztalat az, hogy ezek a betegek perifériára kerülnek, nem szívesen foglalkoznak velük az intézetben sem;
- komplexebb ellátás miatt;
- mert rugalmasabban alkalmazkodik az igényekhez (kórház-szoc. intézmény), sokoldalúbb lehetőséget nyújt;
- speciális orvosi-ápolói-lelkiigondozói ellátás.

Vegyes ellátás

- humán orientált ellátás;
- igény van rá;
- az egészségügybe könnyebben integrálható, költséghatékony, magában hordozza a szemléletformálást;

- a jelenlegi ápolás minősége a kórházakban nem megfelelő sem a beteg, sem a család támogatására.

Mobil team

- a hospice ellátás elérhetővé válna azon az osztályon, ahol a betegek kezelése, ettől a beteg ellátása komplexebbé válhatna. A beteg számára kíméletesebb lenne.

A fenti indoklások közül a komplexebb ellátást, költséghatékonyságot és szemléletformálást emelném ki, mint a mobil team működtetési indokát.

Betegtájékoztatás

A hospice ellátásba való bekerülés elvi feltételei között szerepel az, hogy a gyógyíthatatlan páciensek kérjék e speciális szolgáltatást, és az életkilátásukkal többnyire tisztában kell lenniük. Ezen elvek gyakorlatban történő megvalósulására voltam kíváncsi a 20. kérdésben, mely a betegek állapotukkal kapcsolatos ismereteiről kérdezte a szolgáltatókat.

Tisztában vannak-e a betegek az állapotukkal?	Fekvőbeteg ellátás	Otthoni ellátás	Vegyés ellátás	Mobil team	összesen
Igen	2	3	-	-	5
Nem	-	-	-	-	-
Részben	3	14	5	1	23
Nincs válasz	1	1	1	-	3

8. táblázat: A betegek állapotukkal kapcsolatos ismeretei (N=31)

Számomra az egyik legmegdöbbentőbb adatokat tartalmazza a fenti táblázat. Több mint 6 évvel az 1997. évi CLIV. Tv „Az egészségügyről” hatályba lépése óta 23 szervezet (74,2%) tapasztalata szerint a hozzájuk kerülő betegeket az orvosok nem teljes mértékben tájékoztatják az állapotukról. Egy korábbi, 2001-ben végzett vizsgálatom szerint akkor a betegek 67%-át nem tájékoztatták teljes körűen. Összevetve a két kutatás tapasztalatait, a hospice betegek tájékoztatása inkább romlott, semmint a betegjogok gyakorlati megvalósulása tekintetében javult volna!

A szakmai irányelv, szabályzatok és protokollok alkalmazása

„A terminális állapotú daganatos betegek palliatív ellátása” szakmai irányelv 2002-ben jelent meg. A 21. kérdés e szakmai dokumentum alkalmazásának elterjedtségét vizsgálta.

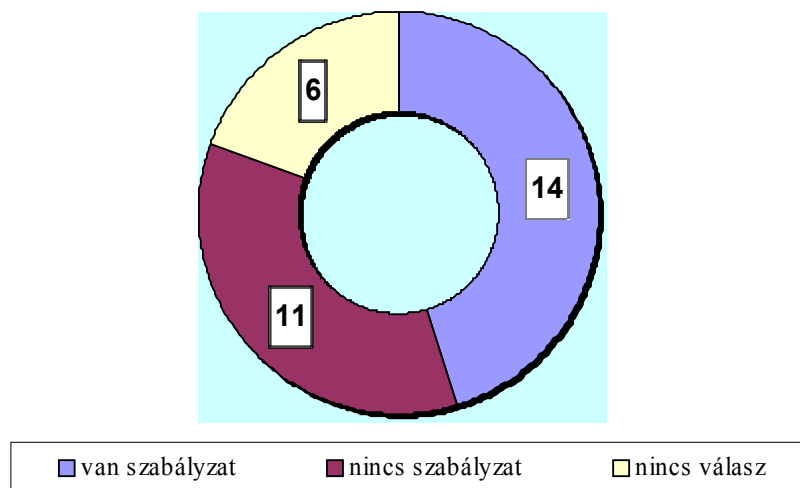
Szakmai irányelvek használata	Fekvőbeteg ellátás	Otthoni ellátás	Vegyés ellátás	Mobil team	összesen
Használják	4	15	5	1	25

Nem használják	-	2	1	-	3
Nincs válasz	2	1	-	-	3

9. táblázat: Szakmai irányelvek alkalmazása (N=31)

A nem használják válasz indokaként az otthoni ellátást biztosító szolgáltató közül az egyik 2004 decemberében kezdte meg az ellátást, a másik „még nem” alkalmazta az irányelvet. Vegyes ellátást biztosító egységben a „*legfőbb vezetés nem tette magáévá*” válasszal indokolták a szakmai irányelv mellőzését. A vezetés hozzáállása jól szemlélteti az orvosok jó részének ellenállását a palliatív ellátással kapcsolatban, amit egyebekben a 18. kérdésre adott válaszokban már megfogalmaztak a szolgáltatók.

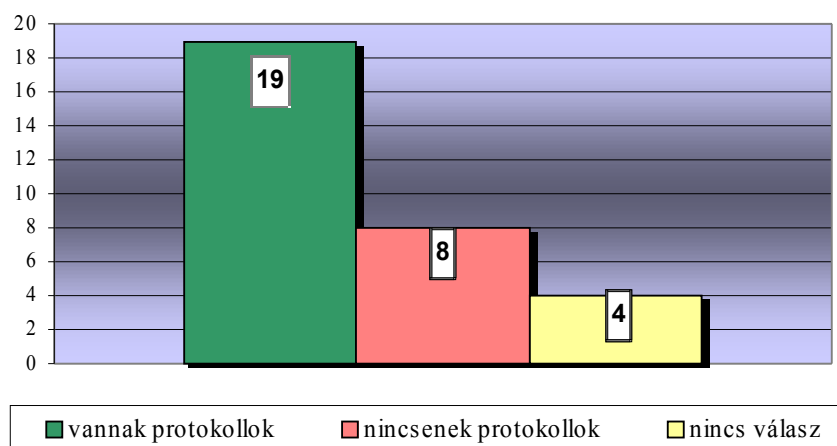
A 22. kérdés a gyógyszerelésre vonatkozó írásbeli szabályozás meglétére kérdezett rá. Azon egészségügyi szolgáltatást végző, ahol folyik gyógyszerelési tevékenység, ott szakmai elvárásaként fogalmazódik meg az írásbeli szabályozás. A minőségirányítás eleme a megelőző tevékenységre való megfelelő figyelem fordítása. Ezen elvárás fontos része, hogy a gyógyszerelésből adódó esetleges hibák lehetőségét a szabályozás révén minimalizálni kell.



8. ábra: Gyógyszerelési szabályzatok

A „nincs szabályzat” választ 10 esetben otthoni ellátást végző szolgáltató adta. A magas arány vélhető oka lehet, hogy a klasszikus otthoni szakápolás esetében a gyógyszerelés nem tartozik a feladatok közé. Az otthoni ellátást végző hospice szolgálatok viszont a kérdőív kitöltésekor még nem készültek fel a speciális ellátásból adódó kihívásokra.

Szakmai protokollok meglétét firtatta a következő kérdés. Ezek az eljárások-leírások fontos részét képezik a szolgáltató minőségi munkájának, mivel az egységes kivitelezést és szemléletet hivatottak szabályozni, ezzel is megelőzve a kivitelezés során keletkező esetleges nem megfeleléseket.



9. ábra: Protokollok használata

A fentieket vizsgálva látható, hogy a minőség szempontjából igen sok teendő áll a szolgáltatók előtt, mivel a 4 nem válaszoló mellett 8 ellátónak nincsenek szakmai eljárás leírásai.

A protokollok használatáról kérdeztem a továbbiakban az ellátókat. Valamennyien, akik rendelkeztek protokollokkal, azokat – a kérdésre adott válaszaik szerint – használták is. Egy ellátó megjegyezte, hogy a protokollhasználat csak részlegesen realizálódhat, mert főként a házi orvosok meggyőződése és terápiás javaslata érvényesül.

A szolgáltatók megjegyzései, észrevételei

A kérdőív zárásaként megjegyzések és észrevételek tételére kértem a szervezeteket. Itt többen magyarázták, hogy miért nem válaszoltak minden kérdésre, melyet főként a nemrégiben alakult szolgáltatóval indokoltak. (4 eset).

Egy *vegyes ellátást* biztosító ellátó véleménye, hogy az „*együttműködő orvosok, főleg családorvosok nem tudják az ellátási irányelveket*”, továbbá annak a felismerésnek adtak hangot, mely szerint az „*ISO rendszerünkhöz szakmai támogatásra szorulnánk*”.

A csak *mobil team*-et működtető szolgáltató véleménye szerint „*a szociális területen működő hospice tevékenység csak szellemiségben tud működni, pénzügyi és jogi szabályozatlanság miatt. A szociális terület véleményünk szerint sokkal befogadóbb a hospice ellátás alkalmazására, mint az egészségügy.*” Ez utóbbit az eddigi szakmai pályafutásom során szerzett tapasztalat alapján teljes meggyőződéssel tudom megerősíteni.

Összefoglalás

A 2004-ben elvégzett kérdőíves vizsgálat összegzéseként elmondható, hogy a kutatás eredménye hipotéziseim zömét igazolta. Nem igazolódott be az a feltételezésem, hogy az *engedélyeztetés elemét képező együttműködő partnerek megtalálása nehézségbe ütközött* (12-13. kérdés). E hipotézisnél azonban az látszott, hogy inkább az otthoni ellátást végzők számára jelentett gondot a fekvőbeteg háttér biztosítása (3 eset), mint fordítva, ahol az otthoni szolgáltató partner együttműködését volt nehéz biztosítani (1 eset).

A szolgáltatók válaszaiból, azok összefüggéseiben történő vizsgálatokor, a meg nem válaszolt kérdések arányából arra a következtetésre jutottam, hogy a finanszírozás kezdeti stádiumában még igen sok a bizonytalanság e speciális tevékenységet végzők körében. Bebizonyosodott, hogy a minőségirányítási rendszer és a minőség mérésének technikai tekintetében is fejlesztendők a szolgáltatók.

Mind az intézményesített, mind az otthoni ellátásban a hospice betegek speciális, individuális gondozását biztosítani kell. Kórházainkból jelenleg hiányoznak a megfelelő körülmények: a haldokló körüli nyugalom – ami nem egyenlő az elkülönítéssel! –, a hozzátartozók és a mentális szükségleteket is kielégítő segítők jelenléte. A betegek törvényekben rögzített jogainak megfelelően biztosítani kell a haldoklók speciális ellátását nyújtó, többlépcsős hospice rendszer szélesebb körű elterjesztését.

Napjainkban az emberek többsége kórházban hal meg elkülönítve, teljes magányban, szerettei nélkül. A kórházaink bármennyire komplex intézmények, többségükben nem képesek a haldokló speciális, pszichés és szomatikus ellátását biztosítani. Pontosan ezért van szükség a holisztikus ellátás érdekében a hospice tevékenységgel foglalkozó szolgáltatók minőségirányítási rendszerének fejlesztésére, melynek középpontjában a betegek ellátásának színvonalasabbá tétele áll.

Javaslatok

A 2004 decemberében végzett kérdőíves vizsgálat kiértékelése alapján a hospice szolgáltatók tevékenységének minőségi fejlesztése érdekében az alábbiakat javaslom:

- mielőbb szükség van a még belső vagy külső minőségirányítási rendszerrel nem rendelkező ellátók esetében a rendszer bevezetésére;
- mind az orvosok, mind a szakdolgozók esetében a képzésekbe modulként be kell iktatni a palliatív ellátásra vonatkozó ismereteket;
- az orvosok – különös tekintettel a házi orvosokra! – és a szakdolgozók részére egnapos, pontszerző és lehetőleg ingyenes továbbképzés-sorozat lebonyolítását kell megszervezni;

- szükséges a módosított 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet korrekcióját kezdeményezni a folyamatban levő OEP pályázatban konszenzus alapján megfogalmazott feltételekkel való összhang megteremtése érdekében;
- a komplex szolgáltatás részét képező mobil team-ek finanszírozotti körbe való beemelését mielőbb meg kell valósítani;
- a szociális intézményekben folyó hospice tevékenység finansziális háttérét biztosítani szükséges;
- az egészségügyi és szociális ellátást végzők szorosabb együttműködése elengedhetetlen a betegek minőségi ellátása érdekében;
- végül a vizsgálat legfontosabb tanulsága, hogy a minőségirányítási rendszert működtető szolgálatok esetében is szükséges a minőségmenedzsment technikák oktatására nagyobb hangsúlyt fektetni.

Meggyőződésem, hogy tekintettel az esélyegyenlőségre, a gyógyíthatatlan betegek jogaira és az Európa Tanács 1418. (1999) számú ajánlására, szükség van Magyarországon a hospice szolgáltatáshoz való szélesebb körű hozzáférés lehetőségének növelésére, a hatékony és minőségi szolgáltatás elterjesztésére.

Ezúton mondok köszönetet a kutatáshoz nyújtott segítségért dr. Hegedűs Katalinnak, a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület elnökének, a Semmelweis Egyetem adjunktusának, dr. Hajnal Miklós Pálnak, a Veszprémi Egyetem adjunktusának és a kérdőívet kitöltő hospice szolgáltatóknak.

IRODALOM

- BELICZA ÉVA, DR. – TAKÁCS ERIKA – BONCZ IMRE: Indikátorok az egészségügyi szolgáltatások értékelésére. *Kórház* 145 (11) 2004: 1561-1571.
- GERGELY TAMÁS – SZÓTS MIKLÓS: *Minőség az egészségügyben*. Budapest, Medicina Könyvkiadó, 2001.
- GULÁCSI LÁSZLÓ: *Minőségfejlesztés az egészségügyben*. Budapest, Medicina Könyvkiadó, 2000.
- HAJNAL MIKLÓS PÁL, DR.: Integrált minőségirányítási rendszerek kialakításának tapasztalatai egészségügyi szervezetekben. *Magyar Minőség* (2) 2004: 15-23.
- KALAPÁCS JÁNOS: *Minőségbiztosítás, minőségirányítás a közszolgáltatásban*. Budapest, X-level Kft, 2000.

FÜGGELÉK: A KÉRDŐÍV

Tisztelt Hölgyem/Uram!

A Magyar Hospice-Palliatív Egyesület támogatásával a hospice ellátók körében kutatást készítek, melynek célja a hospice tevékenység finanszírozásának indulásakor a szolgáltatók felmérése minőségirányítási szempontból. A kérdőív személyes adatokat nem érint, kitöltése önkéntes. A felmérés eredménye az Egyesület honlapján (www.hospice.hu) megtekinthető lesz.

Segítségét előre köszönöm!

Szabóné Berta Irén
egészségügyi szakmenedzser

A szolgáltatás típusa			
Otthoni ellátás <input type="checkbox"/>	Fekvőbeteg ellátás <input type="checkbox"/>	Mobil team <input type="checkbox"/>	Egyéb:.....

A hospice ellátás megkezdésének éve:.....

- Az Önök szervezete elnyerte-e az OEP finanszírozást? Igen Nem
- Ismerik-e a belső minőségirányítási rendszer követelményeit? Igen Nem
- Működtetnek-e belső minőségirányítási rendszert? Igen Nem
- Működtetnek-e tanúsított minőségirányítási rendszert? Igen Nem
- ha igen: ISO KES egyéb:
- Tudják-e gyakorlatban alkalmazni az indikátor képzés szabályait? Igen Nem
- Eddig milyen indikátorokat alkalmaztak?

7. Szakdolgozók létszáma:

Orvos.....fő	Ápoló.....fő	Pszichológus/metálhigiénikus.....fő	Szoc. munkás.....fő	Egyéb:fő
Önkéntes.....fő	Hospice szakápoló és koordinátor.....fő		Gyógytornász.....fő	

8. Jelenleg hospice szakápoló és koordinátori képzésben részt vevők száma: fő

9. Akkreditált hospice továbbképzésben részesültek száma:
- alapfokú továbbképzésben: fő
 - középfokú továbbképzésben: fő
10. Jelenleg képzésben résztvevők száma (alap-, továbbképzés): fő
11. Szerveztek-e Önök hospice továbbképzést? Igen: alkalommal Nem
12. Otthonápolás esetén: nehézségbe ütközött-e a fekvőbeteg ellátással együttműködési megállapodást kötniük? Igen Nem
13. Fekvőbeteg ellátás esetén: nehézségbe ütközött-e otthonápolási szolgálattal együttműködési megállapodást kötniük? Igen Nem
14. A hospice tevékenységre vonatkozó ÁNTSZ engedélyeztetési eljárás Ön szerint:
- zökkenőmentes volt Igen Nem
 - a hatóság segítőkész volt Igen Nem
 - nehézségekbe ütközött, mert:
 -
 - ellenállást tapasztaltak, mert:
 -
15. A „Működési Szabályzat” megírásához igénybe vesznek-e szakértőt? Igen Nem
16. Vizsgálták-e egy éven belül a betegek elégedettségét? Igen Nem
17. Milyen intézkedés történt a vizsgálatot követően:.....
-
18. Miben látja a hospice szolgáltatás bevezetésének nehézségeit?
-
-
19. Egyetért-e a finanszírozott szolgáltatási kör *hospice mobil team*-mel (kórházi támogató csoporttal) történő bővítésével? Igen Nem
- Indoklás:.....
-
20. Az Önökhöz jelentkező betegek tisztában vannak-e állapotukkal? Igen Nem Részben
21. Használják-e „*A terminális állapotú daganatos betegek palliatív ellátása*” szakmai irányelveket?
- Igen
 - Nem, mert :
22. Rendelkeznek-e gyógyszerelésre vonatkozó írásbeli szabályozással? Igen Nem
23. Rendelkeznek-e szakmai protokollokkal (eljárás leírásokkal)? Igen Nem
24. Ha rendelkeznek protokollokkal, akkor azokat alkalmazzák-e? Igen Nem
25. Megjegyzés, észrevétel:.....
-

Köszönöm az együttműködést!