

Minőség és rendszerszintű gondolkodás az egészségügyben

Ez az írás a Healthalternatíva csoport számára készült, problémafelvetésként, és új megközelítésű megoldási irányokat vet fel. Célja az inspiráció, és nem szándéka a tanulmány jelleg.

1 BEVEZETŐ – KÉT HIVATKOZÁS

Az elégtelen megbízhatóság nemcsak komoly egészségkockázatot jelent, hanem jelentős gazdasági terhet is ró a szűkös egészségügyi erőforrásokra. A nemkívánatos események nagy része megelőzhető lenne mind a kórházi szektorban, mind pedig az egészségügyi alapellátásban, túlnyomó részük ugyanis *rendszerjellegű tényezőknek* tudható be – szögezi le az EURÓPA TANÁCS AJÁNLÁSA (2009. június 9.) az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzését és leküzdését is magában foglaló megbízhatóságról szóló ajánlásban (2009/C 151/01) <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2009:151:FULL&from=HU>

MÉRTÉK¹ 2017 június: „A B1 - Betegjogi megkeresések száma az indikátor 2013-as bevezetése óta folyamatosan növekszik. Az adatok a betegjogvédelmi munka ismertségének, elismertségének folyamatos emelkedését, valamint a képviselők segítségére támaszkodó betegek folyamatos igényét tükrözik. A megkeresők döntő többsége tájékoztatást kért és várt el a betegjogi képviselőktől, míg 36 százalékuk egészségügyi ellátásbeli, *szervezési hiba*, etikai vagy szakmai hiányosság vélelmével fordult hozzájuk”

ÁEEK Teljesítményértékelési munkacsoport elemzése

<https://mertek.aEEK.hu/documents/68031/186704/12.Min%C5%91s%C3%A9g.pdf/a953bd75-788e-504a-4787-f357e770b791>

2 FOGALMAKAT, MODELLEKET A HELYÉRE

A minőség szubjektív fogalom, egy értékítélet eredménye. Annak mértéke, hogyan teljesítik a jellemzők a kinyilvánított igényeket. Ezért nehéz objektívizálni. Lehet erkölcsi kategória, de lehet egy fizikai jellemző is. Függetlenül a kortól, társadalmi, szociopolitikai berendezkedéstől, gazdasági helyzettől, nemtől, lelkiállapottól, a vizsgálat módjától és eszközeinek megbízhatóságától, stb.

A minőségirányítás nem más, mint egy szervezet irányítás a minőség szempontjából. Azaz a vezetés, tervezés, működés, elemzés és értékelés, eredmények és hatások és a fejlesztés mind “minőségi” jelzővel látható el: a jövőkép-küldetés-stratégiai és taktikai célok, a szervezeti értékek és tudás, a szervezet környezetének megértése, az érdekelt felek elvárásainak

¹Az egészségügyi rendszer teljesítményértékelése (angolul health system performance assessment – hspa) az egészségpolitikai döntéshozatali folyamat egyik eszköze. Jelenleg az ÁEEK hatáskörébe tartozik a feladat, egy erre a célra létrehozott munkacsoportban. **JOGSZABÁLYOK:** 36/2013. (v. 24.) Emmi rendelet az egészségügyi rendszer teljesítményértékelésének eljárásrendjére vonatkozó szabályokról, 19/2013. (v. 24.) Emmi utasítás az egészségügyi rendszer teljesítményértékelési munkacsoportjáról. További részletek itt: <https://mertek.aEEK.hu/a-teljesitmenyvertekelsrol>

megértése és kielégítése, az innovációs, a működési funkciók, a tevékenységek/folyamatok, az előállított/szolgáltatott termékek/szolgáltatások tervezése és felügyelete – a működés szabályozása, a belső és külső erőforrásokkal való etikus és környezettudatos bánásmód, az eredmények és a teljesítmények elemzése és értékelése, a trendek emgértése, a kockázatszemlélet alkalmazása – a bizonytalanságok feltérképezése és menedzselése, a nem várt események, hibák megelőzése, előfordulásuk esetén a problémamegoldás tervezése, végrehajtása és felügyelete, a kulcsfontosságú teljesítménymutatók, eredmények visszacsatolása a tervezéshez, azaz a *rendszer elemeinek összehangolása a minőség szempontjából*.

Az egészségügyi ellátás (betegellátás, gyógyítás, diagnosztikai szolgáltatás, stb.) minőségét térben és időben nehéz standardizálni, a szolgáltatás jellemzőit objektivizálni, ha a rendszerelemek közötti összefüggéseket és kapcsolatokat nem ismerjük, vagy adott esetben szándékosan torzítjuk az egyes elemek és alrendszerek jelentőségét. Az egészségügy humán rendszer, az ember hozza létre. Az egészségügy organikus és nyitott rendszer, energiát cserél a környezetével. Az orvostudományban a hullák boncolásával ismerték meg az emberi testet alkotószerveket, először azok „tagolható” rendszereit (csontrendszer, idegrendszer, stb.), majd később szabályozó rendszereit (például vérnyomás, légzés stb.). Az organikus rendszerek hierarchikus rendet alkotnak, ezért a láttatás hasznos lehet, ha a rendszernek a működését akarjuk elemezni, új modellt alkotni, jelen esetben a minőség szempontjából.

- **Az egészségügyi ellátás minőségét sokan, sokféleképpen próbálták már leírni, számtalan tanulmány és megközelítés van vitában egymással**

Vannak olyan nézetek, amelyek szerint a szövődménymentes gyógyult állapot egyenlő a minőséggel – ez azért téves, mert csak a kimenetre, az eredményre koncentrál, sem a beteg, sem a beletett technológia, tudás, folyamatok terén nem vizsgálódik. Vannak olyan nézetek, amelyek a kockázatszemléleten alapuló biztonsági standardok deklarálását egyenértékűnek vélik a minőséggel – ez azért téves, mert a biztonság - betegbiztonság, a munkavédelem, a higiénia, a fertőzésmegelőzés, a veszélyes hulladékok környezettudatos kezelése, az energetikai-és épületbiztonság, adatvédelem, stb. – inkább a mesterséges, és zárt rendszerek jellemzője (pl. egy orvostechnikai berendezésé, IT rendszeré).

A bevezetőben hivatkozott nem várt események, vagy orosi műhibák, ellátás során szerzett szövődmények szisztematikus adatgyűjtése, bejelentése, felülről jövő – adminisztratív intézkedések kikényszerítése - önmagában még nem fogja eredményezni az egész rendszerben, az egészségügyben való társadalmi bizalmat, a gazdaságpolitika sem fog az egyik alaptőkeként tekinteni az egészségessé tett/maradt állampolgárokra, a befektetők sem fognak több forrást e felé az ágazat felé irányítani, az óvodások sem azért akarnak majd ápolók vagy orvosok lenni, mert az társadalmi presztízzsel is jár. Ha rendszerszinten vizsgálódunk, akkor a jó hírnévvel kapcsolatos (reputációs) kockázatok hatása fenyegetőbb kimenetelű lehet, mint a iatrogén fertőzések kockázata. Az is rossz irányba vezet, ha hagyjuk, hogy a rendszer jelzőjeként a “magyar egészségügyi rendszer forráshiányos” szlogen fertőzzön, mert az elvonja az odafigyelést a rendszerszintű változásokról: a teljes nemgazdaság forrás-elosztási mechanizmusát, az adott ágazat tőkevonzási képességét, a nemzet irányítóinak jövőképét, az osztársadalmi megítélést is nézni kell. A megfelelő ellátáshoz való jog tényleges

megvalósulása az egészségügyi rendszer számos elemét érinti (hozzáférés, szabad orvosválasztás stb.), ezeket az elemeket a WHO a minőségi ellátás jellemzői között sorolja fel. [Az EU vonatkozó ajánlása szerint](#) a megfelelő – kötelező és nyilvános – jelentési rendszer, az egészségügyi személyzet képzése, a betegek képessé tétele (**patient empowerment**) és egy átfogó és számon kérhető megbízottsági program (standardok, kockázat-menedzsment) együttes megléte az, ami kezelhetővé teszi a megbízottság problémáját. A standardokban a beteg mozgásától kezdve a gyógyszerelésig, betegjogok kezeléséig minden folyamatot részletesen le lehet írni, megfogalmazva az ideálisan követendő eljárást, éppen úgy, mint pl. az autógyártásban. Illetve a hiányosságokhoz következményeket lehet fűzni, vagy pozitív megközelítésben a standardok teljesítéséhez jutalmat lehet társítani. Ez az „indusztrializációs” folyamat, aminek megjelenése az egészségügy egyik legnagyobb és legnehezebb lekövetendő paradigmaváltása még ma is eléggé távol áll az orvoslástól, holott a digitális ipari forradalom (lásd később az Industry 4.0 – Smart health fejezetnél) nélkülözhetetlenné fogja tenni a standardok alkalmazását. Magyarországon jelenleg az adott egészségügyi szolgáltatóra van bízva, mit tesz minőség és megbízottság terén, és hogyan bizonyítja, hogyan számol el vele a fenntartó, a finanszírozó, a döntéshozó, vagy a társadalom felé. A minőségre vonatkozó adatok összesítése, elemzése, az okok felismerése, a válaszok megfogalmazása, a hozzájuk kapcsolódó ellenőrzési funkciók mind-mind kívánatos elemei egy közfinanszírozott egészségügyi rendszernek (a magánegészségügyi szolgáltatások - amelyek sikerorientált vállalkozások – esetében ezeknek az irányítási funkcióknak a hatékony működtetése nem kérdés). Napjainkban viszont éppen azt látjuk, hogy az ilyen típusú feladatokért felelős intézmények között nagyon gyakoriak a szervezeti átalakítások, illetve az ilyen feladatokat valamilyen szinten ellátó szervezetek megszűnnek, az Országos Tisztifőorvosi Hivatal (OTH), az Országos Betegjogi és Dokumentációs Központ (OBDK) stb. beolvad az EMMI-be stb, a már meglévő potenciál, szakértői hálózat, szakértői tudásközponttá fejlesztése helyett.

3 MODELLEZÉSI JAVASLATOK – RENDSZERSZERVEZÉSI PARADIGMA

Annak ellenére, hogy többféle standardizáció is végbement az elmúlt 15 évben az egészségpolitika, szakminisztérium égisze alatt, javarészt valamelyik amerikai, vagy angolszász akkreditációs modellt magyarítva, vagy minőség-rendszer szabványt az egészségügyi szolgáltatásra értelmezve (Kórházi Ellátási Standardok, Járóbeteg Ellátási Standardok, Háziorvosi Ellátási Standardok, Védőnői Ellátási Standardok, majd Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok, ISO 9001 minőségrendszer ajánlás egészségügyi ellátóknak), ezeknek a tapasztalata nem lett ágazati közkinccs. A jelenleg folyó BELLA standardizációban a minőségről való gondolkodás és modell-alkotás sem tükrözi a rendszerszintű megközelítést, olyannyira, hogy az egészségügyi szolgáltatók akkreditációja kapcsán kiírt felülvizsgálói pályázatokban az ágazati vezetés az alkalmazott minőségmenedzsment terén jártas „senior expertek” jelentkezését eleve kizárta. A standardizáció, e kapcsán az adatelemezés, beavatkozás/szabályozás majd ennek eredményeként „kitermelt” egészségügyi rendszer megbízhatóságának kérdése tipikusan „vevőoldali”, tehát szolgáltatásvásárlói, finanszírozói kérdés, még egy olyan rendszerben is, ami lakhelye, állapota, pénztárcája, stb. szerint mindenki számára ígér megfelelő szintű ellátást (tehát kevésbé egészségpolitikai kérdés).

Az egészségügyre zárt rendszerként tekinteni hibás rendszerszervezői – szakmapolitikusi gondolkodás (lenne). Az emberi rendszereket – amelyek nyitott rendszerek - inkább a célja alapján szokták jellemezni: a kompatibilitás (harmónia) - az újak illeszkednek a meglévőkhöz, az optimalizálás - a rendszer és a környezet közötti legjobb csatlakozás megkeresése. Ha az egészségügyi rendszer összetevőit a célja szempontjából elemezzük és egy új modellt alkotnánk (újra), meg kell nézni ki jegyzi a célok meghatározását, hogyan teljesültek a célok? Azaz az eredmények elérése érdekében hogyan alakult, változott (át, meg) ez alatt a rendszer? Inkább a pusztulva növekedés jellemzi (*progresszív faktorizáció* – ágyszámkoncentráció, kórházépítések, nagyberuházások kontra romló lakossági egészségmutatók és összeteljesítmény), vagy az egész felé mutat-e változás (*progresszív szisztemizáció* – kiöregedő háziiorvosi körzetek, tudás és eszközhiány kontra multidiszciplináris összetételű, tudás-és eszközmegosztáson alapuló csoportpraxis közösségek). Meg kell vizsgálni az ellátórendszer minden egyes alrendszerének a maga környezetével kapcsolatos minőségi jellemzőit is: Mennyire adaptív, azaz milyen mértékben képes reagálni/hatni a környezetére? (ti. ha ez az érték-forgalom pozitív, akkor a rendszer további működése kedvező módon alakul). Mennyire stabil a működése, melyek az ultrastabil elemek? Jól működik a visszacsatolás? A célokat ki határozza meg és mi alapján? A változás-képesség vizsgálatokor elemezni kell, hogyan működnek az adott rendszeren belül együtt a rendszerelemek, mennyire egész, koherens - egy adott rész megváltozása az összes többi részt, valamint a rendszer egészét megváltoztatja (pókháló-elv)?

A szolgáltatói szintű kockázatkezelés, illetve minőségügyi rendszer működtetése hazánkban a hatályos egészségügyi törvény alapján ma elvileg kötelező, megvalósítása – eltekintve most a külvilág felé való beszámolás, közzététel formáitól, mint pl. független tanúsítás, működési engedélyezés (akkreditációs rendszer nincs) - szolgáltatói hatáskörbe tartozik. Egységes színvonal eléréséhez azonban az egyéni szolgáltatói törekvések nem elegendők.

Rendszerszinten, az egészségügyi irányítás főszereplőinek közös munkáját igénylő, a pár éve jogszabályba rögzített teljesítményértékelés egy olyan elem, amely a minőség monitorozását is magában foglalja – lassan kialakuló rendszer (lásd MÉRTÉK), de létrehozási céljából adódóan arra nem alkalmas, hogy a *nemzetközi* porondon megmérettetésre, *összehasonlíthatóságra* tegye alkalmassá a hazai egészségügyi szolgáltatókat illetve a *nemzetközi jó gyakorlat irányába* mozdítsa el a hazai az egészségügyi minőség-modelleket.

A minőség szempontjából történő rendszer-szervező/átalakító gondolkodást segíthetik azok a rendszermodellek, amelyek egyesítik a modellekről való teoretikus és sok-sok év felhalmozott gyakorlati alkalmazásnak a tapasztalatait. Ezek azok a minőségmodellek, amelyeknek a *rendszerszemlélete minőségközpontú* (pl. EN ISO 15224 szabvány egészségügyi szolgáltatások minőségirányítási rendszermodellje; Malcolm Baldrige a Szervezeti Kiválóság Modellje egészségügyi szolgáltatásokra), a *kimeneti eredménye, elérendő hatása szerint pedig patient empowerment*, a “beteg képessé tétele” központú (pl. Joint Commission International).

3.1 PROBLÉMAFELVETÉSRE AKCIÓ - AMI AZ EGÉSZSÉGPOLITIKAI PROGRAMOKBÓL HIÁNYZIK, DE ALAPVETŐ FONTOSSÁGÚ (LEHET)

- **Tanuló rendszer - tudáshálózatosodás - az egészségügyi szakemberek képzési rendszerének megújítása**

Az egészségügyről gondolkodóknak illetve az egészség-rendszerben szerepet játszóknak (orvos, ápoló, gyógyszerész, menedzser, szakpolitika, stb.) vélekedései, feltevései és tudása általában a tegnapelőtti problémákra, kérdésekre adandó válaszokról szól, még akkor is, amikor „jövőképvezérelt” stratégiákat, vagy víziókat fogalmaznak meg. Ezért inkább abból az aspektusból közelítettem a vizionáláshoz, hogy *miként lehetne az orvoslásban/egészség-rendszerben olyan új kompetenciákat kialakítani, amelyek segítségével nem a tegnapelőtti problémákra tudunk válaszokat adni, hanem képesek vagyunk a jövőképet, a jövő forgatókönyveit megfogalmazni?*

- Ehhez elengedhetetlen az önreflexió, folyamatosan a jövő felé kutató attitűd kialakítása, az az olyan *tanuló-rendszerré* tenni az egészségügyet, ami nem csak saját hibáiból képes tanulni.
- Először az orvos-és „egészségügyi” *előtaggal bíró képzések, curriculumok szerkezetét, minőségét kellene megvizsgálni*, azt, hogy ez a tudás hogyan képződik, változik és hogyan változtatható meg. Magyarországon ezt a tudásbázist túlnyomórészt az orvosegyetemeken szerezhető szakmai tudás alkotja, aminek bizonyos részeire (pl. alapozó évek, tárgyak, gyakorlati modulok) a képzők hol „hungarikum”-ként, hol „kiváló” termékként a nemzetközi piacon értékesítenek. Maguk a képző intézmények és az ott oktató tanárok, kutatók is diszciplínák szerint alakítják ki a curriculumot, amelyben alig található átjárás és összehangolás. Ezekből aztán a gyógyítás, betegellátás szervezeteiben külön szakmák vagy esetleg szakmacsoportok, felsőbb szinteken, vagy szakpolitikai szinten szakmai szervezetek lesznek. A „mátrixosítás”, a korszerű orvos-beteg kommunikáció ezért nem alakulhat ki egyik napról a másikra. Nagyon kis arányt képez az „egészségügyi....” képzők tudásában a tanulásra vonatkozó didaktikai, pedagógiai, információfeldolgozási ismeretek: hogyan tanulunk, hogyan fejlődik, milyen folyamatokon keresztül megy végbe ez a változás?
- Nagyon keveset tanulnak a leendő gyógyítók, orvosok arról, hogyan működik egy rendszer, a szervezet fogalma az élő emberi szervezetben merül ki, amire úgy tanítják, hogy a „gyógyítás tárgya”-ként tekintsenek. A gyógyítás eredménye, a „terméke” egy állapotváltozással és finanszírozási mutatókkal jellemzett kategória, kevésbé érték-kategória, mint pl. a tudás, a flow, a hála, a szolgálat, tisztességes megélhetés, nemzeti erőforrástermelés, stb. tehát nemcsak megelőző, gyógyító, gondozó tudásról van szó, hanem attitűdokról, magatartásmintákról, GDP-ről, szakmai és politikai rendszerekről és sok minden egyébről is.

3.2 MIKOR TEREMTÜNK MINŐSÉGI KÖRNYEZETET AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÁGAZATBAN?

Amikor *szervezetről* beszélünk, akkor mégiscsak ki kell mondani, hogy a szervezet akkor működhet jól, ha van célja, világos a küldetése és kisugárzása (miért vagyok? hogyan hat a működésem másokra?), a vezetőik bátor lépésekre készek a jövőkép megvalósításáért és e lépések megmérettetéséért (honnan hová, hogyan és kikkel akarunk oda eljutni? képes

vagyok rá, mint vezető? – környezetelemzés-előfeltételek-jövőkép-stratégia-taktika-indikátorok, a vezetői-tudás), a víziók utáni állapottal és az ott lévő bizonytalanságokkal is felkészültek szembenézni (kockázatszemlélet, jövőkutatás).

3.3 MI HIÁNYZIK TEHÁT?

- **Az „egészség...”-i alap-és fokozatszerző szakképzésben is meg kell jeleníteni magát a szervezeti struktúrát, az egészség-rendszert és annak működtetését:**

A működés sikerét (hatékonyságát és eredményességét) szabályozó eszköztár, tehát menedzsment (vezetési, irányítási, stratégia-alkotási, minőségirányítási, marketing, kommunikáció, humánerőforrásmenedzsment, technológiaértékelés, PR, újságírás, szervezetfejlesztés, változásmenedzsment, finanszírozás, adatvédelem, információtechnológia, stb.) módszerek, modellek, szabványok alkalmazásának képességét is oktatni kell arra alkalmas, képzett, e téren jártas és hiteles oktatók, gyakorlati szimulációknak otthont adó vállalatvezetők, inkubátorprogramok által. Jelen pillanatban ezek egyfajta hiányként is definiálhatóak, „menedzsment” tárgyakat bárki, elméleti szakember oktathatja.

- **Az egészség-rendszerben a vezetőknek, mint archetípusnak az átértékelése:**

A jelenlegi egészségügyben – legyen az állami fenntartású, de akár magánvállalkozás - nagyon nehéz egy vezetőknek kilépnie önmagából a rá nehezedő társadalmi vagy kollegiális nyomás miatt, még akkor is, hogyha nem a hagyományos, irányító, autoriter vezetői funkciókat kívánja ellátni. A fenntartó több száz oldalas „stratégia” névvel jelzett tanulmánykötetek, kívánságlisták szerkesztésébe több száz milliót tesz bele, miközben a rendszer fenntartása, finanszírozása, a kiválók jutalmazása, az eredmények számonkérése nem ezen alapszik. Több száz egészségügyi intézményben a vezető úgy irányítja a nagyvállalat méretű, bonyolult szervezetét, vagy csak kisméretben a maga szakmai részlegét, hogy valós felelős döntést nem hoz(hat), vagy másra passzolhatja át a döntéssel járó felelősséget, vagy kollektíven megosztja azt.

Kérdés tehát, ha egy vizionizált egészség-rendszerben a vezetőknek megadjuk azt a szabadságot, hogy rugalmas és dinamikus keretek között feleljenek meg az igényeknek és a preferenciáknak, és nem kényszerítjük őket arra, hogy továbbra is statikus, uniformizált és gyakran túlszabályozott környezetben dolgozzanak, ez vajon kihívásokat jelentene-e számukra és motiválná-e őket?

Egy ilyen megújuláshoz az egészség-rendszerben a vezetőknek a szakmai irányító, koordináló szerepet ellátó szakmai szervektől (hatóságok, minisztérium) nagyobb autonómiát kell kapniuk önmaguk irányításában, illetve fogékonyabbnak kell lenniük a változatos igényekre. Ugyanakkor azt is fel kell ismerniük, hogy felelősek az eredményeikért. A *felelősség* és elszámoltathatóság *értékrendi kérdés, rendszerszintű kategória* és nem pedig egy minőségi jellemző.

- **Rendszerszemlélet és tudásmegosztás:**

Alapvető probléma, hogy Magyarországon minden egészségügyi szolgáltató (szervezet) és minden specialista (orvos, gyógytornász, pszichológus, stb.) törekszik a saját módszereivel

eredményeket elérni, elburjánzottak a helyi szintű szakmai protokollok, eljárásrendek, hiányzik a rendszerszintű gondolkodás és a tudásmegosztást elősegítő összekapcsolás.

- **A rendszerszintű gondolkodás paradigmájának szüksége**

Az egészségügy szeret önmagára, mint egy nagy önálló rendszerre tekinteni, számtalan alrendszerrel körbevéve.

Valójában különböző hálózati, információáramláson, tudásmegosztáson alapuló kommunikációs rendszerek *egyik eleme* az egészség-rendszer. Az egészségügyi szakemberek azt szokták meg, hogy nagy elemei tudásuk, tapasztalatuk, empirikus következtetései révén logikusan kell, hogy gondolkodjanak, a feltevéseiket elemzéssel értsék meg, ami sokszor sikerre is vezet, de nem mindig. A rendszerrel szemben másfajta gondolkodásmódot is igénybe kell venni. Az egyszerűbb klasszikus logika sokszor tehetetlen a rendszerrel szemben. A rendszer „önmagától” is működik, a részek elemezhetetlenül összetett kölcsönhatása révén. A jelenségek kimenetelét sokszor a rendszer struktúrája, nem pedig az egyedi összetevők állapotai határozzák meg.

A digitális világban az eseményeket irányító összefüggések felismerésével a betegek is képesek lesznek befolyásolni életüket, munkaképességüknek – mint társadalmi erőforrásnak - az alakulását. A nanotechnológia, a genomika, bioinformatika robbanásszerűen fejlődik, a preventív és kuratív technológiai vívmányok – beleértve a gyógyszerek, orvostechnikai eszközök, stb. palettáját - átalakítják az emberek orvoslásról, egészségről való gondolkodását is. Ezek vizsgálata, kezelése, fejlesztése és előállítása, *másfajta tudást, vizsgálatot igényel.*

Örvendetes, hogy a Bevezetőben hivatkozott MÉRTÉK már alkalmazza a *“rendszerszint”* fogalmát. Létrehívóinak szándéka szerint “az egészségügyi teljesítményértékelés fő célja, hogy adatok elemzésével és az eredmények értékelésével támogassa a középtávú stratégiai célok kijelölését és teljesülésük nyomon követését. A *rendszerszintű* megközelítés azt jelenti, hogy az adatokból képzett mutatók elsődlegesen országos szinten, illetve nagyobb területi egységek (régiók, egészségügyi térségek, megyék) szerint kerülnek elemzésre”. Az elemzések fő terméke az [Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Jelentése](#), amelyben az elemzett és értékelt tématerületeket Murray és Frenk 2000-ben publikált keretrendszerének kategóriái szerint határozták meg (ennek egyik magyar adaptációja látható az előzőekben már hivatkozott honlapon lévő ábrán - <https://mertek.aEEK.hu/a-teljesitmenyertekelsrol>). Jelen írásnak nem célja sem a MÉRTÉK bírálata, sem Murry-Frenk tanulmányának bírálata, azonban a “minőség” szempontjából vizsgálva a módszertani megközelítésüket, nem hallgatható el egy lényeges hiányosság: a különböző más alrendszerekkel való kapcsolódási pontok mindenfajta rendszert modellező ábrában bemutatásra kell, hogy kerüljenek. Különben fennállhat a veszélye, hogy útvesztőbe kerül a térképet olvasó – úgy valahogy, amikor egy nagyváros térképen nem tüntetik fel a kivezető utak számozását, a magasabb rendű utakkal, pl. autópályákkal való kapcsolódásokat.

Tehát amikor egy egészségügyi rendszerről beszélünk, akkor az oktatási, pénzügyi, gazdasági fejlesztéspolitikai, a kutatás-fejlesztési, a szociális, az ipari – kiemelten egészségipari - és a többi alrendszerrel való kapcsolódási pontok feltérképezése, az illeszkedéseknél megbújó

bizonytalanságok és lehetőségek, ugyanakkor az árkok feltárása lehet a garanciája egy rendszerszintű gondolkodás elindulásának.

- **Az egészség-rendszerben (és minden egységében, egészségügyi szolgáltató, képző, kutató, stb. szervezetben) a tudásnak kétféle formája van:**

Az egyik az **objektív tudás**, amelyet a kutatók előállítanak, termelnek, és publikációkban, könyvekben jelenik meg. A másik a **személyes, szubjektív tudás** (legyen szó az egyes emberekről, vagy szervezetről, mint emberek csoportjáról), amely a szervezetet működtető embereknek, orvosoknak, ápolóknak, egyetemi tanároknak, szakoktatóknak, a szakpolitikusoknak, az irányítóknak, stb. a fejében van.

Az egyiket annak alapján lehet mérni, hogy mennyi új tudás áramlik be a kutatás oldaláról, a másikat pedig, hogy mennyi új tudás képződik a specialisták és a vezetők fejében, melynek forrása lehet egyrészt a kutatási eredmények és az abból származó rendszerezett tudás elsajátítása, másrészt a személyes tapasztalat. E kettő integrációja adja azt a szakértelmet, amit ma „egészségügyi....” előtaggal az orvos- és gyógyszerész tudományok és társszakmáit művelők foglalkozása elé teszünk.

Az objektív és a szubjektív tudás bonyolult folyamatainak és alrendszereinek összehangoltságával a tudásmegosztást olyan művészi fokra lehetne emelni, ami nemzetgazdasági sikertényező lehetne.

- ***Patient empowerment*, a “beteg képessé tétele” – a tájékozott és a kiképzett “egészség-értő” beteg, avagy a beteg tájékoztatás és a betegoktatás kiemelése, mint kulcsfolyamat:**

A modern orvos-beteg kapcsolat (és nem viszony) a mellérendeltségen alapul, és a legfőbb sarokköve, hogy a beteg tájékozott. A megfelelő tájékoztatás, az alapvetően jelenlévő ún. információs asszimetria feloldása az orvos feladata. A health literacy (egészségértés) terén folyó kutatások is bizonyítják: a jól informált beteg sokkal inkább együttműködő.

3.4 AZ EGÉSZSÉGÜNKKEL KAPCSOLATOS INFORMÁCIÓK MEGÉRTÉSE ÉS HASZNÁLATA ÁLTALÁBAN SOK NEHÉZSÉGET OKOZ:

- az információk átadása bonyolult
- a tudományos és orvosi szakzsargon nem érthető
- megerőltető az egészségügyben való eligazodás, beleértve a szolgáltatók és szolgáltatások megtalálását és a szükséges adminisztrációt
- műveltségi szinttől függetlenül az emberek számára nehézséget jelent az információk megértése, amikor a saját vagy szeretteik szorító vagy ismeretlen helyzetével néznek szembe.

Amíg száz éve többnyire gyors lefolyású fertőző betegségekben szenvedtünk, addigra ma már a krónikus és különlegesen ritka betegségek a jellemzők, sokkal gyakoribb és rendszeres orvos-beteg találkozókra adva okot, sokkal bonyolultabb a gyógyítás-gyógyulás folyamata is. A

statisztikák azonban azt mutatják, hogy a tájékozott beleegyezéshez való jogunk nagyon sokszor sérül (**a korábbi OBDK 2015.évi felmérése szerint ez a harmadik leggyakrabban megsértett betegjog**), műhibaperek jelentős része is ezen jog megsértése miatt indul, és lesz sikeres (ehhez hozzátartozik az is, hogy a tájékoztatás hiányát könnyebb a védőügyvédnek bizonyítani, mint egy orvosszakmai hibát). A betegjogok kapcsán probléma az is, hogy azok érvényesülése sok szempontból akadályoztatott. Bár jogszabályi szinten meglepően sok vitarendező fórum létezik: betegjogi képviselők, mediátori eljárások stb. De valójában ezek szinte üresek, nem nyújtanak megfelelő védelmet a páciensek számára. A betegbiztonsági témában, 2013-ban készült **Eurobarometer felmérés** szerint a magyarok jóval kisebb (32%) arányban fordulnak ügyvédhez mint az EU-s átlag (48%), viszont jóval nagyobb arányban (50% és 29%) keresik a civil és a betegjogi szervezetek segítségét ellátáskor tapasztalt sérelmek esetén (a MÉRTÉK kutatás összefoglaló jelentése szerint a betegjogi megkeresések számának emelkedése a lakosság betegjogi ismereteinek bővülését és jogtudatosságának növekedését is reprezentálhatja, de az OBDK számára jelentős pályázati finanszírozásból biztosított TÁMOP projekt hatására az elmúlt három évben a betegjogvédelmi hálózat hét regionális jogvédelmi teammel bővült, jelentősen emelkedett azon intézmények száma, melyekben a jogvédők fogadóórát biztosítanak).

A betegjogok érvényre jutásával, kiemelten az önrendelkezési jogával, képessé tett és elégedett állapotának elérését biztosító akkreditációs- vagy jogvédőszerkezet nem létezik, ilyen jellegű feladatokat látott el az Egészségbiztosítási Felügyelet (EBF), majd 2010 után, az EBF megszüntetésével hosszú interregnum után megalapított OBDK, amely 2016-ban esett áldozatul a bürokrácia csökkentésként emlegetett átalakítás-hullámnak.

A betegközpontúság és -biztonság a fentiekén túl sokszor igényelne olyan rugalmasságot vagy *kommunikációs-gondolkodásbeli váltást* az egészségügyi személyzettől, amelynek előidézése csak képzéssel, a beteg méltóságát és az ellátás hatékonyságát alapvetőnek definiáló, erre szolgáló szocializációval valósítható meg. Ennyiben nem emberi, hanem *rendszerhibáról* beszélhetünk itt is.

- **Az egészségértés kapcsán kialakuló nemzetgazdasági hátrány**

Az egészségértés azt jelenti, hogy az emberek milyen szinten képesek az egészségükkel kapcsolatos információkhoz hozzájutni, azokat megérteni és alkalmazni. Az egészségügyi információkhoz való könnyebb hozzáférés és az emberek egészségértési képességeinek fejlesztése alapvetően szükséges ahhoz, hogy az állampolgárok megfelelő döntéseket tudjanak hozni saját egészségükkel kapcsolatosan – ami nemzeti érdek és nem csupán egészség-ügyi kérdés. Egy nemzetközi kutatási program (Eurobarométer) folytatásaként 2015-ben végzett országos felmérés megállapította, hogy minden második embernek problémái vannak az egészségértéssel hazánkban

(<http://igy.hu/data/upload/files/G.4.1%20R%C3%A9szletes%20kutat%C3%A1si%20eredm%C3%A9nyek.pdf>).

Az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete (AIPM) által kezdeményezett kutatásból kiderül, hogy Magyarországon az egészségértés szempontjából is jól láthatóan kettészakad a

társadalom: egy elfogadhatóan vagy akár kiválóan eligazodó, aktívan tájékozódó rétegre (11%) és az egészségértés szempontjából komoly kihívásokkal küszködő lemaradókra (32%).

Egy jobb egészségértésű egyén egészségesebben él, jobban betartja a kezelési előírásokat, kevesebb krónikus betegségben szenved, egészségesebbnek érzi magát és tovább él. Az *egészségértés* tehát *segíthet a kezelési eredmények és az egészségügyi ellátás hatékonyságának javításában.*

Ezzel szemben a rossz, nem megfelelő egészségértés a megelőző ellátások és a krónikus betegségek kezelésének alacsonyabb szintű használatával, és magasabb mortalitással jár. Olyan problémák is felmerülnek, mint a hiányos szolgáltató-beteg kommunikáció miatti diagnózis- és gyógyszerelési hibák, rossz adherencia, újabb kórházi kezelések és egyéb komplikációk. A rosszabb egészségértéssel rendelkező betegek esetleg később fordulnak orvoshoz, amikor a kezelésük már nehezebben megoldható és költségesebb. Az AIPM becslései szerint magasabb egészségértési szinttel az egészségügyi költségek 3-5%-a megtakarítható lenne, ez Magyarországon megközelítőleg *54-90 milliárd forintot jelentene éves szinten.*

4 LEHETŐSÉGEK

A *betegek együttműködő készségének és képességének* kialakítása, *egészségértésének fejlesztése* olyan egészségügyi rendszerrel érhető el, amely szisztematikus felépített és tudatosan végzett betegoktatást is magába foglal. A betegek oktatási, tájékoztatási szükségletfelmérése - egészségértésének szintjét is beleértve – és az oktatást követő változás vizsgálata, kiértékelése ugyanúgy részét kell képezze az ellátásnak, mint bármilyen más terápia hatásosságának értékelése. A beteg-orvos kommunikáció komoly paradigmaváltást feltételez, az orvosnak vizsgálnia kell, hogyan sajátította el a beteg az otthonra szóló utasításokat, milyen az adherencia szintje, megértette-e a kockázatokkal kapcsolatos tájékoztatást? Az egészségügyi szakemberek képzésében a jelenlegi kommunikáció, pedagógia és további kapcsolódó tantárgy óraszámát jelentősen növelni kell. A finanszírozásba be kell építeni a másodlagos információs csatornák (pl. hitelesített/akkreditált közösségi media másodlagos orvosi vélemény szolgáltatás) és egészségértési oktatás működtetését. A beteg által elsajátított tudásnak támogató vagy szankcionáló módon kapcsolatba kellene kerülnie a szűrővizsgálatok, betegségek kezelése, terápia finanszírozása kérdésekkel. Nem elég megfelelő betegoktatási programokra gondolni. A képzett edukátorokra, kreatívabb és komplexebb módszerekre és feltételrendszerre van szükség, az egészségügyi szolgáltató szervezetekben, intézményekben, aminek a finanszírozási hátterét is meg kell teremteni.

- **Felelősségbiztosítás vagy kompenzáció**

Megoldatlan rendszerszintű probléma az egyes beteg jogainak érvényesülése kapcsán, hogy a sérelmeket nincs miből kompenzálni. A szakmai felelősségbiztosítás komplett hiánya a szolgáltatót hozza mérhetetlenül kiszolgáltatott helyzetbe egy-egy több tízmilliós kártérítési összeg kifizetésekor, ami a gyógyításra kapott pénzekből történik.

Ha van is szakmai felelősségbiztosítása egy intézménynek, a biztosító csak nagyon korlátozott mértékben és feltételek mellett vállalja a terhek viselését. A szakmai felelősségbiztosítás kérdésének rendezetlensége, az üzleti biztosítók érdektelensége (ellenérdekeltsége), illetve az ennek nyomán fennálló szolgáltatói teher nem csak Magyarországon probléma. Egy 2004-es HOPE kutatás adatai szerint számos helyen Európában (http://www.hope.be/wp-content/uploads/2015/11/71_2004_OTHER_Insurance-and-malpractice-report.pdf).

Vannak azonban országok, amelyek úgy voltak képesek voltak rendezni ezt a kérdést - pl. Dániában - hogy nincs szükség felelősségbiztosítási rendszerre, a nemkívánatos eseményekből fakadó beteg számára nyújtandó kompenzációt a rendszert fenntartó, irányító, tervező és átlátó tulajdonos, a régiós szinten működő egészségügyi hatóság nyújtja és emellett elsősorban motiválja, érdekeltté teszi a szolgáltatót a megfelelő ellátás nyújtására, büntetés helyett.

Megvitatandó kérdés a kártérítési összegek egységesítése, maximálása, a bírói gyakorlat számára valamilyen jogegységesítési útmutatás készítése.

- **A „minőség-menedzsment” (Quality management, QM) helyreállítása paradigma az egészségügyben:**

A minőség körüli foglalatosság nemcsak irányítást jelent, hanem még mindazt, amivel a menedzsment többet jelent: a szervezet vezetését a minőség szempontjából.

Létezik olyan felfogás is, mely szerint egy intézményben folyó valamennyi tevékenység hatással van a szolgáltatás minőségére, ily módon az egész működés, a szervezet minden funkciója és egysége teljes körben bevonható a QM fogalomkörébe. Kétségtelen, hogy azokban az országokban, ahol túljutottak a minőségügy gyermekbetegségein, a minőség sokkal nagyobb szerepet játszik, és ennek megfelelően nem néhány lelkes, misszionáriusféle vagy kóroselméjű minőség-szakember túlbuzgalmának tekintik, hanem úgy kezelik, mint a célok elérésének, az eredmények folyamatos fenntartásának és a teljesítmény fejlesztésének alap eszköze.

A minőség-menedzsment rendszer is alrendszerekre bontható, mint pl. ellátás koordináció, eset menedzsment, erőforrás- és kihasználtság menedzsment, információbiztonság menedzsment, kockázatmenedzsment, klinikai audit. Külön említést érdemelnek a tevékenység mérésére és összehasonlítására szolgáló mutatók és eszközök (indikátorok, benchmarking).

A betegbiztonság, kockázat-menedzsment, vagy kockázatszemlélet egyre nagyobb jelentőséghez jut az egészségügyi szolgáltatások terén. Ennek egyik oka, hogy folyamatosan nő a klinikai értelemben kockázatos beavatkozások aránya, növekszik a kockázatos betegek

esetszáma (nem megfelelő compliance, nem megfelelő terápiás adherencia, multimorbiditás, káros szenvedélyek, túlzott gyógyszerfogyasztás, allergiák, foglalkozási betegségek, népbetegségek, különleges vagy ismeretlen genetikai ártalmak miatti kórképek, közlekedési balesetek, ipari-vagy egyéb tömegkatasztrófák, stb.), ezekhez kapcsolódva növekszik a nozokomiális fertőzések és iatrogen ártalmak valószínűsége. A digitalizáció és a kommunikációs eszközök, közösségi média térhódítása kapcsán előtérbe kerülnek az adatvédelmi, információbiztonsági incidensek, szándékos vagy tudatlan adatcsalások, itt is nőnek a kockázatok.

Látszólagos ellentmondás, hogy míg az egyre bonyolultabb és intelligensebb diagnosztikai és terápiás eszközök, és a velük lefolytatott „objektív” eljárások elvben növelik a diagnózisok és terápiás beavatkozások megbízhatóságát és biztonságát, növekszik az egészségügyi munkatársak, elsősorban az orvosok morális felelőssége. Az ellentmondás abban rejlik, hogy az egyre fejlettebbé váló, az ember-gép kapcsolatra koncentráló gyógyítási technológia akár halálesetet is előidézhet, elég egy elcserelt leletre, vagy betegkódra gondolni, de egy téves 3D szerv-szkenner beállítás miatti újsághír a döntően a személyes kommunikáció kizárását, az ember-ember kapcsolat mellőzését kritikátlanul beengedő robot-egészségügy paradigma térhódítása révén az egész orvoslást ironikussá teheti.

4.1 AMBÍCIÓZUS TENNIVALÓK:

A minőségfejlesztési módszerek, technikák, rendszerek, modellek ismerete az „egészségügyi.....” alapképzések részét kell képezniük.

A „minőség” motiváció beépül a finanszírozásba, pályázati támogatásba, a minőségi indikátorok a működési engedélyezés (akkreditáció) illetve az ellátási szerződéskötés, illetve a riporting alapját képezik.

A területi ellátási kötelezettségre nem azokkal kötnek szerződést, akik egyébként fizikailag, történelmileg jelen vannak, hanem pályázati procedúra keretében, kockázatértékelés elve alapján választják ki a potenciális pályázók közül.

Az egészség-rendszer irányító hatóságainak, minisztérium, tisztifőorvosi hatóság, stb. a minőség, biztonság, kockázatszemlélet, kiválósági kultúra, szint-összehasonlítás, a jó hírnév mérésén alapuló, az EU tagországok hasonló irányító szerveivel/hatóságaival összemérést biztosító teljesítményértékelési rendszerrel (benchmarking) kell rendelkeznie a példamutatás érdekében. A rendszer többi szereplőjétől csak akkor lesz megkövetelhető a hiteles minőségközpontú működés.

A minőségközpontú vigilancia-rendszerek működése a rendszerszintű gondolkodás kulcsa, betegbiztonsági és nemzetgazdasági kérdés is. Az egészségügyi termékek - pl. gyógyszerek,

orvostechnika eszközök, kozmetikai készítmények, stb. - nem kívánt mellékhatásainak bejelentési fegyelme az adott hatóság felé, a hatóság felkészültsége, gyors reakciója, naprakész visszacsatoló/tájékoztató mechanizmusa mind a lakossági, mind a társadalmi egészségértésre is hatással lehetne.

A benchmarking legyen alkalmazva a tömegesen előforduló, hasonló tevékenységet végző orvosi praxisok összehasonlítására (amire jelenleg hazánkban a vélt kompetitív szituáció miatt nemigen láthatunk példát).

- A benchmarking hasonló tevékenységet folytató intézmények azonos kritériumok alapján történő szint-összehasonlítása. Míg az iparban általánosnak tekinthető alkalmazása (gyakran némi cinizmussal azonosítják az ipari kémkedéssel), az egészségügyben most van elterjedőben, követelményként összekapcsolódott az EFQM Kiválóság Modell alkalmazásával.
- A benchmarking modelljét, elméleti keretét egyaránt adhatják akkreditációs rendszerek, standardgyűjtemények – lásd Joint Comission International Accreditation <http://www.jointcommissioninternational.org/> , Humán diagnosztikai laboratóriumok akkreditációja az MSZ EN ISO/IEC 17025 / ISO 15189 szerint – vagy különböző kiválósági modellek, mint pl. Malcolm Baldrige, Deming díj, Európai Kiválósági Díj (EFQM) alapján Magyar Egészségügyi Kiválósági Díj tervezet, Egészségügyi Minőségfejlesztési Stratégia (ez utóbbi kettőt Eü. minisztériumi asztalfióknak dolgoztuk ki néhány lelkes úttörő).
- Az egészségügyi rendszer minden szereplője számára biztosítani kell valamilyen külső minősítési szisztémához való kapcsolódást (tanúsítás, akkreditáció), azonban ez a minősítési rendszer illetve sztenderdjei, szabványai nemzetközileg elfogadott és folyamatosan fejlesztett kell, hogy legyen, a minősítési rendszer/minősítő (tanúsító, akkreditáló szervezet) maga is akkreditált vagy kijelölt (Notified Body) legyen.

4.2 AKKREDITÁCIÓ VAGY TANÚSÍTÁS?

Számos történeti áttekintés látott már napvilágot, amely részletesen tárgyalja az egészségügyi szolgáltatás minőségének folyamatos fenntartására és fejlesztésére javasolható módszereket, metodikákat. Ezek között kiemelem az ISO szabványok kontra standard alapú akkreditáció vitáját. A tanulmányok java része nem vizsgálja, hogy eredendően mi a szándék szerinti célja a két típusú rendszernek.

Az akkreditáció elterjedéséhez nagymértékben hozzájárult a Joint Commission által 1994-ben alapított Joint Commission International, amely az Egyesült Államokon kívüli intézmények akkreditációját kezdte meg, mára pedig több mint 90 országban van jelen 700 feletti akkreditált intézménnyel.

1984-ben alakult International Society for Quality in Health Care (ISQua) nevű nemzetközi szervezet 1999-ben indította el ALPHA programját (Agenda for Leadership in Programs for

Healthcare Accreditation), amelyben alapvető elveket fogalmazott meg az akkreditációs standardok értékeléséhez és az „akkreditálók akkreditációjához”. Bár az akkreditáció eredetileg a kórházi ellátás minősítésére jött létre, a minősíthető intézmények csoportja mára az ellátói szintek és típusok széles körét öleli fel. A WHO 2004-ben, Charles Shaw pedig több kutatócsoportban is vizsgálta az akkreditációs rendszerek hasznát, van olyan kutatás, ami az ISO tanúsításokkal összevetéseket elemzi²: az egyes államok között is nagy különbségek mutatkoznak a fókuszról illetően, a teljes egészségügyi szektor számára nyitott akkreditációtól (például Franciaország, Olaszország, Egyesült Királyság [Health Quality System rendszer]) a szűkebb, alap- és kórházi ellátást magába foglaló rendszereken (például Dánia, Spanyolország, Egyesült Királyság [Healthcare Accreditation Programme rendszer]) keresztül a csak legmagasabb szintű, oktatási feladatot is végző kórházakat beengedő rendszerekig (például Németország, Írország). Ritka példaként Finnországban a szociális ellátórendszert is bevonták a programba. Napjainkban az akkreditáció fókuszáról elmondható, hogy ideális esetben olyan teljes ellátórendszereket vizsgál, amelyek képesek önmaguk autonóm szabályozására, és a feltárt hiányosságok kiküszöbölésére, az akkreditáló szervezet független, gondoskodik a standardok fejlesztéséről, a betegbiztonsági kultúra terjesztéséről, képzésekről, az értékelők és értékelési módszerek (peer review) fejlesztéséről, képzéséről, adott esetben szintösszehasonlításokról.

A magyar BELLA (BetegEllátók Akkreditáció) rendszer – sem az akkreditációt végző szervezet, sem a standardok - egyelőre nem akkreditáltak az ISQua által, bár a standardok kialakításánál a fejlesztők figyelembe vették az ISQua alapelveket). A MEES-re hazánkban két tanúsító testület van a NAH által akkreditálva. A korábbi ESzCsM felkarolta a Szociális szolgáltatási standardok kidolgozását 10 évvel ezelőtt, a sikeres pilotot azonban nem követte bevezetés.

Az ISO 9000-es szabvány az 1980-as évek végétől egyre elterjedtebb, a minőségirányítási rendszer modelljét írja le, bárki alkalmazhatja mérettől, tevékenységtől függetlenül. A Nemzetközi Szabványosítási Szervezet több ezer szabványt ad évente, köztük az egészségügyi technológiák biztonsága érdekében is, kiemelten a digitális technológiákra, orvosi eszközökre, berendezésekre, épületekre, stb., de az egészségügyi minőségügyi rendszerre is adott ki szabványt, amit az EU ajánlásként javasolt a tagszervezeteknek. Kevés tagországban terjedt el, egyelőre német, lengyel alkalmazási példákat ismerünk.

2014-ben hazánkban is közzétett MSZ EN 15224:2013 alapjaiban jelentősen hasonlít a 9001-esre, annak minőségirányítási alapelveit azonban tizenegy, egészségügyre vonatkozó *minőségjellemzővel* egészíti ki:

- *helyes, szakszerű ellátás;*
- *rendelkezésre állás;*
- *az ellátás folytonossága;*
- *eredményesség;*
- *hatékonyság;*
- *méltányosság;*

² Shaw, C. D., Groene, O., Botje, D., et al.: The effect of certification and accreditation on quality management in 4 clinical services in 73 European hospitals. Int. J. Qual. Health Care, 2014, 26(Suppl. 1), 100–107.

- bizonyítékokon/ismereteken alapuló szolgáltatás;
- betegközpontú ellátás, beleértve a fizikai, pszichológiai és társadalmi sérthetetlenséget;
- a beteg bevonása;
- a beteg biztonsága;
- időszerűség/hozzáférés.

Ezen jellemzők valóban lefedik az egészségügyi ellátás lényeges pontjait, azonban általános jellegükből adódóan nehezen megfoghatóak. Az új szabvány másik jelentős újítása a klinikai folyamatok, az egészségügyi kockázatkezelés és az indikátorok használatának bevonása az ISO-rendszerbe.

A magyar egészségügy minőségtudat-hasadásos állapotban van, hol az ISO 9000 szabványcsalád, hol az amerikai minták szerint készült szakmai ellátási standardok (Kórházi ellátási standardok KES, Védőnői standardok – VES, stb. majd a komplex Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok – MEES, jelenleg bevezetés előtt lévő BELLA) a szakminisztérium által támogatott rendszermodell. A kívülálló persze joggal gondolhatja: minek ennyi megközelítés? Az egészségügyi szolgáltató autonóm döntése szerint válasszon független tanúsító céget, amikor az ISO szabványok segítségével a vevői, beszállítói, partnerei felé bizonyítani akarja a minőségképességét. A szolgáltatásvásárló ellátásszervező, biztosító, finanszírozó közegyezségen alapuló minőségbiztosítási-betegbiztonsági sztenderdek szerint minősítse azt a szolgáltatót, akivel szerződést köt vagy bízta ezt a minősítést arra felhatalmazott/kijelölt, nemzetközi direktívák szerint működő, független akkreditáló szervezetre. Amelyik szervezet az átlagtól magasabbra, kiválóbbra teszi a minőség-lécet, annak mind a gazdasági, működési, szakmai eredményei, mind a kollektívára, a környezetére, a társadalomra gyakorolt hatása, szervezeti kultúrája, imázsa többet kell mutasson az ágazat kiválójától is, egy szélesebbre terjesztett piacon, a gazdaság, a vállalatok legjobbjával is versenybe kell szállnia. Téves feltételezés, hogy a szabvány/szakmai standard alapú vagy integrált irányítási rendszerek, egészségügyi törvényben lefektetett minőségrendszer követelmények minden problémát megoldanak.

- **A minőséget is csak azok a szolgáltatók tudják „versenyelőny”-ként elkönyvelni, ahol jelen van a tanuló szervezeti paradigma (tanulnak a hibákból), a szervezeti innováció, számonkérhető a vezetői szerepvállalás, a minőséget előállító és azt megvásárló emberi tényező extrém jelentőségét is felismerik, a kockázatmenedzsment nem formális, sokszínű problémamegoldási és minőségjavító technikával vannak felvértezve, a célokat és az elért eredményeket kirakatba teszik.**

Az ilyen minőségrendszereknek az elterjedést nyilván gátolják az ismert nehézségek, melyek hatására a munkatársak, sőt gyakran a vezetők is minden, az alaptevékenységet meghaladó cselekvést hátrítani igyekeznek. Az sem sarkallja a hazai egészségügyi szolgáltatókat az átlagot meghaladó fejlesztésekre, hogy hiányoznak azon, a társadalom felé egyfajta felelősségvállalást demonstráló ágazati ösztönzők, díjak (pl. minőségdíj, kiválósági díj, innovációs díj), amelyeknek mérhető, globális, de legalább EU szinten összehasonlítható és

átlátható követelményrendszere van. A „szervezeti kiválóság az összeteljesítmény alapján” paradigma mellőzött, a területi ellátási kényszer van akinek játszma jellegű lehetőség. Így megfér egymás mellett a veszteséget termelő intézmény kontra kiváló orvosok, elégedett betegek, műhiba kapcsán médiabotrány, magas szövődményarány, kiugró antibiotikum felhasználás, silány minőségű legolcsóbb orvostechnikai eszközök, high-tech orvosi berendezések, alulképzett segédnővérek, kompetenciát meghaladó- vagy éppen azon aluli nővéri, rezidens orvosi feladatok, alulfizetett gazdasági-műszaki dolgozók, egyetemi oktatókórházi akkreditáció, stb.

- **A negyedik ipari forradalom kapcsán új kulcskompetenciák meghatározása az egészségügy szakszemélyzetének tudás és készségkészletében:**
 - A 4. ipari forradalom (Industry 4.0) egyik eleme az *okos egészségügy, okos egészségipar*. Ez paradigmaváltást irányoz elő mind az orvoscépzés, mind az egyéb egészségügyi szakemberképzés rendszerében valamint azoknak a kompetenciáknak a megszerzésében, amelyek a digitális világban előtérbe kerülnek.
 - Az egészségipar az egyik legdinamikusabban fejlődő versenyszegzet, az egészségipari innovációkban – beleértve a kommunikációs technológiákat is - érintett fiatal kutatók és vállalkozók a „jövő vállalkozása” paradigmaként tekintenek a területre.
 - A gyógyítás egyre inkább olyan speciális információáramlási folyamattá alakul, amelyhez nem csupán a klasszikus orvosi, élettani, hanem információtani megközelítésekre is szükség van, ezért az alábbi kompetenciákra is szert kell tennie:

Algoritmikus gondolkodás

A digitális világot csak az értheti igazán, aki tisztában van ezen tevékenységek alapjaival.

Az orvos egyben olyan információtudós (information scientist) lesz, akinek az informetria (információkeresés adat- és szövegbányászat) is alapkészségei között kell legyen.

Adatmodellezés

A „big health data” világában a betegbiztonság, az adatvédelem és a hatékonyság filozófiája előírnyozza, hogy óriási mennyiségű adathalmazokkal, adatstruktúrákkal támasszák alá a gyógyító, gondozó, megelőző egészségügyi szolgáltatást nyújtók mind az indokltságot, mind az eredményességet. Emiatt is alapvető fontosságú a világ objektumainak adatokkal való leírása: az adatmodellezés.

A valós világ modellezése

A valós jelenségeket sokszor a modelljeiken keresztül ismerjük meg. Ehhez tisztában kell lenni a modellezés alapfogalmaival, tevékenységeivel, a modellek felhasználásának módszereivel. A megismerésen túl tudatosan használni kell a modelleket valós jelenségek előrejelzésére is! A modellezés különlegessége az egészségügyi információáramlási folyamatoknál, hogy a modellek működtetése is komplex alkotó folyamat.

Problémamegoldás

A gyógyító, gondozó, megelőző, stb. egészségügyi tevékenység nagyon sok esetben problémamegoldás, a probléma minél pontosabb megfogalmazásától, a megoldás megtervezésén és elkészítésén át, a megoldás kritikus értékeléséig. A digitális világban a korábbi problémamegoldási sémák, algoritmusok (anamnézis, státusz, valószínű diagnózis, diagnosztikai vizsgálat értékelés, diagnózis, kezelési terv, kezelési terv nyomonkövetése, értékelése, összefoglalása-epikrízis) új paradigmát kap: szükség van a probléma analizálására, annak eldöntésére, hogy szükség van-e a megoldáshoz digitális, információtechnológiai eszközre, szoftverre, adatbázisra; mely eszközök használhatóak (hiteles, valid, naprakész, megbízható, stb.); hogyan használhatók; ha nincs ilyen eszköz, akkor pedig hogyan készíthet maga az „információtudós orvos” is ilyet.

Kommunikációs képesség

Napjainkra az orvos-beteg, illetve az orvos- és teamek, beteg-betegcsoportok közötti kommunikáció alapvetően megváltozott, a kommunikáló felek közé intelligens eszközök épültek be; illetve ezen intelligens eszközök újfajta kommunikációs lehetőségeket teremtettek vagy a régieket egyszerűsítik. Ezt az újfajta kommunikációt alkotó és a jogokat körültekintően figyelembe vevő módon kell használni a mindennapokban: a specialisták képzésében, a betegoktatásban, a munkahelyen, a kapcsolatteremtésben, a kikapcsolódásban és az önképzésben, a pihenésben, a fejlődésben, stb.

Alkalmazói képesség

Tisztában kell lenni azokkal a 'határterületi' tudományos eredményekkel, az új alkalmazásokkal, módszerekkel, funkcióikkal, az azokhoz tartozó informatikai eszközökkel is, amelyek eddig más szakterületek privilégiuma volt, vagy sok esetben fikció-szintűre értékelt komplementer medicina tárgykörébe tartozott. Ugyanakkor az etikai (bioetika, neuroetika, stb) megfontolások az ember általi belátóképesség és hatáskör kapcsán magasabb rendű gondolkodási sémákat fognak elvárni.

Csoportmunka, együttműködő-képesség, projektszemlélet

Az egészségügyi információáramlási, kommunikációs rendszerben az alá-fölérendeltségi hierarchia felbomlik, a digitalizáció lehetőséget teremt olyan feladatok megoldására is, melyeket nem egyetlen személy old meg. A sok évig ismeretlen kórkép, vagy egy ritka betegség felismerése, egy személyre szabott terápia megalkotása, egy új eszköz fejlesztése, egy minőségfejlesztési kérdés megoldása olyan projekt- jellegű feladatmegoldássá válik, amelyben nemcsak orvos-orvos gondolkodik együtt, hanem a beteg-orvos, orvos-

gyógyszerész, orvos-egyéb szakember, új iparági kapcsolatok életre hívása - egészségügy-szociális, egészségügy-telekommunikáció - valamint térben és időben mások eredményeinek felhasználási képességétől kezdve a projektmunkákban való részvételen át, egészen a projektek tervezéséig és megvalósításáig fog terjedni a kompetencia-igény. Mindehhez szükség van a tudásmegosztó attitűdre, az új típusú csapatmunkára, a digitális támogató eszközök használatának képességére, valamint a csoportmunka metodikájának ismeretére.

Alkotó képesség és etikai határok

Az alkotókészség fejlődése az egyszerű „utánzástól” / mintakövetéstől a mintavariáláson át a valódi kreativitásig tart. A kreativitás fogalmát újra kell értelmezni az egészség-rendszer minden szintjén, minden szereplője esetében. Nem árthat sem a hírnévnek, sem a céllal nem lehet ellentétes.

Információs tájékozódási és tájékoztatási képesség

Az információs társadalom egyik lényege az információk hozzáférési jogának biztosítása. A hatalmas információhalmazban azonban nehéz a számunkra szükséges információ megtalálása, illetve a mások számára hasznos információ olyan elrendezése, elhelyezése, hogy azt könnyen találhassák meg és hatékonyan használhassák fel. Külön kiemelendő ezen képességen belül az információ hitelességéről való meggyőződés képessége; és természetesen az elhelyezett információ hitelességének „bizonyítása” például a releváns forrásokra hivatkozás által. A média, a marketing, a promóció, a reklám olyan szereplőket szólaltat meg, véleményvezérként a köztudatba bevésve, akiket korábban csak a szűk szakmai közösség hallhatott, láthatott (pl. Csernus, Zacher).

- **A tudásátadás „Universitas” modellje**

Az orvos/egészségügyi szakember képzés színtere átalakul: nem csupán egy hagyományos orvosképző egyetem, hanem társtudományokkal (pl. vegytani- és gyógyszerészeti, mérnöktudományok, informatika, fizika, menedzsment tudományok) szorosabban, hálózatosodás elvén együttműködő egyetemek közössége lesz (universitas). A „betegakadémia” nem különül el az orvosképzéstől, annak egy kara is lehet. A curriculumok innovációja feltételezi a pedagógiai tudást.

5 ZÁRSZÓ

A megfelelő minőségű egészségügy, mint kívánt állapot eléréshez nem elégséges kizárólag a betegjogokra, a betegbiztonsági standardokra, a minőségi indikátorokra hagyatkozni. Rendszerszintű válaszok szükségesek, olyanok, amelyeknek a középpontjában a beteg áll. Emögött egy, az WHO által is támogatott koncepciót is meg kell fontolni, az alapjogokból kiinduló egészségügy koncepcióját (*human rights based approach for health*).

Egy mondatba összefoglalva azt jelenti, hogy a rendszer (újra)tervezésekor minden egyes elem kialakításakor a beteg egészséghez való jogából kell kiindulni, amihez rendszer- és nem

ágazati szintű elemzések, rendszer- és nem (csak) ágazati szintű válaszok (stratégia) szükséges.

Budapest, 2017-06-29.

Becskeházi-Tar Judit