

A klinikai hatékonyság fejlesztése az egészségügyben

szerkesztette: Gődény Sándor

pro die
KIADÓ

A klinikai hatékonyság fejlesztése az egészségügyben

szerkesztette: Gődény Sándor

70to die
KIADÓ

Bevezetés

Gődény Sándor

*„Ha hajót akarsz építeni, a férfiakat ne azért
csődítsd össze, hogy fát vágjanak, előkészítsék
a szerszámokat, és hogy szétoztd közöttük
a feladatokat; tanítsd meg őket a végtelen tenger
utáni sóvárgásra.”*

(Saint-Exupery)

Az egészségügyi ellátás reformjához nem elegendő az egészségügy szerkezetének átalakítása, új finanszírozási formák bevezetése. A tartós, eredményes reformhoz, az ellátás hatékonyságának fejlesztéséhez az irányítást, az egészségügyben dolgozók szemléletét, gondolkozását is át kell hangolni a megváltozott körülményeknek megfelelően. Ebben sokat segíthetnek az egészségüggyel kapcsolatban lévő társtudományok.

A hagyományos egészségügyi ismereteknek megvan a helye, szerepe az egészségügyi ellátásban, de a társadalom egészségügyi problémáira ez a tudás és szemlélet nagyon sok területen nem tud megfelelően hatékony megoldást nyújtani. Nem szabad tehát mereven elzárkózni attól, hogy az egészségügy panaszaira, az egészségügy reformja során felmerülő kérdések megválaszolására felhasználjuk az egészségügy társtudományai területén dolgozó szakemberek ismereteit is.

Az egészség ügyét szolgáló, tudományos alapokon nyugvó és rendszerszerű megközelítésű ismeretek sokat segíthetnek a jelenlegi problémák megoldásában. Magyarországon az egészségügyben csak az utóbbi években érett a hely-

zet arra, hogy a minőségmenedzsment jelentősége elfogadottá váljon, de ez még korántsem jelenti azt, hogy alapelvei és módszerei gyakorlatban is alkalmazásra kerülnek azokon a területeken, ahol a leginkább szükség lenne erre.

A vezető ipari vállalatok a minőségmenedzsmentet már évtizedek óta a modern vezetési rendszer alapjának tekintik. A minőségmenedzsment, vagy minőség irányultságú menedzsment rendszer, kulcsfontosságú minőségi alapelemeken nyugszik. A fő hangsúly a felhasználók megértésén és kiszolgálásán van. Elősegíti a hatékony tervezést, folyamatokra koncentráló menedzsmentet és hatékony problémamegoldó technikákat használni. Az eredmények, folyamatok formális felülvizsgálatát tartalmazza és a tervek folyamatos továbbfejlesztését. Megerősíti a vezetői képességeket és elősegíti a csapatmunkát. Végül, de nem utolsósorban elősegíti a szervezetek tanulását és a folyamatosan változó környezethez való alkalmazkodást.

A minőség megítélése sokat változott az évek során. Hagyományosan a minőségbeli törekvések csak a futószalagról lejövő termékek vizsgálatát jelentették. A minőségügyi gyakorlat manapság a folyamatok rendszerszerű fejlesztése által már inkább a megelőzést szolgálja, mint az utólagos vizsgálatot. A vezető vállalatoknál a minőségügyi módszert már minden részlegnél alkalmazzák, beleértve a marketinget és az értékesítést is. Minden országban, minden iparágban, még az oktatásban és a kormányzati szinten is sikeresen alkalmazták.

A minőség meghatározásainak az egészségügyben is óriási tárháza van. Magyarországon 1995-ben a következő meghatározás született meg, amely alapjaiban a mai napig is megállja a helyét:

„Az egészségügyi szolgáltatás minősége olyan értékítélet, mely az egészség megőrzésében, helyreállításában és fenntartásában résztvevők által kinyilvánított és elvárható igények megvalósításának mértékét fejezi ki. A megvalósulás mértéke minden egyes komponens tekintetében az arra jellemző mutatóval írható le.”
(EMIKK, 1995)¹

¹ EMIKK konszenzus konferencia (Hajdúszoboszló, 1995)

Ugyanakkor a minőség a hatékonyság növeléséről is szól, arról, hogy kevesebb ráfordítással több vagy jobb szolgáltatás valósuljon meg. Ennek eredményeként javul az érdekelt felek, főleg a páciensek megelégedettsége, és az egészségügyi szolgáltatók gazdasági és szakmai eredményei.

A minőségbiztosítás, minőségfejlesztés elvének elfogadása is – bár az utóbbi jelentősége világszerte egyre meghatározóbb a mindennapi egészségügyi ellátás során is – hazánkban még nem épült be a mindennapok gyakorlatába, gyakran csak formálisan, a gyakorlati egészségügyi munkától elkülönítve, pusztán a minőségirányítási rendszerek működtetésére korlátozódik. Fontos tudni, hogy a minőség gyakorlati megvalósítása, a minőség szemlélet elterjesztése nem merül ki a minőség szemléletű rendszerek formális működtetésében. Szükséges hozzá az a kultúra is, amely segíti az egészségügyi dolgozókat mindennapi munkájuk elvégzésében. Az egészségügyi ellátás minőségének fejlesztése nemcsak a vezetők és a menedzserek feladata.

A páciensek sorsát gyakran az egészségügyi dolgozó egyéni döntése határozza meg. E döntések meghozatalakor még napjainkban is a szűkebb értelemben vett egészségügyi ismeretek játszanak meghatározó szerepet, és még mindig nagyon ritkán kerülnek alkalmazásra az egészségügyet körülvevő szaktudományok, mint például az egészségügyi gazdaságtan, egészségügyi menedzsment vagy a minőségmenedzsment eredményei és szempontjai.

A napi gyakorlat autonómiájára hivatkozva – főleg az orvosok – még a 21. század elején is sokan elvetik a bizonyítékokon alapuló ellátás szemléletét, azt gyakran „szakácskönyv orvoslás”-nak, „szakácskönyv egészségügyi gyakorlatnak”-nak nevezik. Ugyancsak elutasítják a költség-hatékonysági vizsgálatok eredményeinek felhasználását is, ami a mindennapi ellátás során is hozzásegít ahhoz, hogy az orvos vagy más egészségügyi dolgozó – figyelembe véve a szűkösen rendelkezésre álló erőforrásokat – ne csak az *adott beteg*, hanem az *egész lakosság* egészségi állapotát javítsa a lehető legnagyobb mértékben.

Ennek érdekében szükséges a minőség szemlélet terjesztése és általános elfogadtatása. A minőség szemlélet kultúra, olyan módszertan, ami támogatja az egészségügyi dolgozókat mindennapi munkájuk elvégzése során.

„A minőség szemlélet filozófia, a módszerek és a szervezés forradalma. A minőség szemlélet arra készíti az embereket, hogy nézzenek szembe az érdekek ellentmondásaival, ahol az egyik tényező emelése szükségszerűen maga után vonja a másik tényező csökkenését, és ezekre az ellentmondásokra határozott megoldást dolgozzanak ki.” (Øvretveit, 1999)

Könyvünk ennek megvalósulásához kíván segítséget nyújtani: segíteni szeretne annak megértésében, hogy az egészségügyi ellátás gyakorlata nem nélkülözheti a minőség szemléletet.

Nem az a kérdés tehát, hogyan lehet az egészségügyi ellátás mellett egészségügyi minőségbiztosítással is foglalkozni, hanem az, hogy hogyan lehet magas színvonalú és jó minőségű ellátást megvalósítani, hiszen a kettő egymást feltételezi, egymástól elválaszthatatlan.

Tartalom

I. rész: Az egészségügy helyzete és a minőségmenedzsment alapjai

1. A hatékony egészségügyi ellátást indokló körülmények az egészségügyben (*Gődény Sándor–Kincses Gyula*)
2. Az egészségügyi ellátás minőségének alapjai (*Gődény Sándor*)
3. Minőségfejlesztés az egészségügyben (*Gődény Sándor–Topár József*)

II. rész: A szakmai hatékonyság megvalósulása, szakmai audit

4. A hatékony egészségügyi ellátás alapelvei és megvalósításának lépései (*Gődény Sándor*)
5. Irodalomkutatás, az irodalom kritikus elemzése (*Bereczki Dániel–Mogyorósi Zsolt*)
6. A kutatás jelentősége a klinikai hatékonyság megvalósításában (*Gődény Sándor*)
7. Az egészségügytechnológia-elemzés szerepe a minőségmenedzsmentben (*Mogyorósy Zsolt*)
8. Szakmai irányelvek fejlesztése (*Dobos Éva–Nagy Éva–Horváth Andrea*)
9. Bizonyítékokon alapuló orvosi gyakorlat (*Gődény Sándor*)
10. Minőségi indikátorok fejlesztése (*Mogyorósy Gábor*)
11. A klinikai audit lépései (*Gődény Sándor*)
12. Klinikai hatékonyság az ápolásban (*Betlehem József*)
13. A stroke-betegek ápolása és rehabilitációja, egységes ápolási irányelveinek fejlesztése – a bevezetését vizsgáló klinikai audit tapasztalatai (*Balogh Zoltán*)

14. A hatékonyságot támogató modellek, minőségirányítási és standard-rendszerek (*Gődény Sándor–Szy Ildikó–Sinka Miklósné–Dobos Éva–Balogh Sándor–Füredi Gyula–Uhrík Tibor–Tarr Judit–Topár József*)

III rész: Módszerek

15. A csapatmunka (*Katonai Zsolt*)
16. Minőségfejlesztő projekt tervezése (*Katonai Zsolt*)
17. A minőségfejlesztés eszközei az egészségügyben (*Topár József–Katonai Zsolt–Gődény Sándor*)
18. A klinikai epidemiológiai kutatások tervezésének és értékelésének fő lépései (*Gődény Sándor–Kardos László*)
19. Integrált minőségirányítás – az integrált szemléletű auditálás módszertana (*Tarr Judit*)

1. fejezet

A hatékony egészségügyi ellátást indokló körülmények az egészségügyben

Gődény Sándor–Kincses Gyula

„Az egészségügyi szolgáltatás minősége olyan értékítélet, mely az egészség megőrzésében, helyreállításában és fenntartásában résztvevők által kinyilvánított és elvárható igények megvalósításának mértékét fejezi ki...”

(EMIKK, 1995)

Az egészségügy a 20. század utolsó évtizedeiben jelentős változáson és fejlődésen ment át. Megváltoztak a megbetegedési és a halálozási arányszámok, az ellátás során alkalmazott diagnosztikai technológiák és terápiás módszerek. Ugyanakkor az egészségügyi ellátórendszer szerkezete, a szolgáltatások összetétele, az ellátási szintek igénybevétele *nem követte* sem az orvostudomány, sem az orvostechika fejlődését, sem a megváltozott szükségleteket, igényeket. Mindennek következtében nőtt a rendelkezésre álló pénzügyi források és a struktúra forrásigénye közötti *szakadék*. A változatlan szerkezet és működési mód mellett az ellátás minősége elmarad a kívánalmaktól; megfelelő változtatás nélkül előbb-utóbb komoly *működési zavarok* alakulnak ki.

A feszültség feloldására – egyéb szükséges változtatások, mint pl. a kapacitások, az igénybevétel szabályozása, a költségérzékenység érvényesítése – a

hatékonyság alapelvét előtérbe helyező *minőségirányítási elvek és módszerek* alkalmazása adhat segítséget a 21. század egészségügyi problémáinak megoldásához.

Az első fejezet összefoglalja az egészségügy jelenlegi helyzetét, kiemelve azokat a problémákat, amelyek indokolják a minőségmenedzsment térnyerését és a klinikai hatékonyságra való törekvést az egészségügyi ellátás során.

A fejezet felépítése

1.1. A 21. SZÁZAD ELEJÉNEK MEGVÁLTOZOTT VISZONYAI

- 1.1.1. Demográfiai változások
- 1.1.2. A betegségek előfordulási arányában bekövetkezett változások
- 1.1.3. Az egészségügy tudományos-technológiai fejlődése
 - 1.1.3.1. Egészségügyi kutatások
 - 1.1.3.2. Diagnosztikai eljárások
 - 1.1.3.3. Terápiás technológiák
 - 1.1.3.3.1. Új műtéti eljárások
 - 1.1.3.3.2. Gyógyszeres eljárások
- 1.1.4. Az informatika és a kommunikáció fejlődése
- 1.1.5. Változások az egészségügyi dolgozók és a betegek viszonyában

1.2. HIBÁK AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS NAPI GYAKORLATÁBAN

- 1.2.1. Nemzetközi tapasztalatok

1.3. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZEREK HELYZETE

- 1.3.1. Válságban az egészségügyi ellátórendszerek
- 1.3.2. Az egészségügyi ellátórendszerek finanszírozása
 - 1.3.2.1. Az egészségügy részesedése a GDP-ből
 - 1.3.2.2. A GDP és az egészségi állapot

1.4. MAGYARORSZÁG EGÉSZSÉGÜGYI HELYZETE

- 1.4.1. Magyarország lakosságának egészségi állapota
 - 1.4.1.1. Demográfiai helyzet
 - 1.4.1.1.1. A születések számának alakulása

- 1.4.1.1.2. A születéskor várható élettartam
- 1.4.1.1.3. Öregedés
- 1.4.1.2. Halálozási adatok
- 1.4.1.3. A lakosság életmódja
- 1.4.2. A magyarországi egészségügyi ellátórendszer
 - 1.4.2.1. Az egészségügyi ellátórendszer struktúrája
 - 1.4.2.1.1. Az ellátórendszer finanszírozása
 - 1.4.2.1.1.1. Az alapellátás finanszírozása
 - 1.4.2.1.1.2. A járóbeteg-szakellátás finanszírozása
 - 1.4.2.1.1.3. A fekvőbeteg-ellátás finanszírozása
 - 1.4.2.1.2. Az ellátórendszer szerkezete
 - 1.4.2.1.2.1. Alapellátás
 - 1.4.2.1.2.2. Járóbeteg-szakellátás
 - 1.4.2.1.2.3. Fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás
 - 1.4.2.1.2.4. Otthoni szakápolás
 - 1.4.2.1.2.5. Szociális gondozás
 - 1.4.2.1.2.6. A sürgősségi betegellátás helyzete
 - 1.4.2.1.3. Eszközök, műszerek, gyógyszerek, információs technológia
 - 1.4.2.1.4. Humán erőforrás
 - 1.4.2.2. Az ellátórendszer folyamatai
 - 1.4.2.3. Az ellátórendszer eredménye
- 1.5. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS HATÉKONYSÁGÁNAK JAVÍTÁSA**
 - 1.5.1. A hatékonyság javításának szempontjai
 - 1.5.2. Az egészségügyi ellátás finanszírozása
 - 1.5.3. Bizonyítottan hatékony egészségügyi technológiák alkalmazása
 - 1.5.4. Az érdekeltség megteremtése
 - 1.5.5. Az átláthatóság biztosítása
 - 1.5.6. Jogszabályok alkalmazása
 - 1.5.7. Minőségbiztosítási rendszerek

2. fejezet

Az egészségügyi ellátás minőségének alapjai

Gődény Sándor

„A minőség az egészségügyi ellátás lényegi és nélkülözhetetlen összetevője, és a mennyiségi és költségmutatók mellett minden egészségügyi ellátó tevékenység normális jellemzője. A betegellátás jó minősége minden betegnek és közösségnek joga, és valamennyi tagállam kiemelt feladatává vált, különösen a korlátozott források és a költségvetési korlátozások helyzetében.”

(az Európa Tanács Miniszteri Bizottságának R /97/ 17. sz. ajánlása)

Az egészségügyi ellátás problémáinak megoldása, az egészségügyi ellátórendszer reformja, illetve az egészségügyi szolgáltató szervezetekben folyó megelőző, diagnosztikai, terápiás és rehabilitációs tevékenység fejlesztése csak akkor valósítható meg, ha az egészségügyi ellátás minőségét meghatározó dimenziók problémái *komplex* módon kerülnek megoldásra.

A legmodernebb egészségügyi technológiák alkalmazása csak akkor biztosítja a gyakorlatban is az ellátás fejlődését, ha az társul *a vezetők és a dolgozók minőség iránti elkötelezettségével*, s ha a *minőségfejlesztés* alapelvei integrálódnak az egészségügyi szolgáltatás struktúrájába és folyamataiba.

A *minőség* megítélése sokat változott az évek során. A vezető vállalatoknál a minőségügyi módszert már minden részlegnél alkalmazzák, beleértve a mar-

ketinget és az értékesítést is. Elkerülhetetlen tehát, hogy a minőség az egészségügyi ellátásban is meghatározó legyen.

Bár a hagyományos menedzsmentszemlélet is eredményezhet javulást az egészségügyi ellátás minőségében, de a fejlődésnek gátat szab, ha a minőség megvalósulásához hiányzik a *minőségfejlesztési módszerek* alkalmazása, a dolgozók *felelősségének* kialakítása, illetve ha a minőségfejlesztő programokba való bevonásuk nem történik meg.

A második fejezet a szakmai minőségfejlesztéshez szükséges minőségmenedzsment elméleti alapjait, az egészségügyi ellátás minőségét meghatározó dimenziókat és az ellátás minőségének mérését ismerteti.

A fejezet felépítése

2.1. A MINŐSÉGSZEMLELET FOGALMA

2.1.1. A minőségszemlélet mint filozófia

2.1.1.1. A vevő

2.1.1.2. Folyamatos fejlesztés

2.1.1.3. Teljes elkötelezettség és felhatalmazás

2.1.2. A minőségszemlélet mint módszer

2.1.3. A minőségszemlélet mint szervezési készség

2.2. MINŐSÉGMENEDZSMENT ÉS EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS

2.3. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS MINŐSÉGE

2.3.1. A minőség meghatározásának problémája

2.3.2. Az egészségügyi ellátás minőségének összetevői

2.3.2.1. Az ellátás technikai jósága

2.3.2.2. A kapcsolatrendszerek jósága

2.3.2.3. Az ellátás környezete

2.3.3. Összhangba hozott komponensek

2.4. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS DIMENZIÓI

2.4.1. A struktúra dimenziója

2.4.2. A folyamat dimenziója

2.4.3. Az eredmény dimenziója

2.4.3.1. Klinikai eredmények

2.4.3.2. Elégedettség

2.4.3.2.1. A betegek elégedettsége

2.4.3.2.2. A dolgozók elégedettsége

2.4.3.3. Gazdasági eredmények

2.4.3.4. Társadalmi kihatás

2.4.4. A struktúra, a folyamat és az eredmény eltérő szempontjai

2.5. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS MINŐSÉGÉNEK MÉRÉSE

2.5.1. Adatkezelés az egészségügyi ellátás minőségének mérése során

2.5.2. A minőség mérése a Donabedian-féle dimenziók szerint

2.5.2.1. A struktúra mérése

2.5.2.2. A folyamat mérése

2.5.2.3. Az eredmény mérése

2.5.2.3.1. A klinikai eredmények mérése

2.5.2.3.2. Az elégedettség mérése

2.5.2.3.2.1. A betegelégedettség mérése

2.5.2.3.2.2. A dolgozói elégedettség mérése

2.5.2.3.3. A gazdaságosság mérése

2.5.2.3.3.1. Intézményi monitoring rendszer

2.5.2.3.3.2. A minőségköltség mérése

2.5.2.3.4. A társadalmi kihatás mérése

2.5.3. Mérés kritériumokkal, standardokkal és indikátorokkal

2.5.3.1. A kritériumok fogalma

2.5.3.2. A standard fogalma

2.5.3.3. Az indikátorok fogalma

2.5.4. A minőség mérésének egyéb formái

2.5.4.1. Hatósági engedélyezési eljárás

2.5.4.2. Az auditálás formái

2.5.4.2.1. Belső felülvizsgálat

2.5.4.2.2. A beszállító minősítése

2.5.4.2.3. Külső audit

2.5.4.3. Klinikai audit

2.5.4.4. Önértékelés

3. fejezet

Minőségfejlesztés az egészségügyben

Gődény Sándor–Topár József

*„Amennyiben valóban elkötelezettek vagyunk
a minőség fejlesztése iránt, szinte minden
minőségfejlesztési mechanizmus működni fog.
Ha nem, akkor a lelegegánsabban felépített
módszer is csődöt fog mondani.“*

(Avedis Donabedian)

A minőség a vezetésről, a szemléletről, a változásról, a fejlődésről is szól, nem csupán a feltárt hibák kijavításáról. Az elért eredmények objektív értékelése érdekében – ez az egyik feltétele a fejlődést biztosító célok meghatározásának, az elért eredmények fejlesztésének – az egészségügyi szolgáltató szervezetek vezetésének ki kell alakítania azt a szemléletet, amelynek révén *a szervezet minden szintjén dolgozó összes munkatárs* rendszeresen alkalmazza a feladatok megoldásához szükséges és rendelkezésére álló minőségfejlesztő módszereket és eszközöket. A minőségfejlesztés nem lesz eredményes, ha ezeket csak a vezetők alkalmazzák, hiszen a minőségfejlesztő módszerek jól alkalmazhatók a minőség szakmai dimenziója, a szakmai folyamatok folyamatos fejlesztése során, tehát a mindennapi munkában is.

A fejezetnek nem célja a stratégiai tervezés és a vezetői feladatokhoz tartozó menedzsmentmódszerek ismertetése. Fontos azonban tudni, hogy a minőség csak a minőségszemlélettel és az egyéb szervezeti működésre ható menedzs-

mentmódszerek együttes alkalmazásával valósítható meg. Az eredményes és hatékony fejlesztéshez *a vezetés elkötelezettsége* mellett elengedhetetlen az alapvető *minőségfejlesztő eszközök* ismerete, illetve a csapatmunkában végzett *projekttervezés*.

A harmadik fejezet a változtatás és a minőségfejlesztés alapelveit és lépéseit foglalja össze. Ezek ismerete és alkalmazása a mindennapi egészségügyi ellátás körülményei között sem nélkülözhető a klinikai hatékonyság megvalósításához.

A fejezet felépítése

3.1. PROBLÉMA MEGOLDÁS ÉS VÁLTOZTATÁS AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

3.1.1. Az eredményes problémamegoldás szükségessége

3.1.2. Változtatás az egészségügyben

3.1.2.1. Változtatás az egyének szintjén

3.1.2.2. Változtatás a csoportok szintjén

3.1.2.3. Változtatás a szervezet szintjén

3.1.3. A változtatásra ható tényezők

3.2. MINŐSÉGFEJLESZTÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

3.2.1. Az egészségügyi ellátás minőségének fejlesztése a donabediani dimenziók szerint

3.2.1.1. A struktúra minőségének fejlesztése

3.2.1.2. A folyamatok minőségének fejlesztése

3.2.1.3. Az eredmény minőségének fejlesztése

3.2.2. Minőségfejlesztés az érdekelt felek szerint

3.2.2.1. A minőség és a vezetők

3.2.2.2. A minőség és az egészségügyi szakemberek

3.2.2.3. A minőség és a páciensek

3.3. A MINŐSÉGFEJLESZTÉS FORMÁJA ÉS ALAPELVE

3.4. KONCENTRÁLÁS A FOLYAMATOK FEJLESZTÉSÉRE

3.4.1. A folyamatmenedzselés hat összetevője

3.4.2. A kulcsfontosságú folyamatok definiálása

3.4.3. Hat lépés a folyamatjavítás felé

3.4.3.1. A módszer alapelve és alkalmazhatósága

3.4.3.2. A folyamatjavítási modell

3.4.3.2.1. A folyamat azonosítása és dokumentálása

3.4.3.2.2. A folyamat működésének mérése

3.4.3.2.3. Az okok megértése

3.4.3.2.4. Új folyamatok kifejlesztése és kipróbálása

3.4.3.2.5. Megoldások bevezetése a gyakorlatba és a hatás értékelése

3.5. A PDCA KÖR LÉPÉSEINEK EGÉSZSÉGÜGYI ALKALMAZÁSA

3.5.1. Tervezés (PLAN)

3.5.2. Cselekvés (DO)

3.5.3. Ellenőrzés (CHECK)

3.5.4. Visszacsatolás (ACT)

3.6. A TELJESÍTMÉNY MÉRÉSE

3.6.1. Mérés három szinten

3.6.2. Mérés négy dimenzióban

4. fejezet

A hatékony egészségügyi ellátás alapelvei és megvalósításának lépései

Gődény Sándor

*„Nem az a mester, aki sokat csinál,
hanem az, aki jól csinálja.”*

(Anatole France)

Az egészségügyi ellátórendszer forrásszűkében van, de ugyanakkor pazarló is. A korlátozott finanszírozási lehetőségek miatt a pazarlás megszüntetése, a felesleges vagy a nem kellően hatékony, rossz minőségű egészségügyi szolgáltatások visszaszorítása a cél. A rossz minőségű ellátás költségei – többek között – magukban foglalják a nem költséghatékony diagnosztikai és terápiás eszközök beszerzését és alkalmazását, a nem megfelelő vagy a megismételt diagnosztikai és terápiás eljárások költségeit, a felesleges visszarendeléseket, a kórházi ápolási idő optimálistól eltérő időtartamát.

Minőségbiztosítási szempontból azonban vannak még olyan lehetőségek az egészségügyi ellátásban, amelyek a közgazdasági értelemben vett hatékonyságon kívül hozzájárulnak az egészségügyi ellátás hatékonyságának fejlesztéséhez. A fejezet második felében a klinikai hatékonyság megvalósításának ajánlott lépéseit mutatjuk be. Ezek közül a bizonyítékokon alapuló egészségügyi ellátásra és a klinikai audit jelentőségére hívjuk fel a figyelmet, hiszen a gyakorlatban az egészségügyi dolgozó e területeken tud legtöbbet tenni a klinikai hatékonyság megvalósulásáért.

A negyedik fejezet az egészség-gazdaságtani kutatások és a klinikai hatékonyság jelentőségét elemzi.

A fejezet felépítése

4.1. A HATÉKONY EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS EGÉSZSÉGÜGYI-KÖZGAZDASÁGI SZEMPONTJAI

4.1.1. Hatásosság kísérleti körülmények között

4.1.2. Hatékonyság

4.1.2.1. Technikai hatékonyság

4.1.2.1.1. A technikai hatékonyság fogalma

4.1.2.1.2. A technikai hatékonyság fejlesztése

4.1.2.2. Termelési hatékonyság

4.1.2.3. Allokációs hatékonyság

4.1.2.3.1. Az allokációs hatékonyság fogalma

4.1.2.3.2. Az allokációs hatékonyság fejlesztése

4.1.2.4. A technikai, a termelési és az allokációs hatékonyság összefüggései

4.1.2.5. Egészség-gazdasági elemzések

4.2. A KLINIKAI HATÉKONYSÁG

4.2.1. A klinikai hatékonyság fogalma és jelentősége

4.2.2. A hatékonyság és a minőségbiztosítás kapcsolata

4.3. KLINIKAI HATÉKONYSÁGI KÖR

4.3.1. Kutatás

4.3.2. Egészségügyitechnológia-elemzés

4.3.2.1. Az egészségügyi technológiák felosztása

4.3.2.1.1. Az egészségügyi technológiák osztályozása anyagi természetük szerint

4.3.2.1.2. Az egészségügyi technológiák csoportosítása az ellátás célja szerint

4.3.2.2. Az egészségügyi technológiák életciklusa

4.3.2.3. Az egészségügyitechnológia-elemzés csoportjai irányzat szerint

4.3.2.4. Az egészségügyitechnológia-elemzés kapcsolata a kutatással

4.3.2.5. Az egészségügyitechnológia-elemzés kapcsolata a minőségfejlesztéssel

4.3.3. Szakmai irányelvek fejlesztése

4.3.4. Bizonyítékokon alapuló egészségügyi ellátás

4.3.4.1. A bizonyítékokon alapuló gyakorlat értelmezése és jelentősége

4.3.4.2. A bizonyítékokon alapuló orvoslás téves értelmezései

4.3.4.3. A bizonyítékokon alapuló egészségügyi ellátás szükségessége

4.3.5. Klinikai audit

4.3.5.1. A klinikai audit fogalma

4.3.5.2. A klinikai audit formái

4.4. A KLINIKAI HATÉKONYSÁG MEGVALÓSULÁSÁNAK TÁMOGATÁSA

5. fejezet

Irodalomkutatás, az irodalom kritikus elemzése

Bereczki Dániel–Mogyorósy Zsolt

„Súlyos kritikája az orvosi szakmának, hogy eddig nem hozta létre szakterületenként, illetve részterületenként az összes randomizált kontrollált vizsgálat rendszeresen felfrissített, kritikus összefoglalóját.”

(Archie Cochrane)

A szakmai minőségfejlesztés gyakorlati megvalósítása érdekében egyre inkább elvárható az egészségügyi dolgozóktól, hogy az *elsődleges adatgyűjtés* alapvető módszertanán kívül tájékozottak legyenek a *másodlagos adatgyűjtésben* és a talált irodalmi adatok *kritikus elemzésében*. E készségek elsajátításával az egészségügyi szakdolgozók gyorsan megbízható válaszokat kaphatnak a felvetődő klinikai és menedzsmentkérdésekre. Annak ellenére, hogy az irodalomkutatást másodlagos kutatásnak is nevezik, annak lényegét, módszereit még a primer kutatás alapjait ismertető fejezet elolvasása előtt célszerű megismerni, hiszen a primer kutatás tervezéséhez, eredményeinek értékeléséhez is nélkülözhetetlen a szakirodalom ismerete és az irodalmi adatok kritikus értékelése. Fontos azonban látni, hogy a primer és a szekunder jelzők nem a kutatás minőségének értékmérő kategóriái, hanem egymást kiegészítő, egyaránt fontos és egyformán nélkülözhetetlen tudományos módszerek.

A vizsgált kérdés szempontjából fontos és megbízható adatok megtalálása és elemzése nemcsak a primer kutatáshoz, hanem az egészségügyitechnológia-elemzéshez, az irányelvek fejlesztéséhez és a bizonyítékon alapuló egészségügyi ellátás megvalósításához is nélkülözhetetlen.

Az ötödik fejezet ehhez a hatékony irodalomkutatáshoz és az irodalmi adatok kritikus értékeléséhez nyújt segítséget – ezek elválaszthatatlanok az egészségügyi ellátás minőségének fejlesztésétől.

A fejezet felépítése

5.1. AZ ELSŐDLEGES ÉS A MÁSODLAGOS ADATGYŰJTÉS

5.2. A KERESÉS MÓDSZEREI: A MEDLINE ÉS EGYÉB INTERNETES

ADATBÁZISOK ALKALMAZÁSA

5.2.1. Hatékony irodalmazás

5.2.2. A „szürke irodalom”

5.2.3. Köztes és végső eredmény

5.2.4. A publikációs hiba

5.2.5. Mi a legmegbízhatóbb tudományos eredmény (információ)?

5.3. SZISZTEMATIKUS ÉS NEM SZISZTEMATIKUS MÁSODLAGOS ADATELEMZÉSEK

5.3.1. A szisztematikus és a nem szisztematikus másodlagos adatelemzések fogalma

5.3.2. A szisztematikus áttekintések jelentősége a bizonyítékokon alapuló orvosi gyakorlatban

5.3.3. Az elektronikus adatbázisok előnyei

5.3.4. A szisztematikus összefoglalók szükségessége

5.4. A COCHRANE-EGYÜTTMŰKÖDÉS

5.4.1. A Cochrane-együttműködés története, céljai

5.4.2. A Cochrane-könyvtár és az abban szereplő adatbázisok

5.4.3. A szisztematikus összefoglalók elkészítésének lépései a Cochrane-együttműködésben

5.5. A SZAKIRODALOM KRITIKUS ÉRTÉKELÉSE

5.5.1. Az eredmények értékelésének általános szempontjai

5.5.2. A diagnosztikai módszert ismertető irodalom kritikus elemzése

5.5.3. A prognózisra vonatkozó eredményeket ismertető irodalom kritikus elemzése

5.5.4. A prevenciók eljárást ismertető irodalom kritikus értékelése

- 5.5.5. A terápiás módszert ismertető irodalom kritikus elemzése
 - 5.5.5.1. A kezelés hatásosságának értékelése
 - 5.5.5.2. Statisztikailag szignifikáns és klinikailag is jelentős változás
- 5.5.6. A szisztematikus áttekintések kritikus elemzése
- 5.5.7. Az eljárás-értékelések kritikus elemzése
- 5.5.8. Az egészség-gazdaságtani értékeléseket ismertető dokumentumok kritikus elemzése
- 5.5.9. A klinikai döntéselemzések kritikus elemzése
- 5.5.10. Az irányelvek kritikus elemzése

6. fejezet

A kutatás jelentősége a klinikai hatékonyság megvalósításában

Gődény Sándor

*„A Tudomány nagy tragédiája
egy gyönyörű hipotézis halála
egy csúnya tény miatt.”*

(T. H. Huxley)

A kutatás célja új, megbízható *információ* szerzése. Új *bizonyítékok* nélkül nem lehet eredményes és hatékony egészségügyi ellátást megvalósítani, ezért a kutatással kapcsolatos alapismeretekre mindenkinek szüksége van, aki az egészségügyi ellátás minőségének fejlesztésén dolgozik. A kutatás módszereinek ismerete szükséges a *szakmai irodalom* értékeléséhez, a *szakmai irányelvek* és *indikátorok* fejlesztéséhez is.

Mivel a kutatás egyes lépései hasonlóak a klinikai audithoz, a kutatási ismeretek felhasználhatók a klinikai audit tervezése, lefolytatása és eredményének értékelése során is. Nem utolsósorban: az egészségügyi dolgozóknak ismerniük kell a kutatással kapcsolatos alapfogalmakat a betegek megfelelő tájékoztatása érdekében is, hiszen a pácienseik különböző obszervációs vagy intervenciós kutatások alanyai is lehetnek.

A hatodik fejezet – a klinikai hatékonyság megvalósítása érdekében végzett kutatás szükségességének indoklása mellett – a kutatási eredményeknek az egészségügyi ellátás minőségfejlesztése terén történő hasznosítási lehetőségeit és módjait mutatja be.

A fejezet felépítése

6.1. A KUTATÁS JELENTŐSÉGE AZ EGÉSZSÉGÜGYI HATÉKONYSÁG MEGVALÓSÍTÁSÁBAN

6.1.1. A klinikai tudás természete

6.1.2. A kutatás szükségessége az egészségügyi minőségfejlesztésben

6.2. AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN VÉGZETT KUTATÁSOK CSOPORTOSÍTÁSA

6.2.1. A vizsgálat általános módszertana

6.2.1.1. Kvantitatív kutatások

6.2.1.2. Kvalitatív kutatások

6.2.1.3. Kombinált kutatási stratégiák

6.2.2. Az expozíció tervezése

6.2.2.1. Nem experimentális (obszervációs) kutatási modell

6.2.2.2. Experimentális kutatási modell

6.2.3. A kutatás célja és az alkalmazott eszközök

6.2.3.1. Orvosbiológiai kutatások

6.2.3.1.1. A betegségek patomechanizmusát vizsgáló kutatások

6.2.3.1.2. Humán szövetten végzett in vitro kutatások

6.2.3.1.3. Az ember egészségét, betegségét modellező kutatások

6.2.3.1.4. A betegségek megelőzését, kezelését vizsgáló kutatások

6.2.3.1.5. Területi epidemiológiai kutatások

6.2.3.1.6. Az egészségügyi technológia fejlesztésével kapcsolatos kutatások

6.2.3.1.7. Az egészségügyi ellátást vizsgáló kutatások

6.2.3.2. Egészség-gazdaságtani kutatások

6.2.3.3. Szociológiai kutatások

6.2.3.4. Pszichológiai kutatások

6.2.3.5. Elégedettségi vizsgálatok

6.2.3.5.1. Betegelégedettségi vizsgálatok

6.2.3.5.2. Dolgozói elégedettségi vizsgálatok

6.2.3.5.3. Az elégedettségi vizsgálatok lépései

6.3. KLINIKAI EPIDEMIOLÓGIAI VIZSGÁLATOK

6.3.1. A klinikai epidemiológia fogalma és jelentősége

6.3.2. A klinikai epidemiológia és a klinikai gyakorlat

6.3.2.1. Diagnosztikai kutatások

6.3.2.2. Etiológiai kutatások

6.3.2.3. Prognosztikai kutatások

6.3.2.4. Terápiás kutatások

6.3.2.5. Prevenciós kutatások

6.3.3. A klinikai epidemiológiai kutatások a vizsgálati elrendezés szerint

6.3.3.1. Obszervációs vizsgálatok

6.3.3.1.1. Deskriptív vizsgálatok

6.3.3.1.2. Analitikus vizsgálatok

6.3.3.2. Experimentális vizsgálatok

6.3.3.2.1. Nem véletlen besorolású experimentális vizsgálatok

6.3.3.2.2. Randomizált kontrollált vizsgálatok

7. fejezet

Az egészségügyitechnológia- elemzés szerepe a minőségmenedzsmentben

Mogyorósy Zsolt

*„Az egészségügyi ellátást javítani kell azzal,
hogy a bizonyítékokon alapuló orvostudomány
és a technológiaelemzés eredményei
a döntéshozatalban felhasználásra kerülnek...”*
(az Európa Tanács Miniszteri Bizottságának R /97/ 17. sz. ajánlása)

Az egészségügyi technológiák robbanásszerű fejlődése szükségessé teszi azok objektív értékelését. Ennek során körültekintően elemzik és összevetik a rendelkezésre álló régi és új technológiák (prevenciós, diagnosztikai, terápiás eljárás stb.) biztonságát, hatásosságát, költséghatékonyágát, illetve támogatott körbe vételüknek a társadalmi, jogi és etikai vonatkozásait.

Az egészségügyitechnológia-elemzés korszerű *explicit módszertan* segítségével segíti annak eldöntését, hogy a forgalomba hozott egészségügyi technológiák közül – a társadalom igényét és a gazdaság teherbíró képességét egyaránt figyelembe véve – mely eljárások kerüljenek támogatásra.

Az egészségügyitechnológia-elemzés segíti a *szakmai irányelvek, standardok és minőségi indikátorok* kifejlesztését. Az egészségügyi rendszer minőségének optimalizálásához egyre nagyobb szükség lenne arra, hogy az értékelések eredményeit minél nagyobb súllyal vegyék figyelembe az egészségügyi döntéshozók mind az ágazati irányításban, mind a betegágyánál.

A hetedik fejezet az egészségügyitechnológia-elemzés jelentőségét és az elemzés elvégzésének fő lépéseit ismerteti.

A fejezet felépítése

7.1. AZ EGÉSZSÉGÜGYITECHNOLÓGIA-ELEMZÉS FOGALMA, JELENTŐSÉGE ÉS CÉLJAI

- 7.1.1. Az egészségügyitechnológia-elemzés és a minőség
- 7.1.2. Mi az egészségügyitechnológia-elemzés?
- 7.1.3. Mi nem célja az egészségügyitechnológia-elemzésnek?
- 7.1.4. Mikor érdemes egészségügyitechnológia-elemzést készíteni?
- 7.1.5. Ki készítsen, illetve kik készítenek egészségügyitechnológia-elemzést?
- 7.1.6. Etika és egészségügyitechnológia-elemzés
- 7.1.7. Rövid vagy részletes egészségügyitechnológia-elemzést készítsünk?

7.2. AZ EGÉSZSÉGÜGYITECHNOLÓGIA-ELEMZÉS ALAPVETŐ LÉPÉSEI

- 7.2.1. Első lépés: a téma megválasztása
- 7.2.2. Második lépés: a fontossági sorrend kialakítása
- 7.2.3. Harmadik lépés: az egészségügyitechnológia-elemzés céljának meghatározása
- 7.2.4. Negyedik lépés: az egészségügyiszolgáltatás-szükséglet megítélése
- 7.2.5. Ötödik lépés: a már meglévő tudományos információk összegyűjtése
- 7.2.6. Hatodik lépés: a tudományos eredmények kritikus értékelése
- 7.2.7. Hetedik lépés: új elsődleges adatgyűjtés
- 7.2.8. Nyolcadik lépés: egészség-gazdaságtani (költség-hatékonyság) elemzés
 - 7.2.8.1. Az egészség-gazdaságtani elemzés formája
 - 7.2.8.2. Az egészségnyereség mérése
 - 7.2.8.3. A költségek mérése
 - 7.2.8.4. Az egészségnyereség és a költségek diszkontálása
 - 7.2.8.5. Az egészségnyereségre és a költségekre vonatkozó adatok szintézise
 - 7.2.8.6. A költségvetési kihatás becslése
 - 7.2.8.7. A bizonytalanság kezelése az egészség-gazdaságtani elemzések során
- 7.2.9. Kilencedik lépés: az eredmények összesítése és interpretálása
 - 7.2.9.1. Az eredmények összegzése

- 7.2.9.1.1. Narratív szintézis
- 7.2.9.1.2. Meta-analízis
- 7.2.9.1.3. Döntéselemzés – modellezés
- 7.2.9.1.4. Konszenzusriport vagy irányelv
- 7.2.9.2. Az eredmények interpretálása
- 7.2.10. Tizedik lépés: az ajánlások és következményeik megfogalmazása
 - 7.2.10.1. Általános szempontok és formai követelmények
 - 7.2.10.2. Az új gyógyító-megelőző eljárás támogatásának hatása a biztosító költségvetésére
 - 7.2.10.3. A méltányosság és az elosztási igazságosság szempontjainak mérlegelése
- 7.2.11. Tizenegyedik lépés: a terjesztési stratégia kidolgozása
 - 7.2.11.1. A korszerű ismeretek alkalmazásának nehézségei
 - 7.2.11.2. Hogyan birkózhatunk meg az ellenállásokkal?
- 7.2.12. Tizenkettedik lépés: az elemzés hatásának vizsgálata
- 7.3. A TECHNOLÓGIAELEMZÉS MINŐSÉGBIZTOSÍTÁSA**

8. fejezet

Szakmai irányelvek fejlesztése

Dobos Éva–Nagy Éva–Horváth Andrea

*„Az ellátási igény változékonysága megengedi
a döntésekben a szabad választást, de a minőségben
nem engedhető meg a változékonyság.”*

(Pendleton)

A betegségek megelőzésére, diagnosztizálására, kezelésére – ezen belül a különböző kezelési eljárásokra – számos különböző szintű és minőségű módszertani anyag (módszertani levél, szakmai irányelv, útmutató, ajánlás stb.) áll rendelkezésünkre, ám ezek kidolgozásának módszertana sok esetben ismeretlen.

Az irányelvfejlesztés egyik legfontosabb szempontja, hogy a fejlesztők találják meg az egyensúlyt a bizonyítékokra alapozottságból eredő *komplexitás* és a felhasználást segítő *egyszerűség* között. Ez feltételezi *releváns és valid bizonyítékok* megadását, ami a fejlesztés legkényesebb pontja, miután ezek gyakran nem állnak rendelkezésre, vagy ha igen, nehéz a megtalálásuk, illetve problémás a mértéktartó használatuk.

A nyolcadik fejezet, a szakmai irányelvek alapelvein és az egységes, tudományos módszertan alapján történő fejlesztésének lépésein kívül, ismerteti az irányelvek terjesztésének, bevezetésének stratégiáját is, mely nélkül az egészségügyi ellátás szakmai minőségének fejlődése nem valósulhatna meg a mindennapi gyakorlatban.

A fejezet felépítése

8.1. A SZAKMAI IRÁNYELVEK FOGALMA, JELENTŐSÉGE

8.2. A SZAKMAI IRÁNYELVEK ALKALMAZÁSÁNAK ELŐNYEI

- 8.2.1. A variabilitás csökkentése
- 8.2.2. A klinikai döntések támogatása
- 8.2.3. A képzés, tanulás alapja
- 8.2.4. A tudományos eredmények alkalmazása a gyakorlatban
- 8.2.5. A betegek és a közösség tájékoztatása
- 8.2.6. A kompetenciaszintek meghatározásának alapja
- 8.2.7. A minőségi betegellátás iránti elkötelezettség demonstrálása
- 8.2.8. A szakmai együttműködés eszköze

8.3. A SZAKMAI IRÁNYELVEK FAJTÁI A KIFEJLESZTÉS MÓDSZERTANA ALAPJÁN

- 8.3.1. Informális konszenzuson alapuló irányelvek/ajánlások
- 8.3.2. Formális konszenzuson alapuló irányelvek/ajánlások
- 8.3.3. Bizonyítékokon alapuló ajánlások/irányelvek
- 8.3.4. Explicit irányelvek/ajánlások

8.4. A JÓ KLINIKAI IRÁNYELV KRITÉRIUMAI

- 8.4.1. Megbízhatóság
- 8.4.2. Megfelelő dokumentáció
- 8.4.3. A duplikáció elkerülése
- 8.4.4. Bevezetést eredményező hatékony terjesztés
- 8.4.5. Reprodukálhatóság
- 8.4.6. Klinikai alkalmazhatóság, flexibilitás
- 8.4.7. Világosság, érthetőség
- 8.4.8. Megtervezett felülvizsgálat

8.5. A SZAKMAI IRÁNYELVEK FEJLESZTÉSÉNEK LÉPÉSEI, DOKUMENTÁCIÓJÁNAK FELÉPÍTÉSE

- 8.5.1. Témaválasztás
- 8.5.2. Multidiszciplináris fejlesztőcsoport létrehozása, fejlesztési terv kidolgozása
- 8.5.3. Nemzetközi irányelvek felkutatása
- 8.5.4. Irányelvek kritikus értékelése, ajánlásaik adaptálása
- 8.5.5. Primer bizonyítékok felkutatása
- 8.5.6. A bizonyítékok kritikus értékelése, rangsorolása, evidenciatáblák készítése
- 8.5.7. A bizonyítékok ajánlásokká alakítása, az ajánlások erősségének meghatározása

- 8.5.8. Fejlesztőcsoporton belüli konszenzus kialakítása
- 8.5.9. Az ajánlások összefoglalása, algoritmus készítése
- 8.5.10. A terjesztés, bevezetés stratégiájának kidolgozása
- 8.5.11. Az irányelv első változatának összeállítása
- 8.5.12. Külső véleményezés, konszenzus
- 8.5.13. Az irányelv második változatának összeállítása
- 8.5.14. Gyakorlati próbatanulmány
- 8.5.15. A végleges verzió dokumentumának összeállítása
- 8.5.16. Terjesztés, bevezetés
- 8.6.17. Felülvizsgálat, frissítés

9. fejezet

Bizonyítékokon alapuló orvosi gyakorlat

Gődény Sándor

*„A bizonyítékokon alapuló gyakorlat több mint
a rendelkezésre álló legjobb információ iskolás,
merev értelmezése és használata. Ez szemléletmód.”*

(Trish Greenhalgh)

A bizonyítékokon alapuló orvosi gyakorlat (EBM) az egészségügyi szakképzésre épül, csak erre építve lehet fejleszteni az orvosok készségét a helyes döntések meghozatala érdekében. A bizonyítékok megfelelő használatához az orvosnak előbb meg kell szereznie azt a tudást, amely képessé teszi őt arra, hogy a beteg problémáját megismerje, elvégezzék a szükséges vizsgálatokat, fel tudja állítani a megfelelő diagnózist, képes legyen páciensével objektív, de ugyanakkor empatikus kommunikációra, továbbá humánus, etikus, és szakmailag megfelelő beavatkozás megvalósítására. Ezért az EBM nem helyettesíti, és nem is helyettesítheti a felsőfokú képzést.

Annak ellenére, hogy a felsőfokú egészségügyi végzettséggel rendelkező szakemberek sok olyan elméleti ismeretet szereznek tanulmányaik során, amelyek későbbi munkájuk alapjait képezik, végzésük után még nem minden szempontból alkalmasak maradéktalanul munkájuk elvégzésére. Részint a gyakorlat, részint azon képesség és szemlélet hiánya miatt, melynek segítségével képesek megkeresni és értelmezni a kutatások eredményeit, majd képesek megfelelően alkalmazni azokat. A megfelelő szemlélet korai kialakítása érde-

kében már a főiskolai vagy egyetemi tanulmányok során is szükséges lenne oktatni a bizonyítékokon alapuló egészségügyi ellátás alapelveit és fő lépéseit.

A kilencedik fejezet a bizonyítékokon alapuló orvoslás elméleti alapjait és azok gyakorlatban történő alkalmazásának lépéseit foglalja össze; azokat, amelyek a mindennapi ellátás szintjén járulnak hozzá a klinikai hatékonyság megvalósulásához.

A fejezet felépítése

9.1. A BIZONYÍTÉKOKON ALAPULÓ ORVOSI GYAKORLAT JELENTŐSÉGE

- 9.1.1. Az orvosi gyakorlathoz szükséges ismeretek
- 9.1.2. Az EBM gyakorlati alkalmazásának alternatívái
- 9.1.3. Az EBM és a hagyományos egészségügyi képzés kapcsolata
- 9.1.4. Az EBM gyakorlati alkalmazásának nehézségei
- 9.1.5. A bizonyítékokon alapuló orvosi gyakorlat előnyei

9.2. A BIZONYÍTÉKOKON ALAPULÓ ORVOSI GYAKORLAT ÖSSZETEVŐI

- 9.2.1. A beteg panaszai, tünetei
- 9.2.2. Korábbi tapasztalatok
- 9.2.3. A betegséggel kapcsolatos bizonyítékok
 - 9.2.3.1 A betegséggel kapcsolatos bizonyítékok alkalmazása
 - 9.2.3.2. A bizonyítékok terjesztésének és alkalmazásának összefüggése
- 9.2.4. A beteg preferenciái
- 9.2.5. A rendelkezésre álló erőforrások

9.3. A BIZONYÍTÉKOKON ALAPULÓ ORVOSLÁS LÉPÉSEI

- 9.3.1. Világos klinikai kérdés megfogalmazása a beteg/betegek problémájával kapcsolatban
- 9.3.2. A klinikai kérdésre választ adó adatok megkeresése
- 9.3.3. A megtalált adatok kritikai elemzése
 - 9.3.3.1. Az eredmény megbízhatóságának értékelése
 - 9.3.3.2. Az eredmény értékelése a klinikai hatás szempontjából
 - 9.3.3.3. Az eredmény értékelése a beteg szempontjából
- 9.3.4. A hasznos adatok alkalmazása a konkrét betegnél

- 9.3.4.1. Az eredmények alkalmazásának általános szempontjai
- 9.3.4.2. Az egyénre vonatkozó egészségnyereség meghatározása
 - 9.3.4.2.1. A kezelés előnyeinek és mellékhatásainak értékelése
 - 9.3.4.2.2. A relatív hatás variációinak meghatározása
 - 9.3.4.2.3. Az eredmény értékelése a kockázati tényezőkkel összefüggésben
 - 9.3.4.2.4. Az egyénre vonatkoztatható abszolút kockázatsökkenés becslése
- 9.3.4.3. A beteg preferenciáinak megismerése
 - 9.3.4.3.1. Döntésmegosztás és betegközpontúság
 - 9.3.4.3.2. A közlés tartalmi része
 - 9.3.4.3.3. A kommunikáció formája
 - 9.3.4.3.4. A kommunikáció fejlesztése
- 9.3.4.4. Rendelkezésre álló erőforrások
- 9.3.5. Az alkalmazott bizonyíték eredményességének ellenőrzése

10. fejezet

Minőségi indikátorok fejlesztése

Mogyorósy Gábor

„Az egészségügyi ellátásban információs rendszereket kell kialakítani annak érdekében, hogy a megfelelő ellátás minőségére és folyamatára vonatkozóan indikátorokat lehessen alkalmazni, az egészségügyi ellátásra vonatkozó adatokat megfelelő időben lehessen előállítani és visszajelezni, illetve biztosítani lehessen a megbízható összehasonlíthatóságot.”

(Recommendation No. R /97/)

Ma már a gyógyítási folyamat sikere, illetve sikertelensége nem egyetlen személy, hanem meghatározott struktúra szerint felépülő teamek (szervezetek) munkájának eredménye, s ez sokszor az egész társadalom szervezettségi színvonalának a tükröje. Mivel az adott eredményhez vezető gyógyítási folyamat rendkívül bonyolulttá vált, a fellépő minőségprobléma nem mindig vezet közvetlenül az eredmény romlásához, de ha igen, akkor sem azonosítható rögtön, ha nincs a minőségproblémák figyelésére kialakított rendszerünk.

Az egészségügyi ellátás minőségének méréséhez és fejlesztéséhez ezért nélkülözhetetlenek azok az arányszámok (*minőségi indikátorok*), melyek segítségével az egészségügyi ellátás struktúrája, folyamata és eredménye folyamatosan mérhető és figyelemmel kísérhető, amelyek mérik a végzett tevékenységet, s amelyek segítségével az ellátás minősége értékelhető és fejleszthető.

Az egészségügyi ellátó szervezet működésében fellépő zavarok időben történő felismeréséhez, azonosításához azonban megfelelő módszertannal kialakított *valid, szenzitív és specifikus minőségi indikátorok* fejlesztésére van szükség.

A tizedik fejezet a minőségi indikátorok fejlesztésének módszertanát foglalja össze.

A fejezet felépítése

10.1. INDIKÁTOROK

- 10.1.1. Az indikátor fogalma
- 10.1.2. A minőségi indikátorok rendszerezése
- 10.1.3. Az indikátorok típusai
 - 10.1.3.1. Elemi esemény indikátorok
 - 10.1.3.2. Számolt vagy arány alapú indikátorok
 - 10.1.3.3. Az átlagérték mint indikátor

10.2. A MINŐSÉGI INDIKÁTOROK JELLEMZŐI

10.3. A MINŐSÉGI INDIKÁTOROK FEJLESZTÉSE

- 10.3.1. A minőségi indikátorok fejlesztésének alapelvei
- 10.3.2. Az indikátorfejlesztés lépései
 - 10.3.2.1. Ellátási folyamat vagy esemény kiválasztása
 - 10.3.2.2. A lehetséges indikátorképzéséhez felhasznált tényezők pontos definiálása
 - 10.3.2.3. A lehetséges indikátorok alkalmasságának ellenőrzése
 - 10.3.2.3.1. Szisztematikus irodalomáttekintés
 - 10.3.2.3.2. Mennyire gyakori az indikátor által vizsgált esemény?
 - 10.3.2.3.3. Korrigálható vagy megelőzhető-e a vizsgált minőségi probléma?
 - 10.3.2.4. A szakértői panel szerepe
 - 10.3.2.5. Az indikátor értékét befolyásoló tényezők vizsgálata
 - 10.3.2.6. Az indikátor hatásosságának/validitásának vizsgálata
 - 10.3.2.7. Az indikátor tesztelése valós körülmények között
 - 10.3.2.8. Indikátorok képzése során alkalmazott minőségfejlesztési technikák

10.4. AZ INDIKÁTOROK ALKALMAZÁSÁNAK ÁRNYOLDALAI

10.5. A BRIT NEMZETI EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLAT INDIKÁTORAI

10.6. ÖSSZEGZÉS

11. fejezet

A klinikai audit lépései

Gődény Sándor

„A klinikai audit olyan folyamat, melynek során orvosok, ápolónők és szakdolgozók rendszeresen áttekintik a betegek kezelésével és ellátásával kapcsolatos gyakorlatukat, és ha szükséges, változtatnak rajta.”

(National Audit Office, 1995)

A klinikai hatékonyság megvalósításának utolsó, ám legkritikusabb része a *klinikai audit*.

A klinikai audit igazoltan alkalmas arra, hogy segítségével a szolgáltatások szakmaisága, a bizonyítékon alapuló irányelvek, standardok gyakorlati alkalmazása rendszeresen felülvizsgálatra kerüljenek, és – az egészségügyi szolgáltató szervezetek minőségügyi rendszerére támaszkodva – a szakmai ellátás színvonala a szervezet szintjén, illetve regionálisan, sőt országos szinten folyamatosan növekedjen.

Az egészségügyi rendszer, az egészségügyi szolgáltatók vezetőinek érdeke a *klinikai audit rendszerszerű működtetése*, hiszen ennek segítségével tudják az ellátás minőségét javítani. Mivel Magyarországon e téren még nincs elegendő tapasztalat, a hivatkozott adatok a nemzetközi irodalom áttekintéséből származnak.

A tizenegyedik fejezet a klinikai audit lépéseit ismerteti.

A fejezet felépítése

11.1. A KLINIKAI AUDIT TERVEZÉSE

11.1.1. Általános szempontok

11.1.2. A vizsgált terület meghatározása

11.1.2.1. A prioritások meghatározása

11.1.2.2. A betegek bevonása a vizsgált terület meghatározásába

11.1.3. A célok világos megfogalmazása

11.1.4. Kritériumok, indikátorok és standardok meghatározása, fejlesztése

11.1.4.1. A kritériumok mérése

11.1.4.1.1. A kritériumok osztályozása

11.1.4.1.2. Valid kritériumok fejlesztése

11.1.4.1.2.1. Explicit kritérium fejlesztése

11.1.4.1.2.2. Implicit kritérium fejlesztése

11.1.4.1.2.3. Kritériumok fejlesztése irányelvek alapján

11.1.4.1.2.4. Kritériumok fejlesztése jó minőségű irodalmi adatok alapján

11.1.4.1.2.5. A bizonyítékok rangsorolásának módszere

11.1.4.1.2.6. Szakmai konszenzus alapján kialakított kritériumok

11.1.4.1.3. A betegek bevonása a kritériumok fejlesztésébe

11.1.4.2. Indikátorok fejlesztése

11.1.4.3. Standardok meghatározása

11.1.5. Az adatgyűjtés megtervezése

11.1.5.1. A vizsgált populáció meghatározása

11.1.5.2. Az audit időtartamának meghatározása

11.1.5.3. A mintavétel módszerének meghatározása

11.1.5.3.1. A mintaszám meghatározása

11.1.5.3.2. Az adatgyűjtés és a mintavétel formájának megtervezése

11.1.5.3.3. Az adatforrások kiválasztása

11.1.6. Az adatrögzítés tervezése

11.1.7. Adatelemzés; a kritériummal, standarddal való összevetés

11.1.8. Az eredmények prezentálásának tervezése

11.1.9. A klinikai projektprotokoll elkészítése, a fő szempontok összefoglalása

11.1.10. Az auditprotokoll értékelése külső szakértőkkel

11.2. ADATGYŰJTÉS

11.2.1. Az adatgyűjtés problémái

11.2.2. A gyakorlat mérése; adatok rögzítése a kritériumokkal összevetve

11.3. ADATELEMZÉS

11.3.1. Az adatok feldolgozása

11.3.1.1. A kvantitatív adatok feldolgozása

11.3.1.2. A kvalitatív adatok feldolgozása

11.3.2. Az eredmények értékelése

11.3.3. A helyzet és az okok értékelése, a változtatást igénylő területek azonosítása

11.3.4. Az eredmények összefoglalása és prezentálása

11.4. A VÁLTOZTATÁS BEVEZETÉSE A GYAKORLATBA

11.4.1. A támogató tényezők értékelése

11.4.2. A gátló tényezők értékelése

11.5. ISMÉTELT AUDIT: A VÁLTOZTATÁS EREDMÉNYÉNEK ÉRTÉKELÉSE

11.5.1. Az ismételt audit szükségessége

11.5.2. A audit megismétlése időpontjának meghatározása

11.5.3. A mintavétel jellegének meghatározása

11.5.4. Adatgyűjtés és feldolgozás

11.5.5. A megismételt audit értékelése

11.6. A KLINIKAI AUDITPROGRAM ÉRTÉKELÉSE, ÖSSZEFOGLALÁSA

11.6.1. Az auditprogram minőségbiztosítása

11.6.2. Auditjelentés

11.6.3. Az eredményesség/hatékonyság megítélése

11.6.4. A tapasztalatok általánosítása, terjesztése

12. fejezet

Klinikai hatékonyság az ápolásban

Betlehem József

*„Az ápolónő munkája háromszoros érdeklődést kíván:
szellemi érdeklődést az „eset” iránt;
szívbeli érdeklődést a beteg ember iránt;
szakmai érdeklődést a gyakorlati munka technikája iránt.”*

(Florence Nightingale)

Az egészségügyi ellátás minőségét lényegesen befolyásolja az ápolás és a gondozás minősége. *Florence Nightingale* a krími háború idején Scuteriben megfigyelte, hogy a hadikórházban ápolt sebesültek mortalitása nagyobb, mint a nem kórházban ápoltaké. Megállapította, hogy a magas kórházi mortalitás a rossz higiénés viszonyokkal és a kórházi ápolás rendkívül alacsony színvonalával magyarázható. A krími háború során szerzett ápolási tapasztalatait is rögzítő *„Notes on Nursing“* (1859) című munkája, melyben az ápolás „standard-jait” foglalta össze, alapelveiben napjainkban is érvényesek.

Az ápoláshoz köthető klinikai hatékonysággal a 90-es évektől kezdtek el komolyan foglalkozni a szakemberek, jóllehet az ápolásnak a betegellátás minőségében betöltött szerepét régóta ismerték. A *klinikai hatékonyság az ápolásban* fogalomkör mindazon beavatkozások, tevékenységek betegek állapotára gyakorolt hatásaival foglalkozik, amelyeket az ápolók munkájuk során alkalmaznak és megvalósítanak. Több tanulmány igazolja, hogy az egészségügyi ellátás eredményessége – hatékonysága – a szakszerű ápolással lényegesen javítható.

A tizenkettedik fejezet azokat a szempontokat foglalja össze, amelyek elengedhetetlenek az ápolás szakmai színvonalának és hatékonyságának fejlesztéséhez.

A fejezet felépítése

12.1. ÁPOLÁS ÉS VEZETÉS

12.1.1. Változtatások az ápoláson keresztül

12.1.2. A tudás szerepe az ápolásban

12.2. AZ ÁPOLÓI SZEREP VÁLTOZÁSA

12.3. AZ ÁPOLÁS TUDOMÁNYOS BIZONYÍTOTTSÁGA

AZ EGÉSZSÉGTUDOMÁNYOKBAN

12.3.1. Bizonyítási módszerek az ápolásban

12.3.2. A bizonyítékokon alapuló ápolás fogalomrendszere

12.3.3. Kompetencia az ápolásban

12.4. A LEGGYAKRABAN HASZNÁLT ÁPOLÁSI ADATBÁZISOK

12.5. A BIZONYÍTÉKOKON ALAPULÓ ÁPOLÁS ELMÉLETÉTŐL A GYAKORLATIG

12.6. MINŐSÉG AZ ÁPOLÁSBAN

12.6.1. A minőség definíciója

12.6.2. Minőségszavatolás az ápolásban

12.7. A MINŐSÉGMÉRÉS MÓDSZEREI

12.8. A CSOPORTMUNKA FELTÉTELRENDSZERE

12.9. ÖSSZEFOGLALÁS

13. fejezet

A stroke-betegek ápolásának és rehabilitációjának irányelve – a bevezetést vizsgáló klinikai audit tapasztalatai

Balogh Zoltán

„Akik különböző úton járnak, nem adhatnak egymásnak hasznos tanácsokat.”

(Konfuciusz)

Magyarországon évente 30–40 ezer új stroke-megbetegedésre lehet számítani. A stroke és közvetlen szövődményei a koszorúér-elzáródás, valamint a dagados megbetegedések mellett hazánkban – a fejlett államokhoz hasonlóan – a harmadik leggyakoribb halálokat képezik. Hazánkban a stroke-betegek ápolásában és rehabilitációjában nem voltak egységesen kifejlesztett, tudományos bizonyítékokon alapuló és elfogadott irányelvek. A Magyar Ápolási Egyesület felkészített ápolási szakembereinek bevonásával indult el az az irányelvfejlesztési alprojekt, melynek keretében kidolgozták a stroke-betegek ápolásának és rehabilitációjának bizonyítékokon alapuló irányelvét.

A tizenharmadik fejezet bemutatja a stroke-betegek ápolására és rehabilitációjára vonatkozó irányelvfejlesztés céljait, módszerét, fő jellemzőit, alkalmazási lehetőségeit, a bevezetés körüli időszakban végzett audit tapasztalatait, abból a célból, hogy a tapasztalatok felhasználhatók legyenek más, egyéb ápolási feladatokkal összefüggő irányelv fejlesztése és gyakorlati alkalmazása során is.

A fejezet felépítése

13.1. A STROKE-BETEGEK ELLÁTÁSÁNAK ÉS ÁPOLÁSÁNAK HAZAI ÉS NEMZETKÖZI HELYZETE

13.2. A STROKE-BETEGEK ÁPOLÁSA ÉS REHABILITÁCIÓJA IRÁNYELVÉNEK FEJLESZTÉSE

13.2.1 Az irányelv szükségességének indoklása

13.2.2. Az irányelv bevezetésével elérhető eredmények

13.2.3. Az irányelv fejlesztésének módszere

13.2.3.1. A szakmai irányelvfejlesztés támogatói

13.2.3.2. Az irányelvfejlesztés folyamata

13.2.3.3. Az irányelvfejlesztés eredményei

13.3. A KLINIKAI IRÁNYELV BEVEZETÉSÉT VIZSGÁLÓ PREIMPLEMENTÁCIÓS AUDIT TAPASZTALATAI

13.3.1. A klinikai auditban részt vevő szervezetek

13.3.2. Az auditvizsgálat célja

13.3.3. Az audit módszertanának meghatározása

13.3.4. A betegdokumentáció vizsgálata

13.3.5. A klinikai audit kritériumai

13.3.5.1. Struktúrakritérium

13.3.5.1.1. Személyi feltételek

13.3.5.1.2. Tárgyi feltételek

13.3.5.2. Folyamatkritérium

13.3.5.2.1. A hólyagirányítási program fő elemei

13.3.5.2.2. Fektetési szabályok alkalmazása a stroke-betegek ellátása során

13.3.5.2.3. Az ápolónak a beteg és a család bevonására irányuló tevékenységei

13.3.5.3. Eredménykritérium

13.3.6. Kitűzött numerikus standardok

13.3.7. Az audit eredményei

13.3.7.1. Ápolási anamnézis

13.3.7.2. Ápolási diagnózisok

13.3.7.3. Ápolási beavatkozások

13.3.7.4. Ápolási dokumentáció

13.3.7.5. Az ápolást befolyásoló tényezők

13.3.7.6. Állapotfelmérő, -követő skálák

13.3.7.7. Betegelégedettség

13.4. ÖSSZEGZÉS

14. fejezet

A hatékonyságot támogató modellek, minőségirányítási és standardrendszerek

Gődény Sándor–Szy Ildikó–Sinka Miklósné–
Dobos Éva–Balogh Sándor–Füredi Gyula–Uhrík Tibor–
Tarr Judit–Topár József

*„Minden modell hibás.
Néhány modell viszont használható.”*

(W. Edward Deming)

A minőségügyi rendszerek felépítésének sokféle lehetősége ismert. A minőségirányítási rendszer azonban leggyakrabban az *ISO 9000* szabványra épül. A szabvány tulajdonképpen egyfajta támpontot, előírást ad a minőségügyi rendszerek kialakításához. Az *ISO 9000* segít abban, hogy az összehangolatlanul működő – de már jórészt meglevő – rendszerelemek egységes logikai rend szerint kezdjenek el működni, kiküszöbölve ezzel a minőség ingadozását.

Az egészségügyi ellátás körülményei között azonban az *ISO* szabványrendszer önmagában nem elegendő a klinikai hatékonyság megvalósításának biztosításához. Ehhez – a *TQM alapelveken* kívül – szükségesek még az ellátás különböző területeire kifejlesztett standardkövetelmények, és az *EBM* megvalósulását, az ellátás szükségtelen variációinak csökkentését biztosító struktúrák és folyamatok biztosítása. Mind a struktúra, mind a folyamatok tervezésénél és működtetésénél alapvetően fontos a *klinikai audit* figyelembe vétele.

A minőségmenedzsment-rendszer és a standardkövetelmények alkalmazása, a gyakorlat szükségtelen variációinak csökkentésével emeli az egészségügyi ellátás minőségét és hatékonyságát.

A tizennegyedik fejezet azokat a főbb szempontokat ismerteti, amelyek az egészségügyi szolgáltató minőségirányítási rendszeren belül biztosítják a klinikai hatékonyság megvalósulásának feltételeit, támogatják annak megvalósulását.

A fejezet felépítése

14.1. A MINŐSÉGIRÁNYÍTÁSI RENDSZER

14.1.1. A minőségirányítási rendszer alapgondolata

14.1.2. A minőségügyi rendszer kialakításának célja

14.1.3. Az egészségügyben alkalmazható modellek

14.1.4. A vezetők és a minőségügyi modellek

14.1.4.1. A vezetés jelentősége

14.1.4.2. A minőségügyi vezetők és a minőségfejlesztés

14.2. A TQM-SZEMLELET MINT A KLINIKAI HATÉKONYSÁG MEGVALÓSULÁSÁNAK

ÁLTALÁNOS FELTÉTELE A MINŐSÉGÜGYI RENDSZEREKBEN ÉS MODELLEKBEN

14.2.1. Általános kritériumok

14.2.1.1. A TQM-modell alapelvei és kiegészítő elemei

14.2.1.2. Alapelvek

14.2.1.2.1. Vevőközpontúság

14.2.1.2.2. A folyamatok javítása

14.2.1.2.3. Teljes elkötelezettség és felhatalmazás

14.2.1.3. A TQM kiegészítő elemei

14.2.1.3.1. A vezetős szerep

14.2.1.3.2. Oktatás és képzés

14.2.1.3.3. Támogató struktúrák

14.2.1.3.4. Kommunikáció

14.2.1.3.5. Jutalmazás és elismerés

14.2.1.3.6. Mérés

14.3. BELSŐ MINŐSÉGÜGYI RENDSZER AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

14.3.1. Általános szempontok

14.3.2. A belső minőségügyi rendszer alapelvei

14.3.3. A belső minőségügyi rendszer fő kritériumai

14.4. AZ ISO 9000: 2000 ALKALMAZÁSA AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

14.4.1. Vevőorientált szervezet

14.4.2. Vezetés

14.4.3. A munkatársak részvétele

14.4.3.1. Felsorakoztatás

14.4.3.2. Teljesítőképesség

14.4.3.3. Kölcsönös bizalom

14.4.4. Folyamatalapú megközelítés

14.4.5. Rendszerszemléletű megközelítés és irányítás

14.4.6. Folyamatos fejlődés

14.4.7. Tényeken alapuló döntéshozás

14.4.8. Kölcsönösen előnyös szállítói kapcsolatok

14.4.9. Folyamatos fejlesztés, a PDCA ciklus alkalmazása

14.4.10. Az ISO 9000 alkalmazásának előnyei és hátrányai az egészségügyben

14.4.10.1. Az ISO 9000 alkalmazásának előnyei

14.4.10.2. Az ISO 9000 alkalmazásának hátrányai

14.5. SZAKMAI STANDARDOK ALKALMAZÁSA

14.5.1. Általános szempontok

14.5.2. Az egészségügyi ellátás standardizálásának szükségessége

14.5.2.1. Európai uniós elvárás

14.5.2.2. Összehasonlíthatóság, mérhetőség, minőségfejlődés

14.5.2.3. A „közös nyelv” fontossága

14.5.3. Kórházellátási standardok

14.5.3.1. A kórházellátási standardok felépítése

14.5.3.2. A kórházellátási standardok alkalmazásának előnyei

14.5.3.3. A kórházellátási standardok alkalmazásának hátrányai

14.5.4. A járóbeteg-szakellátás standardjai

14.5.5. A háziorvosi ellátás standardjai

14.5.5.1. A háziorvosi ellátás jellegzetességei

14.5.5.1.1. A háziorvosi praxis feladatai a prevencióban

14.5.5.1.2. A háziorvosi praxisok eltérő ellátási körülményei

14.5.5.1.3. A betegellátás folyamatainak jellegzetességei

- 14.5.5.1.4. A feladatok elvégzésének helyszínei
- 14.5.5.1.5. A betegellátás és a menedzselés kapcsolata
- 14.5.5.1.6. A definitív ellátás iránti igény
- 14.5.5.2. Minőségügyi rendszer építése a háziorvosi praxisokban
- 14.5.5.3. A HES kialakításának alapelvei
- 14.5.5.4. A HES felépítése
- 14.5.6. Védőnői standardok
 - 14.5.6.1. A védőnői munka jellegzetességei
 - 14.5.6.2. A védőnői standardok célja
 - 14.5.6.3. A védőnői standardok felépítése
- 14.5.7. A minőségirányítási rendszer fejlődése
- 14.6. A SZAKFELÜGYELET HELYZETE**
- 14.6.1. A korábbi szakfelületi rendszer értékelése
- 14.6.2. Az új rendszerrel kapcsolatos elvárások
- 14.6.3. A szakfelületi rendszer átalakításának célkitűzése
 - 14.6.3.1. A szakfőorvosok szakfelügyelői tevékenységi köréből adódó feladatok
 - 14.6.3.2. A szakfelületi rendszer struktúrája
 - 14.6.3.3. Hatásköri és humánpolitikai kérdések
- 14.7. AZ EBM ÉS A KLINIKAI AUDIT MŰKÖDÉSÉNEK SZERVEZETI FELTÉTELEI**
- 14.7.1. Az EBM feltételrendszere
 - 14.7.1.1. A bizonyítékokon alapuló ellátás személyi, tárgyi és szervezeti feltételei
 - 14.7.1.2. Az EBM bevezetése
- 14.7.2. A klinikai audit feltételrendszere
 - 14.7.2.1. A pénzügyi erőforrások biztosítása
 - 14.7.2.2. Megfelelő képzettség és szakemberek biztosítása
 - 14.7.2.3. A dolgozók és menedzserek részvétele a klinikai auditban
 - 14.7.2.4. A képzettség fejlesztése
 - 14.7.2.5. A megfelelő környezet kialakítása
- 14.8. TERÜLETI MINŐSÉGIRÁNYÍTÁSI RENDSZER**

15. fejezet

A csapatmunka

Katonai Zsolt

*„Az együttműködés nem más, mint az az igény,
hogy a dolgok önmagunk és mások számára is
kedvezően alakuljanak.”*

(Bernie S. Siegel)

A minőségfejlesztési tevékenységek (pl. a klinikai audit, illetve a szakmai tevékenység fejlesztése) jelentős része csapatmunka keretén belül valósítható meg. Egy jól működő team *dinamizálja, rugalmassá teszi* az egészségügyi szervezetet. Megfelelő vezetői támogatottság mellett képes arra, hogy gyorsan, nehézségektől, akadályoktól mentesen mindig a legjobb erőket tömörítse a konkrét feladatok elvégzésére.

A csapatmunka lehetőséget nyújt az *egyéni* ötletek és energiák szinergia elvén való kiteljesítésére; az *együttműködő tagok* számára pedig abban, hogy sikerélményt nyújtó maximális eredményességgel lássák el a kitűzött komplex feladatot.

A teamek a *legmegfelelőbb erőket* ölelik fel az *optimális megoldások* megtalálása érdekében. A munkacsoportban részt vevő személyeket az egyéni képességek, felkészültség, tapasztalat figyelembevételével a feladatra orientált módon választják ki, ez által megbontva a merev szervezetek korlátait.

A módszer alkalmazásakor és a tagok kiválasztása során tanácsos figyelembe venni a *már létező* szervezeti kultúrát, az egészségügyi intézmények életébe gyakran beidegződött hierarchikus erőviszonyok „sérthetetlenségét” – azaz az együttműködési készséget.

A modern menedzsmentszemléletet képviselő szervezeteknél a vezetési hierarchia nem akadályozza az egyéni elképzelések, kezdeményezések megvalósulását. A *megfelelő érdekeltségi rendszer* alkalmazásával elérhető, hogy a csapatmunkában a közös cél teljesülése érdekében hozott erőfeszítések domináljanak, kizárva a rivalizálás, a szakmai féltékenység és az irigység romboló hatásait.

A teamben a tagok *együtt* dolgoznak a siker elérése érdekében; a *csoportteljesítmények* egyéni munkateljesítménnyel szembeni fölényét érvényesítve válnak hatékonnnyá.

A csoport annál sikeresebb, minél összeforrottabb, és minél inkább képes azonosulni a kitűzött célokkal.

A tapasztalatok igazolják, hogy az eredményesség növelhető, ha a közvetlen szervezeti és/vagy funkcionális kapcsolatban álló munkakörök képviselői csoportokban dolgoznak, szemben azzal – az egészségügyben ma még általános – helyzettel, amikor a vezetők és a beosztottak közötti kommunikáció többnyire tárgyalások és rendelkezések formájában valósul meg.

A tizenötödik fejezet azokat a szempontokat foglalja össze, amelyeket a csapatmunka területén figyelembe kell venni a klinikai hatékonyság megvalósítása érdekében.

A fejezet felépítése

15.1. A CSAPATMUNKA CÉLJA

15.2. A TEAM SIKERÉNEK ALAPJAI

15.2.1. Szervezeti háttér

15.2.2. Célok

15.2.3. Szerepek

15.2.4. Vezetés

15.2.5. Kapcsolatok

15.2.6. Jutalmazás és elismerés

15.3. IRÁNYELVEK A CSAPATOK ÖSSZETÉTELÉNEK MEGHATÁROZÁSÁHOZ

15.3.1. Szakmai ismeret és tapasztalat

15.3.2. Hatáskör és kompetencia

15.3.3. Csapatmunkára való alkalmasság

15.3.4. Létszámkorlát

15.3.5. Felkérés, önkéntesség és elkötelezettség

15.4. A TEAM FEJLŐDÉSI SZAKASZAI

15.4.1. Orientációs szakasz

15.4.2. Polarizáció és belharc

15.4.3. Konszolidációs fázis

15.4.4. Munkafázis

15.5. VÁLTOZÁS, ÁTALAKULÁS

15.6. A CSAPATMUNKA KÖRNYEZETE ÉS A MUNKAMEGOSZTÁS

15.7. AZ EREDMÉNYES CSAPATMUNKA FELTÉTELEI

15.7.1. Kommunikáció

15.7.2. A team vezetője

15.7.3. Csapatszellem

15.8. SZEMPONTOK A CSAPATMUNKÁBAN RÉSZT VEVŐK SZÁMÁRA

15.9. A CSAPATMUNKA BUKTATÓI, KONFLIKTUSLEHETŐSÉGEI

16. fejezet

Minőségfejlesztő projekt tervezése

Katonai Zsolt

„Céltalan hajósnak nem kedvez a szél.”

(de Montaigne)

Napjainkban az egészségügyi intézmények működésének szinten minden területén megjelentek közgazdasági mechanizmusok. A gyógyítási feladatok biztosítását adott területen, érdekszférában vállaló fenntartóknak a *szakmai* követelményeknek való megfelelés mellett szigorú *gazdaságossági, hatékonysági* mutatókat is figyelembe kell venniük, és az általuk fenntartott intézményeket ezek alapján kell ellenőrizniük, értékelniük. Így az „*intézményi*“ létformát egyre inkább felváltja a *szervezeti működésmód*. Ennek megfelelő *stratégiát* (állandó értékeket, hosszú távú célokat) kell megfogalmazni az intézményi fejlesztési koncepciókban és stratégiai tervekben, ehhez kell igazítani az intézmény alkalmazottainak létszámát, képzését, az eszköz- és infrastrukturális fejlesztéseket, a vezetésnek ennek megfelelően kell megfogalmaznia a Szervezeti Működési Szabályzatban és a működési rendekben az intézmény szerkezeti felépítését, a különböző szakterületek, munkák, tevékenységek megoszlását, a munkarendet stb.

A *projektek* és *akciók* olyan cselekvési programok, melyek végrehajtása konkrét célok közvetlen megvalósulását eredményezi. Mint a szervezeti stratégia építőkövei, egyszeri, komplex feladatok teljesítését jelentik meghatározott idő- (teljesítési időtartam, illetve határidő) és erőforráskorlátok (költség, humánerőforrás-igény stb.) között.

A tizenhatodik fejezet a minőségfejlesztő projekt tervezésének jelentőségét és a lépéseit mutatja be.

A fejezet felépítése

16.1. A PROJEKT FOGALMA, JELENTŐSÉGE A SZERVEZET TEVÉKENYSÉGÉBEN

16.2. A STRATÉGIA ÉS A PROJEKT ÖSSZEFÜGGÉSE

16.3. AZ INTÉZMÉNYFEJLESZTÉS MINT PROJEKT

16.4. A PROJEKTMENEDZSMENT

16.4.1. A projektmenedzsment fogalma

16.4.2. A projektmenedzsment célja és feladatai

16.4.3. A projekt munkaformája

16.4.4. A projektmunka folyamatának jellemzői

16.4.4.1. Projektkezdeményezés, projektdefiniálás, célok meghatározása

16.4.4.2. Projekttervezés

16.4.4.2.1. Feladatlebonntási struktúra

16.4.4.2.2. Erőforrás-tervezés

16.4.4.2.3. A logikai kapcsolatok meghatározása

16.4.4.2.4. A mérföldkövek és a döntési pontok rögzítése

16.4.4.2.5. Kommunikációs terv készítése

16.4.4.2.6. A projektterv elfogadása

16.4.4.2.7. A projektdokumentáció véglegesítése és szétosztása

16.4.4.2.8. A projekttagok megbízása

16.4.4.3. A projekt végrehajtása

16.4.4.4. A projekt lezárása

17. fejezet

A minőségfejlesztés eszközei az egészségügyben

Topár József–Katonai Zsolt–Gődény Sándor

*„Ha egy dolgot érdemes megtenni,
azt érdemes jól csinálni.”*

(Angol közmondás)

Az egészségügyi szolgáltatók hatékony működése megköveteli tevékenységük folyamatos elemzését, javítását és fejlesztését. E tevékenységnek az a célja, hogy – a rendelkezésre álló adatok és információk elemzésével és felhasználásával – folyamatosan ellenőrizze a működés hatékonyságát, és megállapítsa, hogy hol szükségesek és lehetségesek javítások és/vagy fejlesztések. A folyamatos minőségfejlesztés során, attól függően, hogy a minőségfejlesztő ciklus melyik szakaszánál tartunk, más és más, de gyakran több minőségfejlesztő eszköz közül is lehet választani.

A minőségfejlesztő eszközök két fő csoportja:

- A folyamatok minőségét ellenőrző, ábrázoló eszközök
- A csapatmunkát, problémamegoldást támogató eszközök

A tizenhetedik fejezet azokat a fontosabb és leggyakrabban használt minőségfejlesztő eszközöket tárgyalja, amelyek eredményesen alkalmazhatók a harmadik fejezetben már ismertetett, folyamatos minőségfejlesztés gyakorlati megvalósítása során.

A fejezetben ismertetett módszertani eszközök jól használhatók a fejlesztés különböző lépéseinél, és hatékonyan támogatják a folyamatok minőségét meghatározó tényezők okainak feltárását, azok elemzését és megoldását.

A fejezet felépítése

17.1. A FOLYAMATOK MINŐSÉGÉT ELLENŐRZŐ ESZKÖZÖK

17.1.1. Adatgyűjtő lap

17.1.1.1. Az adatgyűjtő lap lényege, készítésének lépései

17.1.2. Grafikonok

17.1.2.1. Eseménylefutási ábra

17.1.2.1.1. Az eseménylefutási ábra lényege, készítésének lépései

17.1.2.2. Oszlopdiaagram

17.1.2.2.1. Az oszlopdiaagram lényege, készítésének lépései

17.1.2.3. Szórásdiagram/korrelációdiaagram

17.1.2.3.1. A szórásdiagram lényege, készítésének lépései

17.1.2.4. Folyamatábra

17.1.2.4.1. A folyamatábra lényege, készítésének lépései

17.1.3. Ellenőrzőkártyák

17.1.3.1. Az ellenőrzőkártyák lényege, készítésük lépései

17.2. A CSAPATMUNKÁT, PROBLÉMAMEGOLDÁST TÁMOGATÓ ESZKÖZÖK

17.2.1. Ötletbörze

17.2.1.1. Az ötletbörze lényege, javasolt menete

17.2.2. Delphi-módszer

17.2.2.1. A Delphi-módszer lényege, alkalmazásának lépései

17.2.3. Nominális csoporttechnika

17.2.3.1. A nominális csoporttechnika lényege, alkalmazásának lépései

17.2.4. Ötletrendező ábra

17.2.4.1. Az ötletrendező ábra lényege, alkalmazásának lépései

17.2.5. Fadiaagram

17.2.5.1. A fadiaagram lényege, alkalmazásának lépései

17.2.6. Ok-okozat (halszálka-, Ishikawa-) diagram

- 17.2.6.1. Az ok-okozat diagram lényege, alkalmazásának lépései
- 17.2.7. Pareto-diagram
 - 17.2.7.1. A Pareto-diagram lényege, alkalmazásának lépései
- 17.2.8. Kölcsönhatásháló
 - 17.2.8.1. A kölcsönhatásháló lényege, alkalmazásának lépései
- 17.2.9. Gantt-ábra

18. fejezet

A klinikai epidemiológiai kutatások tervezésének és elemzésének fő lépései

Gődény Sándor–Kardos László

*„Csak néhány lehetőség van arra, hogy
egy tanulmány megfelelően legyen kivitelezve,
de ezernyi arra, hogy helytelenül.”*

(David Sackett)

A könyv hatodik fejezete azokat a kutatásokat, vizsgálati elrendezéseket tekintette át, amelyek hozzájárulnak az egészségügyi ellátás fejlesztéséhez. Az egészségügyi minőségfejlesztés számára ugyanakkor *releváns és megbízható adatok* szükségesek. Ennek érdekében alapvetően fontos az is, hogy a kutatás minősége megfelelő legyen, hogy a *„helyes kutatási gyakorlat”* kritériumai be legyenek tartva.

A vizsgálatok tervezésének szakaszában kritikus jelentőségű a kutatási kérdés alapjául szolgáló *expozíció és kimenetel* közötti kapcsolat helyes megítélése, és az ennek megfelelő kutatási *módszer és minta* (betegcsoport) körültekintő megválasztása, a *helyes statisztikai módszer* alkalmazása.

A tizennyolcadik fejezet e szempontokat ismerteti, kitérve a kutatási folyamat fő lépéseire, az adatkezeléssel kapcsolatos alapvető ismeretekre, amelyekkel biztosítható, hogy a minőségfejlesztéssel foglalkozó szakemberek is képesek legyenek kisebb kutatási feladatok elvégzésére.

A fejezet felépítése

18.1. TERVEZÉS

18.1.1. Témaválasztás

18.1.2. Kutatási kérdés kialakítása – hipotézis felállítása

18.1.3. A kísérleti elrendezés megtervezése

18.1.4. A tervezés egyéb feladatai

18.1.5. A vizsgálat kivitelezése

18.2. A KUTATÁS/VIZSGÁLAT EREDMÉNYÉNEK ELEMZÉSE

18.2.1. Populáció (statisztikai minta)

18.2.2. Változók, adatok és mérési skálák

18.2.2.1. Változók és adatok

18.2.2.2. Mérési skálák

18.2.2.2.1. Nominális (névleges) skála

18.2.2.2.2. Ordinális (sorrendi) skála

18.2.2.2.3. Intervallumskála

18.2.2.2.4. Arányskála

18.3. ADATELEMZÉS

18.3.1. Adatredukció

18.3.1.1. Az adatredukció numerikus módszerei

18.3.1.2. Az adatok grafikus reprezentációja

18.3.2. Statisztikai következtetés

18.3.2.1. Pontbecslés és hipotézisvizsgálat

18.3.2.2. Konfidenciaintervallum

18.3.2.3. A prezentáció helyes módja

18.3.3. Első- és másodfajú hiba

18.3.3.1. Elsőfajú hiba

18.3.3.2. Másodfajú hiba

18.4. AZ EREDMÉNYEK ÉRTELMEZÉSE

18.5. MÁSOK TÁJÉKOZTATÁSA

19. fejezet

Integrált minőségirányítás – az integrált szemléletű auditálás módszertana

Tarr Judit

*„Miként a színjátékban, az életben sem az a fontos,
mily soká szerepeltél, hanem az, hogy milyen jól!”*

(Seneca)

Seghezzi professzor, a minőségirányítás eddigi nemzetközi eredményeiről és a jövőbeli, Európában megvalósítható szerepéről a XII. Minőség hét üzeneteként az alábbi tanulságokat állapította meg:

„Az utóbbi évtizedben a minőségirányítási rendszerek nélkülözhetetlenné váltak mindenfajta szervezetben. E rendszerek gyakran az ISO 9000-es modellen vagy kiválósági díjmodelleken alapultak. Az igazi áttörés az 1990-es évek végén jelentkezett, amikor a minőségirányítást a vezetéselméletbe, a vállalatirányításba integrálták. A 2001-ben bekövetkezett gazdasági visszaesés ellenére a minőségközpontú rendszerek tanúsításának növekedése Európában töretlen. A minőség a következő évtizedben a siker szükséges és nélkülözhetetlen tényezője lesz. Az egyenletes minőség fenntartásához és a minőségfejlesztés valamennyi gazdasági ágazatban, de főként a közszolgáltatások és a harmadik szektor területén szükség lesz a minőségirányítás eszközeire és technikáira, a minőségügyi szakemberek jártasságára és gyakorlati

fogásaira. A minőségirányítás akkor lesz hatékony, ha a minőséget a költségekkel, a mennyiséggel és az idővel kapcsolatban kezeli, és ha teljesen beépül a felső vezetés funkcióiba. Ez pedig elengedhetetlenné teszi az integrált minőségirányítás koncepciójának alkalmazását.”

A tizennegyedik fejezet ismertette az egészségügyben alkalmazható minőségmodelleket. Az egészségügyi intézmények felépítése és működése, illetve az általuk nyújtott egészségügyi szolgáltatások minőségével kapcsolatos különleges elvárások kapcsán a különböző minőségmodellek, rendszerszabványok természetesen integrálódtak az általános működésirányítási rendszerbe. Bármennyire sokrétű követelményrendszert egyesítenek is az integrált rendszerek, mindegyikük működtetésének alapgondolata az *állandó javítás*, a *minőségfejlesztés* iránti igény és annak megvalósítása. Ennek az önjavító képességnek a megteremtéséhez és működtetéséhez legjobban bevált eszköz az *audit*, mely a különféle követelményszabványok, minőségmodellek együttes alkalmazásából eredően csakis az *integrált szemléletű megközelítés* módszerével lehet a vezetés hatékonyságát támogató irányítási eszköz.

A tizenkilencedik fejezet célja – mivel jelenleg az egészségügyi minőségirányítási rendszerek integrált auditjára vonatkozóan nem áll rendelkezésre szakirodalom –, hogy auditálási tapasztalatok és az irányítási rendszerek auditálásának azonos elvek szerinti elvégzését támogató nemzetközi útmutató (MSZ EN 19011:2003 [1]) értékelése által segítse az olvasót a különböző irányítási rendszerek integrálásának, valamint az auditálás lényegének megértésében.

A fejezet felépítése

19.1. AZ INTEGRÁLT MINŐSÉGIRÁNYÍTÁSI RENDSZEREK KIALAKULÁSA

19.1.1. Az irányítási rendszerek együttes alkalmazásának szükségessége

19.1.2. Az integrált minőségirányítási rendszerek létrehozásának elvei

19.1.3. Az integrált minőségirányítási rendszerek közös elemei

19.1.3.1. Akkreditációs standardok az integrált minőségirányítási rendszerben

19.1.4. Az irányítási rendszerek integrálásának lehetséges módszerei

19.1.5. Az integrált minőségirányítási rendszerek fejlesztési lehetőségei

19.1.6. A minőségirányítási rendszerek tanúsításának helyzete

19.1.7. Az integrált irányítási rendszerek tanúsításának jövőképe

19.2. AZ INTEGRÁLT SZEMLÉLETŰ AUDITÁLÁS

19.2.1. Az értéknövelő audit mint a klinikai hatékonyság fejlesztésének eszköze

19.2.2. Az integrált szemléletű auditálás elvei

19.2.2.1. Az integrált minőségirányítási rendszerek auditálásának kialakulása

19.2.2.2. Az auditálás szabványosításának értékelése

19.2.2.3. Az integrált szemléletű auditálás fogalmának szükségessége

19.2.2.4. Az integrált minőségirányítási rendszerek auditálásának kulcs-
pontjai

19.2.2.4.1. A minőségirányítási rendszer folyamatainak auditálása

19.2.2.4.2. A figyelemmel kísérés és a mérés folyamatainak auditálása

19.2.3. Az auditori kompetencia, a jól összeállított audit-team mint a klinikai hatékonyság fejlesztésének eszköze

19.2.3.1. Az auditorokra vonatkozó alapelvek

19.2.3.2. A minőségirányítási auditorok általános ismeretei és képességei

19.2.3.3. Az integrált minőségirányítási rendszerek auditorainak speciális
ismeretei és képességei

19.2.3.4. Az auditorok képzettségi és jártassági követelményei

19.2.3.5. Az auditorok értékelése

A könyv szerzői

Dr. Gődény Sándor

A könyv szerkesztője a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Iskola docense, a Népegészségügyi Iskola Egészségügyi minőségbiztosítási és minőségfejlesztési szakának vezetője, Magyarországon egyedül e szak ad „egészségügyi minőségbiztosítási és minőségfejlesztési szakember” diplomát. A posztgraduális képzés megfelel az Európai Unió elvárásoknak, így e képzést az Európai Minőségügyi Szervezet Magyar Nemzeti Bizottsága (EOQ MNB) is akkreditálta. Kezdeményezésére indult el a Debreceni Egészségügyi Minőségügyi Napok (DEMIN) konferenciasorozat, melynek jelenleg is egyik főszervezője. A DEMIN jelenleg a legnagyobb egészségügyre specializálódott minőségügyi rendezvény Magyarországon. Társelnöke az EOQ MNB Egészségügyi és Szociális Szakbizottságának, tagja a DE OEC Klinikai Bizottságának és Minőségirányítási Bizottságának. A Népegészségügyi Kar minőségügyi vezetője. Vezetője volt az Egészségügyi, Szociális és Családvédelmi Minisztérium ISO munkacsoportjának, amely kifejlesztette az „Ajánlás az ISO 9001:2000 alkalmazásához egészségügyi szolgáltató szervezetekben” irányelvet. Szakterülete: klinikai hatékonyság és klinikai audit, szakmai kritériumok és standardok az ISO alapú minőségirányítási rendszerben.

Balogh Zoltán

A Magyar Ápolási Egyesület és a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara elnöke, a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Ápolástudományi és Egészségpedagógiai Intézetének adjunktusa. 1997-ben a brit Exeter Egye-

temen egyetemi fokozatot szerzett egészségügyi szakképzésből. A Semmelweis Egyetem több szakán oktat. Jelenleg a Semmelweis Egyetem Doktori Iskolájának doktorjelöltje. Disszertációját az ápolóvá válás folyamatának vizsgálatából készíti. Szakterülete: neurológiai, pszichiátriai ápolás, közösségi ellátás, otthoni szakellátás, rehabilitáció.

Betlehem József

A Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Karának megbízott oktatási főigazgató-helyettese, a Magyar Ápolástudományi Társaság elnöke, a *Nővér* c. szakmai folyóirat szerkesztőbizottsági tagja, a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Oktatási, Továbbképzési és Tudományos Bizottságának elnöke. Szakterülete: ápoláskutatás, bizonyítékokon alapuló ápolás, ápolásmenedzsment.

Dr. Bereczki Dániel

A Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centruma Neurológiai Klinikájának professzora, az Általános Orvosi Kar oktatási dékánhelyettese. Szakértői tevékenységet folytatott többek között az Egészségügyi Minisztérium, a Medical Research Council (Egyesült Királyság), a National Health Service, Centre for Reviews and Dissemination (Egyesült Királyság) számára. Szerkesztőbizottsági tagja a *Stroke* (American Heart Association), a *Metabolizmus*, az *Agyérbetegségek* és az *Ideggyógyászati Szemle* c. folyóiratnak, szerkesztője a *Cochrane Stroke Review Group*nak (Edinburgh).

Dr. Dobos Éva

1992 és 1998 között a DOTE Gyermekklinika intenzív osztályának vezetője. 1996-tól foglalkozik minőségüggyel. 1999-ben egészségügyi közgazdasági és menedzser szakoklevelet, 2004-ben EOQ Egészségügyi Minőségirányítási rendszer menedzser tanúsítványt szerzett. 1999-től az SZTE ÁOK Finanszírozási Osztályának finanszírozási szaktanácsadója. 2000 és 2004 között a Háziorvostani Szakmai Kollégium minőségügyi szakértője, 2004-től a kollégium rendes tagja.

2003-tól tagja a háziorvosok nemzetközi tudományos szervezetén (WONCA) belül működő Európai Családorvosok Minőségügyi Bizottságának (EQUIP). 2002-től az alapellátás képviselőjeként a NAT Egészségügyi SzAB tagja. 2003-tól a MOK Akkreditációs és Minőségbiztosítási Bizottságának alelnöke.

Dr. Füredi Gyula

1983-ban szerzett szakképesítést általános orvostanból, 1997-ben üzemi orvostanból. 1983 óta tagja a Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesületének; több évi vezetőségi, illetve elnökségi tagság után jelenleg a főtitkári feladatokat látja el. Tagja a Háziorvostani Szakmai Kollégiumnak, valamint a háziorvosok nemzetközi tudományos szervezetének, a WONCA-nak. Orvosi diplomája mellett jogi szakoklevéllel is rendelkezik. Az Országos Alapellátási Intézet főigazgató-helyetteseként vesz részt az egészségügyi alapellátás módszertani fejlesztésében.

Dr. Horváth Andrea

A Szegedi Tudományegyetem Klinikai Kémia Intézetének tanszékvezetője. A Magyar Laboratóriumi Diagnosztikai Társaság elnöke, az International Federation of Clinical Chemistry Committee on Evidence-based Laboratory Medicine elnöke, a Guidelines International Network nemzetközi tanácsadó testületének tagja, a Critical Appraisal Skills Program (CASP) vezetőségi tagja. 1999 óta a brit Department for International Development által támogatott, a bizonyítékokon alapuló orvoslás terjesztését célzó TUDOR projekt és országos hálózat vezetője. Számos hazai és nemzetközi BAO-tanfolyam szervezője, az Egészségügyi Minisztérium és az OEP BAO szakértője, az Egészségügyi Minisztérium Clinical Evidence Online projekt szakértője.

Dr. Kardos László

Orvos-biostatistikus, a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Iskolájának tanársegédje, PhD-hallgató. A Debreceni Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán végzett, majd Master of Science képzésen vett részt a

University of London School of Hygiene and Tropical Medicine intézetében, ahol 2003-ban szakvizsgázott megelőző orvostanból és népegészségtanból. Szakterülete: mortalitási/morbiditási vizsgálatok és országos feltérképezési munkák, statisztikai programozás, klinikai kísérletek eredményeinek statisztikai feldolgozása.

Dr. Kincses Gyula

1998–2000: Miniszterelnöki Hivatal Kormányzati Stratégiai Elemző Központ, kormány-főtanácsadó; 2000–2001: Miniszterelnöki Hivatal, Miniszteri Kabinet Társadalmi és Gazdasági Kutatások Titkársága, kormány-főtanácsadó; 2001-től a MEDINFO megbízott főigazgatója; 2002 szeptemberétől az ESzCsM Miniszteri Kabinet egészségpolitikai tanácsadója; 2004 októberétől az ESKI kinevezett főigazgatója.

Katonai Zsolt

Okleveles gépészmérnök, minőségügyi mérnök, a QUALIMED-IL Kft. ügyvezető igazgatója. 1994 óta aktív szerepet vállal a magyar egészségügyi minőségbiztosítás elméleti fejlesztésében és a minőségirányítási rendszerépítési gyakorlat széles körű terjesztésében. Több egészségügyi intézményben vezette a minőségirányítási rendszerépítésre és tanúsításra való felkészítést. A DE OEC Népegészségügyi Iskola és a Miskolci Egyetem minőségügyi képzéseinek oktatója. IIASA-SHIBA I. díj díjat kapott 1991-ben és 1998-ban. 1996-ban megszerezte a „Strategic Leadership: Skills for International Managers Program” oklevelet (USA, State University of New York at Buffalo).

Dr. Mogyorósy Gábor

Gyermekegyógyász, gyermekkardiológus adjunktus a Debreceni Egyetem Gyermekklinikáján. Kutatási területe a gyógyító munka minőségének mérési lehetőségei a gyermekkori szívbetegségek ellátásának folyamatában. PhD-értekezését 2002-ben védte meg. Tagja volt a első Magyarországon megalakított

irányelvfejlesztő munkacsoportnak. Az ESZCSM felkérésére elkészítette a klinikai audit Magyarországra adaptált irányelvét. Jelenleg is tagja a TUDOR munkacsoportnak, mely a bizonyítékokon alapuló orvoslás hazai terjesztésében vállal úttörő szerepet.

Dr. Mogyorósy Zsolt

Egészség-gazdaságtani, illetve egészségügyrendszer-kutatással foglalkozik a Yorki Egészség-gazdaságtani Központban (Centre for Health Economics, University of York, UK). Ezt megelőzően 12 évig gyakorló orvosként dolgozott, majd az Egészségügyi, a Pénzügyminisztériumban és az Országos Egészségbiztosítási Pénztárban egészségügy-finanszírozási kérdésekkel foglalkozott. Kutatói munkája mellett a volt szocialista országokban egészségügyi rendszerfejlesztési programokban – részben az Egészségügyi Világszervezet felkérésére – tanácsadóként dolgozik. Egy intenzív egészség-gazdaságtani képzési program vezetője és oktatója (International Health Economics Intensive Course, University of York).

Sinka Miklósné

Az Egészségügyi Minisztérium III. Egészségpolitikai Főosztályának főtanácsosa. 1992-től végez az egészségügy területén minőségügygel kapcsolatos tevékenységet (Zala Megyei Kórház, Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Egészségügyi Minisztérium).

Szy Ildikó

Az Egészségügyi Minisztérium Minőségügyi Osztályának vezetője. Több minőségügyi és egészségpolitikai program előkészítésében és vezetésében vett részt: az egészségügy-specifikus akkreditációs és tanúsítási rendszer kidolgozásának koordinálása; a bizonyítékokon alapuló szakmaiirányelv-fejlesztés szervezése; az EFQM-modell egészségügyi értelmezésének kidolgozása; javaslat készítése a minisztérium minőségügyi rendszerének kialakítására. Tagja

a Nemzeti Minőség Díj Bizottságnak, a Nemzeti Akkreditáló Testület Egészségügyi Szakbizottságnak, az Európai Minőségügyi Szervezetnek, a Humán Szakemberek Szövetségének, elnöke a Magyar Minőség Társaság Egészségügyi Szekciójának, alelnöke a Szövetség a Magyar Egészségügy Minőségének és Gazdaságosságának Fejlesztéséért szervezetnek.

Tarr Judit

Regisztrált vezető auditorként dolgozik az SGS-nél, óraadó tanár a Debreceni Egyetem OEC Egészségügyi Menedzserképzőben, a DE Népegészségügyi Iskolában. Az Egészségügyi Minisztérium megbízott minőségügyi szakértője, minősítő a Nemzeti Akkreditáló Testületnél. Az ISO 9000 Fórum Egészségügyi és Szociális Ágazat alapító elnöke, 1999-től az Egészségügyi és Szociális Szakbizottság társelnöke az Európai Minőségügyi Szervezet (EOQ) Nemzeti Bizottságnál. IRCA vezető auditori és számos egyéb minőségügyi, valamint egészségügyi menedzsment tanfolyami képzettséggel rendelkezik. Több regionális, nemzeti és nemzetközi egészségügyi minőségfejlesztési projektben volt szakértő, illetve projektvezető. Nagy tapasztalattal rendelkezik az oktatás és a minőségügyi képzés területén. Jelenlegi kutatási területe az irányítási modellek integrálása és auditálási módszerei. Tevékenységét több ízben ismerték el hazai, illetve nemzetközi szakmai szervezetek kitüntetéssel (Simmelweis-díj, EOQ „Minőségért” díj, EOQ MNB, ISO 9000 Fórum elismerő oklevelek).

Dr. Uhrík Tibor

2002 óta a MEDICINA 2000 Járóbeteg-szakellátási Szövetség alelnöke, a Hippocrates Consulting Kft. fő tulajdonosa és ügyvezető igazgatója. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai szervezési, regionális intézményközi egészségügyi informatikai rendszerfejlesztési szakértője, a minőségügy területén a Minisztérium Járóbeteg-ellátási Standardok fejlesztői teamjének vezetője.