

Minőségügy, szakmai standardok a hospice-palliatív ellátásban*

Összefoglalás *A nemzetközi hospice standardokhoz való igazodás a magyar hospice mozgalom kezdete óta fontos orientációs pont volt. A jelenlegi jóléti politika egyre erősebben hangsúlyozza a számonkérhető, hatékony minőségi szolgáltatás formáit. A szerző röviden áttekinti az ezzel kapcsolatos külföldi és magyar tapasztalatokat. A minőségügy kérdései ez alkalommal elsősorban a menedzsment feladatok hatékony és színvonalas végrehajtásával kapcsolatban kerülnek megvitatásra.*

Bevezető gondolatok

- A minőségügy az elmúlt években kezdett „beszivárogni” a magyarországi humán szolgáltatások területére – idáig néhány példaértékű kivételtől eltekintve kezdetleges állapotok voltak jellemzőek.
- Ha valamit mondunk a szociális munka és a hospice kapcsolatáról, akkor annak harmonizálnia kell a legutóbbi konszenzus konferencián megfogalmazottakkal (Magyar Hospice Egyesület, 2000 május) vagy más országos, nemzetközi standardokkal.
- Ha a hospice-palliatív ellátás sarokköve a multidiszciplináris munkacsoport, akkor a standardoknak is tükröznie kell ezt.
- Önkéntes vagy kötelező minőségfejlesztés? Mindkettő, előbb-utóbb.
- Azok a szerzők, vezetők, akik a minőségügy motorjaként egyedül a gazdasági hatékonyságot tartják fontosnak, piaci szemléletet képviselnek, mely még akkor is végső soron a profitot tartja szem előtt, amikor a profit növelését a fogyasztói elégedettségen keresztül kívánja elérni (lásd pl. szolgáltatásmarketing-koncepciók stb.) A politika esetében ugyanez a probléma a költségmegtakarítás céljainak mentén fogalmazódik meg. A jóléti szférában sokan joggal tartanak ettől a megközelítéstől, mely minőséget mondva, de csupán gazdasági racionalitást, vagy ellenőrzést, számonkérést gondolva cselekszik. A költségek megtakarítása hosszú távon lehet az egyik célja és velejárója a minőségfejlesztésnek, de semmiképpen sem kizárólagos motívum a jóléti szolgáltatások minőségügyi kérdéseiben. (Szándékos a némelyek által talán „sarkosnak” tartható fogalmazás.)
- A fentiek figyelembevételével érthetjük meg, hogy azok vonakodnak a minőségbiztosítástól általában, akikre bürokratikus úton egyfajta, a „jóléti szféra minőségi koncepciójától” (ha van ilyen) idegen, hiányos keretet ráerőltettek. A minőségügy valami más. A sikeres minőségi rendszerek legalább annyi figyelmet szentelnek az emberi, munkatársi kapcsolatokra, mint magukra a megvalósítandó célokra, standardokra – vallja a teljes körű minőségirányítás (TQM) filozófiája.

Egy lehetséges minőség-definíció

A minőségügyi szakirodalom számtalan minőség-fogalom meghatározást ismer. Az alábbiakban az egészségügyi minőségügy egyik legelismertebb szakértőjének (Qvretveit,

* Az összefoglaló keretébe csak néhány általános gondolat felidézése fér. Az eredeti előadás bővített változata, a hospice-palliatív ellátás területére koncentrált minőségüggyel foglalkozó hosszabb tanulmány a 2000 őszén megjelenő, a szociális munka és a hospice kapcsolatát bemutató tanulmánykötetben lesz olvasható.

1992) egyik meghatározását tartjuk szem előtt, akinek definíciója a hospice-palliatív ellátás keretében így hangzik: A beteg és családja szükségleteinek kielégítése a legmagasabb színvonalon, adott költségvetési háttér mellett, melynek során a multidiszciplináris munkacsoport is elégedetten végezheti munkáját.

A minőségi rendszerek kidolgozását jelenleg befolyásoló fontosabb tényezők:

- Mindenhol a költségmegtakarítás célja lebeg a finanszírozó szeme előtt;
- Kórházi leépítések és humánus, minőségi hospice ellátás egyszerre?
- A minőség igénye a szakma felől;
- A minőségi szolgáltatások igénye az igénybevevők irányából (Esélyegyenlőségi Törvény érvényesítése, betegjogok, érdekképviselői szervezetek erősödése stb.);
- A finanszírozó, működtető elvárásai – költséghatékonyság, minőségi standardok, versenyképesség – (állami, önkormányzati, adományozó szervezetek stb.);
- A nemzetközi jogi és szakmai irányvonalak hatása (Pl. EU-normák, WHO célkitűzések: „1990-ig minden tagállamban ki kell dolgozni egy hatékony minőségbiztosítási rendszert az egészségügyben”) (1985 WHO).

Miért van szükség minőségi gondolkodásra?

- A beteg és családja elégedett lesz, megvalósíthatjuk a hospice küldetését;
- A gyenge minőségű munkát, szolgáltatást kiszűrve költséget takaríthatunk meg;
- Szabályozott, átlátható keretek között könnyebb dolgozni, ritkábban fordul elő a személyzet frusztrációja;
- Az elégedetlenséget megszüntethetjük azáltal, hogy az elvárásokról nyíltan beszélünk;
- Megvalósul a szakmai munka értékelése;
- Versenyelőnyt jelenthet (innováció, szolgáltatásválaszték, jó értelemben vett „márkanév” a hospice).

A szolgáltatások minőségének kritikus pontjai lehetnek:

- A szolgáltatás teljesítménye időben változó (ez nem egy japán alkatrészt, itt emberek dolgoznak). A problémák enyhíthetőek, de ezeket teljesen soha nem lehet kiküszöbölni. A szolgáltatás eredményes kimenetele az utolsó pillanatig bizonytalan (pl. hosszú jó ellátás után hirtelen rossz állapot vagy halál bekövetkezése, amit a család nem tud elfogadni, és a hospice munkacsoportot okolja...)
- Nem-fizikai természet. Érzékszervi úton nem tudunk róla tapasztalatot szerezni (nem áruházi sajtókóstolás). A megismeréshez át kell élni a szolgáltatás igénybevételét. A kereskedelemben a selejt a gyár „magánügye” (ha nem a fogyasztó veszi észre a hibát), szolgáltatások esetében a „selejteket” száma a szolgáltatás mellett vagy ellen való döntés legfontosabb kritériuma is lehet.
- A minőségnek vannak objektív és szubjektív elemei, ezért csak korlátozottan általánosítható.
- Összetevői között vannak mérhető, illetve csak becsülhető elemek (pl. nyitvatartás, várakozási idő, fájdalom-skálák stb.)
- Manifeszt (észlelhető) és látens (rejtett) hatások (pl. manifeszt: morfin tabletták hatása, látens: egy hospice munkájának köszönhető, hogy jobb körülmények között hal meg a beteg, míg a család esetleg csak azt látja, hogy mégis meghalt...)

Mit lehet mérni?

- Hitelesség (szavahihetőség, pl. akkor látogatnak-e, amikor ígérik?)
- Biztonság (jó helyen van otthon – házi ápolás, vagy a hospice-ban)

- Hozzáférhetőség (megközelíthetőség, könnyű kapcsolatteremtés, tolószékes betegek közlekedése; mennyi idő alatt telefonon elérni a szolgálatot; 24 órás hospice ügyelet)
- Kommunikáció (odafigyelés, terjedelem, gyakoriság, mélység)
- A betegek, családjuk igényeinek megértése (felmérése, megértése)
- Kézzelfogható tényezők (berendezések, recepciós fogadószoba)
- Megbízhatóság (az ígért szolgáltatást olyan színvonalon végzik, ahogyan ezt ismertették)
- Reagálási készség (gyorsaság, speciális igények kielégítése)
- Hozzáértés (jártasság, tudás, szakértelem – lehet, hogy a család másként látja ezt a betegség alatt és a halál után!)
- Udvariasság (előzékenység, barátságos viselkedés, családi szokások tiszteletben tartása)

A minőség mérésének három fontos területe

I. Struktúra: A beteg ellátásához nélkülözhetetlen dolgok (fizikai eszközök, az intézet szervezeti felépítése, anyagi és humán erőforrások, stb.)

II. Folyamat: Az ápolási, ellátási folyamat, fókuszban a beteg és családja, valamint a multidiszciplináris munkacsoport kapcsolata áll.

III. Eredmény: A beteg és családja testi, lelki, szociális, spirituális állapota. A figyelem a beteg tág értelemben vett jólétére, életminőségére irányul.

A hagyományos minőségértékelés az egészségügyben az orvosi, ápolói munkára koncentrálnak, figyelembe veszi a folyamatokat, a beteg életminőségét, de közel sem olyan mértékben, amint ez a palliatív ellátásban célunk. Milyen kritériumokat kell megfogalmaznunk?

- válaszol a beteg és családja jólétére (holisztikus: fizikai, lelki, szociális, spirituális);
- megvalósítható, reális;
- dinamikus, időről időre felül kell vizsgálni, fejleszteni.

Minőségbiztosítás

A minőségbiztosítás legalább három dolgot jelent: koncepciót, folyamatot és rendszert. Egy világos *konceptió* által vezérelt *folyamat* valósítja meg a *minőségbiztosítási rendszert*. A minőségbiztosítás folyamat, amelyben a minőséget meghatározó kívánatos és megvalósítható standardok vannak előírva. A standardok végrehajtását mérjük, az észlelt hiányosságokat pótoljuk. A standard önmagában nem biztosítja a minőséget, a minőségi rendszer eleme, eszköz, nem cél. A standard jelentései: *ideális, a kiválóság jelképe, mérce, viszonyítási alap, átlagos*. Melyik értelmezést használjuk? Amikor egy konkrét kérdésben állást foglalunk, meghatározhatunk minimum és optimális standardokat is.

Példa a standardizációra:

A hospice-palliatív ellátásoz való hozzáférhetőség

Elv: A hospice a terminális betegek és családjuk gondozásának, támogatásának kortól, nemtől stb. függetlenül...

Standard: Rendszeres, folyamatos igényfelmérés, és tervezés, különös figyelem a közösség peremén, valamilyen módon elszigetelt emberek felé, nyitottság...

Eredmény: A hospice világos információt nyújt szolgáltatásairól, írásban rögzíti a betegfelvétel és elbocsátás kritériumait stb.

Nincs egyedül helyes módja a minőségi rendszer kialakításának, nincs olyan „kötelező” lista, amely felsorolja a rendszer elemeit, bár vannak alapvető szempontok, amelyeket érvényesíteni kell ahhoz, hogy értelme legyen a többi standardnak. A Nemzeti Hospice Szervezetek Standard és Akkreditációs Bizottsága (Egyesült Államok) például az

alábbi területek köré csoportosította a standardokat: A palliatív ellátás hozzáférhetősége; A beteg és családja, mint az ellátás egysége; Interdiszciplináris munkacsoport; Ápolási terv; Az ellátás tere; Gyász-szolgálat; Eszközigeny; Az ellátás folyamatossága és koordinációja; Hatékony működés; Dokumentáció; Igazgatóság; Menedzsment és adminisztráció; Minőségellenőrzés és minőségfejlesztés.

Ki alakítja ki a minőségbiztosítást? Milyen megközelítés alapján?

- A szolgáltatás igénybevevői (a beteg és hozzátartozói). Be akarjuk-e vonni ebbe a folyamatba azokat, akikért valójában megalkotjuk a kritériumrendszert?
- A hospice szervezetek szakmai, piaci érdekei – a szakmai értékek, érdekek mentén Azt akarjuk, hogy mindenki bekerülhessen a minőségbiztosítottak körébe idővel, vagy egy szigorú kritériumrendszerrel csak a „szakmai kiválóság”-ot elérők tartozhassanak ide? A megoldás valahol a kettő között lehet...
- Hatóság, finanszírozó – az illetékes minisztériumok, nagy magánalapítványok szakmai tanácsadóinak koncepciója, javaslatai, követelményei.

A minőségbiztosítási/minőségfejlesztési rendszer bevezetésének, programjának lehetséges elemei

1. Tisztázzuk saját felelősségünket, és céljainkat.
2. Ennek fényében készítsünk átfogó tervet, amely tartalmazza az alábbiakban felsorolt vonatkozó elemeket:
3. A vezetőséget a lehető legnagyobb mértékben be kell vonni. Az ő elkötelezettségük meghatározó, bár önmagában még nem elég mindenre.
4. Ha konzulensre van szükség, korai stádiumban be kell vonni, vagyis már a tervezési fázisban.
5. A dokumentációs rendszer megalkotása. A) Milyen irányvonalak, standardok, kalauzok, folyamat leírások, gyakorlati útmutatók szükségesek a szervezeti szinteken hosszú távon?
B) Milyen dokumentáció szükséges a program megvalósítása során?
6. Határozzuk meg a használni kívánt problémamegoldó és minőségfejlesztő struktúrákat (menedzsment csoportok, minőségi csoportok stb.).
7. A kommunikációs csatornák kialakítása: Hogyan történik a célokról, tevékenységekről, eredményekről való beszámolás? (A fejlesztők szintjén, a megrendelő felé, ügyfelek felé.)
8. Állapodjunk meg a feladatokban: ki mivel, és hogyan foglalkozik a program megvalósításában?
9. Fogalmazzuk meg elképzeléseinket, a munka misszióját és a minőségi politikánkat! (Pl. hol helyezkedik el a minőségfejlesztési folyamat a szervezet hosszú távú stratégiájában?)
10. A munkában résztvevők (vezetők és alkalmazottak) képzése – amennyiben szükséges.
11. Rendszeres megbeszélések.
12. Az előírt követelmények, jogszabályok és az általunk megvalósítani kívánt minőségi követelmények tisztázása.
13. A munka koordinálása.

A program végére létrejön egy működő rendszer beépített ellenőrzéssel, értékeléssel. A gyakorlatban lassan hozzászoknak, beletanulnak a hospice munkatársai, de további tréningekre, és az értékelés mentén történő folyamatos változtatásokra lesz, illetve lehet szükség.

A szociálpolitika mindig az állami beavatkozás területe, különösen azokban az időkben, amikor növekszik a munkanélküliség, a szociális ellátások iránti szükséglet, stb. Előfordulhat olyan eset, hogy amit ma elmaradott, gyenge színvonalú szolgáltatásnak gondolunk, azt a közeljövő politikája elegendőnek, és kielégítőnek tartja. Nem könnyű ilyen

körülmények között motiválni a jóléti szolgáltatásokban dolgozókat arra, hogy a minőségi elvi tökéletességet szem előtt tartva folyamatosan a szakmai standardok tökéletesítésén fáradozzanak. Még nehezebb az ügyfelek együttműködő, aktív bevonása a szakmai kiválóságot megcélzó fejlesztési folyamatokba, ha egy politikai váltás következtében holnap „megelégszünk” alacsonyabb szakmai standardokkal is.

Egy másik problémára, illetve veszélyre az angol Klein professzor hívja fel a figyelmet az angliai Best Value-rendszer kapcsán a *Lehet-e politikai célkitűzés a minőség motorja?* (1998) című vitairatában. A tanulmány címére válaszolva talán gondolkodás nélkül rávágjuk az igent, sőt, gondoljuk: ez után áhítozunk. Klein szerint az állami szociálpolitika minőség iránti elkötelezettsége kívánatos, ám nem szabad megfedkezni arról a veszélyről, amikor az állami szociálpolitika célja a minőségnek valamilyen „dicsőséges”, „fellegekben járó” koncepciója. Ebben az esetben ugyanis egy rendkívül csalóka és sérülékeny végcél lebeg a szemek előtt, melynek varázsa szinte bizonyosan megtörik a megvalósítás során.

A hazai minőségügyről gondolkodva reálisan kell látnunk, hogy a minőségügy elemeinek megvalósulása nem rövidtávú programok eredménye, hanem több kormányzati cikluson átívelő tervezés, kivitelezés következménye. Találkoznia kell az alulról építkező szakmai és fogyasztói érdekeknek és az állami politika irányvonalának. Az együttműködés nélkül lehetnek majd – vannak is – törvényi standard előírások, egy-egy szakmai körben kidolgozott kódexek, folyamat-szabályozások, azonban amíg nincs megfelelő szintű egységes keretrendszer, addig bizonytalanságban lesznek azok, akikért dolgozni szeretnénk. Ha ez az elhatározás megéri a különböző szinteken, akkor megtörtént az első, legfontosabb lépés. A megvalósításban számos – külföldön és hazánkban is kipróbált – módszer lehet segítségünkre.

A *javító* (reaktív) típusú problémamegoldás és a *megelőző* (proaktív) típusú problémamegoldás nyilvánvaló különbséget képvisel. A minőségkonceptió fejlődésében az 1970-es évek második felében jelentek meg azok a jellemzők, melyek a hibák felderítése mellett fokozatosan a hibák megelőzésére tették hangsúlyt. Ezt a megközelítést azóta folyamatosan igazolja két fontos érv. Az első könnyen számszerűsíthető: olcsóbb a hibák megelőzése, mint utólagos kijavítása. Ez igaz a gazdasági életben és a jóléti szférában egyaránt. Gondoljunk csak azokra az országokra, ahol mernek és tudnak hosszú távon gondolkodni, ők lényegesen többet költenek oktatásra, egészségügyre stb., mert tudják, hogy a befektetés megtérül. A második szempont elsősorban a szolgáltatások területén tudatosodott: a prevenció hatékonysága mellett szól az az érv is, hogy a megfelelő színvonalú szolgáltatás mindenképpen humánusabb.

A standardizáció egyik alapkérdése mindig a célszerűség körül forog. A lehetőségek két végpontja köré helyezhető a csak minimum szintet megállapító koncepció, illetve a divatos és széles körben alkalmazott úgynevezett *benchmarking* módszer, ahol a minőségfejlesztési irányt az adott terület legjobb példáival történő összehasonlítás eredménye szolgáltatja, tehát egy ideális, talán mondhatjuk, hogy jó értelemben vett maximalista (adott időben elért maximális teljesítmény) megközelítés alkalmazásáról van szó.

Az utóbbi és más módszerek felhasználásával folyik például évek óta az Európai Unió és más társult országokban végzett egészségügyben alkalmazott minőségi rendszereket összehasonlító ExPeRT program, melynek célja az alkalmazott modellek eredményességének összehasonlítása volt. Kölcsönös tanulás és új fejlesztési irány kialakítása után folytatódik a minőségügyi munka.

Ahhoz, hogy elkötelezett minőségi munkával minél több hibát elkerülhessünk, sokféle szempontra kell odafigyelnünk. Qvretveit (1992) több kutatást elemezve megdöbbentő arányokat közöl az ügyfelek panaszaival kapcsolatban. Az angol egészségüggyel kapcsolatos panaszok sorsát szemléletes ábrával mutatja be, ahol a jéghegy víz felett látható csúcsa a betegek és az egészségügy klienseinek az a csoportja (1%!), akik élnek az írásbeli formális panasztétel lehetőségével. Az elégedetlenek másik csoportja (10%) kimutathatóan nem az

intézménynél, hanem ismerősei körében panaszkodik, és másik szolgáltatót keres (ők anyagi veszteséget is jelentenek az intézménynek, az elvesztett jó hírt pedig nagyon nehéz visszaszerezni).

A minőségfejlesztési folyamatok nem a rövidtávú, projekt-szerű programok hatáskörébe tartoznak. A minőségfejlesztés nem a tűzoltás eszköze. Európában a minőségügy vonatkozásában egészen fejlett, kifinomult, több oldalról – a törvények, szakmai csoportok és az ügyfelek által – támogatott minőségi rendszerek és olyan kezdeményezések is vannak, amelyek még igencsak gyerekcipőben járnak. A lényegesen eltérő rendszerek közös pontja mindenhol az *ember* (a fogyasztó, az ügyfél, a beteg stb.) kell, hogy legyen. A minőség lehet alacsony vagy magas, negatív vagy pozitív, önmagában semleges fogalom. A pozitív jelentés a magyarban a *minőségi* jelzőhöz társult. Viszont abban a pillanatban, hogy a jóléti szférában kerül szóba a minőség, látnunk kell: *a minőség értékalapú fogalom*. Ez az érték és cél érvényes az állami feladatkörbe tartozó törvényhozás, a szakmai csoportok standardizációs munkája, és természetesen az ügyfelek és érdekvédelmi csoportjaik szempontjai szerint egyaránt. Ennek figyelembevétele elengedhetetlen a humán szolgáltatások minőségi fejlődéséhez.

Irodalom

- A terminális állapotú daganatos betegek palliatív ellátása – Szakmai irányelvek, Budapest, Magyar Hospice Egyesület, 2000
- Cseri Péter (2000): A nonprofit szektor jóléti szolgáltatásainak minőségügyi kérdése öt európai országban: Svédország, Nagy-Britannia, Hollandia, Németország, Olaszország. Budapest, Szociális és Családügyi Minisztérium - Nonprofit Humán Szolgáltatók Országos Szövetsége
- Evers, A., R. Haverinen, K. Leichsenring, G. Wistow (eds) (1997): *Developing Quality in Personal Social Services* Ashgate, Aldershot,
- Hawkins, Frank – Gunter, John (1998): *Managing for Quality*. In: Richard L. Edwards, John A. Yankey and Mary A. Altpeter (eds) *Skills for Effective Management of Nonprofit Organisations*, NASW Press
- Klein, Rudolf (1998): *Can Policy Drive Quality?* In: *Quality in Health Care* 7 Supplement pp. 51-53.
- Modernising Social Services: Promoting Independence, Improving Protection, Raising Standards*, Secretary of State for Health, 30 November 1998. United Kingdom
- Osborne, Stephen P. (1992): *The Quality Dimension. Evaluating Quality of Service and Quality of Life in Human Services*. In: *The British Journal of Social Work*, Vol. 22. pp. 437-453.
- Qvretveit, John (1992): *Health Service Quality*. Blackwell, Oxford