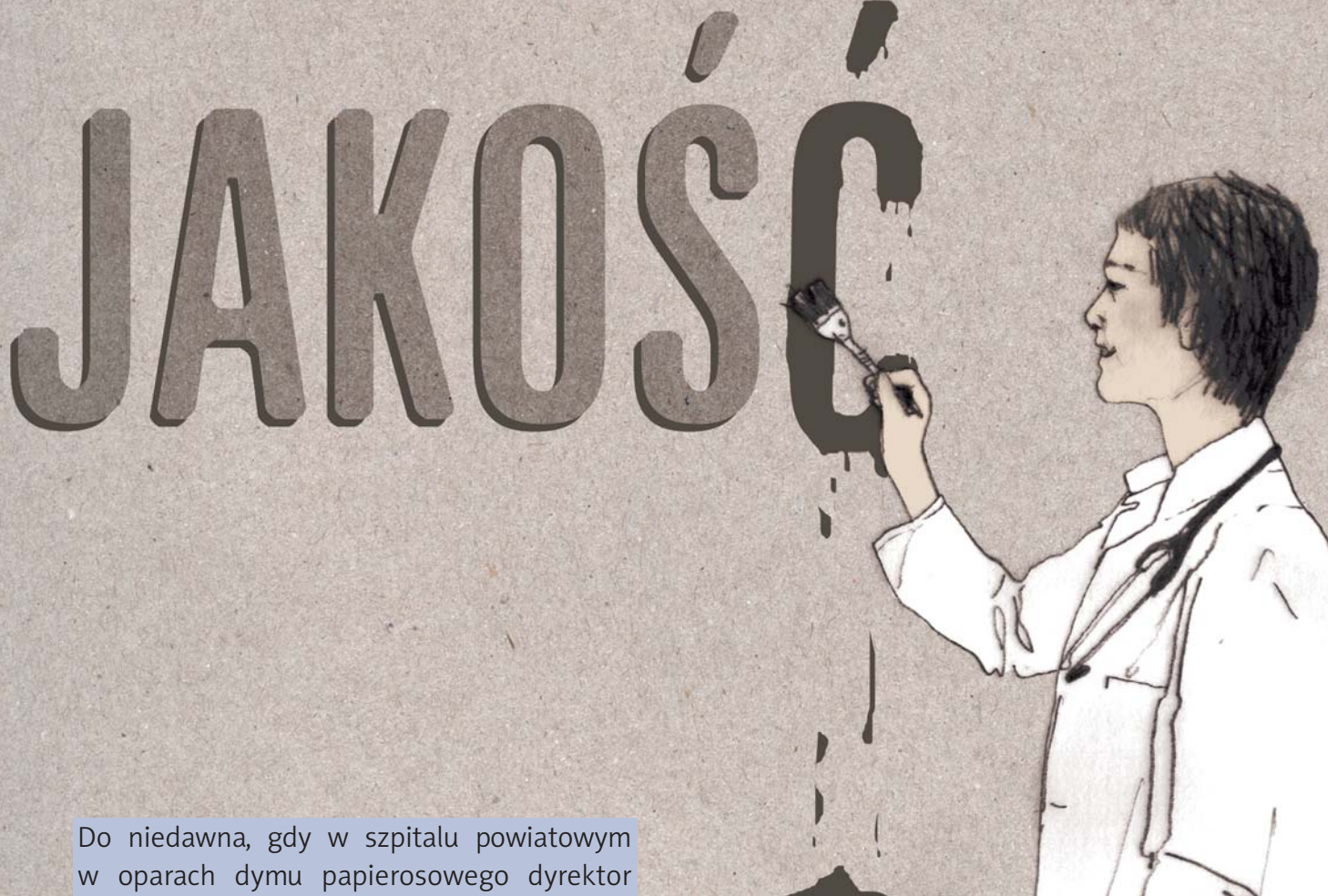


Trzy pierścienie jakości usług medycznych



Do niedawna, gdy w szpitalu powiatowym w oparach dymu papierosowego dyrektor na zebraniu oświadczał pracownikom: *jakoś sobie radzimy*, miało to wymiar pochwały dla zespołu i sygnału: *zrobiliśmy, co do nas należało*. Dziś już nie chodzi o *jakoś*, ale o *jakość*. XXI wiek na nowo zdefiniuje pojęcie *jakość* w polskiej ochronie zdrowia.

Mimo że średnie przychody przeciętnego szpitala w naszym kraju są aż dwudziestopięciokrotnie mniejsze niż podobnego w USA, nie można pozostawać przy definicjach jakości rodem z poprzednich stuleci. Zastanówmy się więc, jakie są składniki jakości w nowoczesnej ochronie zdrowia.

Pierścień pierwszy

Posłużę się koncepcją trzech pierścieni jakości. Pierścień wewnętrzny to usługa podstawowa (*core*), środkowy to działania wspomagające (*support services*), a zewnętrzny to dodatki, w terminologii amerykańskiej

zwane drobnymi sprawami, które mają znaczenie (*little things that matter*). Aby naświetlić tę koncepcję, proponuję krótką wędrówkę historyczną. Otóż w XIX wieku o jakości operacji chirurgicznej decydowała usługa podstawowa, czyli po prostu zdolność chirurga do resekcji odpowiedniego chorobowo zmienionego organu, a o jakości leczenia internistycznego umiejętność postawienia diagnozy i wyboru lekarstwa przez lekarza. Wszystko, oczywiście, w miarę dostępnych środków i technologii. Powoli jednak chirurdzy zrozumieli, że operacje nie powinny boleć, a nieco później, że nie powinny się wiązać z zakażeniami. Interniści uświadomili sobie natomiast, że lekarstwa nie muszą być truciznami, a w celu postawienia diagnozy nie trzeba *torturować* pacjenta procedurami diagnostycznymi.

Pierścień drugi

Tak oto narodziła się nowa jakość, drugi pierścień jakości, w postaci znieczulenia do operacji czy diagnostyki nieinwazyjnej (badania rentgenowskie). Stopnio-

wo te działania stały się standardami, a więc weszły w skład pierścienia wewnętrznego jakości usługi zdrowotnej. W XXI wieku nie ma mowy o operacji bez znieczulenia, choć jeszcze, niestety, pojawiają się opinie, że musi boleć, a działania uboczne leków trzeba wytrzymać.

Pierścień trzeci

Wracając do przeszłości, porozmawiamy o koncepcji trzeciego pierścienia jakości, który można też określić mianem tzw. ekstratów. Kiedyś takim ekstratem było np. wyżywienie w szpitalu, później papier toaletowy (o zgrozo, do tej pory często pacjenci w polskich szpitalach muszą przynosić własny papier), czy węzeł sanitarny w sali chorych. Po tych odniesieniach pozostaje nam określenie istoty jakości w ochronie zdrowia. Na pewno istotą nie jest posiadanie certyfikatu jakości ISO, jest to zaledwie bowiem świadectwo (mniej lub bardziej wiarygodne) uporządkowania procesów zarządzania, świadectwo niespecyficzne w stosunku do ochrony zdrowia. Są w naszym kraju szpitale mające certyfikaty ISO, w których pacjenci przebywają w wieloosobowych salach bez sanitariatów, a na śniadanie serwuje się im kawałek chleba z dżemem. W takich szpitalach jest jakoś, a nie jakość.

Całokształt, czyli cały kształt

Co zatem powinno definiować jakość w nowoczesnej ochronie zdrowia? Moim zdaniem, decyduje całokształt. Po pierwsze (pierścień wewnętrzny), bezwzględne zachowanie standardu medycznego. W odniesieniu do chirurgii będzie to operacja wg wskazań, dotycząca właściwego organu, przy użyciu jak najmniej inwazyjnej techniki operacyjnej, bez bólu i bez niespodziewanych powikłań. Po drugie (pierścień środkowy), właściwa lekarska opieka przedoperacyjna i pooperacyjna, w tym szczególnie osobiste wizyty operatora (niestety, wielki chirurg z tytułem naukowym w naszym kraju raczej niechętnie pojawia się na wizytach pooperacyjnych), rozmowa lekarza z pacjentem oraz dobre wyżywienie, sale z sanitariatami, rehabilitacja pooperacyjna, a także możliwość nieskrępowanych wizyt najbliższej rodziny. Po trzecie (pierścień zewnętrzny), to sale dwuosobowe i jednoosobowe, bezpieczne i bezpłatne miejsce do zaparkowania przed szpitalem, możliwość otrzymania zapisu przebiegu operacji na płycie DVD czy też telefon od chirurga do wypisanego właśnie pacjenta po operacji, a internisty po wypisie ze szpitala. Oczywiście, moje rozważania nie wyczerpują długiej listy elementów z grupy trzeciego, a nawet drugiego pierścienia. Moim zamiarem było przedstawienie koncepcji z przykładami, a szanowni, znający się przecież na rzeczy czytelnicy *Menedżera Zdrowia* łatwo dopowiedzą dalsze szczegóły (polecamy artykuł Anny Wiczorkowskiej o tym, jak mierzy się jakość świadczeń w Niemczech: *Niemcy do bólu metodyczni*, str. 34 – przyp. red.)

„ Część polskich lekarzy błędnie sądzi, że jeśli postawią właściwą diagnozę i przepiszą właściwe lekarstwo, spełnią wymogi jakości ”



„ Na pewno istotą jakości nie jest posiadanie certyfikatu jakości ISO, jest to zaledwie bowiem świadectwo – mniej lub bardziej wiarygodne – uporządkowania procesów zarządzania ”

Powinniśmy zaprzestać definiowania jakości w polskiej ochronie zdrowia poprzez pryzmat pierwszego pierścienia. Niestety, część polskich lekarzy uważa, że jeśli postawią właściwą diagnozę i przepiszą właściwe lekarstwo, spełnią wymogi jakości. Żyjemy już w czasach wysokiej jakości i nie możemy zapominać o rosnących wymaganiach konsumentów. W polskiej ochronie zdrowia nie możemy tolerować, żeby było jakoś, stawiamy zatem na jakość!

Jarosław J. Fedorowski
Autor jest prezesem Europejskiego
Stowarzyszenia Dyrektorów Medycznych.