

Alicja Palczewska

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Jakość usług medycznych w opiece paliatywnej

The quality of medical services in a palliative care

Adres do korespondencji:

mgr Alicja Palczewska
Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego
Warszawski Uniwersytet
Medyczny
ul. Erazma Ciołka 27
01-445 Warszawa
e-mail: a.palczewska@op.pl

STRESZCZENIE

Jakość świadczonych usług medycznych jest jednym z fundamentalnych problemów w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej. Zapewnienie wysokiej jakości usługi przy odpowiednim jej koszcie – to wyzwania stojące przed placówkami ochrony zdrowia, które chcą się utrzymać na coraz bardziej konkurencyjnym rynku zdrowotnym. Twarde wymagania rynkowe powodują, że coraz więcej organizacji, w tym jednostek ochrony zdrowia, zaczyna wdrażać zarządzanie poprzez jakość, widząc w nim możliwość uzyskania większej konkurencyjności i wiarygodności.

Efekty wdrożenia systemu zarządzania jakością w placówkach ochrony zdrowia można rozpatrywać na różnych płaszczyznach, ale podstawową rolę odgrywa tu ocena wystawiona przez pacjenta. To właśnie on najczęściej zyskuje, otrzymując lepszą opiekę i świadczenia. Korzyści z wdrożenia systemu zarządzania jakością nie ograniczają się jedynie do pacjenta. System zarządzania jakością usprawnia funkcjonowanie zakładu opieki zdrowotnej oraz poprawia warunki pracy.

Medycyna kojarzy się głównie z przywracaniem zdrowia, ratowaniem życia, ale są i takie stany chorobowe, których wyleczyć nie można, a wiążą się z ogromnym cierpieniem fizycznym, psychicznym i w dłuższej lub krótszej perspektywie – prowadzą do śmierci. Ta grupa chorych powinna być objęta opieką paliatywną – taką, która jest w stanie zaspokoić wszystkie potrzeby człowieka chorego, czyli nie tylko jego jednostkę chorobową, ale stan psychiczny, sytuację socjalną, a przede wszystkim potrzebę zapewnienia jakości życia u jego schyłku.

Specyfika zakładów opieki zdrowotnej, czyli złożoność oraz liczba procesów, jakie występują w usługach medycznych, wymusza koncentrowanie się na jakości świadczonych usług, a w efekcie – wdrożenie systemu zarządzania jakością. Niniejsza praca zawiera praktyczne wskazówki do realizacji programu zarządzania jakością w zakładach opieki paliatywnej.

Problemy Pielęgniarstwa 2008; 16 (1, 2): 186–191

Słowa kluczowe: jakość, usługa medyczna, zarządzanie, kompleksowe zarządzanie jakością, opieka paliatywna

ABSTRACT

The quality of medical services is one of the basic issues in the health care. Securing a high quality of services together with adequate costs is one of the challenges, that health care institutions, which want to stay competitive on a demanding market, will have to face. Tough market requirements as well as the desire to become more competitive and reliable, force more and more organizations, including health care entities, to implement quality management.

The effects of introducing quality management systems in health care institutions can be considered in various ways, but of great importance is the patient's evaluation. He is the one who profits the most by receiving better care and services. However, the advantages of implementing quality management are not restricted to the patient only. The quality management system improves the functioning of a health care institution and enhances working conditions.

Medicine is associated mainly with restoring good health condition and saving life, but there are also illnesses that cannot be cured. They are inevitably connected with physical and mental pain and in

a long run lead to death. The group of patients suffering from fatal diseases should be provided with a palliative care. This kind of treatment is created to take care after all types of needs of an ill patient: not only the disease itself, but also the state of mind, social condition and securing the quality of the patient's life at its twilight.

The complexity of medical services and the variety of processes connected with them force greater concentration on the quality of the services rendered and – as an effect – implementation of a quality management system. The present research covers practical guidelines on implementing quality management systems in palliative care institutions.

Nursing Topics 2008; 16 (1, 2): 186–191

Key words: quality, medical service, management, total quality management (TQM), palliative care

Jakość usług medycznych z punktu widzenia pacjenta z nieuleczalną chorobą

Głównym celem starań o poprawę jakości usług świadczonych w zakładzie opieki zdrowotnej jest optymalizacja opieki nad pacjentem. Pacjent zakładu opieki zdrowotnej jest klientem korzystającym z jego usług. Ze względu na osobisty aspekt opieki medycznej konieczne jest przemyślenie i wzięcie pod uwagę jego życzeń i oczekiwań.

Z punktu widzenia pacjenta — jakość to wynik jego własnej oceny i jego własnych odczuć w procesie świadczenia usług medycznych. Jest to zatem wielokrotnie bardzo subiektywna ocena i nie zawsze (a na pewno nie do końca) związana wyłącznie ze stanem wiedzy medycznej. Pacjent oczekuje od pracowników ochrony zdrowia znacznie więcej niż tylko rzetelnego wykonania procedury medycznej — liczy na serdeczne traktowanie, poszanowanie własnej godności, pomoc w cierpieniu i zapewnienie właściwych warunków otoczenia. Dlatego też każdy pacjent ustala własne kryterium jakości usługi medycznej. Ma on określony własny pułap oczekiwań i wymagań.

Poza szeroką oceną jakości świadczonych usług medycznych, w powiązaniu z obowiązującymi standardami opieki, należy zwrócić uwagę na relacje pomiędzy rzeczywistością a oczekiwaniami pacjenta i jego rodziny. Okazuje się, że w opiece paliatywnej otwartość w zakresie komunikacji z pacjentem i jego rodziną jest jednym z podstawowych warunków ich zadowolenia z opieki [1].

Relacje pielęgniarka-pacjent uzależnione są przede wszystkim od osób wchodzących w ten układ, od jednostki chorobowej, wieku, płci, przynależności do określonej klasy społecznej itd. I tak na przykład wiek chorego jest ważnym czynnikiem determinującym proces komunikacji. W przypadku dziecka uwzględnić należy niedojrzałość jego osobowości i małą odporność na stres. Problemem jest nie tylko niezrozumienie przekazywanych przez dziecko informacji, ale także zredukowanie niepokoju rodziców, a szczególnie matek. Nadopiekuńcze postawy rodziców połączone z elementami lękotwórczymi mogą stwarzać atmosferę niezro-

zumienia, a niekiedy przyczyniać się do postawienia nieprawidłowej diagnozy.

Komunikacja z chorym w podeszłym wieku jest zde-terminowana przez wiele innych czynników, z których najważniejszy to starzenie się układu nerwowego. Konsekwencją tego jest pogorszenie się wzroku, słuchu, pamięci, wolniejszy tok myślenia i spostrzegania (pacjent wymaga silniejszego bodźca z powodu dłuższego czasu reakcji). Zmiany w obrębie układu nerwowego hamują proces komunikacji lekarza z pacjentem, a należą do nich:

- nieufność i podejrzliwość, związane z trudnościami ustroju do przystosowania się (pacjent staje się nerwowy, nieporadny, pełen obaw i niepokojów),
- nastawienie hipochondryczne — myślenie o dolegliwościach, wyolbrzymianie ich i upatrywanie w nich objawów śmiertelnej choroby, częste uskarżanie się,
- nastawienie euforyczne, przeciwstawne do poprzedniego (osoby takie cechuje wzmożone napięcie emocjonalne, co przejawia się przechwalaniem urojonymi możliwościami i celowym ukrywaniem dolegliwości). Ucieczka w udawanie często ma negatywne konsekwencje, bo utrudnia wykrycie groźnej choroby,
- życie przeszłością występujące u ludzi, dla których starość jawi się jako okres ciemny, trudny i smutny. Przeszłość jest dla nich czasem sukcesów i szczęścia, kiedy wszystko było lepsze, piękniejsze.

Innym przypadkiem jest interakcja z człowiekiem bliskim śmierci, któremu towarzyszy lęk komunikacyjny, determinowany zwykle częstotliwością i długością kontaktów międzyludzkich, nasyceniem rozmów na temat śmierci i pogrzebu oraz niedopowiedzeniami dotyczącymi stanu zdrowia i rokowań. Podczas wykładów prowadzonych przez Dobskich [2] przytaczany jest fragment publicznego listu napisanego przez członka zespołu hospicyjnego, który doskonale obrazuje tę relację, tym razem ze strony chorego: „... Medycyna często traktuje zgon pacjenta jako swoistą porażkę. Lekarzy nie przygotowano w czasie studiów do trudnych, lecz koniecznych rozmów z pacjentami, a psychologowie nie radzą sobie z depresją chorego na raka. Wszyscy coś udają, uśmiechają się sztucznie, bagatelizują sprawę,

a chory zostaje sam ze swym strachem, obrachunkiem życia, bez pomocnej dłoni. Gdy pod koniec 1989 roku odkryto u mnie guza, zwołano nade mną konsylium, a wianuszek lekarzy pogadywał sobie po łacinie, po czym zaproponowano mi operację, twierdząc, że jest konieczna. Przypadek mój zaciekał lekarzy i zaczęto mnie samą traktować jako «przypadek», a nie jak człowieka, którego należy poinformować, zwłaszcza że tego oczekiwałam. Odesłano mnie — po operacji — do Centrum Onkologii, gdzie zostałam poddana kolejnym badaniom. Na żadne moje pytanie nie otrzymałam rzetelnej odpowiedzi. Skierowano mnie na chemioterapię. Lekarka kierująca mnie na ten ciężki przeciw zabieg, powiedziała tylko: «włoski pani wyjdą». Mam żal do lekarzy, że nie chcieli potraktować mnie poważnie (...). Uczmy studentów medycyny prawdy o człowieku — pacjentem, że przede wszystkim on ma prawo podjąć walkę i godnie zejść z tego świata» [2].

Elizabeth Kübler-Ross wyróżnia następujące sposoby reagowania, mogące wystąpić u takiej grupy pacjentów:

- zaprzeczenie i izolacja („nie mnie to dotyczy”),
- złość i gniew skierowane do Boga i wszystkich wokół („dlaczego właśnie ja?”),
- negocjacje i targowanie się, pogodzenie pacjenta z aktualnym stanem, ale oczekiwanie oddalenia śmierci („trudno, niech będzie, ale pragnę jeszcze...”),
- akceptacja i pogodzenie się, spokojne oczekiwanie na śmierć, stan, w którym zniknął ból, nastąpiło ukojenie [3].

W relacji z pacjentem umierającym zadaniem lekarza i pielęgniarki jest ułatwienie choremu odnalezienia własnego sposobu na pogodzenie się z losem, który go czeka — ich obowiązkiem jest niesienie oczekiwanej przez umierającego pomocy. Tylko po spełnieniu tych zadań odwiedziny profesjonalistów z zespołu terapeutycznego mają szansę stać się przeżyciem pozytywnym i podnoszącym na duchu oraz stworzyć poczucie bliskości i umocnić kontakt z chorym.

Pacjent jest zadowolony, jeżeli jego życzenia odpowiadają istniejącym warunkom lub jeżeli warunki te przewyższają nawet jego oczekiwania — te zaś trzeba na bieżąco poznawać i oceniać szansę ich spełnienia. Poznając oczekiwania pacjenta, dajemy mu do zrozumienia, że chcemy się o niego troszczyć, co sprawia, że pacjent jest zadowolony. Działaniami, które mogą być przydatne w tym przypadku są:

- 1) właściwa, przyjazna pacjentowi organizacja recepcji (izby przyjęć),
- 2) wysłuchiwanie i rozpatrywanie skarg i zażaleń pacjentów, które są sprzężeniem zwrotnym procesów opieki,
- 3) zorganizowanie skrzynki propozycji, której anonimowość daje gwarancję szczerych wypowiedzi,

- 4) prowadzenie rozmów z pacjentami indywidualnie lub w grupach z wyraźnym podkreśleniem chęci udoskonalenia opieki i spełnienia życzeń pacjentów,
- 5) rozmowy personelu medycznego, który w różnych fazach sprawowania opieki nad pacjentem mówi o swoich sukcesach i porażkach, a także o trudnościach, sugerując ich rozwiązanie,
- 6) anonimowe ankietowanie pacjentów w bardzo szerokim zakresie, ale przy dobrze opracowanych pytaniach,
- 7) rozmowy telefoniczne z pacjentem po opuszczeniu zakładu opieki zdrowotnej [4].

Usługi medyczne, nie zawsze świadczone pacjentowi, są w jego odczuciu dążeniem do zapewnienia mu dobrej jakości opieki medycznej. Niedoinformowanie pacjenta o celowości i przebiegu badania oraz utrzymujący się brak zaufania pacjenta do osoby badającej sprawiają, że pacjent jest przekonany o dużym zagrożeniu jego zdrowia, a czasem życia. W takim przypadku pacjent jest niespokojny, agresywny i utrudnia wykonanie badania, a niekiedy nawet go uniemożliwia, co często jest przyczyną powikłań. Każdego chorego należy traktować indywidualnie, szanując jego prawa pacjenta. W ocenie jakości usług medycznych przez pacjentów zakładów opieki zdrowotnej szczególnie ważne są następujące kryteria:

- 1) czas oczekiwania na wizytę,
- 2) czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala,
- 3) zakres i forma informacji wstępnych uzyskanych w recepcji lub w izbie przyjęć,
- 4) spokojna, przeprowadzona bez pośpiechu rozmowa z lekarzem lub pielęgniarką,
- 5) liczba zaangażowanych osób z personelu pielęgniarskiego,
- 6) czas oczekiwania na badania,
- 7) czas oczekiwania na wyniki już przeprowadzonych badań,
- 8) poszanowanie sfery intymnej pacjenta,
- 9) godziny budzenia chorych szpitalnych na posiłki,
- 10) kontakty z pomocą społeczną,
- 11) proponowane formy spędzenia wolnego czasu (w szpitalu — szkolenia i spotkania, a w ambulatorium — różne formy wypełnienia czasu oczekiwania na wizytę: podanie kawy, herbaty, gazety, rozmowy z pracownikiem przygotowanym do udzielenia informacji o firmie lub jej usługach itp.),
- 12) wyposażenie i stan sanitariatów,
- 13) czystość obiektu,
- 14) wyposażenie obiektu w przedmioty zmniejszające uciążliwość czekania,
- 15) spotkania z osobą promującą zdrowie, możliwość zadawania pytań i wyjaśnienia wątpliwości związanych z własną chorobą [5].

Z tego przykładowego zestawienia wynika, że pacjent może oceniać znacznie więcej elementów w za-

kładzie opieki zdrowotnej niż tylko zaplecze hotelowe czy charakter wizyty. Do tych subiektywnych kryteriów dochodzi również głos rodziny pacjenta lub jego znajomych.

Ocena jakości świadczeń medycznych

Miernikiem jakości świadczonych usług medycznych są ustalone wcześniej kryteria, w zależności od celu pomiaru. Kryteria muszą być wymierne, istotne i jednakowo zrozumiałe dla wszystkich. Rodzaj i liczba konkretnych kryteriów mogą być różne, ale przy porównaniu dwóch ośrodków powinny one być uzgodnione wspólnie. Wśród kryteriów można brać pod uwagę:

- 1) pobyt w zakładzie opieki zdrowotnej,
- 2) procent pacjentów z odleżynami,
- 3) koszty leków,
- 4) koszty magazynowania różnych środków,
- 5) liczbę i rodzaj czynności przedoperacyjnych,
- 6) rodzaj i liczbę badań laboratoryjnych,
- 7) czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala lub w ambulatorium,
- 8) liczbę skarg pacjentów,
- 9) stopień wykorzystania sprzętu,
- 10) czas przybycia lekarza na wezwanie,
- 11) zgodność diagnoz przy przyjęciu i przy wypisie,
- 12) warunki udzielania pacjentowi pomocy,
- 13) czas poświęcony pacjentowi,
- 14) stosowanie standardów postępowania medycznego,
- 15) wykorzystanie łóżek w szpitalu,
- 16) maksymalny czas przekazania rachunku płatnikowi,
- 17) procentowy wskaźnik zakażeń szpitalnych,
- 18) procentowy wskaźnik powikłań itp.

Wypracowanie właściwych kryteriów oceny i pomiaru jakości jest bardzo trudne i wymaga doświadczenia w zapisie odpowiednich informacji, umiejętności dokonywania analiz i odpowiedniego do tego celu narzędzia [6]. Jakość opieki medycznej w całym zakresie i możliwości istniejącej infrastruktury zakładu opieki zdrowotnej wpływającej na jakość świadczonych usług medycznych można rozpatrywać w praktyce w trzech kategoriach: jakości struktury, procesu i wyniku.

Ocena strukturalna usług medycznych obejmuje charakterystykę zakładu opieki zdrowotnej pod względem posiadanych środków materialnych, zasobów ludzkich i ich wykorzystania. O jakości struktury decyduje:

- a) organizacja i struktura zakładu opieki zdrowotnej,
- b) środki finansowe zakładu opieki zdrowotnej,
- c) wyposażenie w sprzęt medyczny,
- d) liczba i kwalifikacje wszystkich pracowników.

Ocena procesu obejmuje działania, które są podejmowane lub nie podczas diagnozowania i leczenia. Przebieg procesu diagnozowania i leczenia jest bardzo różny. Wielokrotnie indywidualny pacjent i rodzaj jego

schorzenia decydują o charakterze podejmowanych działań. Najlepsze wyniki można jednak uzyskać wtedy, gdy leczenie przebiega w powtarzalnych warunkach i według powtarzalnych, sprawdzonych reguł, które należy tworzyć i starać się ich przestrzegać.

Ocena wyniku stanowi podstawę oceny realizowanych świadczeń. Wynik oceniany jest w aspekcie zmiany stanu zaawansowania choroby i stopnia zadowolenia pacjenta. Mierzenie rezultatów jest trudne, ponieważ pożądany cel, czyli poprawa zdrowia pacjenta, jest niewymierny i trudny do zdefiniowania. Nie bez znaczenia jest również czas uzyskania tej poprawy. Dlatego też ocenia się ów element jakości na podstawie stopnia poprawy zdrowia i zadowolenia pacjenta. Ocena wyniku może zatem opierać się na różnych kryteriach — w przypadku zakładów opieki paliatywnej mogą nimi być między innymi:

- a) kwestionariusze oceny jakości życia pacjentów,
- b) stopień zadowolenia z opieki nad chorym — wyrażony przez rodzinę (opiekunów),
- c) pozytywna ocena jednostki kontrolnej zewnętrznej (certyfikaty jakości usług medycznych, ocena środowiska epidemiologicznego),
- d) satysfakcja zawodowa pracowników [7].

Najbardziej istotnym elementem oceny jakości opieki jest ocena jej efektywności, czyli ocena wyników sprawowania opieki. W odniesieniu do pacjentów w opiece paliatywnej można dokonać oceny efektywności podejmowanych działań w następujących obszarach:

- stopień zdolności pacjenta do samoobsługi (sprawność ruchowa),
- ocena sprawności podstawowych funkcji fizjologicznych oraz doznań somatycznych,
- ocena stopnia przystosowania do choroby i obecność lęku i przygnębienia,
- określenie rodzaju i jakości kontaktów międzyludzkich — sfera społeczna i relacje rodzinne.

Podsumowaniem wymienionych obszarów satysfakcji z opieki jest ocena ogólnej jakości życia (QL, *Quality of Life*) jako obraz własnego położenia dokonany przez człowieka w wybranym odcinku czasu. Badanie jakości życia służy różnym celom:

1. Pozwala ocenić efektywność opieki medycznej.
2. Może poprawić jakość opieki (wybrane i standaryzowane różne skale oceny dostarczają informacji na temat określonego stanu i ukierunkowują oraz ułatwiają decyzję co do właściwego wyboru organizacji opieki).
3. Pomaga także dokonać porównania różnych modeli opieki medycznej [1].

W niedalekiej już przyszłości nie będzie można w zakładzie opieki zdrowotnej prowadzić procedur medycznych bez zastosowania programu zarządzania jakością, który będzie uwzględniał indywidualne uwarunkowania zakładu. Istotą tego zarządzania i jego cen-

tralnym punktem musi być człowiek, w równym stopniu pacjent i pracownik zakładu.

W celu zapewnienia pacjentowi efektywnej i skutecznej opieki niezbędne jest pełne zharmonizowanie działań w sferze medycznej, pielęgnacyjnej, a także odpowiednia infrastruktura (rozbudowa systemu informacji, wyższy komfort hotelowy, lepsza organizacja i planowanie, kolegialne zarządzanie właściwą oceną wyników dobrych i złych). Działania zmierzające do poprawy jakości usług muszą dotyczyć wszystkich szczebli opieki nad pacjentem i w ramach zintegrowanej opieki medycznej powinny przesuwać uwagę także na pozaszpitalną opiekę nad pacjentem, w postaci niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, praktyk prywatnych, opieki domowej i usług społecznych. Wyciągnięcie z oceny jakości usług medycznych świadczonych w zakładzie opieki zdrowotnej właściwych wniosków może wyraźnie ułatwić personelowi medycznemu pracę, w znacznym stopniu spełnić oczekiwania pacjenta oraz zmniejszyć koszty utrzymania zakładu i koszty świadczonych usług. Zapewnienie jakości wymaga pełnej współpracy całego personelu zakładu opieki zdrowotnej. Wszyscy muszą rozumieć, że jakość to wykładnia pracy zespołowej. O zarządzaniu jakością mówimy wówczas, gdy możliwie wszyscy pracownicy działają tak, jak tego wymaga „jakościowo doskonała opieka nad pacjentem”, przy przestrzeganiu zasady gospodarności i uwzględnianiu posiadanych środków. Jakość należy poznać, ocenić i ciągle ją podnosić. Efekty wdrożenia systemu zarządzania jakością można rozpatrywać na różnych płaszczyznach, ale podstawową rolę odgrywa pacjent. To właśnie on zyskuje najwięcej, otrzymując w efekcie lepszą opiekę i świadczenia. Korzyści z wdrożenia i certyfikowania systemu zarządzania jakością nie ograniczają się jedynie do stymulacji poprawy jakości opieki nad pacjentem. System zarządzania jakością oparty na normach ISO 9000 usprawnia funkcjonowanie szpitala czy przychodni jako jednostki, poprawia strategię marketingu, popularyzuje dobre wzory organizacyjne, rozwija inicjatywy, aktywizuje działanie zespołów pracowniczych, sprzyja konkurencyjności placówki medycznej, zwiększa efektywność [8].

Wdrożenie systemu zarządzania jakością może przynieść następujące korzyści:

- gwarancję, że system zarządzania w placówce medycznej spełnia wymagania sprawdzonych praktyk menedżerskich,
- systematyczną poprawę jakości świadczonych usług, obniżenie strat związanych z niską jakością,
- wzrost zaufania pacjentów do placówki medycznej,
- kreowanie zaufania personelu do własnej placówki i wpływ na poprawę atmosfery i klimatu pracy, wzrost zaangażowania pracowników w sprawy zakładu opieki zdrowotnej,

- wzrost zaufania instytucji finansujących, co ułatwia pozyskiwanie pożyczek (kredytów) oraz zawieranie kontraktów.

Kompleksowe zarządzanie jakością

Historia kompleksowego zarządzania jakością (TQM, *Total Quality Management*) na szeroką skalę rozpoczęła się w Japonii po zakończeniu II wojny światowej, pod rządami amerykańskich władz okupacyjnych. Pozwoliło wówczas pochodzącym z USA specjalistom w dziedzinie statystycznej kontroli jakości, między innymi Edwardsowi Demingowi i Josephowi Juranowi, propagować wśród japońskiej kadry kierowniczej swoje idee zarządzania firmą. Teorie te zostały następnie rozwinięte przez rodzimych japońskich naukowców i praktyków, takich jak Kaoru Ishikawa czy Genichi Taguchi. Z czasem koncepcja TQM, zaadaptowana do warunków japońskich, zaczęła być stosowana nie tylko w zakładach przemysłowych, ale także w innego typu instytucjach, również w placówkach ochrony zdrowia. TQM w odniesieniu do placówek ochrony zdrowia to podejście do zarządzania organizacją, skoncentrowane na jakości, oparte na udziale wszystkich członków organizacji i nakierowane na osiągnięcie długotrwałego sukcesu dzięki zadowoleniu pacjenta oraz korzyściom dla wszystkich członków organizacji i dla społeczeństwa [9].

TQM składa się z trzech istotnych elementów:

- koncentracji działalności placówki ochrony zdrowia na potrzebach pacjenta,
- zaangażowaniu i współdziałaniu wszystkich pracowników organizacji wokół zespołów międzyoddziałowych,
- oraz dążeniu do stałego doskonalenia i uczenia się.

Jaideep Motwani definiuje kompleksowe zarządzanie przez jakość („totalne zarządzanie jakością”) jako dobrze zorganizowany, oparty na naukowych podstawach system obejmujący wszystkich pracowników danego zakładu z najwyższą kadrami kierowniczą włącznie i aktywizujących tych pracowników do wspólnego działania na rzecz ciągłej poprawy procesu świadczenia usług medycznych. Wiele szpitali i innych placówek ochrony zdrowia, głównie w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, a także w krajach Europy Zachodniej, przechodzi (lub planuje to zrobić w najbliższej przyszłości) na system kompleksowego zarządzania przez jakość.

Wdrażając zasady owego systemu zarządzania, instytucje te stosują program nazwany Listą Kryteriów Jakości w Ochronie Zdrowia według Malcolma Baldridge’a (*Malcolm Baldrige Award Healthcare*). Istotę programu Malcolma Baldridge’a najtrafniej ilustruje wypowiedź doktora Lembke o tym, że najlepszą miarą jakości nie jest fakt, jak często i jak dobrze są świadczone usługi medyczne, ale jak skutecznie przedłużają życie, usuwają czy łagodzą ból lub poprawiają funkcje życiowe organizmu.

Zastosowanie programu kompleksowego zarządzania jakością w ochronie zdrowia znacznie różni się od sposobu wdrażania go do firm i zakładów przemysłowych, dla których ta metoda powstała. W zakładach opieki paliatywnej, na potrzeby TQM, można wyróżnić trzy odrębne części: administracyjną, gospodarczą (tj. kuchnia, pralnia, apteka itp.) i właściwą część medyczną, zajmującą się świadczeniem usług medycznych. Dwie pierwsze części nie nastęrczają problemów (można tu zastosować podobne, choć także wymagające dostosowania rozwiązania jak w przedsiębiorstwach), część medyczna wymaga specyficznej adaptacji zasad i celów TQM. Wprowadzenie koncepcji TQM nie rozwiąże na pewno wszystkich problemów danej placówki hospicyjnej, ale jej zalety są na tyle duże, że warto zastanowić się nad tym zagadnieniem i rozszerzać wiedzę w tym kierunku. Jej stosowanie powoduje ukierunkowanie działań lekarzy i pielęgniarek na pacjenta, podnosi jakość usług medycznych, przynosząc zwykle poprawę rentowności zakładu. Większość z tych zmian, szczególnie w fazie początkowej, nie wymaga nakładów finansowych bądź są one niewielkie. To pozwala na wygenerowanie dodatkowych środków na inwestycje, zarówno w zasoby materialne, jak i ludzkie. TQM ze swoją dbałością, zarówno o pacjenta, jak i pracownika, jest po prostu nowoczesną koncepcją zarządzania. Propagowanie i stosowanie już tylko wybranych narzędzi TQM może stworzyć szansę na odwrócenie losu wielu placówek i stanowi alternatywę dla bankructwa i zwolnień. Praktyczne wdrożenie zasad tego programu wymaga nie tylko odpowiedniej wiedzy, ale także zaangażowania w proces zmian oraz poszanowania zasad etyki przez kierownictwo zakładu ochrony zdrowia. Bez ich inicjatywy, konsekwencji i przekonania do przedstawionych powyżej zasad i wartości TQM, demonstrowanych w swoich codziennych poczynaniach, przerwanie „zaklętego kręgu” pauperyzacji służby zdrowia będzie niemożliwe, niezależnie od kształtu reformy tej sfery działalności. Żadne, nawet najlepsze i najszlachetniejsze przepisy i regulacje nie są w stanie same kształtować właściwych zachowań, jeśli wpisane są w chory i nieracjonalny system działania — to jedynie może pogłębić istniejącą patologię i nadużycia. TQM daje szansę, większą niż inne sposoby, na usunięcie przyczyn problemów i zapobieganie ich powstawaniu.

Podsumowanie – potrzeba podniesienia jakości usług w opiece paliatywnej

Zmieniły się oczekiwania pacjentów i ich bliskich wobec ochrony zdrowia. W dobie społeczeństwa konsumpcyjnego, podczas korzystania ze świadczeń zdrowotnych, pacjenci oczekują podobnego poziomu jako-

ści usług i możliwości dokonywania wyboru jak w trakcie zakupu towarów czy korzystania z innego rodzaju usług. Oczekiwania coraz wyższej jakości usług medycznych są potęgowane m.in. przez zainteresowanie mediów. Prasa i telewizja bez litości opisują przypadki złej jakości usług medycznych, jednocześnie informując społeczeństwo o najnowszych osiągnięciach medycyny, które przecież nie od razu i nie dla wszystkich pacjentów mogą być dostępne.

Potrzeba podwyższania jakości w ochronie zdrowia jest także, a może przede wszystkim, spowodowana troską lekarzy, pielęgniarek, menedżerów i innych pracowników opieki zdrowotnej o dobro pacjenta, ale przede wszystkim o zwiększanie zakresu świadczeń dla najbardziej potrzebujących. Dziś daleko nam jeszcze do zaspokojenia wszystkich potrzeb pacjentów z postępującą, nieuleczalną chorobą. Po pierwsze — jest za mało zakładów opieki hospicyjnej, po drugie — nie wszystkie istniejące zakłady mogą spełniać określone standardy i stosować procedury jakościowe, gdyż świadczenia medyczne są finansowane na niskim poziomie. Z tych powodów w wielu placówkach rośnie zainteresowanie wdrażaniem programów kompleksowego zarządzania jakością — prowadzą one bowiem do poszukiwania oszczędności, ale także zachęcają do wspólnego działania na rzecz doskonalenia zakładu i jego rozwoju.

Piśmiennictwo

1. de Walden-Gałuszko K. Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych. Akademia Medyczna, Gdańsk 2001.
2. Dobski P., Dobska M. Materiały z konferencji „Jakość usług medycznych” zorganizowanej w dniu 8.05.2002 r. w SZPZOZ w Ostrołęce.
3. de Walden-Gałuszko K., Majkovicz M. Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994.
4. Kliszcz J., Trzeciak B. Komunikacja w relacji lekarz-pacjent. Materiały pomocnicze dla studentów. Wydanie II poprawione. AM w Gdańsku, Gdańsk 1998.
5. Wspieranie edukacji menedżerów służby zdrowia. Polish-English Edition. STOMOZ, Polsko-Amerykańska Fundacja Wolności, Warszawa 2001.
6. Bedlicki M., Kutaj-Wąsikowska H., Kutryba B. Akredytacja — wyzwanie dla ambitnych. „Zdrowie i Zarządzanie” 1999; 1 (3): 82–89.
7. Stachowiak A. Zarządzanie, marketing świadczeń zdrowotnych i sposoby prezentacji idei opieki paliatywnej. Polska Szkoła Medycyny Paliatywnej, Bydgoszcz 2001.
8. Chmielewski D. Nowoczesny szpital i przychodnia. Strategia jakości. W: Służba Zdrowia 2002; (34–37).
9. Golec M.K., Soluch S., Augustyniak G. Kompleksowe zarządzanie jakością w służbie zdrowia. W: Zdrowie Publiczne 2001; (1). Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.
10. Skrzypek E. Jakość i efektywność. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2000.