

Do jakiej „jakości” dążyć?

Pewną konsternację wzbudziło u mnie podpisane przez prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w styczniu zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Uwzględniono w nim sugestie preferowania przy kontraktowaniu podmiotów posiadających certyfikaty ISO, a także certyfikat akredytacyjny ministra zdrowia. Wypada podjąć refleksję – z punktu widzenia lekarskiego – czy systemy te są na tyle dojrzałe i dotykające istoty działalności medycznej, by stały się istotnymi wyznacznikami budowania szpitali i poradni przyszłości.

Przestawianą racją zarządzenia jest zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, a także możliwie optymalnej jakości udzielania świadczeń. Wypada się więc zastanowić, w jakiej mierze proponowane rozwiązania w sposób rzeczywisty są wykładnikami poprawy bezpieczeństwa i jakości. Wprowadzeniem do dyskusji powinna być wnikliwa lektura przez środowisko lekarzy standardów programu akredytacji szpitali Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Na uboczu można chyba pozostawić sprawy certyfikacji ISO – jako

rzeczywistości – w mojej opinii – „obcej kulturowo” sprawom opieki medycznej.

Należy wyrazić niezwykle zdziwienie, że refleksja dotycząca „regulatorów jakości” jest niezwykle rzadko podejmowana w głównym nurcie tematów środowiska lekarskiego. Nie słyszałem też o podjęciu rękawicy przez przedstawicieli naszego środowiska izbowego. Dyskusja jest ważna o tyle, że preferowane regulacje mogą wpływać w sposób niezwykle istotny na codzienne działanie naszych szpitali i poradni. Stąd brak wpływu na przyjmowane kierunki ewolucji systemu stanowią nieodpowiedzialną rezygnację z kształtowania przy-

szłości codziennej praktyki lekarskiej. Do tej pory – w mojej opinii – lekarze praktycy z krwi i kości tylko marginalnie uczestniczyli w wypracowywaniu oblicza przyszłej działalności w ochronie zdrowia w zmieniających się warunkach emancypacji innych zawodów medycznych i administracji.

Standardy akredytacji szpitali Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia są niezwykle obszernym zestawem szczegółowych wymogów wylistowanych w ponadstuletnim dokumentem. Jako sztandarowy przykład standardu akredytacyjnego autorzy podają procedurę informowania bliskich pacjenta o nagłym pogorszeniu jego stanu zdrowia. Według twórców doktryny, w szpitalu powinna być stworzona procedura zapewniająca wypełnienie tego postulatu z racji na jakość i bezpieczeństwo. I tego typu – bądź podobnych – w różnych obszarach – wymogów jest co najmniej kilkadziesiąt.

W zdumieniu swoim po lekturze dokumentu zapytałem kilku z kolegów lekarzy, co robi się w wypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta oddanego naszej pieczy, na przykład pod-

czas dyżuru. Wszyscy zgodnie i bez wahania udzielili racjonalnej odpowiedzi, potwierdzając, że działanie takie jest codziennością ich praktyki. Wynikało to jednak z formacji lekarskiej, z pewnej wewnętrznej powinności, która zapewne zrodziła się w kształtowaniu swego rodzaju etosu lekarskiego. Pytani o konieczność regulacji przy użyciu wewnętrznych zapisów szpitalnych spoglądali na mnie z – delikatnie określając – pewną dozą podejrzliwości. Wątpliwości budzi też szczegółowość wielu innych proponowanych procedur, choć – trzeba przyznać – wiele zaproponowanych na pewno porządkowałoby organizacyjnie naszą działalność.

Postawić trzeba niezwykle istotne pytanie, jakie obszary działalności ściśle medycznej powinny być obwarowane zapisami je określającymi w sposób sformalizowany, by zapewnić rzeczywiste bezpieczeństwo pacjentów i tworzyć możliwie optymalną jakość udzielania świadczeń.

Trzeba wyrazić, jakie obawy w środowisku lekarskim mogą budzić preferowane standardy akredytacyjne. Wymieniłbym tylko dwie spośród nich. Pierwszą jest obawa przed formalizmem. Druga to ryzyko nieuszanowania pewnej – historycznie uwarunkowanej i uświęconej tradycją – autonomii zawodu lekarza, a także pielęgniarki czy farmaceuty. Uszanowania pewnych me-

chanizmów związanych z dorastaniem do samodzielności zawodowej, kształtowania i rozwijania umiejętności, często niewymiernych. Te mechanizmy rozwijają się i są przekazywane przez medyków z pokolenia na pokolenia, najlepiej w relacji: mistrz – uczeń. Pozostaje pewna przestrzeń niewytłumaczalna, nieokreślona, której nie jest w stanie przeniknąć osoba (i regulacja) z zewnątrz. I trzeba to uszanować.

Nie wyobrażam sobie ponadto, w jakiej mierze mogłyby systemy akredytacyjne zaangażowane w ocenianie tego, co rzeczywiście istotne, a więc np. zdolności i sprawności operatora, cech osobowych związanych z umiejętnością podejmowania decyzji, umiejętności kontaktu z pacjentem rodzących zaufanie i bezpieczeństwo. A przecież są to sprawy pierwszorzędne dla zapewnienia pacjentowi jakości i bezpieczeństwa. Opisać w procedurach można tylko niewielką część rzeczywistości.

Obawiam się ponadto, że dość istotnym tłem wątpliwości związanych z wprowadzeniem opresji formalizującej działania w obszarze medycyny są pewne fundamentalne różnice w sposobie oglądu świata i roli odgrywanej przez osoby troszczące się o zdrowie chorych. Dotychczas działalność ludzi wykonujących zawody medyczne, a przede wszystkim lekarzy i pielęgniarek, oparta była na pewnym – przekazywanym z pokolenia na poko-

lenie – etosie zawodowym, najwyżej częściowo skodyfikowanym. Związana była z tym swego rodzaju szczególna formacja będąca niezwykle istotnym elementem kształtowania postaw, utwierdzania w merytorycznie optymalnych i ofiarnych sposobach działania. Czy nie cenniejszym byłoby zwrócenie uwagi na jakość tej właśnie „formacji lekarskiej”, za którą odpowiedzialni są pracujący w uczelniach medycznych i odpowiadający za szkolenie podyplomowe oraz za bieżące funkcjonowanie naszych szpitali i poradni?

Jakie warunki muszą zostać spełnione, by systemy akredytacyjne były szerzej akceptowane i przyswojone w środowisku medycznym? Powinny udowodnić, że nie prowadzą do formalizacji w celu wykreowania utopijnego świata, tylko do zmniejszania obciążeń administracyjnych; do upraszczania spraw, a nie ich komplikowania. Drugim warunkiem koniecznym jest delikatność – zachowanie zasady nieingerowania w autonomię zawodu lekarza.

Uważam, że jako środowisko lekarskie powinniśmy podjąć we wskazanym temacie rzetelną dyskusję. Czy mogę do niej – w rzeczywistości środowiska wielkopolskiego – zaprosić?

SZCZEPAN COFTA