

Krystyna Kowalczuk, Elżbieta Krajewska-Kułak, Barbara Jankowiak, Beata Kowalewska, Hanna Rolka

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Jakość usług medycznych – aktualne wyzwania

Quality of medical services – recent challenges

STRESZCZENIE

Zmiany zachodzące w systemie ochrony zdrowia w Polsce ukierunkowane na zapewnienie skuteczności świadczeń i ekonomizację stawiają wysokie wymagania przed pracownikami ochrony zdrowia. W warunkach gospodarki rynkowej gwarancja wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych jest podstawą funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i poszczególnych zakładów.

W pracy przedstawiono sposoby wprowadzania wysokiej jakości usług medycznych wybranych na podstawie analizy piśmiennictwa w Polsce i na świecie.

Problemy Pielęgniarstwa 2010; 1 (1): 79–82

Słowa kluczowe: jakość usług, standardy, opieka zdrowotna

ABSTRACT

Transitions in the health care system in Poland are orientated to support effective medical services and improve economy of the system. These changes set high requirements towards medical care staff. In free-market economy support high quality of medical services is an important condition of the functioning health care system and particular departments.

In this article are presented implementations of high quality medical services on the basis of the research of publications in Poland and abroad.

Nursing Topics 2010; 1 (1): 79–80

Key words: quality of medical services, standards, health care

Wstęp

Genezy jakości można doszukać się już w średniowieczu, kiedy cechy kupców, rzemieślników opracowywały standardy pracy, którym musieli się podporządkować zarówno członkowie cechu, jak i uczniowie [1]. Wiek XIII przyniósł standard złota, który stanowi do dziś podstawę oceny wartości różnych walut w skali międzynarodowej [2].

Większość naukowców jest zgodna, że punkt zwrotny w historii jakości nastąpił w Japonii po II wojnie światowej [1, 2]. Od tamtych czasów wzrost zainteresowania jakością w Stanach Zjednoczonych znajduje odzwierciedlenie między innymi w ustanowieniu krajowej nagrody za jakość, imienia Malcolma Baldridge'a [3]. Kandydatów do tej nagrody ocenia się według przywództwa, skuteczności zbierania informacji, planowa-

nia, wykorzystania zasobów ludzkich, kierowania procesem jakości, ilością operacji i ich wyników, skupiania uwagi na klientach i ich zadowoleniu. Nagroda ta stanowi zachętę dla menadżerów i skupia uwagę na sprawach jakości i metodach doskonalenia [1–3]. Duży wkład w poszukiwanie dobrej metody jakości miał William Edwards Deming — amerykański statystyk [za 4]. Sformułował czternaście następujących zasad [4–6]: doprowadź do wytrwałości w dążeniu do doskonalenia wyrobów i usług, przyjmij nową filozofię za swoją, nie polegaj na masowej kontroli jakości, przestań zamawiać na podstawie ceny, stale i wciąż doskonal system produkcji i obsługi, wprowadź nowoczesne metody szkolenia na stanowisku pracy, zapewnij przywództwo, wyeliminuj lęk, przełamuj bariery między różnymi służbami, zrezygnuj z haseł i sloganów adresowanych do

pracowników, zrezygnuj z ilościowych zadań planowych, usuń przeszkody na drodze do odczuwania dumy z jakości pracy, wprowadź intensywny program oświaty i szkolenia, działaj, by dokonać przekształceń. Podobną filozofię zarządzania jakością prezentował Crosby [5]. Zakładał on możliwość wyeliminowania wszystkich błędów, braków we wszystkich fazach wytwarzania i wychodził z założenia, że pracę można wykonywać nieomylnie [7–9].

Fundamentem japońskich sukcesów w świecie rywalizującym o rynki jest filozofia Kaizena [7, 8] — system małych kroków zmierzających do stałego doskonalenia w miejscu pracy i osiągania coraz wyższych wyników. Kaizen uważa, że każdy dzień jest nowym wyzwaniem i oznacza postęp [6–8].

Do medycyny pojęcie „jakość opieki zdrowotnej” wprowadził już Hipokrates, a jego zasada *primum non nocere* jest dowodem troski o jakość poczynań zdrowotnych [1, 2]. W 1858 roku Florence Nightingale porównywała śmiertelność w brytyjskiej armii ze śmiertelnością wśród ludności cywilnej [9, 10]. Domagała się ustalenia standardów opieki w wojskowej służbie zdrowia. Jednym ze wstępnych sposobów zapewniających jakość świadczeń medycznych jest licencjonowanie, czyli udzielenie prawa do wykonywania zawodu lekarzowi, pielęgniarce oraz położnej [9].

Współczesne oczekiwania społeczne związane z opieką medyczną nie ograniczają się do wprowadzania nowych procedur, ale kładą nacisk na jakość udzielanych świadczeń. To nowe podejście wymaga wdrożenia również i w polskim systemie opieki zdrowotnej skutecznych mechanizmów podnoszących jakość świadczeń i dbałość o dobro pacjenta. Jakość usług medycznych to poziom opieki zdrowotnej umożliwiający osiągnięcie dobrych wyników i zmniejszenie wyników niepożądanych, zgodny z aktualną wiedzą medyczną [1, 10].

Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) w ochronie zdrowia przyjęto Program Zapewnienia Jakości (PZJ), który jest realizowany w wielu krajach [1, 8]. W Polsce PZJ został zaaprobowany przez resort zdrowia, jako jeden z elementów procesu integracji Polski z krajami Unii Europejskiej [1, 8, 10]. Celem PZJ jest poprawa opieki nad pacjentem, efektywne i skuteczne świadczenie usług, zwiększenie satysfakcji zawodowej wszystkich pracowników [2, 3].

Szpital realizujący PZJ zgodnie z obowiązującymi standardami może ubiegać się o akredytację, dzięki „zewnętrznemu procesowi oceny zakładów opieki zdrowotnej dobrowolnie poddających się takiej ocenie, która polega na ustaleniu stopnia zgodności ze wcześniej znanymi standardami” [1, 4]. Efektywność akredytacji można oceniać według różnych kryteriów, ale najważniejszy jest zawsze pacjent. To właśnie on najwięcej zyskuje, otrzymując w efekcie lepszą opiekę i świadcze-

nia. Szpital, jako ważna część systemu opieki medycznej, uzyskując akredytację, informuje o dobrym funkcjonowaniu i realizowaniu oczekiwań pacjentów [11–13].

Na całym świecie obserwuje się tendencję do wprowadzania procedur, certyfikatów i akredytacji [6, 7, 14]. Gwarantują one, że dana organizacja, na przykład szpital, spełniają wiele ustalonych wcześniej norm jakościowych, uzyskując oczekiwane poziomy jakości. Opierają się one głównie na modelu kontroli dokonywanej przez organizację zewnętrzną, która mierzy zgodność poczynań danej instytucji z ustalonymi normami [6, 7, 14].

Stany Zjednoczone mają największe doświadczenie w prowadzeniu programów akredytacji szpitali [2, 14]. Większość szpitali amerykańskich musi odpowiadać standardom ustanowionym przez Komisję Wspólną ds. Akredytacji Organizacji Opieki Zdrowotnej (JCAHO, *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization*) [7, 8]. W ostatnich latach uznano tam, że najważniejsze są dwa rodzaje działań: funkcjonalne (ukierunkowane na pacjenta) oraz działanie w sferze organizacji i zarządzania szpitalem [2, 14]. Jedną z ostatnich inicjatyw jest przedstawiony przez JCAHO projekt mający na celu ocenę wyników klinicznych na podstawie odpowiednich wskaźników (wskaźnikowy system pomiaru I–M System) [7, 8], który dostarcza szpitalom informacji na użytek wewnętrzny w celu poprawy sprawności działania oraz jest wykorzystywany przez organizacje kupujące usługi dla pacjentów zainteresowanych opieką wysokiej jakości [7, 8].

W brytyjskiej opiece zdrowotnej od 1989 roku obowiązuje jakościowa analiza opieki medycznej (*medical audit*) [15, 16]. Według brytyjskiego departamentu zdrowia jest to „systematyczna krytyczna analiza jakości opieki medycznej zawierająca dane wykorzystania środków, sposobów, rozpoznania i leczenia, wyników tych działań oraz jakości dalszego życia pacjentów” [15, 16]. Główną zaletą prowadzonej rutynowej analizy jakości jest stałe podwyższanie obowiązujących standardów praktyki klinicznej, przy równoległe obowiązującej możliwości porównywania efektów z innymi zakładami. W Wielkiej Brytanii w niektórych przychodniach, szpitalach zajmujących się leczeniem schorzeń ostrych stosuje się system jakości Międzynarodowej Organizacji Normalizacyjnej (ISO, *International Organization for Standardization*), będący certyfikatem potwierdzającym zaangażowanie w świadczenie usług wysokiej jakości [15, 16]. Audyt organizacyjny King’s Fund jest nazywany przeglądem strukturalnym, ponieważ obejmuje również obszary niepodlegające specjalistycznemu nadzorowi medycznemu [17]. System funkcjonuje na zasadzie dobrowolności, nie obejmuje całego kraju i nie jest częścią ogólnokrajowego systemu akredytacyjnego. Ma być pomocą dla szpitali rozwijających wewnętrzne systemy kontroli i zapewnienia jakości. Kryteria i standardy Fundacji (KFOA, *King’s Fund Organisational Au-*

dit) umożliwiają ocenę jakości kluczowych działań i aspektów organizacji szpitala [17]. Te wytyczne służą jako uzupełnienie lokalnych standardów świadczenia usług zdrowotnych i profesjonalnych standardów praktyki lekarskiej [17].

Standardy kanadyjskie rozwinęły się w dwóch kierunkach. Pierwszy jest związany ściśle z opieką nad pacjentem [16]. Obejmuje: planowanie opieki i leczenie, ocenę opieki i leczenie, monitorowanie i poprawę jakości, dostosowanie wymienionej działalności do istniejących standardów [16, 17]. Standardy kanadyjskie odnoszą się do opieki nad chorym od momentu przyjęcia do szpitala do okresu zakończenia pełnego leczenia szpitalnego i rehabilitacji. Ponadto działają one i konkurują w warunkach wolnego rynku [16, 17].

Standardy hiszpańskie programu katalońskiego podzielono na 28 sekcji w 6 działach: zarządzanie i organizacja, bezpieczeństwo i higiena pracy, stan techniczny, wyposażenie, pracownie diagnostyczne, system służb pomocniczych, warunki hotelowe [17, 18]. Standardy stosowane w programach akredytacyjnych szpitali są ukierunkowane głównie na organizację i zarządzanie w opiece zdrowotnej [16–18].

Standardy australijskiego programu akredytacji są podzielone na 28 alfabetycznie ułożonych działów [17, 18]. Jedna ich odnosi się do ogólnych funkcji szpitala, drugą stanowią standardy odnoszące się do poszczególnych specjalności medycznych [16–18].

Standardy występujące w wymienionych krajach wymagają najczęściej: istnienia w szpitalu planu działania na rzecz zapewnienia jakości, przypisywania odpowiedzialności do poszczególnych pracowników, stałego dokształcania personelu, ustalenia odpowiednich priorytetów działalności i oceny efektów. Zakładają cykliczność oceny i obejmują zwykle problematykę medyczną, system organizacyjny, system informacyjny oraz służby pomocnicze. Są ukierunkowane głównie na organizację i zarządzanie opieką, a niekiedy również na praktykę kliniczną [17, 18].

Godnym podkreślenia jest fakt, że PZJ obejmuje wszystkie sfery działalności szpitala, czyli zarządzanie, oddziały szpitalne, działalność diagnostyczno-leczniczą, ambulatoryjną, dydaktyczną. Warunkiem realizacji programu jest autentyczne zaangażowanie pracowników i kierownictwa zakładu. Dyrektorzy placówek są zobowiązani do udowadniania, że zarządzana przez nich instytucja udziela świadczeń nie tylko taniej, ale także lepiej niż konkurencja. Zastępowanie się trudnościami finansowymi i odkładanie rozpoczęcia działań podnoszących jakość powoduje zwiększenie dystansu do konkurencji. Przekonanie kadry zarządzającej, że wszystkie placówki medyczne oferują porównywalną jakość usług, jest zgubne i może doprowadzić do utraty pacjentów.

W tworzeniu polityki jakości należy w pierwszej kolejności słuchać pacjenta, gdyż jego satysfakcja z udzielanych świadczeń jest pośrednio związana z jakością,

którą chcemy mu dostarczyć. Być może nie dla wszystkich to zrozumiałe, ale liczy się opinia, jaką mają klienci o placówkach ochrony zdrowia. Powodów, dla których powinno się słuchać pacjentów, jest wiele. Zasadniczym jest fakt, że pacjent zadowolony z usług będzie zawsze wiernym usługobiorcą oraz, że jego zadowolenie stanowi reklamę. By osiągnąć cel, można posługiwać się różnymi metodami pomiarów jakości usług medycznych — należą do nich [4–6, 16]:

- obiektywizacja pomiaru jakości — pacjent, przychodząc do szpitala, nabywa usługę nie tylko *sensu stricto*, ale kupuje rozwiązanie określonego problemu zdrowotnego. Satysfakcja zależy od stopnia, w jakim otrzymana usługa spełni jego oczekiwania. Wynik porównania tych oczekiwań z rzeczywistością określany jest jako „postrzegana jakość usługi”. Różnica pomiędzy usługą oczekiwaną, a faktycznie otrzymaną jest sprawą indywidualną i subiektywną dla każdego pacjenta (dlatego nie może być mierzona obiektywnie). Takiej ewaluacji może być poddana jedynie jakość techniczna, będąca rezultatem procesu świadczenia usługi z narzędziowego, klinicznego punktu widzenia [4–7];
- subiektywizacja pomiaru jakości — pomiar jakości usługi medycznej wymaga więcej niż poddania ocenie jej technicznych aspektów, na przykład wyposażenia szpitala. Istotna jest akceptacja usługi przez pacjenta. To, czy usługa zostanie oceniona przez niego jako jakościowo wysoka, zależy przede wszystkim od sposobu, w jaki technicznie zostanie mu przekazana (jakość techniczna). Punktem wyjścia w tej analizie jest ewolucja satysfakcji pacjenta ze świadczonej usługi. Metody pomiaru jej poziomu oraz skorelowanej z nią postrzeganej jakości są stosowane powszechnie w sektorze usług konsumpcyjnych, ale można przenieść je również na rynek medyczny [4–7];
- metoda przypadku krańcowego — w osobistym wywiadzie, za pomocą otwartych bezpośrednich pytań, pacjenci są proszeni o wymienienie wszystkich zdarzeń w kontaktach z usługodawcą, które były szczególnie pozytywne lub negatywne. Te interakcje są najlepiej zapamiętywane i opisywane. Pacjenci najczęściej powołują się na trudności ujawniające się w kontaktach interpersonalnych, co powoduje, że globalna ocena podmiotu usługowego jest oparta na dużym ładunku emocjonalnym. Dodatkową osobliwością pogłębiającą subiektywność oceny jest asymetria informacji między usługodawcą — lekarzem/pielęgniarką a usługobiorcą — pacjentem. W związku z tym ewolucja jakości usług jest poniekąd barometrem zaufania do usługodawcy u usługobiorcy [4–7];
- metoda metoda SERVQUAL (System pomiaru jakości obsługi) powszechnie stosowana w środowisku usług konsumenckich. Jej autorzy wyodrębnili

- kilka cech jakości postrzeganych przez klienta: niezawodność, odpowiedzialność, empatię, namacalność [7, 8]. Kwestionariusz badawczy dotyczy oceny oczekiwań klienta w zakresie danej usługi wyrażonej w skali Likerta. Różnica pomiędzy stanem pożądanym a faktycznie doświadczonym przez klienta to postrzegana przez niego jakość usługi [16–18];
- SERVPERF (System pomiaru jakości usług) — alternatywna do SERVQUAL metoda ewaluacji postrzeganej jakości usług. Autorzy koncentrują się na cechach procesu i wyniku produktu usługowego, pomijają natomiast wyobrażenia klienta. Model strukturalny SERVPERF obok satysfakcji klienta uwzględnia również intencję zakupu usługi [16–19];
 - inne metody:
 - a) karty uwag [16–19] — pacjenci mogą wrzucać wypełnione ankiety do skrzynek umieszczonych w widocznym miejscu, na przykład na korytarzu oddziału;
 - b) gorące linie telefoniczne — kontakt z osobą reprezentującą organizację, który umożliwia szybką reakcję [16–18].

Obie metody wymagają aktywności ze strony klienta, co w praktyce często zawodzi. Lepsze rezultaty można osiągnąć, gdy stroną inicjującą kontakt jest usługodawca. Za narzędzia badawcze mogą posłużyć kwestionariusze ankiet pisemne lub telefoniczne adresowane do określonej grupy respondentów. W niektórych krajach placówki medyczne tworzą instytucję rzecznika, który ma obowiązek porozumienia z pacjentami. W trakcie spotkań omawia się skargi, pochwały i inicjatywy. Wyniki badań wykazały bowiem, że istnieją rozbieżności między oczekiwaniami pacjentów a przypuszczeniami profesjonalistów [16–19].

Podsumowanie

W piśmiennictwie z zakresu zarządzania jakością i marketingu usług powszechnie sygnalizuje się, że jakość jest sprawą wszystkich pracowników, gdyż każdy z nich wpływa na dostarczenie usługi pacjentowi we właściwym czasie. Zauważa się także, że za jakość usługi i zadowolenie klienta odpowiadają głównie pracownicy liniowi pierwszego kontaktu. To oni przede wszystkim powinni świadczyć usługi na poziomie jakości oczekiwanej przez klienta. W związku z tym należy zwalczać

stereotyp mówiący, że poprawę usług medycznych można osiągnąć dopiero poprzez posiadanie najwyższej klasy sprzętu medycznego czy drogiej infrastruktury. Należy pamiętać, że obecnie jakość i orientacja na klienta to już nie wyróżnik, ale podstawowy wymóg, gdyż według Trouta „konkurencja czyta te same książki i bierze ten sam kurs” [3, 7–9].

Piśmiennictwo

1. Grzeškiewicz W. Kultura organizacyjna narzędziem zarządzania organizacją. *Antidotum* 2002; 10: 67–77.
2. Jałocha D., Krajewski J. Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych w POZ poprzez usprawnianie przepływu informacji w wybranych obszarach na przykładzie ZOZ Wrocław Fabryczna. *Antidotum* 2000; 10: 3–77.
3. Kapała W. Organizacja pracy a jakość usług medycznych. *Antidotum* 2001; 4: 15–21.
4. Kapała W. Zarządzanie potencjałem ludzkim a problem liczby personelu. *Antidotum* 2001; 4: 3–11.
5. Karwowski J. Dylematy pomiaru jakości usług profesjonalnych na przykładzie usług medycznych. *Antidotum* 2000; 4: 3–11.
6. Kautsch M., Ponikło W. W kierunku poprawy efektywności. Wydawnictwo UJ, Kraków 2001: 12–45.
7. Kautsch M., Whitfield M., Klich J. Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Wydawnictwo UJ, Kraków 2001: 10–30.
8. Kautsch M. Badania rynkowe dla potrzeb planowania strategicznego w instytucjach opieki zdrowotnej. *Antidotum* 1998; 2: 27–39.
9. Knypl K. Co zrobiła ze służbą zdrowia Margaret Thatcher. *Antidotum* 2002; 3: 15–19.
10. Kowal A. Kultura organizacyjna i jakość opieki zdrowotnej. Wydawnictwo UJ, Kraków 2001: 1–25.
11. Koźmiński A., Piotrowski W. Zarządzanie. Teoria i Praktyka. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998: 23–30.
12. Kózka M. Metodologia opracowania standardów i procedur postępowania pielęgniarskiego. Wydawnictwo UJ, Kraków 2001; 1–10.
13. Kózka M. Stany zagrożenia życia. Wydawnictwo UJ, Kraków 2001: 1–10.
14. Kubiak M. Instytucja rzecznika praw pacjenta w polskim systemie demokratycznym. *Antidotum* 2002; 8: 30–80.
15. Popławska E. Zarządzanie informacją i wiedzą a jakość usług medycznych na przykładzie szpitala chorób płuc i gruźlicy im. Św. Józefa w Pilchowicach. *Antidotum* 2002; 2: 43–53.
16. Smoleń M. Problem planowania i zastosowania programów marketingowych w organizacjach non profit — aspekt opieki zdrowotnej. *Antidotum* 2000; 2: 3–55.
17. Stoner J.A.F., Freeman E.R., Glibert R.D. Kierowanie. PWE, Warszawa 1999: 10–30.
18. Szeszycka I. Dylematy pomiaru jakości usług profesjonalnych na przykładzie usług medycznych. *Antidotum* 2000; 12: 20–27.
19. Whitfield M., Kautsch M., Surowiec J. Zarządzanie jakością. Wydawnictwo UJ, Kraków 2001: 1–25.