

*Fundacja Rozwoju Metod Łączonych w Medycynie:  
Anna Nowosielska, mgr inż, specjalistka zarządzania projektami*

*Pomorska Fundacja Rozwoju Chirurgii:  
Adam Sudoł, lek. med. Z-ca Dyrektora Naczelnego UCK ds. Logistyki i Zabezpieczenia Medycznego*

*Konsultacja i materiały źródłowe: dr n. med. Tomasz Stefaniak, Stephen Leyshon*

## **Opieka medyczna zorientowana na Pacjenta Wprowadzenie do zagadnień identyfikacji czynników decydujących o niedoskonałości w działaniu POZ.**

Kiedy lekarz przestanie pytać „w czym problem” i zacznie pytać „co Panią / Pana sprowadza?” system opieki medycznej dostrzeże w Pacjencie osobę.

### **Wstęp**

Ostatnie pięć dekad zmieniło świat w sposób nie do opisanego. Przybysz z lat 60-tych dwudziestego wieku byłby całkowicie zdezorientowany widząc niewiarygodny postęp technologiczny i cywilizacyjny dotyczący zwłaszcza bogatszych społeczeństw.

Poziom opieki medycznej jest obecnie niezwykle wysoki. Kiedy ja byłem studentem medycyny leczenie ataku serca polegało na wypoczynku w łóżku. Dzisiaj stosuje się minimalnie inwazyjną procedurę ponownie otwierającą zatkana arterię. Dzięki temu i innym osiągnięciom w kardiologii choroby krążenia zbierają o połowę mniejsze żniwo śmierci niż jeszcze przed dwudziestu laty. W roku 1984 w Wielkiej Brytanii powołano do życia Publiczną Służbę Zdrowia (The National Health Service) i był to rok, kiedy jedynie połowa populacji przekraczała 65 rok życia. Dzisiaj w wieku 65 lat oczekuje się jeszcze kolejnych dwudziestu lat życia.

Naturalnie dzisiejszy system opieki medycznej jest znacznie bardziej skomplikowany niż 50 lat temu. Postępuje znaczna specjalizacja co oznacza, że w opiekę nad jednym pacjentem angażuje się wielu więcej specjalistów niż to miało miejsce kiedyś. Wśród tylu ekspertów pacjent może się po prostu zgubić. A nad jego głową różne elementy systemu opieki mierzą się o prym i decydujący głos w sprawie podjętej terapii. W takiej sytuacji to, czego brakuje to osobiste podejście do pacjenta, bo to, czego dostarcza mu system jest tym, co system chce mu dostarczyć. Mniej istotne staje się wówczas to, czego pacjent naprawdę potrzebuje lub chce.

Dzisiejszym wyzwaniem jest podjęcie kroków w celu reorientacji systemu opieki medycznej z powrotem na pacjenta. Realizowany projekt ma inspirować i motywować do podjęcia wyzwania jakim jest stworzenie nowoczesnego, zorientowanego na pacjenta systemu opieki medycznej począwszy od zmian systemu funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej.

Dziś system zbyt często proponuje niebezpieczne lub fragmentaryczne rozwiązania. Wszędzie na świecie opieka medyczna poddawana jest przeogromnemu naciskowi ekonomicznemu, zbyt często zastosowane rozwiązania są niezrównoważone finansowo i nie potrafią zapewnić wysokiej jakości usług medycznych. Jednakże w różnych krajach (ubogich, średniozamożnych i zamożnych) dzięki różnym działaniom systemowym, wysiłkowi profesjonalnych menedżerów i polityków udaje się wprowadzać korzystne rozwiązania. Jak pokazują opisane w dalszej części studia przypadków, orientacja na pacjenta jest sednem transformacji mentalnej, kulturowej i systemowej prowadzącej do podniesienia jakości usług medycznych dostępnych dla nas wszystkich. Orientacja na pacjenta okazuje się być zarówno wspólnym celem jak i pierwszym krokiem na drodze do osiągnięcia lepszego systemu opieki medycznej.

W naszym projekcie, będziemy chcieli choć we fragmencie ustalić, co właściwie wiemy o orientacji w opiece medycznej poprzez inspirujące rozmowy z liderami tej dziedziny, a także poprzez analizę przykładów rozwiązań systemowych z wybranych jednostek POZ w porównaniu do rozwiązań jakie zastosowano w innych częściach świata. Naszym celem jest zaintrygowanie i zmotywowanie zespołu projektowego, niezależnie od tego czy styka się z zagadnieniem jako laik i użytkownik usług medycznych, lekarz, menedżer czy polityk.

Jesteśmy pewni, że postęp w dziedzinach medycznych będzie trwał. Nasz projekt daje nam dużą nadzieję na to, że jeżeli zmiana pójdzie w kierunku bezsprzecznego postawienia w centrum systemu opieki medycznej samego pacjenta to możemy stworzyć rozwiązania niezwykle skuteczne, bezpieczne i będące dla pacjentów źródłem pozytywnych doświadczeń. W rzeczy samej coś, z czego każdy specjalista w tej dziedzinie będzie dumny.

*Profesor Sir Liam Donaldson*

*Przykłady zmieniające nasz system opieki zdrowotnej to wkład partnera DNV w nasz projekt.*

DNV wspólnie z Fundacją Sustania dzielą jedną wizję: wizję mądrzejszej i bezpieczniejszej służby zdrowia, dającej ludziom możliwość życia w zdrowiu, szczęściu i niezależności.

Aby to osiągnąć system opieki zdrowotnej musi ulec zmianie. Pomimo, że miliony ludzi z całego świata każdego dnia cieszą się skutecznym leczeniem, większość z głównych problemów w zapewnieniu wysokiej jakości usług medycznych nadal istnieje. Starzejąca się populacja, nowe wyzwania medyczne związane z coraz większą zapadalnością na choroby cywilizacyjne (emerging disease patterns), fragmentacja usług medycznych, wzrastające koszty, brak równego dostępu do usług medycznych, zbyt niski poziom bezpieczeństwa proponowanych procedur - wszystko to wskazuje, że podejście biznesowe nie jest jedynym słusznym rozwiązaniem. W skrócie - dzisiejsze modele służby zdrowia nie są zrównoważone.

Podejście zorientowane na pacjenta oferuje drogę do zmiany tego stanu rzeczy. W modelu zorientowanym na pacjenta system jest skupiony na osobie będącej użytkownikiem (klientem) usługi medycznej i jego jednostkowym doświadczeniu. Pacjenci, lekarze praktycy, jednostki medyczne i politycy stają się równymi partnerami we wspólnej wyprawie po zdrowie. Każdy z partnerów dostarcza innego spojrzenia na zagadnienie i razem mogą w ten sposób stworzyć środowisko oraz kulturę, w której nawzajem mogą się motywować oraz sprawdzać, każdy też może przyjąć na siebie część odpowiedzialności za osiągnięte wyniki.

Nasz projekt ma stanowić, co prawda drobny, następny krok w stronę systemu opieki zdrowotnej opartej na prawdziwym partnerstwie, w którym pacjenci nie będą już postrzegani jako bierni odbiorcy oraz przedmioty działań medycznych, a ich podmiot.

Transformacja tradycyjnego modelu służby zdrowia nie przebiegnie rzecz jasna błyskawicznie. System opieki medycznej jest uwikłany w sieć wzajemnie powiązanych elementów życia społecznego, które również przeżywają zmiany i wzajemnie na siebie oddziałują. Transformacja jest jednak możliwa i wspólny wysiłek wszystkich zainteresowanych jest w stanie ją urzeczywistnić.

Nasze działania mają inspirować i wspierać proces transformacji poprzez upowszechnienie wiedzy o najlepszych przykładach rozwiązań stosowanych w służbie zdrowia, a dotyczących wspólnych oddziaływań polityków, lekarzy, jednostek medycznych i naturalnie samych zainteresowanych - pacjentów. Odnosimy się do dotychczasowej wiedzy, najlepszych przykłady działań praktycznych z całego świata, i umożliwiamy światowym ekspertom w dziedzinie działań medycznych wskazać przeszkody na drodze transformacji oraz sposoby ich przezwyciężenia.

Fundacja Rozwoju Metod Łączonych w Medycynie wspólnie z partnerami Pomorską Fundacją Rozwoju Chirurgii, DNV GL a także Fundacja Sustania są zobowiązane do współpracy ze środowiskami medycznymi w celu osiągnięcia skoncentrowanego na pacjencie systemu opieki medycznej oraz do wprowadzenia nowych standardów bezpieczeństwa, wysokiej jakości procedur oraz zrównoważonego podejścia do usług medycznych dla wszystkich użytkowników systemu. W tym celu namawiamy wszystkich interesariuszy projektu do współpracy: niech każdy z was dołączy do nas i dzieli się z innymi swoimi najlepszymi doświadczeniami praktycznymi, abyśmy wszyscy mogli wspierać się nawzajem w głoszeniu idei skoncentrowanej na pacjencie służby zdrowia.

Wyobraźmy sobie rok 2030, wyobraźmy sobie jak może wówczas wyglądać system opieki zdrowotnej. Wyobraźmy sobie, że jesteśmy tam i patrzymy w przeszłość, na początek XXI wieku. Musimy postarać się, aby lata pomiędzy dniem dzisiejszym a przyszłym 2030 rokiem nie były latami straconymi.

*Henrik O. Madsen, Erik Rasmussen, T.J. Stefaniak, D.Szplit*

## **Skrócona charakterystyka rynku usług medycznych w Polsce**

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, w roku 2010 istniało w Polsce 836 szpitali ogólnych dysponujących 190,5 tysiącem łóżek, z których skorzystało blisko 8,3 mln osób leczonych. Ponadto w naszym kraju funkcjonowały także 47 szpitale psychiatrycznych, 32 ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, 26 zakładów MONAR-u, regionalne ośrodki psychiatrii sądowej (4 zakłady) oraz 21 ośrodków leczenia odwykowego alkoholowego, 467 stacjonarnych zakładów długoterminowej opieki zdrowotnej (zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze o charakterze ogólnym i psychiatrycznym), 267 zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, z tego: 66 szpitali uzdrowiskowych, 171 sanatoriów i 20 przychodni uzdrowiskowych. Dodatkowo w roku 2010 funkcjonowało 12 samodzielnych zakładów rehabilitacji leczniczej. W sumie jest to ponad 1700 jednostek medycznych o charakterze szpitalnym i uzdrowiskowym. Do tego dochodzi ponad 4000 przychodni lekarza rodzinnego i przychodni specjalistycznych oraz około 18 tys. gabinetów stomatologicznych (czynnych stomatologów) [GUS].

Większość szpitali to szpitale publiczne (65,8%), niemniej obserwowany jest wzrost liczby szpitali niepublicznych, których odnotowano 286 (blisko o 25% więcej niż w roku 2009) przy spadku liczby szpitali publicznych o 3%. Najwięcej szpitali znajdowało się w województwie śląskim (115) i mazowieckim (98), a najmniej w lubuskim (19) oraz opolskim i świętokrzyskim (po 22).

Spośród 181,1 tys. łóżek odnotowanych w szpitalach ogólnych najwięcej łóżek znajdowało się na oddziałach o specjalnościach chirurgicznych - łącznie 40,9 tys. (22,6% wszystkich łóżek), chorób wewnętrznych – 26,5 tys. (14,8%) i ginekologiczno-położniczych – 18,6 tys. (10,3%), a następnie rehabilitacyjnych, neonatologicznych i pediatrycznych.

W końcu 2010 roku w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej funkcjonowało ogółem 16,6 tys. zakładów opieki zdrowotnej, z czego 16,4% stanowiły zakłady publiczne, a 83,5% - niepubliczne. Wedle danych Głównego Urzędu Statystycznego 2010 roku odnotowano łącznie 6,9 tysięcy praktyk lekarskich i stomatologicznych (o 2% więcej niż w roku 2009), przy czym 77% z nich stanowiły praktyki stomatologiczne. GUS nie przedstawił podziału na organizacje prowadzące opiekę w zakresie POZ oraz tylko specjalistyczne. Niemniej, dane te można pośrednio oszacować na podstawie ilości udzielonych ambulatoryjnych porad "pierwszego kontaktu" i specjalistycznych. Ogółem w ciągu 2010 roku w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielono ponad 280 mln porad. Spośród porad udzielonych przez lekarzy 61% udzielono w podstawowej opiece zdrowotnej, a 39% - w opiece specjalistycznej.

Dodatkowo w 2010 r. w ramach ratownictwa medycznego pomoc medyczną w razie nagłego wypadku świadczyło 1470 zespołów ratownictwa medycznego, w tym 831 (57%) zespołów podstawowych i 639 (43%) specjalistycznych, w systemie ratowniczym działało także 219 szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) oraz 132 izby przyjęć (GUS, 2012). W 2010 roku w Ministerstwie Zdrowia dokonano analizy rozkładu certyfikatów jakości przyznanych podmiotom leczniczym (wówczas zakładom opieki zdrowotnej). Pomiędzy

1999 r. a 2010, 1081 zakładów uzyskało certyfikat zgodności z normą ISO 9001, z czego 384 stanowiło jednostki publiczne, a 697 prywatne, natomiast 117 zakładów uzyskało certyfikat akredytacyjny przyznawany przez Ministerstwo Zdrowia na podstawie ustawy o akredytacji w ochronie zdrowia (Lisiecka-Biełanowicz, 2010).

#### **Zarządzanie jednostką medyczną [4]**

Nowoczesne zarządzanie w jednostkach medycznych radykalnie odbiega od wizji sprzed kilkudziesięciu lat, które nadal realizowane są w większości polskich szpitali i przychodni. Brak wiedzy zarządczej, skostniałe koncepcje, a także brak odpowiedniego wsparcia technologicznego prowadzi do szeregu problemów, o których głośno w publikacjach medialnych.

Problemy te dotyczą tak błędów lekarskich, jak i niedostatków organizacyjnych, co wiąże się z problemami finansowymi placówek. Łączne zadłużenie szpitali publicznych osiągnęło w grudniu 2012 r. najwyższy w historii poziom - prawie 11 mld zł. Jedynie nieliczne organizacje potrafią uporać się z problemami niegospodarności, nadużyć, niskiej jakości usług medycznych czy braku świadomości przychodowo-kosztowej.

Kryzys polskiej służby zdrowia związany jest z dwoma głównymi czynnikami: niedostatecznym zakresem refinansowania podjętych działań terapeutyczno-leczniczych oraz nieodpowiednimi mechanizmami zarządczymi. O ile pierwszy z tych czynników podlega ocenie ministerialnej i stale podejmowane są kroki mające na celu racjonalizację wyceny procedur medycznych powiązane ze szczegółowym rachunkiem kosztów, o tyle drugi czynnik wymaga zasadniczych zmian indukowanych na poziomie zarządów poszczególnych organizacji. Polski system zarządzania w medycynie potrzebuje przede wszystkim zmiany mentalnościowej, nowej koncepcji zarządczej i nowego pojmowania misji jednostek medycznych, tak publicznych, jak i prywatnych.

Na rynku usług medycznych zachodzą dynamiczne zmiany. Pojawia się coraz większa konkurencja. W świetle ustawy o działalności leczniczej po nowelizacji z 30 czerwca 2012 samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, które nie wykazują się dodatnim bilansem rocznym zostają zlikwidowane, a następnie w większości przypadków przekształcone w spółki prawa handlowego. Tak w odniesieniu do polepszenia zarządzania SPZOZ-em, jak i powołania skutecznego zarządu nowopowstającej spółki, zasadniczą kwestią staje się problem nowoczesnego, przejrzystego i efektywnego zarządzania.

6 listopada 2008 r. Sejm RP uchwalił ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia. Dzięki temu aktowi prawnemu zwrócono uwagę na potrzebę nadzorowania jakości w jednostkach medycznych. Ponadto, zaproponowano powiązanie oceny jakości zarządzania w jednostce medycznej z większymi przychodami z tytułu wykonywanych świadczeń medycznych. Należy także zwrócić uwagę na fakt, iż nowoczesne zarządzanie udokumentowane posiadaniem certyfikatów i akredytacji zwiększa konkurencyjność podmiotów medycznych na rynku, co uzyska duże znaczenie w kontekście możliwego uwolnienia rynku ubezpieczeń medycznych.

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z 9 marca 2011 w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej stawia nowe wyzwania przed Polską – z jednej strony możliwy jest niekontrolowany wpływ pacjentów, a co za tym idzie znaczne zwiększenie kosztów leczenia dla polskiego systemu medycznego, co może dodatkowo doprowadzić do niedowyońań w gorzej zarządzanych i niekontrolujących jakości polskich szpitalach, a w efekcie - do ich bankructwa. Alternatywnie, wspomniane zmiany legislacyjne tworzą potencjał biznesowy dla polskich jednostek medycznych, które, posiadając nowoczesne systemy zarządzania i niższe koszty, mogą stanowić poważną konkurencję dla szpitali z krajów zachodnich.

### **Jak wygląda jakość zarządzania?**

Większość szpitali posiada certyfikaty ISO 9001, także wiele jednostek podstawowej opieki zdrowotnej posiada certyfikaty ISO 9001 (szczególnie większe jednostki) lub jest zainteresowana ich pozyskaniem. Niemniej jednak, zwykle zarządzanie w jednostce medycznej odbywa się w oparciu o podejście strukturalne, zaś pojęcie mierzalnych celów nie istnieje lub nie zawsze jest przejrzyste, nawet dla osób bezpośrednio zaangażowanych w zarządzanie jakością.

Pojawia się pytanie, z czego wynika taki stan rzeczy. Doświadczenia audytorskie o których informują audytorzy DNV wskazują, że potrzeba posiadania systemu zarządzania jakością, czy to certyfikowanego na zgodność z ISO 9001, czy poddawanego ocenie akredytacyjnej, to nie tyle potrzeba zmiany koncepcji zarządczej, a próba potwierdzenia prawidłowości dotychczas realizowanych rozwiązań menadżerskich.

Zarządy organizacji utwierdzają się dzięki certyfikacji w przekonaniu, że realizują nowoczesne formy zarządzania, podczas gdy w rzeczywistości, ISO opiera się na elementach twardych i niezmiennych, związanych z dokumentacją systemową i medyczną, a nie na dynamicznie realizowanych ocenach wyników oraz ocenie ryzyk i przewidywaniu potencjalnych problemów.

W wielu wypadkach idea posiadania certyfikatu jest ideą wiodącą, bez zrozumienia dla konsekwencji, jakie wymusza zgodność z normą ISO 9001:2008, czy też normą akredytacyjną. Znaczenie ma także fakt posiadania podobnego certyfikatu przez jednostki sąsiednie. Nie można też pominąć wpływu firm certyfikacyjnych, które poszukując zarobku, przekonują zarządy organizacji medycznych, że tak naprawdę certyfikat zgodności to tylko „papier“ który robi dobre wrażenie na pacjentach i na płatniku, a rzeczywistość można realizować bez zmian, pod warunkiem, że w organizacji dostępne będą dokumenty nadzorowane, wymagane przez normę.

W takiej sytuacji nie dziwi fakt, że większość organizacji medycznych unika udzielenia jakichkolwiek informacji o posiadanym systemie zarządzania jakością, a te które decydują się cokolwiek o nim opowiedzieć, w rzeczywistości nie posiadają nawet podstawowej wiedzy w zakresie istoty wdrożenia podejścia procesowego oraz zarządzania przez jakość z uwzględnieniem wskaźników mierzalnych procesu głównego.

Czy zatem ISO lub akredytacja są w ogóle potrzebne organizacjom medycznym? Może obecnie realizowane formy zarządzania są efektywne i pozwalają na sprawne i bezpieczne realizowanie celów, jakie stawiane są przed jednostkami medycznymi? Alarmujące dane odnoszące się do sytuacji finansowej polskiej służby zdrowia wydają się przeczyć takiej koncepcji. Oczywiście, sprawa ma wiele wymiarów - argumentacja o zbyt niskiej wycenie świadczeń ściera się ze zdaniem o przeszacowanych wycenach w działach, które są unikalne.

Wdrożenie systemu zarządzania jakością wymaga przyjęcia przez organizację koncepcji zasadniczej zmiany. Wiele z tych zmian może okazać się trudnych do wdrożenia, chociażby ze względu na opór pracowników, przyzwyczajonych do starych zasad funkcjonowania.

Nowoczesne metody zarządzania, w tym zarządzanie jakością, coraz częściej implementowane są w jednostkach medycznych. Nierzadko koncepcje te stanowią zasadniczą zmianę dotychczasowego stylu zarządzania, a niekiedy mogą budzić sprzeciw, a nawet jawną wrogość ze strony personelu. W większości przypadków, zastosowanie rozwiązań wymaganych przez systemy zarządzania jakością, postrzegane jest jako związane z pracą personelu średniego i ignorowane przez personel wyższy. Z wspomnianych powyżej przyczyn, realizacja naszego projektu może narażać na poważne problemy, gdyż będziemy się w naszych badaniach odnosić do parametrów wynikających ze strukturalizowanych, nowoczesnych metod zarządzania jakością.

### **Idea procesowego zarządzania w jednostkach medycznych**

Współcześnie stosowane metody nadzoru nad systemem zarządzania jakością czy to certyfikowanego zgodnie z normą ISO 9001:2008 czy też poddanego akredytacji stanowią dla personelu jednostek medycznych spore wyzwanie. Dzieje się tak przede wszystkim dlatego, że systemy te rzadko odnoszą się bezpośrednio do dotychczas wykonywanych procedur, a częstokroć starają się narzucić mechanizmy monitorowania nie do końca intuicyjne bądź niezgodne z tym, w jaki sposób wykonywana jest dana procedura. Tym samym system zarządzania jakością dokumentowany jest w sposób sztuczny tylko dla potrzeb audytorów i w żadnej mierze nie przyczynia się do polepszenia funkcjonowania organizacji i nie daje możliwości odwołania się do jego reguł pacjentom.

Taki system nie przydaje się nikomu. W trakcie analizy tak zarządzanej jednostki, staje się oczywiste, że dokumentacja procesów jest stworzona ad hoc „na kolanie“ i nie odnosi się do tego co dzieje się w rzeczywistości. Wygenerowane w ten sposób dane tak naprawdę nie mają żadnego znaczenia w kontekście analizy strategicznej, nie przyczyniają się do polepszenia funkcjonowania organizacji, nie wpływają na tworzenie koncepcji zarządczych ani też nie pozwalają na identyfikowanie problemów czy wyłącznie nieefektywnych bądź złych jakościowo kierunków funkcjonowania organizacji.

Z drugiej strony pracownicy tworzący dokumentację tylko dla potrzeb audytu widzą bezsensowność takiej działalności, odczuwają frustrację i negatywnie odnoszą się do nowych koncepcji zarządczych utożsamianych z ISO. W ten sposób przeinaczeniu i wynaturzeniu ulega cała koncepcja zarządzania przez jakość oraz koncepcja



zaangażowania kierownictwa i zaangażowania realizatorów procesów. Wszystko tworzone jest na pozór i jest tylko stratą czasu wszystkich zainteresowanych stron.

Czy jednak tak być musi? Systemy zarządzania jakością stworzone są po to by dostarczać rzetelnej informacji o kondycji organizacji kadrze zarządczej, po to żeby móc tworzyć strategię firmy, żeby podsycać jej dobrze działające procesy oraz wygaszać procesy, które nie rokują na przyszłość. Pozwalają także na identyfikację tego, co wymaga dofinansowania, doszkolenia bądź dosprzętowania.

### **Analiza satysfakcji pacjenta - klienta jako element kontroli jakości**

Niezwykle ważnym aspektem jest analiza satysfakcji klienta, często wykonywana powierzchownie bądź wręcz fałszowana. Analiza ta jest barometrem funkcjonowania organizacji, pozwala ona z wyprzedzeniem przewidzieć, co w najbliższej przyszłości może wydarzyć się z organizacją, które aspekty jej działania funkcjonują niewłaściwie z perspektywy klienta - pacjenta, a które wręcz wymagają radykalnych zmian. Tym ważniejsze jest rzetelne prowadzenie analiz satysfakcji pacjenta w oparciu o najnowsze metodologie i to tak w zakresie gromadzenia danych, jak ich analizy i interpretacji. Niestety sztuka ta wymaga zaawansowanej wiedzy metodologicznej i socjologicznej.

Jednak w wielu organizacjach, szczególnie w tych mniejszych, nie jest możliwe uzyskanie wystarczającego zaplecza pozwalającego na odpowiednie interpretowanie i wnioskowanie na podstawie analizy satysfakcji pacjenta.

Mamy nadzieję w ramach tego projektu poszukać rozwiązania tego, podstawowego dla jakości pracy jednostki Podstawowej Opieki Zdrowotnej, problemu.

Japońskie standardy kontroli jakości (Japońskie Standardy Przemysłowe, Z8101-1981), definiują kontrolę jakości jako „zespół środków służących racjonalnemu wytwarzaniu dóbr lub usług zaspokajających potrzeby klientów“.

Ta dość ogólna i mało przekładalna na warunki ochrony zdrowia definicja może jednak zostać rozwinięta w sposób, który daje wiele do myślenia w kontekście polskich realiów współpracy – w odpowiedzi na wymagania klienta docelowego – pacjenta.

A zatem „...wdrożenie efektywnej kontroli jakości wymaga współpracy wszystkich osób w jednostce medycznej – zarządu, menadżerów wszystkich szczebli i pracowników – we wszystkich obszarach działania, takich jak: badania rynku, rozwój, planowanie i projektowanie produktów (usług medycznych), przygotowania do produkcji (świadczenia usług), formułowania zaopatrzenia, sprzedaży, wytwarzania, zakresu kontroli, świadczenia usług posprzedażnych, a także kontroli finansowej, administracji kadrami i szkolenia.

Kontrola jakości przeprowadzana w taki sposób nazywana jest kontrolą jakości obejmującą całą firmę lub kompleksową kontrolą jakości...“ (Imai, 2007). Ile spośród polskich szpitali i przychodni posiadających certyfikat zgodności z normą ISO 9001, w rzeczywistości spełnia choć część z tych założeń?

Na czym zatem zasadza się istota właściwego spełnienia zasad zarządzania przez jakość? Czemu tak trudno jest wdrożyć odpowiednio działający system zarządzania jakością w organizacji medycznej?

Pierwszy wymagany krok to zrozumienie podejścia procesowego. Przeorganizowanie postrzegania organizacji z szeregu działów / osób do realizatorów procesów, a następnie opracowanie w oparciu o zastaną rzeczywistość, oraz w razie możliwości o przykłady dobrej praktyki z innych organizacji, standardów postępowania.

### **Czy Pacjentowi potrzebny jest standard?**

Przygotowanie standardów winno być przeprowadzone w oparciu o wiedzę zespołu pracowniczego, także, a może nawet przede wszystkim, osób bezpośrednio zaangażowanych w realizację opisywanego procesu. Ze strony zarządu organizacji niezbędne jest wsparcie na tym właśnie koncepcyjnym etapie, pod postacią wiedzy oddelegowanego specjalisty od systemów zarządzania jakością, który pomoże przełożyć rzeczywistość na język standardu. Standardy takie powinny dotyczyć każdego i zadaniem kierownictwa jest pilnowanie, by był przestrzegany. Przestrzeganie opracowanych standardów nazywamy dyscypliną. I do tak sformułowanej dyscypliny może odwoływać się Pacjent.

Małe jednostki medyczne POZ, mogą nie dysponować zasobami osobowymi pozwalającymi na pełne wdrożenie metod procesowego zarządzania jakością. Jednak nasz projekt pozwoli zidentyfikować te niedostatki i być może uda się wskazać metody zaradzenia temu problemowi. Bo przecież Pacjent musi mieć się do czego odwołać.

Każdy standard charakteryzuje się następującymi cechami (Imai, 2007):

1. Indywidualne upoważnienie i odpowiedzialność.
2. Dzielenie się własnym doświadczeniem z młodszymi kolegami.
3. Przekazywanie indywidualnego doświadczenia i know-how organizacji.
4. Gromadzenie doświadczenia i informacji, szczególnie o popełnionych przez organizację błędach.
5. Przekazywanie know-how między stanowiskami pracy.
6. Dyscyplina.

Zadaniem kierownictwa jest stworzenie standardów, a następnie pilnowanie dyscypliny, by standardy mogły być utrzymane. Tylko wówczas można, a nawet trzeba wdrożone standardy usprawniać. Jednak w większości jednostek medycznych kierownictwo i pracownicy wykazują nadmierne przywiązanie do tego samego, uświęconego przez lata, standardu. Przy czym często można mieć wątpliwości, czy kierownictwo robi wszystko, by utrzymać dyscyplinę i mieć pewność, że chociaż ten standard jest przestrzegany. Jedną z głównych zalet w pełni wdrożonego programu kontroli jakości jest to, że skłania on menedżerów do zastanowienia się, kiedy ostatnio aktualizowano użyteczność aktualnych standardów. To odpowiedni moment, by sprawdzić, czy dyscyplina oraz obowiązujące zasady i standardy są przestrzegane przez wszystkich pracowników (Imai, 2007).

Kolejnym niezwykle ważnym aspektem funkcjonowania systemu zarządzania jakością jest zgromadzenie informacji o zdarzeniach niepożądanych. Wydaje się, że zdefiniowanie pojęcia zdarzenia niepożądanego jako zaburzenia realizacji procesu, pozwala na łagodniejsze podejście do poczucia raportowania błędów, jako donoszeniu przeciwko pracownikowi, jakie często towarzyszy zgłaszanym działaniom niepożądanym. Doświadczenia ekspertów DNV wskazują, że niezwykle trudnym aspektem socjologicznym jest wytworzenie w organizacji kultury informowania o zaistniałych zaburzeniach realizacji procesu bez uwzględniania personalnych konsekwencji bądź odpowiedzialności za zaistniały problem.

Jednym z naszych celów może być poszukiwanie odpowiedzi na pytanie jak można rejestrować zaburzenia realizacji procesu aby możliwe było anonimowe (bądź w razie potrzeby zidentyfikowane) dostarczanie informacji odnośnie zaistniałych problemów. Ważne jest aby zgłoszenia, zarówno te pochodzące od pracowników, a przede wszystkim te pochodzące od Pacjentów, były następnie w sposób prosty i intuicyjny możliwe do przeanalizowania i wyciągnięcia wniosków celem poprawy jakości obsługi.

Angażowanie lekarzy w poprawę jakości i bezpieczeństwa opieki pozostaje jednym z największych wyzwań dla liderów i menedżerów opieki zdrowotnej, a zadanie to jest bardzo trudne w realizacji gdyż:

- 1) uczelnie medyczne nie przygotowują absolwentów do pracy zespołowej - programy nauczania sporadycznie zawierają elementy pracy w wielodyscyplinarnym zespole profesjonalistów. Indywidualizm pozostaje standardem od tak dawna, że dla wielu nadal korzystniej jest konkurować niż współpracować;
- 2) przyjęcie odpowiedzialności za swoje działanie, które stanowi fundamentalną wartość w dziedzinie poprawy jakości nie ma ugruntowanej tradycji w medycynie - dyscyplinie zorientowanej do wewnątrz w trybie silnego kodu zawodowego nakazującego zachowywanie problemów dla siebie w obawie przed oskarżeniem i stygmatyzacją;
- 3) istnieje silna identyfikacja z własną specjalnością;
- 4) brakuje zainteresowania wynikami pracy innych profesjonalistów medycznych, np. mikrobiologów, farmaceutów, pielęgniarek; lekarze wykazują brak większego zainteresowania wynikami innych grup zawodowych i mają do tych wyników umiarkowane zaufanie;
- 5) akceptacja hierarchicznego modelu profesora/ordynatora-mentora jako jedyny, naturalny model pracy klinicznej;
- 6) jakość opieki nie jest postrzegana jako działanie opłacalne, co przy braku myślenia systemowego sprawia, że działania projakościowe są biurokratyczne i hamują wprowadzanie innowacyjnych rozwiązań. Dlatego też praca nad standardami jakości tam, gdzie nie udało się dostatecznie zaangażować środowiska lekarskiego i "zainfekować" tej grupy bakcylem jakości i zmiany, skutkuje fragmentarycznymi i często biurokratycznymi rozwiązaniami;

- 7) niedostateczna wiedza na temat stosowania narzędzi i technik poprawy jakości utrudnia realizację projektów poprawy;
- 8) jakość jest nadal często utożsamiana ze strukturą (wyposażenie, sprzęt, kwalifikacje osób zatrudnionych) oraz z nowymi technologiami;
- 9) brak identyfikacji ze jednostką medyczną jako głównym pracodawcą oraz frustracja wynikająca z obowiązujących rozwiązań legislacyjno-administracyjnych i transformacyjnych w systemie ochrony zdrowia.

W efekcie przy braku dobrego przywództwa lidera (dyrektora/prezesa) zarządzanie grupą zawodową lekarzy przybiera zazwyczaj format umownej konwencji (Kutryba, 2001).

### **Perspektywa Pacjenta**

W tym aspekcie należy zwrócić baczną uwagę na subiektywny kontekst jakości definiowanej przez pacjenta. Nie tyle wskazania medyczne, ale ich postrzeganie, stanowiąc będzie o zadowoleniu pacjenta z usług medycznych. Badania WHO wskazują, że spełnienie wstępnych ustaleń odnośnie terminu leczenia oraz empatia mają większe znaczenie dla kształtowania opinii o placówce medycznej, aniżeli wyniki leczenia. Tym samym nie tylko elementy profesjonalne, ale także działania związane z komunikacją z pacjentem, mają doniosłe znaczenie w odniesieniu do oceny placówki.

Korzyści dla pacjentów, wynikające z rzeczywistego i rzetelnego wdrożenia systemu zarządzania przez jakość w jednostkach medycznych są wielowymiarowe. Po pierwsze, organizacja koncentruje się na wymaganiach klienta, a zatem otwiera się na uwagi ze strony pacjentów, a nawet proaktywnie poszukuje informacji o miejscach doskonalenia. Tym samym, indukowane są zmiany, które zwiększają zgodność oferowanych usług i infrastruktury z zapotrzebowaniem pacjentów. Po wtóre, zarządzanie zgodne ze standardami wymaga stałego rozwoju także w zakresie klinicznym, a zatem pacjenci mogą liczyć na stale polepszający się zakres usług medycznych, bazę lokalową i sprzętową, czy doksztalający się personel. Po trzecie koniecznym jest także uwzględnienie zdania organizacji pacjentów, jako grup współtworzących strategię długoterminową jednostek medycznych oraz weryfikujących sprawiedliwe i adekwatne wykorzystanie dostępnych zasobów. Ma to na celu uniknięcie sytuacji, w których jednostka unika usług o niższej rentowności lub diagnozuje lub leczy pacjentów w sposób niezgodny z zasadami najlepszej praktyki ze względów finansowych czy biznesowych.

Duże i coraz bardziej podkreślane znaczenie odgrywa w polityce zdrowotnej krajów rozwiniętych zaangażowanie organizacji pacjentów w jej współtworzenie. Organizacje takie stymulują działania jakościowe w jednostkach medycznych poprzez publikowanie na swoich stronach internetowych danych odnośnie kluczowych parametrów klinicznych w poszczególnych szpitalach. Jednostki nie chcące uczestniczyć w takiej prezentacji uzyskują adnotację o braku chęci współpracy i niechęci do audytów drugiej strony, jakie przeprowadzają te organizacje. Jest to oczywiście równoznaczne ze zmniejszeniem zainteresowania pacjentów taką jednostką. Przykładem takiej organizacji jest LeapFrog (<http://www.leapfroggroup.org>), analizująca i publikująca na ogólnie dostępnych stronach

internetowych informacji odnośnie śmiertelności i innych danych klinicznych. W Polsce podobne działania, w zakresie opieki szpitalnej, podejmuje stowarzyszenie pacjentów „Primum noc nocere“, które dodatkowo wspiera organizacyjnie roszczenia pacjentów przeciw szpitalom, w zakresie błędów w sztuce lekarskiej.

## **Bibliografia**

1. Batalden P.B., Stoltz P.K (1993) A framework for the continual improvement of health care: building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *International Journal for Quality Improvement*, 1993; 19: 424-447, 448-452
2. Bedlicki M., Kutaj-Wąsikowska H., Kutryba B (1999) Akredytacja - wyzwanie dla ambitnych. *Zdrowie i Zarządzanie*, 1999; 3: 82-89
3. Daucourt V., Michel P (2003) Results of the first 100 accreditation procedures in France. *International Journal for Quality in Healthcare*, 2003; 15: 463-471
4. Davidoff F (2002) Why are so many doctors resistant to change? *BMJ*, 2002; 324: 623-624 Dobska M., Dobski P. (2004) TQM. Zarządzanie przez jakość w zakładach opieki zdrowotnej, MARS GRAF, Poznań 2004.
5. Folland, A.C. Goodman, M. Stano (2011) *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011,
6. Główny Urząd Statystyczny (2012) *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2012.
7. Imai M (2007) *Kaizen. Klucz do konkurencyjnego sukcesu Japonii*. Kaizen Institute Polska, Warszawa, 2007.
8. Joint Commission (2010) *International accreditation standards for hospitals*. Chicago, Joint Commission International, 2010. [www.jcrinc.com/internat.htm](http://www.jcrinc.com/internat.htm)
9. Klazinga N (2000) Re-engineering trust: adoption and adaptation of four external quality assurance models in Western European health care systems. *International Journal for Quality in Health Care*, 2000; 12: 183-189
10. Kutryba B., Wasikowska H (2001) Akredytacja w pigułce. *Zdrowie i Zarządzanie*, 2001; 3: 15- 20
11. Labon M (2001) Trudności w przygotowywaniu akredytacji szpitala - udział lekarzy. *Służba Zdrowia*, 2001; 7-8
12. Lisiecka-Biełanowicz M, Samoliński B, Warczyński P (2010). *Systemy zarządzania jakością w ochronie zdrowia, Kierunki doskonalenia w ochronie zdrowia*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2010.
13. Niżankowski R (1999) Początki akredytacji polskich szpitali. *Zdrowie i Zarządzanie*, 1999; 3: 34-40