

Jakość w opiece zdrowotnej

Quality in health care

Monika Pintał-Ślimak, Makandjou-Ola Eusebio, Mirosława Pietruczuk

Streszczenie

Artykuł jest pierwszym z cyklu prac dotyczących koncepcji systemów zarządzania jakością w medycznych laboratoriach diagnostycznych. Jego celem było przybliżenie odbiorcom podstaw dotyczących ogólnopojętej jakości, oraz pokazanie potrzeby jej wykorzystania i jej roli w sektorze ochrony zdrowia. W artykule przedstawiono definicję jakości jako procesu interdyscyplinarnego w odniesieniu do opieki zdrowotnej. W pracy przybliżono trzy wymiary jakości usług medycznych oraz czynniki ją kształtujące. Zaprezentowano zasady budowania systemu zarządzania jakością, które stały się bazą do tworzenia standardów jakości w ochronie zdrowia.

Summary

The purpose of the article is to present quality and its importance in healthcare. The article provides the definition of quality in reference to healthcare. In this paper, we concentrate on three dimensions of quality of medical services and its shaping factors. The principles of building a quality management system which remains the basis of quality standards in health care are presented.

Słowa kluczowe: jakość, opieka zdrowotna, zarządzanie

Keywords: a quality, a health care, a management

Wstęp

Charakterystyczną cechą naszych czasów jest wzrost znaczenia funkcji jakości we wszystkich dziedzinach życia. Położenie nacisku na jakość jest szczególnie istotne w obszarach, gdzie w przeważającej mierze od niej zależy nie tylko zadowolenie i satysfakcja odbiorcy usług, ale przede wszystkim zdrowie i życie człowieka. Takim obszarem jest ochrona zdrowia, w tym medycyna laboratoryjna.

Z zadowoleniem można zaobserwować fakt, iż z roku na rok pojęcie jakości nabiera coraz większego znaczenia. Wiąże się to ze stałym rozwojem nauk biomedycznych, farmakologicznych oraz technologii z tymi naukami powiązanych. Wprowadzane reformy systemu ochrony zdrowia i wzrost świadomości pacjentów sprawiają, iż zainteresowanie poprawą jakości w opiece zdrowotnej wzrasta.

Tak specyficzny obszar działalności jak sektor ochrony zdrowia jest wrażliwy na kwestie jakości, ponieważ tam, gdzie chodzi o życie i zdrowie ludzkie, wysoka jakość usług powinna być bezdyskusyjna, a nawet powinna stać się obowiązkowa [1, 2].

Jakość w ochronie zdrowia – co ją wyróżnia

Nie można postrzegać jakości w odniesieniu do ochrony zdrowia wyłącznie w zakresie pięknego wystroju budynku, posiadanego sprzętu i aparatury medycznej czy stosowania nowoczesnych technologii i wyrobów medycznych. Oprócz tych niewątpliwie

ważnych elementów, należy zwrócić szczególną uwagę na kwalifikacje i dobór personelu, ich świadomość pro jakościową oraz czynniki, które w największym stopniu mogą determinować jakość. Do takich należą zdarzenia niepożądane, zakażenia szpitalne czy błędy medyczne. Wprowadzenie systemu zarządzania jakością usług zdrowotnych zwiększa prawdopodobieństwo uzyskania usługi medycznej na możliwie najwyższym poziomie. Sama wiedza o możliwych problemach i potrzebie wdrażania jakości nie wystarczy, gdyż nie wpłynie to samoistnie na poprawę jakości świadczenia zdrowotnego w tym laboratoryjnego [3].

Branża medyczna jest szczególna, stąd też na jakość ochrony zdrowia powinniśmy patrzeć z innej perspektywy niż na jakość w przedsiębiorstwach produkcyjnych czy usługowych.

Czynnikami wyróżniającymi branżę medyczną są:

- zarządzanie usługą medyczną jako niematerialną sferą usług, w której zdrowie nie jest ani materialne, ani namacalne;
- nietrwałość, czyli brak możliwości zmagazynowania usługi na później. Objawia się to gotowością ochrony zdrowia na przyjęcie pacjenta o każdej porze dnia i nocy;
- zmienność, czyli usługa może być różna w zależności od tego, kto ją wykonuje, jak i kiedy (np. wykorzystanie różnych środków farmakologicznych przez różnych lekarzy, do leczenia tego samego schorzenia);
- symetria informacji, czyli z jednej strony jest pacjent, który powierza swoje życie lekarzowi, gdyż nie dysponuje taką wiedzą

jak on, z drugiej zaś strony jest lekarz, który może postawić diagnozę pod kątem naukowym;

- niepewność i ryzyko długości trwania danej dolegliwości i konsekwencji jej w przyszłości [4];

Na kształtowanie poziomu usług medycznych mają wpływ następujące czynniki [5, 6, 7]:

- kwalifikacja kadr (zgodnie z przepisami prawnymi czynności medyczne może wykonywać tylko personel medyczny o odpowiednich kwalifikacjach);
- swoboda w wyborze technologii świadczenia (lekarz ma swobodę decydowania o przebiegu i trybie leczenia);
- swoboda w wyborze sprzętu i metod badawczych w medycynie laboratoryjnej (diagnosta laboratoryjny/kierownik laboratorium stosuje metody badawcze zgodnie z rekomendacjami opracowanymi przez Towarzystwa Naukowe, jednakże nie są to obligatoryjne wytyczne).

Definicja jakości i próby definicji jakości w odniesieniu do opieki zdrowotnej

Pojęcie to jest znane od starożytności. Jako twórcę filozofii jakości literatura przyjmuje Platona, który mówił, że jakość to „pewien stopień doskonałości” [8].

W odniesieniu do usług zdrowotnych jeszcze niedawno definiowano jakość jako działania prowadzące do sprawdzenia, czy nie popełniono błędów i badania ich powstawania.

W czasach współczesnych jakość produktu/usług opisywana jest jako:

- zadowolenie klienta;
- spełnienie ustalonych wymagań lub zaspokojenie potrzeb klienta;
- spełnienie lub zgodność z wymaganiami (P.B. Crossy);
- stopień jednorodności i niezawodności wyrobu, przy możliwie niskich kosztach i maksymalnym dopasowaniu do wymagań rynku (W.E. Deming);
- przydatność produktu do użytku;
- to wszystko to, co można poprawić (Masaaki Imai);

Wszystkie wymienione i inne definicje w większym lub mniejszym stopniu są ogólne, jednak nie istnieje definicja jakości, która opi-

sywałaby w sposób dokładny, uwzględniający wszelkie niuansy i aspekty, jakości w ochronie zdrowia.

Według **Światowej Organizacji Zdrowia** jakość to świadczenia, które odpowiadają określonym kryteriom i aktualnemu stanowi wiedzy medycznej w ramach posiadanych zasobów i zapewniają pacjentowi maksymalny zysk zdrowotny i minimalne ryzyko utraty zdrowia [3]. Pionierem teoretycznych rozważań nad tematyką jakości w opiece zdrowotnej był Avedis Donabedian jeden z twórców podstaw nowoczesnego systemu jakości w medycynie [9]. Według jego koncepcji „jakość to ten rodzaj opieki, w którym maksymalizuje się mierzalne dobro pacjenta, biorąc pod uwagę równowagę oczekiwanych korzyści i strat towarzyszących procesowi opieki we wszystkich jego elementach”. Zwracał on uwagę na takie aspekty jak sposób interakcji personelu medycznego z pacjentem, zaangażowanie pacjenta w opiekę zdrowotną, dostępność i wyposażenie placówek, dostęp do opieki w różnych grupach społecznych oraz poprawę stanu zdrowia w wyniku procesu opieki zdrowotnej w różnych grupach społecznych [10].

Wyróżnił także trzy wymiary jakości usług medycznych, które łącznie składają się na jakość danej usługi. Wskazał, że nie można mówić o wysokiej jakości, jeśli choć jedna z trzech kategorii zawiera błędy lub niedociągnięcia podkreślając ich kompleksowość.

Trzy wymiary jakości usług medycznych zawierają:

1. **Jakość struktury**, odnosi się do czynników umożliwiających personelowi podmiotu leczniczego wykonywanie swoich zadań zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Obejmuje ona infrastrukturę organizacji (wyposażenie budynków i pomieszczeń), zasoby ludzkie czyli liczbę pracowników, ich kwalifikacje, oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną.
2. **Jakość procesu**, czyli procedury odnosząca się do wszelkich czynności podjętych lub zaniechanych w trakcie diagnozowania, leczenia i monitorowania, pielęgnowania i rehabilitacji pacjenta. Donabedian podkreślał, że najlepsze wyniki uzyskuje się wówczas, gdy leczenie przebiega w sposób systematyczny według powtarzalnych i sprawdzonych reguł.
3. **Jakość wyniku** ukierunkowana na ocenę stopnia poprawy stanu zdrowia pacjentów oraz ich zadowolenie. Obejmuje takie wskaźniki jak zachorowalność, śmiertelność oraz efekty nie-

Tabela 1. Czynniki kształtujące jakość w ochronie zdrowia [15], w modyfikacji własnej.

Elementy jakości	Przykłady czynników kształtujących jakość
Jakość procesu/struktury	wykształcenie personelu, infrastruktura lokalowa, wyposażenie, sprzęt medyczny, specyfika struktury organizacyjnej
Jakość zgodności/procesu	przyjęte sposoby postępowania, procedury przygotowania pacjenta do badań, procedury pobierania badań ich wykonywania, komunikacja (personel – pacjent, personel – personel)
Jakość wykonania/wyniku	komunikacja z personelem medycznym po zakończonym procesie leczenia, satysfakcja pacjenta z otrzymanej usługi medycznej, niezawodność usługi medycznej (powikłania, zakażenia wewnątrzszpitalne, TAT (turnaround time) czas od momentu pobrania próbki do badania do otrzymania wyniku przez zlecającego), średni czas pobytu w szpitalu, liczba powtórných przyjęć, powikłania pooperacyjne wskaźnik śmiertelności itp.)

pożądane oraz satysfakcję pacjenta z otrzymanej usługi medycznej [11].

Wymiary jakości usług medycznych zostały przedstawione w tabeli nr I.

Na podstawie wyżej opisanej koncepcji Donabediana, R.J. Maxwell wyodrębnił sześć zasad budowania jakości opieki zdrowotnej, które zostały zaakceptowane przez Światową Organizację Zdrowia i stały się bazą tworzenia standardów jakości w celu zapewnienia najwyższego poziomu świadczonych usług zdrowotnych [12, 13, 17]. Zasady budujące jakość to:

1. Efektywność (skuteczność) udzielania świadczeń przynoszących pozytywne efekty dla populacji i jednostki.
2. Dostępność świadczenia usług bez zbędnej zwłoki, niezależnie od ograniczeń związanych ze statusem finansowym czy wiekiem pacjenta.
3. Adekwatność, czyli dostosowanie proponowanych świadczeń do oczekiwań odbiorców.
4. Skuteczność udzielania świadczeń w oparciu o aktualną wiedzę i najnowsze doniesienia naukowe.
5. Wydajność, czyli dostępność zasobów finansowych rzeczowych i ludzkich jakie są możliwe do jak najlepszego najbardziej racjonalnego wykorzystywania.
6. Równość, czyli zapewnienie równego dostępu do usług dla całej populacji niezależnie od statusu kulturowego, społecznego, rasy czy innych cech osobowości usługobiorców.

Cechy te stanowią podstawę, na której można budować szczegółowe kryteria i mierzyć jakość świadczeń zdrowotnych.

Szczegóły tych cech zawarto w tabeli II.

Jakość w opiece zdrowotnej

Wspólna Komisja Akredytacji Organizacji Opieki Zdrowotnej zdefiniowała jakość opieki zdrowotnej jako stopień, w którym każda świadczona pacjentowi usługa jest przekazana zgodnie z aktualną wiedzą i daje prawdopodobieństwo uzyskania pożądanego wyniku opieki i redukuje prawdopodobieństwa działań niepożądanych [13, 14].

W odniesieniu do tej definicji i w oparciu o fakt, iż placówki medyczne stanowią bardzo rozbudowaną formę działalności gospodarczej mówiąc o jakości, powinno się uwzględnić zarówno medyczne, jak i pozamedyczne obszary, które wpływają na kształtowanie jakości świadczonych usług. Do obszarów jakości,

które w największym stopniu oddziałują na kształt jakości usług medycznych, można zaliczyć [15]:

- jakość opieki medycznej
- jakość informacyjną (funkcjonalną)
- jakość techniczną
- jakość marketingu

Jakość opieki medycznej (profesjonalna) jest obszarem, w którym pacjent zwraca dużą uwagę na relacje interpersonalne z pracownikami medycznymi, głównie z lekarzami. W tym zakresie postuluje się doskonalenie jakości w sferze opieki medycznej głównie poprzez zapewnienie udzielania świadczeń medycznych w sposób określony przez profesjonalistów medycznych. Wykonywane świadczenia powinny być zgodne z aktualnym stanem wiedzy medycznej i winne uwzględniać jednocześnie pełne bezpieczeństwo pobytu pacjenta w szpitalu.

Jakość techniczna wg Ch. Grönroosa jest efektem procesów operacyjnych (projektowania i wytwarzania), a zatem stanowi wszystko to, co konsument otrzymuje od usługodawcy w następstwie zrealizowania danej usługi (technologie, wyposażenie, kwalifikacje personelu, umiejętności usługodawców). Z punktu widzenia usług medycznych, jakość techniczna obejmuje wyposażenie i sprzęt medyczny, technologie medyczne, procedury i standardy, a także wiedzę i fachowość pracowników [16].

Natomiast jakość funkcjonalna (informacyjna) jest kształtowana na etapie świadczenia usługi (sposób świadczenia), a więc jest to efekt interakcji pomiędzy usługodawcą a usługobiorcą. Na jej ocenę ma wpływ poziom obsługi klienta, czyli podejście personelu medycznego, jego kompetencje, życzliwość oraz sposób odbierania usług przez klienta (satysfakcja) [17].

Jakość marketingu świadczenia zdrowotnego obejmuje działania polegające na rozpoznaniu potrzeb pacjentów, ich oczekiwań, w celu dostosowania organizacji do potrzeb odbiorców.

Pomimo iż obszar marketingowy, wpływający na jakość świadczonych usług zgodnie z powszechnym odczuciem, najczęściej kojarzy się nam się ze sprzedażą usług, to jest spojrzeniem na organizację z punktu widzenia oczekiwania odbiorcy.

Na tę część składają się i inne elementy np.:

- poziom kultury rejestracji i obsługi pacjenta np. zapewnienie intymności przy zbieraniu wywiadu medycznego,
- poziom kultury obsługi i spełnianie obowiązujących standardów epidemiologicznych przy pobieraniu materiału do

Tabela II. Zasady budowania jakości opieki [12], w modyfikacji własnej.

Wyróżnik	Co monitoruje wyróżnik	Przykłady wskaźników jakości usług
Dostępność	Łatwość z jaką pacjent może otrzymać usługę we właściwym czasie	Czas oczekiwania na wynik markerów sercowych
Odpowiedniość/adekwatność	Świadczenie opieki zgodnie z aktualnym stanem wiedzy lekarskiej	Zlecenie testu doustnego obciążenia glukozą u pacjentów z nieprawidłową glikemią na czczo
Ciągłość	Osiąganie pożądanego efektów	Przeżycie kolejnego roku pacjentów z wybranym nowotworem
Wydajność	Osiąganie maksimum podanych efektów przy minimum wysiłku i kosztów	Zlecenie badań bakteriologicznych celem prowadzenia racjonalnej antybiotykoterapii
Satysfakcja	Poziom zadowolenia ze sprawowanej opieki w stosunku do oczekiwań	Odsetek pacjentów, którzy poleciliby daną placówkę krewnym czy znajomym

badań czy stosowanie systemów zamkniętych przy pobieraniu materiału do badań,

- poziom kultury obsługi pacjenta w czasie pobytu w szpitalu
- jakość odżywiania.

Jakość rzeczywistą, odbieraną przez pacjenta jako jakość całkowita, stanowi sumę wymienionych wymiarów jakości z uwzględnieniem jakości oczekiwanej [18,19].

Podsumowanie

Współcześnie obserwuje się wzrost znaczenia funkcji jakości we wszystkich sferach życia. Jednak w niewielu dziedzinach jakości świadczonych usług jest tak istotna, jak w opiece zdrowotnej. Dotyczy ona bowiem najważniejszych wartości – życia i zdrowia człowieka. Jak w żadnej innej dziedzinie konsekwencje błędów, zaniedbania czy zaniechania, mogą okazać się tragiczne i nieodwracalne. W przedstawionym artykule starano się przybliżyć uczestnikom systemu ochrony zdrowia definicje i podstawy budowania jakości w ochronie zdrowia. Przekazywanie wiedzy o tej problematyce, pomimo iż była poruszana wcześniej w wielu pracach, wydaje się wciąż konieczne do nieustannego uświadamiania roli jakości w ochronie zdrowia. Tym bardziej w świetle narastającego oczekiwanego zjawiska wdrażania systemów jakości w podmiotach leczniczych oraz związanymi z tym procesem obserwowanymi, pozytywnymi zmianami w mentalności pracowników.

Piśmiennictwo

1. Krawczyńska U, Trzmielak D. Jakość usług medycznych. Przegląd Organizacji. 2001; 2: 37.
2. Lisiecka-Bielanowicz M. Zarządzanie jakością usług zdrowotnych w Zarządzanie w ochronie zdrowia. Narzędzia pracy menedżera. Kolegium Zarządzania Akademii Ekonomicznej. Katowice. 2001; 151.
3. Trela U. Zarządzanie jakością w placówce medycznej. Certyfikacja systemów zarządzania, akredytacja ministra zdrowia Wydanie II uaktualnione Wiedza i praktyka. Warszawa, 2014: 9-14.
4. Wolniak R. Pomiar oczekiwanej i postrzeganej jakości w usługach medycznych. Współczesne Zarządzanie. 2010; (2): 130-132.
5. Urbaniak M. Zarządzanie jakością, Teoria i praktyka. Wydawnictwo Difin, Warszawa, 2004; 26.
6. Opolski K, Dykowska G, Możdżonek M. Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i Praktyka. Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa, 2005: 20-21.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 29 marca 1999 roku w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 1999, Nr 30, poz. 300, z poz. zm.).
8. Karaszewski R.: Total Quality Management. Teoria i praktyka. TNOiK, Toruń, 2001.
9. Donabedian A. The Definition of Quality. Health Administration PRESS. 1980; 1: 1743-1748.
10. Walshe K, Smith J. Zarządzanie w opiece zdrowotnej – doskonalenie jakości w opiece zdrowotnej. Wolters Kluwer, Warszawa, 2011: 550.
11. Kautsch M. Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe Wyzwania. Wolters Kluwer, Warszawa, 2010: 324-325.
12. Frąś J. Zarządzanie jakością usług w opiece zdrowotnej. Polskie Stowarzyszenie Zarządzania Wiedzą (PSZW), Bydgoszcz, 2010; 25: 88-98
13. Bembnowska M, Joško-Ochojska J. Zarządzanie jakością w ochronie zdrowia. Hygeia Public Health. 2015; 50(3): 457-462.
14. Kulik TB, Latałski M. Zdrowie Publiczne. Podręcznik dla studentów

i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu Akademii Medycznej. Wyd. Czelej, Lublin, 2002.

15. Opolski K, Dykowska G, Możdżonek M. Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i Praktyka, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa, 2005: 1; 28-31.
16. Wu SH, Lee J. A comparison Study of Nursing Care Quality in Different Working Status Nursing Staffs: an example of one Local Hospital. J Nurs Res. 2006; 14: 181-188.
17. Czerw A, Religioni U, Olejniczak D. Metody pomiaru oraz oceny jakości świadczonych usług w podmiotach leczniczych. Probl Hig Epidemiol. 2012; 93(2): 269-273.
18. Grönroos Ch. A Service Quality Model and its Marketing Implications. Eur J Mark. 1984; 18(4): 36-44.
19. Ostrowski T, Bojar I. Systemowy model ochrony zdrowia. In: Kulik TB, Latałski M, ed. Zdrowie Publiczne, Lublin 2002: 119-120.

Autor do korespondencji:

mgr Monika Pintal-Ślimak
Zakład Diagnozyki Laboratoryjnej
90-153 Łódź, ul. Kopcińskiego 22
Tel. +48 42 6776981
e-mail: monika.pintal-slimak@stud.umed.lodz.pl

Otrzymano: 12.06.2018

Akceptacja do druku: 25.09.2018

Nie zgłoszono sprzeczności interesów