

Iga Rudawska

Uniwersytet Szczeciński
e-mail: iga.rudawska@usz.edu.pl

**WYKORZYSTANIE METODY DELFICKIEJ
DO OKREŚLENIA ATRYBUTÓW JAKOŚCI OBSŁUGI
PACJENTA W SEKTORZE OCHRONY ZDROWIA**

**APPLYING DELPHI METHOD INTO DEFINING
QUALITY INDICATORS OF PATIENT SERVICE
IN HEALTH CARE SECTOR**

DOI: 10.15611/pn.2018.526.12

JEL Classification: I11

Streszczenie: Zintegrowana opieka zdrowotna (ZOZ) jest modelem uznawanym przez WHO za pożądaną sposób zapewniania opieki, w szczególności pacjentom przewlekle chorym. Ten postulowany model nie funkcjonuje obecnie w polskim systemie, choć dyskutowane są pilotażowe projekty z jego zastosowaniem (KOC, KOS). Celem artykułu jest prezentacja wykorzystania metody delfickiej do wyodrębnienia atrybutów jakości obsługi pacjenta z perspektywy usługodawcy w zalecanym dla Polski rozwiązaniu systemowym, jakim jest ZOZ. Praca wpisuje się w nurt nowego zarządzania publicznego oraz metodologii badań jakościowych. Poza rozważaniami teoretycznymi w artykule zaprezentowano zastosowanie tytułowej metody heurystycznej do identyfikacji elementów jakości obsługi pacjenta w ZOZ. Docelowo elementy te mogą być wykorzystane do budowy modelu oceny jakości obsługi pacjenta. Praca ma charakter empiryczny. Powstała w ramach projektu „Metodyka oceny jakości obsługi pacjenta w zintegrowanej opiece zdrowotnej”, finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki (nr 2012/05/B/HS/02213).

Słowa kluczowe: badania jakościowe, metoda delficka, zarządzanie jakością, sektor zdrowia.

Summary: According to World Health Organization integrated health care proves to be a desirable model that lets chronic patients provide the most proper care. The above indicated model has not been introduced to Polish system, but some pilot projects have been discussed (KOC, KOS). The aim of the paper is the presentation of application of Delphi method into defining quality indicators of patient service in health sector. The work fits into the new public management and the methodology of quality research. Apart from the theory of Delphi study, the paper shows its application into identifying elements of patient service quality in integrated health care. Eventually, these elements can be used to build a quality assessment model referring to patient service. The paper presents empirical research. This study was supported by National Science Centre in Poland within the project “Methodology of assessing patient service quality in integrated health care” (No. 2012/05/B/HS/02213).

Keywords: qualitative research, Delphi method, quality management, health sector.

1. Wstęp

Sektor opieki zdrowotnej, również w Polsce, podlega ciągłym reformom, u podłoża których leży dążenie do poprawy jakości i efektywności opieki sprawowanej nad pacjentami. Rekomendowanym przez Światową Organizację Zdrowia modelem jest model integrujący różne szczeble opieki i zapewniający pacjentom kompleksowość i ciągłość dostarczanych usług.

Dominującym tłem rozważań nad integracją opieki zdrowotnej, podejmowanych zarówno w krajach rozwiniętych Europy Zachodniej [Raak i in. 2003], jak i – choć znacznie rzadziej – w krajach rozwijających się Europy Środkowo-Wschodniej [Delnoij i in. 2003, s. 240-245] jest dominacja chorób przewlekłych, wymagających innego – w porównaniu z chorobami ostrymi – sposobu organizacji procesu usługowego. Na plan pierwszy wysuwa się kompleksowa opieka, a nie intensywne leczenie, ciągłe monitorowanie stanu zdrowia pacjentów, a nie ostre, nagłe interwencje, wielodyscyplinarne podejście, a nie wąska specjalizacja oraz kreacja sieci współpracujących ze sobą podmiotów, a nie wyalienowane działania pojedynczych usługodawców.

Model zintegrowanej opieki zdrowotnej jawi się zatem jako pożądaný sposób zapewniania opieki również polskim pacjentom. Dotychczas nie był on wdrażany w polskim systemie na szerszą skalę. Dyskutowane są natomiast projekty pilotażowe, jak koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC), czy kompleksowa opieka po zawale (KOS). Poza kwestiami natury systemowej i finansowej, które będzie należało rozstrzygnąć, chcąc wyprowadzić postulowane rozwiązanie na szerszą skalę, sprawą priorytetową będzie zapewnienie i monitorowanie jakości tak działającego systemu. W niniejszym artykule poruszono zatem problem identyfikacji czynników jakości obsługi pacjenta w proponowanym modelu zintegrowanej opieki zdrowotnej. Badając opinie ekspertów sektora zdrowia, Autorka odwołuje się do metody delfickiej (MD) w badaniach jakościowych, która wydaje się adekwatna w warunkach opisywanych przez niepewność i brak twardych danych ilościowych.

Celem niniejszej pracy jest ukazanie zastosowania MD do wychwycenia elementów opisujących jakość obsługi pacjenta z perspektywy usługodawcy w rekomendowanym dla Polski rozwiązaniu systemowym, jakim jest zintegrowana opieka zdrowotna. Rozważania rozpoczynają się od rysu teoretycznego metody delfickiej, by następnie ukazać jej zastosowanie w ekonomice zdrowia. Artykuł powstał w oparciu o autorskie wyniki badań jakościowych w sektorze zdrowia.

2. Metoda delficka – rys teoretyczny

Metodologia badań jakościowych dostarcza szerokiego wachlarza metod i narzędzi pozwalających na dogłębne zrozumienie zjawisk i procesów w naukach społecznych. Do najczęściej wykorzystywanych podejść w badaniach jakościowych należą: teoria ugruntowana, fenomenologia, konstruktywizm społeczny i analiza narracyjna. Metoda delficka jest alternatywnym podejściem, znacznie rzadziej dyskutowanym

w literaturze. Podejście to wywodzi się z nauk filozoficznych, by wspomnieć tu o dorobku Kanta, Locke'a, Hegela i Deweya [Brady 2015, s. 1-2]. Wymienieni badacze podkreślali wagę opinii i percepcji grup ludzi w opisywaniu rzeczywistości, na równi z innymi źródłami danych empirycznych.

Metoda delficka została opracowana z myślą o badaniach, których wyniki powinny wspierać praktykę, w szczególności procesy decyzyjne. W tym sensie nawiązuje ona do myśli J. Deweya – amerykańskiego filozofa i pedagoga, przedstawiciela pragmatyzmu, który twierdził, iż badania w naukach społecznych powinny bezpośrednio odnosić się do praktyki i procesów podejmowania decyzji [Brady 2015, s. 2]. Pragmatyzm ujawnia się w metodzie delfickiej w co najmniej kilku wymiarach: 1) MD jest elastyczna – może wykorzystywać zarówno dane jakościowe, jak i ilościowe; 2) jest stosunkowo tania – może bazować na niekomplikowanych kwestionariuszach, dystrybuowanych drogą tradycyjną lub elektroniczną; 3) MD nie wymaga reprezentatywnej próby badawczej – wykorzystuje celowo dobraną próbę ekspertów posiadających wiedzę na dany temat; 4) MD jest bliska praktyce – cele i pytania badawcze muszą mieć bezpośrednie przełożenie na proces decyzyjny i polityki sektorowe [Alder, Ziglio 1996].

Metodę delficką zaliczamy do metod heurystycznych, a więc opartych na analizie dostępnych informacji i przewidywaniu przebiegu zjawisk przyszłych, bazujących na twórczym myśleniu i kombinacjach logicznych [Martyniak 1976, s. 28-30]. W metodzie tej do podejmowania decyzji wykorzystuje się wiedzę, doświadczenie i opinie ekspertów z danej dziedziny. Ponieważ eksperci udzielają odpowiedzi czy komentują badane zagadnienia indywidualnie, możliwa jest do pokonania bariera geograficzna (brak konieczności skupienia respondentów w jednym miejscu jak w przypadku grup fokusowych). Jednocześnie otwarte prezentowanie opinii poszczególnych ekspertów pozostałym sprzyja dialogowi, mimo braku wymogu fizycznej obecności [Fletcher, Childon 2014, s. 3]. To dążenie do swoistego kompromisu między ekspertami przez niektórych badaczy postrzegane jest zresztą jako wada MD [Goodman 1987, s. 734]. Metoda delficka najlepiej sprawdza się w sytuacjach, w których badacz: a) nie dysponuje danymi dostępnymi „od ręki”, b) działa pod presją czasu lub ograniczeń budżetowych, c) interakcje między badanymi zmiennymi dotychczas nie zostały rozpoznane [McDermott, Stock 1980, s. 3].

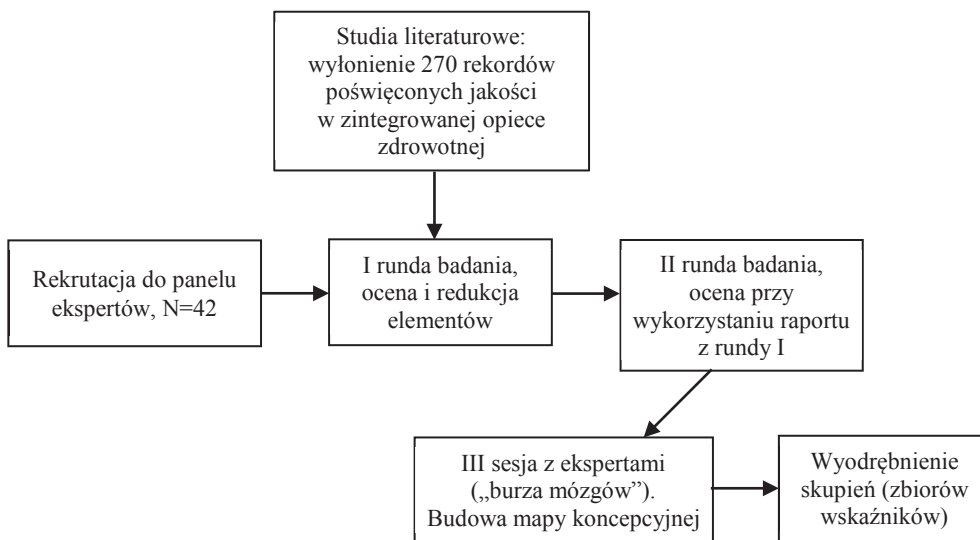
Podstawy współczesnej metody delfickiej zostały opracowane przez matematyków: N. Dalkeya i O. Helmera, którzy określili trzy podstawowe fundamenty, na których można oprzeć przewidywanie [Matejun 2012, s. 175]. Na jednym biegunie plasuje się wiedza, która jest potwierdzona niezaprzeczalnymi dowodami, na drugim spekulacja, dla której potwierdzenia nie ma dowodów. Przestrzeń między obiema biegunami mogą wypełnić opinie, na których prawdziwość wskazują niektóre tylko dowody. Zatem kiedy brakuje pewnej wiedzy, co najczęściej charakteryzuje proces przewidywania, metoda delficka stara się wydobyć opinie ekspertów i na ich konsensusie konstruować szanse na rozwiązanie danego problemowego zagadnienia. W niniejszej pracy zagadnieniem tym była identyfikacja zmiennych opisujących jakość obsługi pacjenta przewlekle chorego z perspektywy usługodawcy.

3. Metodyka badania pierwotnego

Celem badania była identyfikacja atrybutów jakości obsługi pacjenta w zintegrowanej opiece zdrowotnej, a docelowo: budowa wskaźników jakości obsługi pacjenta w oparciu o zdiagnozowane elementy. Ramy niniejszego artykułu pozwalają na prezentację wyników tylko pierwszego etapu badania.

Ponieważ model zintegrowanej opieki zdrowotnej nie funkcjonuje obecnie w polskim systemie ochrony zdrowia (choć jest rekomendowany przez Światową Organizację Zdrowia jako model docelowy dla systemów zdrowia), nie można było posłużyć się metodami i technikami pozyskiwania danych rzeczywistych, opisujących zjawiska masowe. Zaiszła zatem potrzeba zastosowania podejścia heurystycznego. W badaniu metodą delficką eksperci rekrutowali się spośród profesjonalistów sektora zdrowia. Ich dobór był celowy na podstawie wiedzy i doświadczenia w organizowaniu *quasi*-zintegrowanych form opieki zdrowotnej w postaci zespołów opieki zdrowotnej sprzed 1999 roku, programu pilotażowego z 2002 roku oraz współczesnych sieci medycznych.

Schemat procedury badawczej prezentuje rys. 1.



Rys. 1. Procedura badawcza z wykorzystaniem metody delfickiej

Źródło: opracowanie własne.

Pierwszy etap procedury badawczej polegał na identyfikacji możliwych elementów w zintegrowanej opiece zdrowotnej, które w różnych wymiarach, tj. makro (systemowym), mezzo (sieci usługodawców lub ich relacji partnerskich) oraz mikro (indywidualnej relacji pacjent–lekarz reprezentujący placówkę medyczną bądź jej

sieć), sprzyjają kształtowaniu jakości obsługi pacjentów. Element opieki zintegrowanej zdefiniowano przy tym jako wszelką aktywność zorientowaną na rozwój opieki zintegrowanej wg ciągłości jakości zespołu J.R. Feussnera [Feussner i in. 2000]. W tym celu przeszukano zasoby bazy Ebsco (za lata 2003-2012) według synchronicznego występowania dwóch zwrotów kluczowych „zintegrowana opieka zdrowotna” (*integrated health care*) oraz „zarządzanie jakością” (*quality management*). W rezultacie otrzymano 270 rekordów spełniających założenie wyjściowe. Efektem tej części procedury badawczej było opracowanie listy 106 stwierdzeń, tematycznie związanych z obsługą pacjentów w zintegrowanej opiece zdrowotnej w perspektywie systemowej (makro), sieci współpracujących ze sobą usługodawców (mezzo) oraz w perspektywie pojedynczego podmiotu budującego relacje z usługobiorcami (mikro). Po konsultacji z grupą kilku lekarzy pracujących na co dzień z pacjentami przewlekle chorymi ostatecznie do badania zakwalifikowano 91 stwierdzeń. W dwóch kolejnych etapach badawczych (runda I i II badania delfickiego) poddano je ocenie przez panel ekspertów ochrony zdrowia.

Badanie delfickie zostało przeprowadzone metodą ankiety audytoryjnej. Narzędziem badawczym był kwestionariusz zawierający wytypowane stwierdzenia, przy czym w pierwszej rundzie eksperci mieli możliwość dodania kolejnych, niewystępujących w pierwotnej wersji kwestionariusza stwierdzeń. Po pierwszej rundzie eksperci dodali kolejne cztery stwierdzenia, które zostały włączone do rundy drugiej.

Do badania metodą delficką zaproszono w sumie 65 ekspertów ochrony zdrowia. W pierwszej rundzie badania wzięło udział 34 profesjonalistów sektora zdrowia, a w rundzie drugiej – w sumie 42 ekspertów (34 z pierwszej rundy i 8 kolejnych). Badanie Delphi w pierwszej rundzie polegało na indywidualnej ocenie stopnia ważności poszczególnych stwierdzeń dla stworzenia modelu ewaluacji jakości obsługi pacjentów przewlekle chorych w zintegrowanej opiece zdrowotnej. Zastosowano czterostopniową skalę Likerta, gdzie: 0 – oznaczało stwierdzenie nieważne, 1 – stwierdzenie umiarkowanie ważne, 2 – stwierdzenie ważne, a 3 – stwierdzenie bardzo ważne (kluczowe) dla rozwoju przedmiotowego modelu.

Druga runda badania polegała na wypełnieniu tego samego kwestionariusza badawczego, uzupełnionego o cztery dodatkowe stwierdzenia wprowadzone przez uczestników rundy I (nadano im odpowiednio numerację: 92, 93, 94 i 95), przy czym przy każdym stwierdzeniu zaprezentowane zostały średnie wyniki (średnia arytmetyczna) odpowiedzi wszystkich respondentów z rundy pierwszej.

Strukturę grupy ekspertów ochrony zdrowia, biorących udział w obu rundach, według: reprezentowanych instytucji, wykształcenia, doświadczenia w sektorze opieki zdrowotnej oraz płci prezentuje tabela 1.

Najliczniej reprezentowaną grupą zawodową w obu rundach badania delfickiego była kadra zarządzająca placówek medycznych (po 10 ekspertów w obu rundach) oraz kadra medyczna (odpowiednio 9 i 13 ekspertów). Zdecydowana większość zaproszonych profesjonalistów sektora zdrowia legitymowała się wykształceniem wyższym (odpowiednio 31 i 34 ekspertów). Byli to eksperci o średnim doświadcze-

Tabela 1. Struktura grupy ekspertów w I i II rundzie badania Delphi

Wyszczególnienie	I runda		II runda	
	liczba	%	liczba	%
Reprezentowana instytucja				
Placówka medyczna – kadra zarządzająca	10	29,41	10	23,81
Placówka medyczna – kadra administracyjna	2	5,88	5	11,90
Placówka medyczna – kadra medyczna	9	26,47	13	30,95
Szkoła wyższa (sektor nauki, edukacji)	4	11,76	4	9,52
Jednostka samorządu terytorialnego (organ założycielski)	1	2,94	1	2,38
Płatnik (NFZ)	3	8,82	3	7,14
Inne: sektor farmaceutyczny, rada społeczna, organy inspekcji sanitarnej	5	14,71	6	14,29
Wykształcenie, stopień naukowy				
Wyższe	31	91,18	34	80,95
Doktor	2	5,88	4	9,52
Doktor habilitowany	1	2,94	2	4,76
Profesor	–	–	1	2,38
Braki	–	–	1	2,38
Lata doświadczenia zawodowego w sektorze zdrowia				
Poniżej 5	5	14,70	7	16,67
5-10 lat	11	32,35	11	26,19
11-20 lat	10	29,41	14	33,33
Powyżej 20 lat	8	23,52	9	21,43
Braki	–	–	1	2,38
Płeć				
Kobieta	25	73,53	28	66,67
Mężczyzna	9	26,47	12	28,57
Braki	–	–	2	4,76

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań jakościowych.

niu zawodowym w sektorze zdrowia rzędu 5-10 lat (po 11 profesjonalistów), długim rzędu 11-20 lat (odpowiednio 10 i 14 profesjonalistów), a także bardzo długim (powyżej 20 lat): 8 ekspertów w pierwszej rundzie i 9 ekspertów w drugiej rundzie. Wśród uczestników obu rund przeważały kobiety.

4. Wyniki i dyskusja

Ramy objętościowe niniejszego artykułu nie pozwalają na pełną prezentację wyników badania z wykorzystaniem trzech rund MD, a tym bardziej procedury wyodrębniania skupień czynników opisujących jakość obsługi pacjenta w docelowym mode-

lu zintegrowanej opieki zdrowotnej¹. Mniejsza praca ogranicza się do prezentacji wyników dwóch rund badania delfickiego.

Dwie rundy badania z wykorzystaniem MD umożliwiły uzgodnienie i zsumowanie opinii ekspertów w celu określenia stopnia ważności zidentyfikowanych w pierwszym etapie procedury badawczej (*desk research*) elementów. Zakres objętościowy prezentowanego materiału wyklucza całościową prezentację analizy struktury otrzymanych wyników. Niemniej jednak analiza struktury dotycząca 95 stwierdzeń według średniej ocen (w skali 0-3) pozwala stwierdzić, iż eksperci w obu rundach byli ze sobą w zdecydowanej większości przypadków zgodni. Różnice pomiędzy średnimi ocenami uzyskanymi w pierwszej i drugiej rundzie badania delfickiego były we wszystkich przypadkach mniejsze od jedności. Analizując oceny pojawiające się najczęściej (analiza według dominanty), można było zauważyć dużą zgodność badanych profesjonalistów medycznych. W większości przypadków dominanty ocen były takie same w obu rundach.

W odniesieniu do kilku stwierdzeń zaobserwowano zmianę dominanty ocen z oceny „umiarkowanie ważne – 1” w rundzie pierwszej na „ważne – 2” w rundzie drugiej bądź odpowiednio z „ważne – 2” na „bardzo ważne – 3”. Dotyczy to czterech stwierdzeń, tj.: „Uczynienie z opieki nad przewlekle chorymi priorytetu sieci podmiotów leczniczych” (nr 8), „Ustanawianie relacji partnerskich między placówkami medycznymi a placówkami opieki społecznej” (nr 11), „Rejestrowanie poprzez system informatyczny wszystkich usług medycznych świadczonych dla danego pacjenta” (nr 25) oraz „Ustanawianie kryteriów kwalifikowania pacjentów jako przypadek nagły” (nr 47). Świadczyć to może o wzroście postrzeganej przez ekspertów ważności tych elementów w modelu jakości obsługi pacjenta przewlekle chorego pod wpływem opinii innych uczestników badania.

Odwrotną tendencję, tj. spadek znaczenia (mierzony dominantą ocen w pierwszej i w drugiej rundzie) odnotowano w odniesieniu do następujących elementów: „Stosowanie bodźców (w tym finansowych) i regulacji zachęcających kadrę medyczną sieci do realizacji celów opieki nad przewlekle chorymi” (nr 7), „Wprowadzenie systemu zachęt finansowych dla pacjentów (jak np. ulgi za stosowanie profilaktyki czy za udział w badaniach przesiewowych) zachęcających ich do »samozarządzania chorobą«” (nr 9), „Dokumentowanie i ocenianie potrzeb oraz działań realizowanych w ramach samozarządzania chorobą przez pacjenta” (nr 14), „Wspieranie pacjentów w »samozarządzaniu chorobą« przez promotorów zdrowia” (nr 15), „Stosowanie baz danych informacji medycznych o pacjentach, dostępnych dla wszystkich współpracujących ze sobą w procesie leczenia danego pacjenta podmiotów leczniczych” (nr 36), „Stosowanie zunifikowanego numeru pacjenta w celu jego identyfikacji w procesie jego obsługi” (nr 39), „Wyznaczanie menedżera przypadku (menedżera opieki) – osoby odpowiedzialnej za koordynację procesu leczenia danego pacjenta” (nr 45), „Gromadzenie danych na temat logistyki obsługi pacjenta

¹ Pełny opis badania prezentowany jest w: [Rudawska 2014, s. 218 i n.].

(jak ilość świadczonych mu usług, czas oczekiwania na procedury medyczne)” (nr 51), „Powołanie zespołu ds. jakości, odpowiedzialnego za podnoszenie jakości obsługi pacjentów na poziomie sieci współpracujących ze sobą podmiotów leczniczych” (nr 59), „Angażowanie pacjentów i ich przedstawicieli, jak organizacje pacjentów, w przygotowywanie projektów zorientowanych na poprawę jakości obsługi” (nr 62), „Definiowanie celów współpracy w ramach sieci podmiotów leczniczych” (nr 78), „Aranżowanie spotkań konsultacyjnych z zewnętrznymi wobec sieci usługodawców podmiotami, jak płatnik, lokalne władze samorządowe, organy nadzoru i kontroli” (nr 85) i „Pobudzanie poczucia wspólnej odpowiedzialności wszystkich pracowników zaangażowanych w obsługę pacjentów za osiągnięcie wytyczonych przez sieć celów i zadań” (nr 86). W powyższych trzynastu przypadkach zmieniła się ocena z „ważne – 2” na „umiarkowanie ważne – 1” bądź z „bardzo ważne – 3” na „ważne – 2”, co świadczy o spadku ostrości ocen ekspertów drugiej rundy pod wpływem ocen profesjonalistów dokonanych w rundzie pierwszej.

Ważnym zadaniem poznawczym tego etapu badania było ustalenie tych elementów modelu jakości obsługi pacjenta przewlekle chorego, które eksperci postrzegają jako nieważne (ocena 0). W obu rundach badania delfickiego takich wskazań było niewiele – 3 przypadki w pierwszej rundzie i 5 w drugiej. Liczności wskazań dla tych elementów były rzędu 4, co odpowiada niewielkiemu odsetkowi respondentów (11,7% w pierwszej rundzie i 9,5% w drugiej rundzie) oraz rzędu 5 w drugiej rundzie (11,9% respondentów). W sumie eksperci wykluczyli 8 elementów.

Ranking ocen poszczególnych elementów jakości obsługi pacjenta przewlekle chorego (według średniej) po dwóch rundach badania delfickiego prezentuje tabela 2.

Tabela 2. Ranking ważności stwierdzeń po dwóch rundach – wg średniej

Nazwa stwierdzenia wraz z jego liczbą porządkową	Średnia
1	2
22. Stosowanie badań przesiewowych grup wysokiego ryzyka	2,667
92. Prawidłowa wycena finansowa usług zdrowotnych, odpowiadająca ponoszonym kosztom	2,643
94. Wdrożenie rozwiązań pozwalających na znaczne ograniczenie biurokracji na rzecz dobrej obsługi pacjenta	2,524
21. Wprowadzenie systemu rejestracji umożliwiającego odbycie przez pacjenta z wielochorobowością kilku porad realizowanych przy pojedynczej wizycie	2,500
61. Tworzenie wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych, zapewniających kompleksową opiekę pacjentom przewlekle chorym	2,500
95. Wprowadzenie transparentnych zasad finansowania systemu ochrony zdrowia przez płatnika, czytelnych dla pacjentów i innych podmiotów spoza sektora zdrowia	2,500
93. Utworzenie bazy danych, która gromadziłaby pełną informację medyczną o danym pacjencie, dostępną dla wszystkich placówek sieci	2,476
5. Opracowanie przez sieć podmiotów leczniczych planu leczenia pacjentów przewlekle chorych, uwzględniającego odpowiedzialność za ponoszone koszty opieki oraz zapewniającego opiekę o określonym standardzie jakościowym – opracowanie planu koordynacji opieki	2,405

1	2
1. Stworzenie struktury organizacyjnej (np. na kształt sieci medycznej lub zespołu opieki zdrowotnej) jednoczącej wybrane podmioty lecznicze w formalnej współpracy	2,357
25. Rejestrowanie poprzez system informatyczny wszystkich usług medycznych świadczonych dla danego pacjenta	2,357
63. Stosowanie standardów i wytycznych dobrej praktyki medycznej	2,357
2. Opracowanie ujednoliconej misji i strategii działania sieci współpracujących ze sobą usługodawców	2,333
31. Wprowadzenie pojedynczego punktu obsługi pacjenta – miejsca, w którym pacjent mógłby otrzymać wszystkie potrzebne mu informacje	2,333
47. Ustanawianie kryteriów kwalifikowania pacjentów jako przypadek nagły	2,310
41. Uzgodnienia między współpracującymi ze sobą świadczeniodawcami co do harmonogramu badań diagnostycznych i terapii pacjentów przewlekle chorych	2,286
10. Kierowanie pacjentów do odpowiednich instytucji środowiskowych i opieki społecznej w celu zapewnienia ciągłości opieki	2,286
40. Uzgodnienia między współpracującymi ze sobą świadczeniodawcami co do niezbędnych konsultacji specjalistycznych dla pacjentów przewlekle chorych	2,262
43. Ustanawianie kryteriów kwalifikowania pacjentów do planów leczenia	2,262
89. Uzgodnienie z płatnikiem co do wysokości budżetu na finansowanie całościowych pakietów usług w poszczególnych chorobach przewlekłych (np. pakiet opieki nad pacjentem z cukrzycą)	2,262
36. Stosowanie baz danych informacji medycznych o pacjentach, dostępnych dla wszystkich współpracujących ze sobą w procesie leczenia danego pacjenta podmiotów leczniczych	2,238
28. Organizowanie opieki zdrowotnej pod kątem zaspokajania złożonych potrzeb zdrowotnych pacjentów, wynikających z występowania zjawiska wielochorobowości	2,214
34. Porozumienie się usługodawców co do procedur przekierowywania pacjentów i ich przekazywania/transferu od jednego świadczeniodawcy do drugiego	2,214
6. Wytyczenie celów organizacyjnych opieki nad przewlekle chorymi	2,190
33. Opracowywanie programów leczenia dla poszczególnych grup pacjentów, np. cukrzyków	2,190
74. Ustalenia między partnerskimi świadczeniodawcami co do podziału zadań i zakresu odpowiedzialności w sprawowaniu opieki nad pacjentami	2,190
27. Dostarczanie pacjentom informacji, które ułatwią im poruszanie się w systemie ochrony zdrowia (np. na temat innych usługodawców opieki zdrowotnej, z którymi dana placówka współpracuje)	2,167
29. Wdrażanie systemów informatycznych wspomagających proces leczenia i obsługi pacjenta	2,167
76. Określenie ról i zadań członków multidyscyplinarnych zespołów terapeutycznych	2,143
30. Dopasowywanie usług opieki zdrowotnej do indywidualnych potrzeb pacjenta	2,143
19. Dostarczanie informacji, edukowanie o doradztwie dla pacjentów, ich opiekunów, rodziny i społeczności lokalnej na temat czynników ryzyka chorób przewlekłych	2,119
38. Osiąganie porozumienia między usługodawcami co do logistyki procesu obsługi pacjenta (np. maksymalnego czasu oczekiwania na świadczenia, maksymalnej liczby świadczonych usług w danym czasie)	2,071
70. Wdrażanie programów edukacyjnych i szkoleniowych dla profesjonalistów medycznych, pracujących w partnerskich podmiotach leczniczych	2,048
84. Pobudzanie świadomości wszystkich pracowników co do ich roli w sieci współpracujących ze sobą podmiotów leczniczych	2,048
90. Tworzenie baz danych o jakości usług zdrowotnych (np. liczba zakażeń wewnątrzszpitalnych, liczba powikłań) dostępnych dla pacjentów	2,048

Tabela 2, cd.

1	2
20. Informowanie pacjentów na temat wytycznych leczenia w poszczególnych chorobach przewlekłych – aktualizowanie wiedzy pacjentów	2,024
39. Stosowanie zunifikowanego numeru pacjenta w celu jego identyfikacji w procesie jego obsługi	2,024
67. Dzielenie się wiedzą w ramach współpracujących ze sobą podmiotów leczniczych co do efektywnej organizacji opieki zdrowotnej	2,000
86. Pobudzanie poczucia wspólnej odpowiedzialności wszystkich pracowników zaangażowanych w obsługę pacjentów za osiągnięcie wytyczonych przez sieć celów i zadań	2,000
13. Zwiększanie roli społeczności lokalnej, osób spoza personelu opieki zdrowotnej i innych sektorów gospodarki w celu promocji zdrowia	1,976
23. Wprowadzenie systemu przypomnień dla profesjonalistów medycznych (o wymaganych zgodnie z wytycznymi badaniami dla pacjentów przewlekle chorych, np. badanie stóp dla cukrzyków, czy o stopniu zgodności wykonywanych zleceń z wytycznymi dobrej praktyki medycznej)	1,976
75. Organizowanie spotkań menedżerów współpracujących ze sobą podmiotów, pozwalających na bezpośrednie rozwiązywanie pojawiających się trudności organizacyjnych	1,976
7. Stosowanie bodźców (w tym finansowych) i regulacji zachęcających kadrę medyczną sieci do realizacji celów opieki nad przewlekle chorymi	1,952
42. Uzgodnienia między współpracującymi ze sobą świadczeniodawcami lecznictwa ambulatoryjnego i zamkniętego co do planowania wypisów pacjentów przewlekle chorych	1,952
49. Dostarczanie informacji zwrotnej współpracującym ze sobą usługodawcom na temat przekazywanych im pacjentów	1,952
52. Stosowanie systemu przypomnień o planowych wizytach dla pacjentów w celu poprawy jakości obsługi	1,952
53. Ustanawianie celów pro jakościowych w obsłudze pacjenta w całym procesie opieki nad pacjentem	1,951
68. Orientacja na otwartą kulturę organizacji, skłonnej do dzielenia się wiedzą i podejmowania dyskusji na temat poprawy jakości opieki sprawowanej nad pacjentami	1,929
11. Ustanawianie relacji partnerskich między placówkami medycznymi a placówkami opieki społecznej	1,905
35. Uzgadnianie procedur wymiany informacji medycznych między usługodawcami w ramach sieci	1,905
66. Wspólna, dokonywana przez współpracujących ze sobą usługodawców, ocena „wąskich gardeł” i luk w procesie obsługi pacjentów	1,905
3. Zdefiniowanie stanowisk pracy menedżerów pod kątem celów opieki nad przewlekle chorymi	1,878
12. Wprowadzanie regionalnych planów zdrowotnych w celu koordynowania opieki nad przewlekle chorymi	1,854
80. Wylonienie lidera/liderów sieci współpracujących ze sobą podmiotów, odpowiedzialnego za koordynowanie opieki nad pacjentami przewlekle chorymi	1,833
24. Wykorzystanie baz danych do wysyłania wiadomości, przypomnień, pozyskiwania informacji zwrotnych z wykorzystaniem rejestrów pacjentów	1,833
71. Analizowanie skutków działań podejmowanych wspólnie w ramach grupy współpracujących ze sobą podmiotów	1,833

1	2
44. Uzgodnienia między współpracującymi ze sobą świadczeniodawcami co do procedur obsługi pacjentów oczekujących w kolejce	1,810
56. Gromadzenie i analiza danych finansowych pozwalających na określenie kondycji finansowej usługodawców współpracujących ze sobą w ramach sieci	1,810
9. Wprowadzenie systemu zachęt finansowych dla pacjentów (jak np. ulgi za stosowanie profilaktyki czy za udział w badaniach przesiewowych) zachęcających ich do „samozarządzania chorobą”	1,810
73. Definiowanie docelowej grupy pacjentów, która będzie obsługiwana przez współpracujące ze sobą podmioty	1,786
50. Gromadzenie danych na temat uzyskiwanych rezultatów leczenia pacjentów w kontekście stanu zdrowia i jakości życia	1,786
17. Prowadzenie systematycznej oceny zmian w zachowaniach prozdrowotnych pacjentów przewlekle chorych	1,762
78. Definiowanie celów współpracy w ramach sieci podmiotów leczniczych	1,762
82. Określenie relacji/stosunków zależności między poszczególnymi podmiotami w sieci	1,762
77. Uzgodnienia między partnerami co do zasad wprowadzania nowego podmiotu leczniczego do sieci współpracujących ze sobą usługodawców	1,762
55. Monitorowanie poziomu satysfakcji pacjentów z całościowego procesu obsługi w sieci usługodawców	1,738
15. Wspieranie pacjentów w „samozarządzaniu chorobą” przez promotorów zdrowia	1,738
57. Transparentne sprawozdawanie wyników współpracy w sieci dostawców usług zdrowotnych dla wszystkich partnerów	1,738
69. Wprowadzanie nagród dla kadry medycznej za osiągnięcie celów projakościowych w sieci współpracujących usługodawców	1,738
79. Podpisanie umów o współpracy między podmiotami leczniczymi	1,738
72. Realizowanie wspólnych przedsięwzięć edukacyjnych i szkoleniowych w celu podnoszenia innowacyjności opieki nad pacjentami	1,738
83. Stymulowanie zaangażowania wszystkich usługodawców i budowanie kultury współpracy	1,732
46. Uzgodnienie między współpracującymi ze sobą usługodawcami co do procedury przekazywania pacjentów do innych podmiotów leczniczych, poza sieć współpracujących partnerów	1,714
81. Opisanie zadań i odpowiedzialności lidera/liderów sieci placówek opieki zdrowotnej	1,714
88. Alokowanie środków finansowych z przeznaczeniem na wdrożenie i utrzymanie programów zintegrowanej opieki zdrowotnej	1,714
60. Systematyczna ocena potrzeb zdrowotnych pacjentów obsługiwanych przez daną grupę/sieć usługodawców	1,690
91. Respektowanie preferencji pacjentów co do czasu i miejsca realizacji usług zdrowotnych	1,690
8. Uczynienie z opieki nad przewlekle chorymi priorytetu sieci podmiotów leczniczych	1,667
87. Wprowadzenie pojedynczego, kompleksowego kontraktu z płatnikiem na finansowanie usług zdrowotnych świadczonych w ramach sieci współpracujących ze sobą podmiotów	1,667
32. Stosowanie protokołów w celu systematycznego monitorowania/śledzenia procesu leczenia pacjentów	1,643
14. Dokumentowanie i ocenianie potrzeb oraz działań realizowanych w ramach samozarządzania chorobą przez pacjenta	1,619
58. Monitorowanie stopnia zgodności opieki dostarczanej pacjentom z wytycznymi opartymi na dowodach naukowych (<i>evidence-based guidelines</i>)	1,619

Tabela 2, cd.

1	2
48. Definiowanie wskaźników oceniających efekty zintegrowanego dostarczania opieki zdrowotnej pacjentom w ramach sieci	1,595
85. Aranżowanie spotkań konsultacyjnych z zewnętrznymi wobec sieci usługodawców podmiotami, jak płatnik, lokalne władze samorządowe, organy nadzoru i kontroli	1,595
4. Możliwość ubiegania się o akredytację sieci współpracujących ze sobą placówek jako całości	1,585
54. Stosowanie systemowych procedur oceny realizacji umów o współpracę między podmiotami leczniczymi oraz osiągniętych w drodze tych umów rezultatów	1,524
37. Oferowanie pacjentom przewlekle chorym planu zarządzania danym przypadkiem chorobowym	1,500
65. Transparentne prezentowanie korzyści ze współpracy możliwych do osiągnięcia przez poszczególnych usługodawców w ramach sieci partnerów (sieci współpracy)	1,500
18. Stworzenie możliwości konfrontacji pacjentów przewlekle chorych z grupą odniesienia (innymi chorymi, pacjentami z podobnymi problemami)	1,500
26. Szacowanie stopnia zużycia zasobów (jak np. materiały medyczne) przez poszczególnych pacjentów obsługiwanych w ramach sieci	1,500
51. Gromadzenie danych na temat logistyki obsługi pacjenta (jak ilość świadczonych mu usług, czas oczekiwania na procedury medyczne)	1,476
16. Rozwiązywanie problemów i wątpliwości pacjentów chronicznie chorych w sposób systemowy, tj. poprzez wdrażanie programów mentorskich	1,476
45. Wyznaczanie menedżera przypadku (menedżera opieki) – osoby odpowiedzialnej za koordynację procesu leczenia danego pacjenta	1,452
62. Angażowanie pacjentów i ich przedstawicieli, jak organizacje pacjentów, w przygotowywanie projektów zorientowanych na poprawę jakości obsługi	1,452
59. Powołanie zespołu ds. jakości odpowiedzialnego za podnoszenie jakości obsługi pacjentów na poziomie sieci współpracujących ze sobą podmiotów leczniczych	1,381
64. Angażowanie pacjentów i ich przedstawicieli, jak organizacje pacjentów, do oceny rezultatów projektów zorientowanych na poprawę jakości obsługi	1,357

*W analizie struktury wykorzystano także medianę, dominantę i odchylenie standardowe, lecz ramy niniejszego opracowania nie pozwalają na pełną prezentację ww. wyników. Szerzej na ten temat zob.: [Rudawska 2014].

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań jakościowych.

Powyższe wyniki dowodzą, iż profesjonaliści sektora zdrowia postrzegają jako najważniejsze dla stworzenia modelu oceny jakości obsługi pacjenta w zintegrowanej opiece zdrowotnej następujące elementy: „Stosowanie badań przesiewowych grup wysokiego ryzyka” (nr 22), „Prawidłowa wycena finansowa usług zdrowotnych, odpowiadająca ponoszonym kosztom” (nr 92), „Wdrożenie rozwiązań pozwalających na znaczne ograniczenie biurokracji na rzecz dobrej obsługi pacjenta” (nr 94), „Wprowadzenie systemu rejestracji umożliwiającego odbycie przez pacjenta z wielochorobowością kilku porad realizowanych przy pojedynczej wizycie” (nr 21), „Tworzenie wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych, zapewniających kompleksową opiekę pacjentom przewlekle chorym” (nr 61), „Wprowadzenie transparentnych zasad finansowania systemu ochrony zdrowia przez płatnika, czy-

telnych dla pacjentów i innych podmiotów spoza sektora zdrowia” (nr 95) oraz „Utworzenie bazy danych, która gromadziłaby pełną informację medyczną o danym pacjencie, dostępną dla wszystkich placówek sieci” (nr 93). Wśród elementów najbardziej istotnych znalazły się zarówno te dotyczące systemu finansowania usług zdrowotnych z przeznaczeniem dla pacjentów przewlekle chorych (stwierdzenia nr 92 i 95), integracji klinicznej (nr 61 i 22), integracji informacyjnej (nr 93), jak i sprawności obsługi pacjenta (nr 94 i 21). Znamienny jest fakt, iż wśród najważniejszych siedmiu stwierdzeń opisujących elementy modelu zintegrowanej opieki zdrowotnej znalazły się cztery stwierdzenia (nr 92, 93, 94, 95) dodane przez ekspertów po pierwszej rundzie do dalszego badania.

Z kolei elementami, które zostały uznane przez ekspertów za relatywnie najmniej istotne dla tworzenia modelu oceny jakości obsługi pacjenta przewlekle chorego w zintegrowanej opiece zdrowotnej (średnie oceny poniżej 1,5), okazały się: „Gromadzenie danych na temat logistyki obsługi pacjenta (jak ilość świadczonych mu usług, czas oczekiwania na procedury medyczne)” (nr 51), „Rozwiązywanie problemów i wątpliwości pacjentów chronicznie chorych w sposób systemowy, tj. poprzez wdrażanie programów mentorskich” (nr 16), „Wyznaczanie menedżera przypadku (menedżera opieki) – osoby odpowiedzialnej za koordynację procesu leczenia danego pacjenta” (nr 45), „Angażowanie pacjentów i ich przedstawicieli, jak organizacje pacjentów, w przygotowywanie projektów zorientowanych na poprawę jakości obsługi” (nr 62), „Powołanie zespołu ds. jakości odpowiedzialnego za podnoszenie jakości obsługi pacjentów na poziomie sieci współpracujących ze sobą podmiotów leczniczych” (nr 59) oraz „Angażowanie pacjentów i ich przedstawicieli, jak organizacje pacjentów, do oceny rezultatów projektów zorientowanych na poprawę jakości obsługi” (nr 64). Świadczy to o tym, iż eksperci nie widzą silnej konieczności udziału pacjentów w procesie planowania i ewaluacji projektów zorientowanych na poprawę jakości obsługi (stwierdzenia nr 62 i 64), tworzenia systemowych rozwiązań na rzecz koordynacji działań (nr 45 i 16) czy sformalizowania działań na rzecz jakości na poziomie współpracujących ze sobą podmiotów (nr 59 i 51).

5. Zakończenie

Wyniki przeprowadzonego badania z wykorzystaniem metody delfickiej pozwoliły na zdefiniowanie szeregu atrybutów jakości obsługi pacjenta z perspektywy jednego interesariusza systemu zdrowia, tj. usługodawcy. Ograniczenie się tylko do jednej strony relacji usługowej, z pominięciem strony drugiej, tj. pacjentów, z pewnością należy traktować jako ograniczenie niniejszego badania. Niemniej jednak intencją autorki było ukazanie możliwości metody delfickiej w badaniach jakościowych. Docelowo uzyskane wyniki mogą być istotną przesłanką do konstrukcji narzędzia metodycznego, będącego zbiorem wskaźników opisujących jakość obsługi pacjenta w perspektywie procesów wewnętrznych, a więc z punktu widzenia usługodawcy kształtującego relacje z pacjentami. Dla całościowego obrazu należałoby przepro-

wadzić badania również wśród usługobiorców, co będzie dalszym etapem eksploracji. W przeprowadzonym studium zbudowanie wspomnianego instrumentu wpisuje się w nurt nowego zarządzania publicznego (*new public management*) i opieki zdrowotnej opartej na dowodach (*evidence-based health care*). Metoda delficka jawi się przy tym jako użyteczny sposób pozyskiwania informacji ze źródeł eksperckich z silnym akcentem na transfer zbudowanej na tej podstawie wiedzy do praktyki. Metodę delficką można zatem traktować jako pragmatyczny sposób budowania teoretycznych rozwiązań (tu docelowo: modelu oceny jakości obsługi pacjenta w zintegrowanej opiece zdrowotnej) na bazie dialogu z ekspertami, interesariuszami danego sektora (tu: ochrony zdrowia).

Literatura

- Alder M., Ziglio E., 1996, *Gazing into the oracle: The Delphi method and its application to social policy and public health*, Jessica Kingsley, London.
- Bazeley P., 2009, *Analyzing qualitative data: More than identifying themes*, Malaysian Journal of Qualitative Research, no. 6, s. 6-22.
- Brady R., 2015, *Utilizing and adapting the Delphi method for use in qualitative research*, International Journal of Qualitative Methods, vol. 14, no. 5, s. 1-6.
- Delnoij D.M., Klazinga N.S., van der Velden K., 2003, *Building integrated health systems in central and eastern Europe*, European Journal of Public Health, vol. 13, s. 240-245.
- Feussner J.R., Kizer K.W., Demakis J.G., 2000, *The quality enhancement research initiative (QUERI): From evidence to action*, Medical Care, Supplement, no. 6, s. 1-6.
- Fletcher A., Childon G.P., 2014, *Using the Delphi method for qualitative, participatory action research in health leadership*, International Journal of Qualitative Methods, 13, s. 1-18. <http://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/IJQM/article/view/19025/16138> (30.04.2017).
- Goodman C.M., 1987, *The Delphi technique: A critique*, Journal of Advanced Nursing, vol. 12, iss. 6, s. 729-734.
- Martyniak Z., 1976, *Przegląd wybranych metod heurystycznych*, Organizacja – Metody – Technika, nr 1, s. 28-30.
- Matejun M., 2012, *Metoda delficka w naukach o zarządzaniu*, [w:] Kuczmera-Ludwiczynska E. (red.), *Zarządzanie w regionie. Teoria i praktyka*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa.
- McDermott D.R., Stock J.R., 1980, *An application of the project Delphi forecasting method to logistics management*, Journal of Business Logistics, vol. 2, iss. 1, s. 1-17.
- Raak A., Mur-Veeman I., Hardy B., Steenbergen M., Paulus A., 2003, *Integrated care in Europe. Description and comparison of integrated care in six EU countries*, Elsevier, Gezondheidszorg, Maarssen.
- Rudawska I., 2014, *Zintegrowana opieka zdrowotna. Podejście relacyjne do obsługi pacjenta jako klienta*, ABC a Wolters Kluwer, Warszawa.