

DONATA KURPAS, ANDRZEJ STECIWKO

Jakość usług medycznych w podstawowej opiece zdrowotnej

Quality of Medical Services in Primary Health Care

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu

Streszczenie

Prawidłowe zaplanowanie i krytyczna analiza systemu opieki zdrowotnej, a więc organizacja właściwie funkcjonujących placówek opieki zdrowotnej z wykorzystaniem uznawanych standardów, jasnym określeniu oczekiwań i ocenie stopnia ich spełniania zapewnia osiągnięcie zamierzonego celu, jakim jest prawidłowa i pełna opieka nad pacjentem, rodziną oraz społecznością nie tylko pod względem medycznym, ale też socjalnym i psychologicznym. W pracy przedstawiono główne pojęcia dotyczące jakości usług medycznych, specyfikę, płaszczyzny i wskaźniki jakości usług w podstawowej opiece zdrowotnej, a także wytyczne do oceny jakości usług w opiece zdrowotnej (Adv Clin Exp Med 2005, 14, 3, 603–608).

Słowa kluczowe: jakość, cykl poprawy jakości, opieka podstawowa.

Abstract

A proper planning and an critical analysis of a health care system, thus organization of proper functioning health care centers, in the presence of recognized standards, clear defined expectations and an assessment of extents of fulfillment, guarantee an accomplishment of an intended aim, which is the correct and complete care for patient, family and community not only with clinical, but also social and psychological respect. In the paper the authors present main concepts concern medical services quality, peculiarity, planes and indicators of the services in primary health care and also guidelines for the assessment of quality in the health care (Adv Clin Exp Med 2005, 14, 3, 603–608).

Key words: quality, quality cycle, primary care.

Główne pojęcia jakości w opiece zdrowotnej

Prawidłowe zaplanowanie systemu opieki zdrowotnej, a więc organizacja właściwie funkcjonujących placówek opieki zdrowotnej, z wykorzystaniem uznawanych standardów i jasnym określeniu oczekiwań, zapewnia osiągnięcie zamierzonego celu, jakim jest prawidłowa i pełna opieka nad pacjentem, rodziną oraz społecznością nie tylko pod względem medycznym, ale też socjalnym i psychologicznym.

Ogólne pojęcia dotyczące jakości w przemyśle często przekłada się bezpośrednio na sferę usług medycznych mającą jednak swoje odrębności, które zostaną omówione w dalszej części artykułu. Zastosowanie kryteriów jakości odnoszących się

do różnych gałęzi przemysłu wymaga więc modyfikacji i dostosowania do założeń opieki zdrowotnej.

Do ważniejszych pojęć dotyczących jakości w opiece zdrowotnej należą:

- jakość opieki (*quality of care*), czyli zdolność do osiągania największych realnych korzyści w wyniku sprawowania opieki, która jest zgodna z oczekiwaniami profesjonalistów (lekarzy, pielęgniarek), pojedynczych pacjentów oraz całej społeczności,

- cykl poprawy jakości (*quality cycle*), czyli stała poprawa jakości świadczeń medycznych za pomocą określonych metod,

- dostępność (*accessibility*), czyli suma utrudnień i ułatwień (dotyczących miejsca, czasu i kosztów) w uzyskiwaniu określonych świadczeń przez pacjenta,

– efektywność (*effectiveness*), czyli rozmiar korzyści osiąganych dzięki opiece sprawowanej w przeciętnych warunkach; można ją określić oceniając techniczne aspekty opieki medycznej oraz satysfakcję pacjentów,

– wskaźnik opieki (*indicator of care*), czyli mierzalny element, służący do oceny jakości wybranego aspektu opieki,

– wynik opieki (*outcome*), czyli zmiana stanu zdrowia pacjenta lub populacji oraz poziomu satysfakcji ze świadczonych usług, będących wynikiem opieki,

– zapewnienie jakości (*quality assurance*), czyli dynamiczny, przebiegający cyklicznie proces, obejmujący ocenę oraz poprawę jakości świadczeń; jest ukierunkowany na zapewnienie coraz lepszej opieki [1–6].

Główne etapy cyklu poprawy jakości (ryc. 1), który jest procesem dynamicznym, stałym i niezbędnym w procesie poprawy jakości, to:

– wybór tematu (celu), który musi uwzględniać interesy wszystkich grup zaangażowanych w proces opieki, przy czym należy zwracać uwagę, aby cele krótkoterminowe (bezpośrednie) umożliwiły realizację celów długoterminowych (szerokich),

– opracowanie standardów postępowania na podstawie klinicznych wytycznych i protokołów postępowania lub przy ich braku – opracowania standardów własnych,

– ocena opieki zdrowotnej, czyli analiza danych i obecnej sytuacji na oddziale/w klinice/w praktyce lekarskiej; porównanie ich z ustalonymi w poprzedniej fazie standardami, określenie wniosków w celu planowania zmian,

– poprawa opieki zdrowotnej – planowanie i wprowadzenie zmian w realnym do zrealizowania zakresie i czasie,

– ponowna ocena – zebranie i analiza danych po wprowadzeniu zmian w celu sprawdzenia, czy planowany cel został osiągnięty; jeżeli wynik analizy jest pozytywny należy wybrać nowy te-

mat i rozpocząć kolejny proces cyklu jakości, a w przypadku braku oczekiwanych zmian – trzeba ponownie wrócić do etapu planowania i wprowadzania zmian oraz podjąć próbę analizy przyczyn niepowodzenia [1–7].

Znajomość ważniejszych pojęć dotyczących jakości usług świadczonych w opiece zdrowotnej uświadamia, jak złożony jest proces prawidłowej analizy stanu obecnego oraz jak ważne jest stworzenie modelu wprowadzania zmian, których celem jest poprawa jakości usług mającej przecież w opiece zdrowotnej swoją specyfikę.

Specyfika jakości usług w opiece zdrowotnej

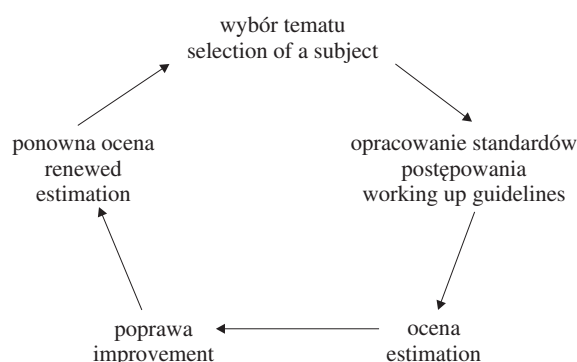
W sektorze prywatnych usług zdrowotnych podaż przewyższa popyt. W jednostkach opierających swoją strategię na przewadze jakościowej, orientacja marketingowa jest niezbędnym składnikiem zarządzania – to zaś oznacza spojrzenie na organizację oczami pacjenta, którego osoba jest centralnym punktem zarządzania jakością. Działania marketingowe, m.in. przez badanie zadowolenia pacjentów z jakości świadczonych usług, umożliwiają poznanie potrzeb i oczekiwań odbiorcy oraz dostosowanie do nich całej organizacji [8].

Mimo istnienia opracowanych standardów i wytycznych odnośnie zarządzania jakością, specyfika usług zdrowotnych zmusza do tworzenia odrębnych programów. Prace nad sposobami badania potrzeb i oczekiwań pacjenta oraz systemem ich monitorowania mogą rozpocząć przygotowania do podjęcia szerszych działań na rzecz poprawy jakości [8].

Spojrzenie na placówkę służby zdrowia z perspektywy pacjenta z pewnością różni się od wyobrażeń personelu, kadry zarządzającej, właścicieli. Jest to ocena bardzo subiektywna i ze względu na asymetrię informacji występującą między lekarzem a pacjentem związana głównie z pozamedycznymi aspektami obsługi. Aby usprawnić system jakości usług, należy jednak znać potrzeby ich odbiorców [8].

Ze względu na wzrastającą świadomość zdrowotną pacjentów i presję ekonomiczną ze strony ponoszących koszty opieki zdrowotnej podjęto próbę stworzenia kryteriów jakości udzielanych świadczeń. W USA, Wielkiej Brytanii i Holandii lekarzom rodzinnym przypadła rola pierwszoplanowa. W tych krajach stworzono, wypróbowano i częściowo wprowadzono w życie do codziennej opieki zdrowotnej obszerne programy poprawy jakości tych świadczeń [7].

W przemyśle poprawa jakości kieruje się kryteriami ekonomicznymi, w medycynie dodatkowo należy uwzględnić wymiar moralny, etyczny i psy-



Ryc. 1. Cykl poprawy jakości (zmodyfikowane według [6])

Fig. 1. Quality cycle (modified for [6])

chologiczny. Pacjenci oczekują leczenia lub przynajmniej złagodzenia dolegliwości, chcą być leczeni „właściwie”.

Ewentualne włączenie danej placówki opieki zdrowotnej w cykl poprawy jakości usług przez nią świadczonych powinno jednak uprzedzić poznanie płaszczyzn jakości usług medycznych oraz ich analizy za pomocą odpowiednich wskaźników.

Płaszczyzny i wskaźniki jakości usług w opiece zdrowotnej

Według Donabediana (1966) – jednego z twórców nowoczesnego systemu poprawy jakości w medycynie – jakość opieki zdrowotnej można podzielić na wzajemnie zależne płaszczyzny:

- jakość „techniczną” – jej celem jest uzyskanie możliwie najlepszego stanu zdrowia przez optymalne wykorzystanie osiągnięć naukowych, metod klinicznych i technologii; w idealnej sytuacji lekarz w stosunku do każdego pacjenta dysponuje takimi samymi możliwościami odpowiadającymi najnowszej wiedzy,

- pozytywne stosunki osobiste między wszystkimi uczestniczącymi w procesie leczenia osobami, zwłaszcza dotyczy to komunikacji pacjent–lekarz, ale również stosunku do pacjenta pozostałej części personelu ośrodka zdrowia; oznacza to poważne traktowanie uwag pacjenta przez wszystkich pracowników, okazanie mu wrażliwości, zrozumienia oraz ochronę jego autonomii,

- otoczenie, czyli warunki lokalowe i czasowe, w jakich są świadczone usługi medyczne [1–6].

Zgodnie z teorią Donabediana opieka zdrowotna jest hierarchicznie zorganizowanym systemem, który można charakteryzować w odniesieniu do jego trzech aspektów: struktury, procesu i wyniku [1–6].

- Struktura opieki to elementy umożliwiające pracownikom opieki medycznej wykonywanie świadczeń. Są to wszelkie zasoby zarówno ludzkie, jak i materialne, a w zakładzie podstawowej opieki zdrowotnej (poz): personel, udogodnienia i sprzęt, zarządzanie, zakres świadczeń, mechanizmy ciągłej opieki, mechanizmy zapewniające dostęp do świadczeń, sposoby finansowania, wykaz populacji uprawnionej do korzystania z usług. Czynniki polityczne i ekonomiczne warunkujące działalność lekarza określają jakość struktury. Wpływają na nią również: stopień teoretycznego i praktycznego wykształcenia medycznego lekarzy oraz personelu pomocniczego, a także skład osobowy i wyposażenie techniczne, dokładność i kompletność dokumentacji.

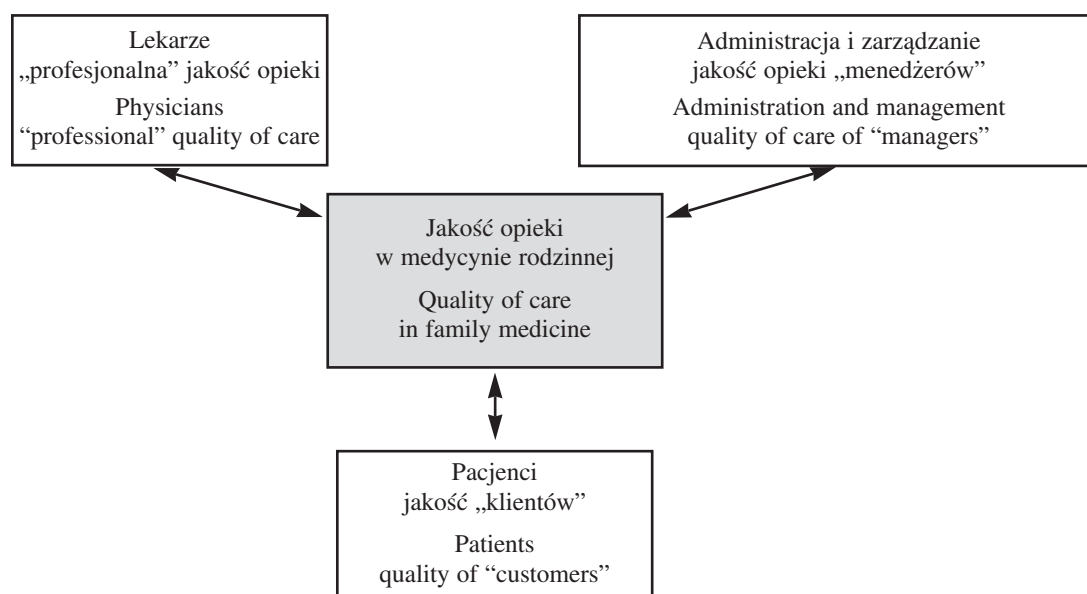
- Proces opieki – odnosi się do wszystkich rodzajów działań i czynności wykonywanych na danym poziomie opieki (centralnym, lokalnym, indywidualnym). Są to w zakładzie poz: działalność lekarza, pielęgniarki, asystentki. O jakości procesów decydują również: postępowanie i interakcje rozgrywające się między lekarzem a pacjentem (prowadzenie rozmowy, zbieranie wywiadu, badanie kliniczne, przepisywanie leków, udzielanie przez lekarza informacji w formie pisemnej i ustnej itd.). Proces leczenia jest określony poprzez osobowość lekarza i pacjenta, ich wzajemne relacje, normy zewnętrzne, sposób wartościowania aspektów etycznych. W procesie ordynacji leku lub procedur medycznych ważne jest, czy rozwiązuje on podstawowy problem pacjenta, czy jest stosowny i odpowiednio tani, czy udzielono wystarczających wyjaśnień pacjentowi przed zastosowaniem leku lub procedury medycznej.

- Wynik opieki to zmiana stanu zdrowia jednostki bądź określonej populacji pacjentów dzięki opiece medycznej. Pojęcie stanu zdrowia, według definicji WHO (1948), jest zarówno stanem dobrego cielesnego, duchowego, jak i socjalnego samopoczucia, a nie tylko braku choroby czy ułomności [1]. Wynik opieki to: długowieczność, aktywność, komfort, samopoczucie i jakość życia. Przede wszystkim jednak **poziom satysfakcji ze sprawowanej opieki jest uznawany za jej wynik**. Może być przypisany wcześniejszym lub obecnym działaniom medycznym, podejmowanym w określonym czasie [1–7].

Grol [4] proponuje spojrzeć na jakość opieki w medycynie rodzinnej przez „profesjonalną” jakość opieki (z perspektywy lekarzy), jakość opieki „menedżerów” (z punktu widzenia administracji i zarządzania) oraz jakość opieki „klientów” (widziana z perspektywy pacjentów) jako wzajemnie na siebie wpływające aspekty (ryc. 2) [4].

Niezależnie od modelu płaszczyzn i wskaźników jakości w opiece zdrowotnej lekarze są uznawani za osoby najważniejsze spośród całego personelu medycznego pracującego w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej. Zajmują oni centralną pozycję w procesie organizacji opieki zdrowotnej oraz świadczenia usług medycznych. Odgrywają najważniejszą rolę prawie we wszystkich procesach zmierzających do poprawy jakości. Większość lekarzy uważa, że dla zapewnienia pacjentom wysokiej jakości opieki najważniejsze jest podnoszenie własnej wiedzy i umiejętności, zgodność postępowania z obowiązującymi standardami i normami oraz maksymalnie szybkie uzyskiwanie poprawy w stanie zdrowia chorego [1–6].

Zadania takie były zawsze stawiane przed lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, instytucja lekarza rodzinnego przeniosła jednak decydu-



Ryc. 2. Jakość opieki z trzech różnych perspektyw (zmodyfikowane według [4])

Fig. 2. Quality of care in three different prospects (modified for [4])

jący akcent na jego rolę w analizie poziomów jakości usług świadczonych w zakładach poz przez jej określone wskaźniki.

Obecnie w rękach lekarzy rodzinnych spoczywa odpowiedzialność za prawidłową ocenę jakości usług świadczonych w opiece podstawowej oraz jej stałą poprawę.

Ocena jakości usług w opiece zdrowotnej

Na ocenę jakości opieki medycznej składają się trzy elementy: dwa z nich można rozpatrywać jako wewnętrzne mechanizmy kontrolne – są to samoocena lekarzy zgodna z ich własnymi standardami postępowania oraz opinia pacjenta o jakości otrzymywanej opieki. Mechanizm trzeci, zewnętrzny, jest oparty na osądzie sprawowanej opieki zdrowotnej, dokonywanym w imieniu objętej tą opieką populacji pacjentów [1–6].

Według definicji Światowej Organizacji Lekarzy Rodzinnych (WONCA) zapewnianie jakości (*quality assurance*) w praktyce lekarza rodzinnego jest „zaplanowanym, dynamicznym procesem, opartym na przeglądzie aktualnie sprawowanej opieki oraz podjęciu działań mających na celu ciągłą poprawę standardu opieki nad pacjentem” [1–6, 9, 10].

W 1990 r. w ramach WONCA powstała Europejska Grupa Robocza ds. Jakości w Medycynie Rodzinnej (EQUIP – *the WONCA European Working Party on Quality in Family Practice*), która ustaliła definicję oraz podstawy procesu poprawy

jakości opieki w medycynie rodzinnej w następującym brzmieniu:

Definicja: „Poprawa jakości w praktyce lekarza rodzinnego jest wewnętrznym i ciągłym procesem zmierzającym do polepszenia wszystkich aspektów opieki nad pacjentem” [1–6].

Poprawa jakości w medycynie rodzinnej [1–6]:

- jest obowiązkiem zawodowym personelu uwzględniającym interesy przede wszystkim pacjentów i społeczności lokalnej,

- jest procesem ciągłym,

- obejmuje wszelkie aspekty opieki (strukturę, proces i wynik, wydajność, skuteczność), oceniane z punktu widzenia pacjenta, praktyki lekarza rodzinnego/poz, lokalnego, regionalnego, centralnego i europejskiego),

- jest częścią edukacji medycznej,

- jest częścią rutynowej, codziennej praktyki lekarza rodzinnego/poz (instrumenty do zbierania danych, metody oceny i poprawy jakości powinny być metodologicznie wartościowe i łatwe do zastosowania),

- koncentruje się na potrzebach pacjenta, takich jak: łatwość i równość dostępu do opieki zdrowotnej, akceptacja świadczonych usług oraz satysfakcja z uzyskanej pomocy; działania w zakresie poprawy jakości powinny uwzględniać punkt widzenia pacjentów w celu ustalenia, czy wymagania pacjentów mogą zostać zaspokojone przez aktualny system ochrony zdrowia,

- ułatwia pacjentowi dostęp do opieki oraz zapewnia lepsze spełnianie jego oczekiwań,

- dostarcza danych do opracowania strategii w podstawowej opiece zdrowotnej,

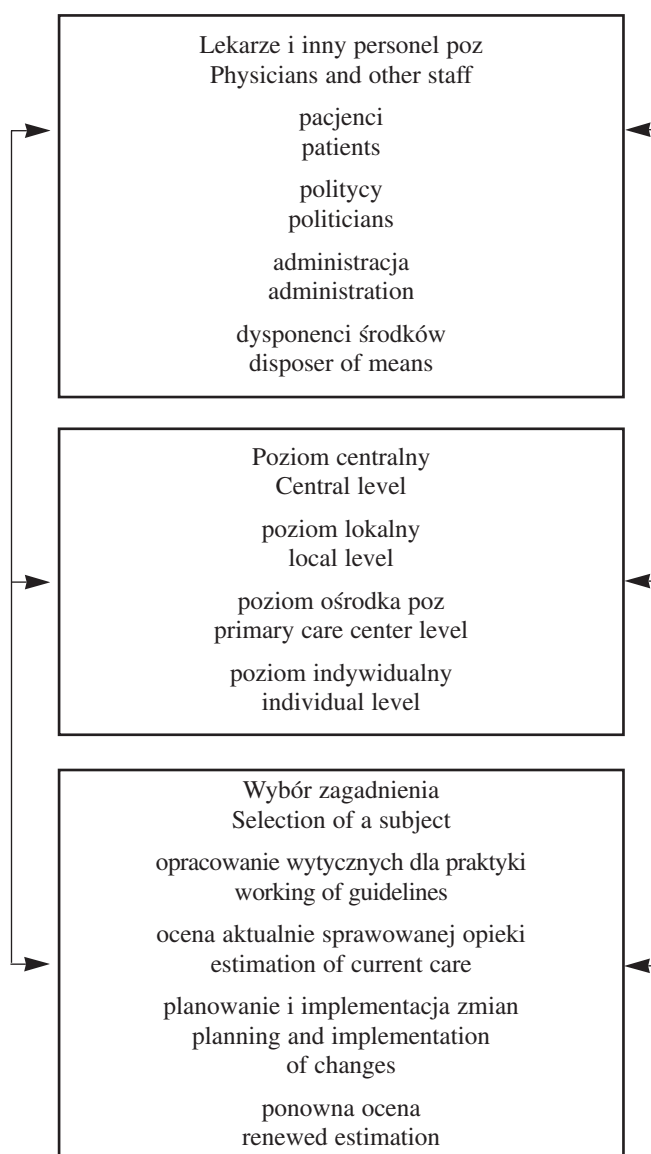
- umożliwia wyjaśnienie mechanizmów leżących u podstaw podejmowania decyzji,
- nie może być wykorzystywana do działań restrykcyjnych.

Donabedian proponuje ocenianie jakości w wymiarze struktury, procesu i wyniku według wytycznych podanych wyżej [1–7]. Grol natomiast zaproponował inną formę spojrzenia na ocenę świadczeń medycznych w poz przez płaszczyzny, takie jak: grupy zaangażowane w proces opieki, poziomy organizacyjne i elementy cyklu poprawy jakości. Na przykład jakość opieki może być rozpatrywana z punktu widzenia pacjenta, na poziomie zakładu poz (w tym praktyki lekarza rodzinnego) i może dotyczyć oceny aktualnie sprawowanej opieki (ryc. 3) [4].

Zarówno ocena systemu podstawowej opieki zdrowotnej, jak i poszczególnych placówek oraz ich działalności jest dokonywana w celu ustalenia zmian, których wdrożenie jest niezbędne dla poprawy jakości świadczonych usług. W wyniku zmian nastąpi poprawa opieki zdrowotnej, co ma znaczący wpływ na poziom zdrowia obywateli. Zawsze jednak należy rozpocząć od dokładnego określenia założeń, które dana placówka powinna realizować.

Uzyskanie porady (lecniczej, rehabilitacyjnej czy edukacyjnej) stwarza możliwość wyrażenia potrzeb zdrowotnych po stronie odbiorców usług medycznych (pacjentów), a w przypadku satysfakcjonującego wypełniania tych potrzeb, daje poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego [11].

Dopiero więc połączenie wytycznych co do funkcjonowania zakładów podstawowej opieki zdrowotnej, których najpełniejszą charakterystykę dają standardy określające działalność praktyk lekarzy rodzinnych, z oczekiwaniami pacjentów, daje możliwość pełnej analizy działalności opieki podstawowej.



Ryc. 3. Płaszczyzny poprawy jakości w medycynie rodzinnej (zmodyfikowane według [4])

Fig. 3. Planes of improvement of quality in family medicine (modified from [4])

Piśmiennictwo

- [1] **Tomasik T, Windak A, Król Z, Jacobs M:** Wprowadzenie do procesów poprawy jakości w medycynie rodzinnej. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne, Kraków 1996.
- [2] **Cohen D, McDaniel RR Jr, Crabtree BF:** A practice change model for quality improvement in primary care practice. *J Health Manag* 2004, 49 (3), 155–168, discussion 169–170.
- [3] **Beyer M, Gerlach FM, Flies U, Grol R:** The development of quality circles/peer review groups as a method of quality improvement in Europe. Results of a survey in 26 European countries. *Fam Pract* 2003, 20 (4), 443–451.
- [4] **Grol R, Wensing M, Jacobs A, Baker R:** Quality Assurance in General Practice. The State of the Art in Europe. Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht 1993.
- [5] **Sorensen RJ, Grytten J:** Service production and contract choice in primary physician services. *Health Policy* 2003, 66 (1), 73–93.
- [6] **Lawrence M, Schofield TH:** Medical audit in primary health care. Oxford General Practice Series no 25. Oxford University Press, Oxford–New York–Tokyo, 1993.
- [7] **Kochen MM:** Medycyna Rodzinna. Red. Nizankowski R, Windak A. Warszawa 1996, PZWL, 146, wyd. I polskie, 540–550.
- [8] **Kozar-Podkowa A, Kozar P, Czuryżkiewicz W:** Jak badać poziom satysfakcji pacjentów. *Służba Zdrowia* 2001, 78–79 (3073–3074), 10–11.

- [9] **Tomasik T:** Jakość w podstawowej opiece zdrowotnej – doświadczenia europejskie. Trzecia Ogólnopolska Konferencja „Jakość w opiece zdrowotnej”. Materiały konferencyjne. CMJ, Kraków 1998, 182.
- [10] **Boland M:** Wyzwania dla medycyny rodzinnej. *Lekarz Rodzinny* 1997, 3, 8.
- [11] **Campbell S, Steiner A, Robison J:** Is the quality of care in general medical practice improving? Results of a longitudinal observational study. *Br J Gen Pract* 2003, 53 (489), 298–304.

Adres do korespondencji:

Donata Kurpas
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław

Praca wpłynęła do Redakcji: 23.02.2004 r.

Po recenzji: 18.10.2004 r.

Zaakceptowano do druku: 15.11.2004 r.

Received: 23.02.2004

Revised: 18.10.2004

Accepted: 15.11.2004