

Metody pomiaru oraz oceny jakości świadczonych usług w podmiotach leczniczych

Methods of service quality measurement and evaluation in medical entities

ALEKSANDRA CZERW, URSZULA RELIGIONI, DOMINIK OLEJNICZAK

Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Zapewnienie wysokiej jakości usług zdrowotnych jest jednym z najważniejszych problemów każdego podmiotu leczniczego. Ocena i porównanie jakości udzielanych świadczeń jest zagadnieniem bardzo złożonym, a czasami wręcz trudnym do wykonania. W pojęcie jakości wpisane są bowiem zarówno poprawność realizacji usługi medycznej w świetle aktualnej wiedzy i istniejących standardów, jak i wartości istotne dla pacjenta. Celem artykułu jest zaprezentowanie sposobów pomiaru jakości usług świadczonych w podmiotach leczniczych. W realizacji powyższego celu, scharakteryzowano przykładowe wymiary jakości usług zdrowotnych oraz przedstawiono rodzaje wskaźników, kryteriów i standardów stosowanych w ocenie tej jakości. Autorzy ukazali w pracy interdyscyplinarność pojęcia jakości i zarządzania jakością, scharakteryzowali też determinanty jakości usług zdrowotnych.

Słowa kluczowe: podmiot leczniczy, jakość opieki, jakość usług zdrowotnych

Providing high quality health care services is one of the most important objectives of each medical entity. Evaluation and comparison of the quality of provided services is a very complex issue, sometimes even difficult to implement. The concept of quality comprises both the correct delivery of medical services in the light of current knowledge and existing standards, and values important for the patient. The aim of this article is to present the methods to measure the quality of services provided in medical entities. For that purpose some examples of health service quality dimensions are characterised and the types of indicators, criteria and standards for assessing this quality are presented. The authors presented the interdisciplinary dimension of quality and quality management and also characterised the determinants of the health services quality.

Key words: medical entity, quality of care, health service quality

© Probl Hig Epidemiol 2012, 93(2): 269-273

www.phie.pl

Nadesłano: 15.04.2012

Zakwalifikowano do druku: 21.05.2012

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Mgr Urszula Religioni

Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego WUM

ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa

tel. 668 258 547, e-mail: u.sobolewska@wp.pl

Wstęp

Problem jakości świadczonych usług jest jednym z najbardziej fundamentalnych dla funkcjonowania współczesnej opieki zdrowotnej. Szczególne osiągnięcia w badaniach dotyczących poprawy jakości w ochronie zdrowia przypisuje się Stanom Zjednoczonym. W 1951 roku w Stanach Zjednoczonych powołano Zespoloną Komisję do spraw Akredytacji Szpitali (JCAHO – *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*), która po kilku latach objęła zakresem swych działań również inne placówki medyczne. Zespolona Komisja do spraw Akredytacji Placówek Medycznych zajmowała się opracowywaniem standardów jakości (czyli wymogów stawianych placówkom ochrony zdrowia), wskaźników jakości (ilościowych mierników stopnia realizacji przyjętych standardów), wytycznych postępowania w określonych sytuacjach klinicznych, systemu zbierania oraz przetwarzania danych medycznych, a także systemu akredytacji.

Zarządzanie jakością usług medycznych jest zagadnieniem interdyscyplinarnym. W pojęcie jakości wpisane są zarówno poprawność realizacji usługi medycznej w świetle aktualnej wiedzy i istniejących standardów, jak i wartości istotne dla pacjenta. Od wielu lat na świecie toczy się dyskusja na temat kosztów funkcjonowania różnego rodzaju systemów ochrony zdrowia, dostępności do usług opieki zdrowotnej oraz ich jakości. Jednak, podczas gdy stosunkowo łatwe wydaje się być określenie kosztów funkcjonowania systemu, czy też konkretnego podmiotu leczniczego, ocena i porównanie jakości udzielanych świadczeń jest zagadnieniem bardzo złożonym, a czasami wręcz trudnym do wykonania.

Podstawowe pojęcia z zakresu jakości usług medycznych

Jakość to stopień, w jakim każda usługa świadczona pacjentowi i dostarczona zgodnie z aktualnym

stanem wiedzy, podnosi prawdopodobieństwo uzyskania pożądanego wyniku opieki i redukuje prawdopodobieństwo wystąpienia efektów niepożądanych (wg JCAHO).

Przez wiele lat myślenie o jakości ewaluowało od wąskiego zestawu działań, zmierzających do podniesienia wartości usługi, aż do aktywnego zaangażowania wszystkich pracowników danej instytucji. W usługach medycznych można zatem mówić o kontroli jakości, ocenie jakości, poprawie jakości, zapewnianiu jakości oraz zarządzaniu jakością.

Kontrola jakości (*Quality Control*) polega zwykle na monitorowaniu oraz stwierdzeniu określonych cech produktu lub usługi. Może ona uwzględniać istniejące normy lub standardy. Wskaźniki formułowane są bez udziału osób bezpośrednio odpowiedzialnych za efekt danego procesu (świadczenia usługi). Przykładem kontroli jakości może być program kontroli zakażeń szpitalnych, obejmujący jedynie aktywne monitorowanie zakażeń na podstawie wyników posiewów, badań radiologicznych, zleceń antybiotyków, czy też kart gorączkowych, bez wdrażania działań zmniejszających ryzyko wystąpienia zakażeń szpitalnych, takich jak system szkoleń pracowników czy też szpitalna polityka antybiotykowa [1].

Ocena jakości (*Quality Assessment*) opiera się o realne poznanie jakości usług świadczonych w danym podmiocie leczniczym. Najczęstszą formą oceny jakości są badania satysfakcji pacjentów, które mogą być powiązane z efektami klinicznymi procedur medycznych poddawanych ocenie.

Poprawa jakości (*Quality Improvement*), poza analizą sytuacji bieżącej, obejmuje określenie przyczyn występowania określonych dysfunkcji oraz propozycje metod poprawy, a następnie monitorowanie uzyskanych rezultatów. Przykładem zastosowania powyższego podejścia w szpitalu może być poprawa opieki nad pacjentami na oddziale chirurgicznym, polegająca na skróceniu czasu oczekiwania na zabieg, by minimalizować stres związany z poddaniem się zabiegowi oraz zmniejszyć ryzyko wystąpienia zakażeń szpitalnych, a przez to – zwiększyć satysfakcję pacjenta i jednocześnie ograniczyć koszty jego pobytu w placówce [1].

Zapewnienie jakości (*Quality Assurance*) to część zarządzania jakością, ukierunkowana na zwiększenie zdolności do spełniania wymagań dotyczących jakości [2], która zwraca szczególną uwagę na zapobieganie ewentualnym problemom związanym z realizacją usługi medycznej. Zapewnienie jakości wiąże się więc z koniecznością wdrażania różnego rodzaju programów, np. programu zapewnienia jakości bezpiecznego napromieniowania, obejmującego: systematyczną kontrolę parametrów fizycznych i technicznych aparatury do radioterapii, opracowanie zaleceń formalno

-prawnych dokumentacji, procesu świadczenia usług oraz procedur reagowania w sytuacjach awaryjnych.

Zarządzanie jakością (*Quality Management*) polega na systematycznym działaniu wszystkich pracowników danej organizacji, które ma na celu poprawę jakości opieki nad pacjentem. Zarządzanie jakością nie jest jedynie kontrolą. Obejmuje bowiem planowanie jakości przez specjalny zespół pracowników zatrudnionych w danym podmiocie leczniczym, doskonalenie jakości (analizę przyczyn powstałych dysfunkcji oraz wdrożenie rozwiązań powstałych problemów), a także pomiar jakości, a więc ocenę organizacji w odniesieniu do jej wszystkich jednostek organizacyjnych.

Zarządzanie jakością usług medycznych jest zagadnieniem interdyscyplinarnym. Pojęcie jakości odnosi się zarówno do poprawności realizacji usługi medycznej w świetle aktualnej wiedzy i standardów, jak i czynników istotnych dla pacjenta. Takie podejście określa jakość usług zdrowotnych w dwóch wymiarach:

1. technicznym – z punktu widzenia placówki świadczącej usługi zdrowotne, oraz
2. funkcjonalnym – z punktu widzenia pacjenta.

Jakość techniczna obejmuje wszystkie elementy niezbędne do wytworzenia produktu właściwego, a więc wszystko, co wpływa na wynik procesów operacyjnych, np. sprzęt medyczny, wyposażenie, wiedza i umiejętności fachowe pracowników, wykorzystywane technologie medyczne, stosowane procedury i instrukcje czy przyjęte standardy. Jakość techniczna jest jednak trudna do oceny przez pacjentów, dlatego też znaczenia nabiera jakość funkcjonalna, determinowana przez wymiar kontaktów między usługodawcą a usługobiorcą. Jakość funkcjonalna jest zatem wynikiem oceny usługi medycznej przez pacjenta i stanowi sumę jego doświadczeń w relacji z określonym podmiotem leczniczym [3]. Należy jednak pamiętać, iż pacjenci oczekują od pracowników medycznych nie tylko rzetelnego wykonania badania czy zabiegu, ale też uznania wartości wyznawanych przez pacjenta, przekazywania zrozumiałych informacji, wsparcia oraz ulgi w cierpieniu.

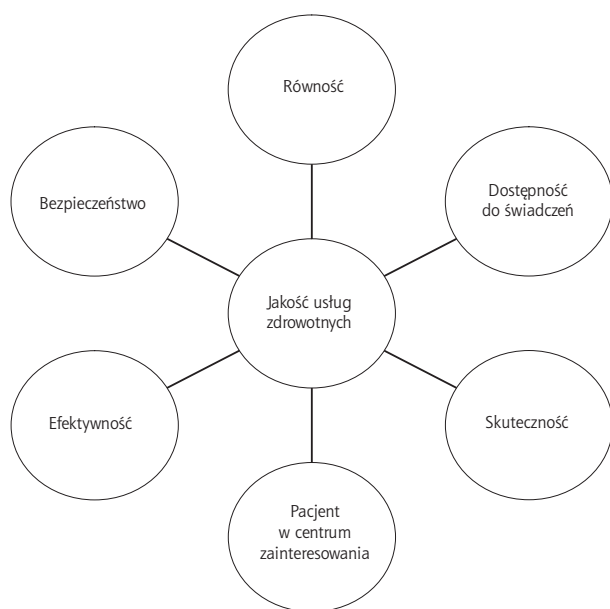
Świadczenie zdrowotne spełni więc jakościowe oczekiwania pacjentów, jeśli uwzględnić będzie oba opisane wymiary jakości – techniczny (profesjonalizm działania) oraz funkcjonalny (profesjonalizm relacji).

Determinanty jakości w ochronie zdrowia

Jakość opieki zdrowotnej zdeterminowana jest przez wiele czynników. Wyróżnić można trzy podstawowe kategorie, określające jakość usługi medycznej:

1. jakość struktury, np. liczba i poziom wykształcenia personelu, aparatura medyczna, infrastruktura, struktura organizacyjna, kultura organizacji czy styl zarządzania;
2. jakość procesu, odnosząca się do opieki nad pacjentem, np. diagnoza czy leczenie;
3. jakość wyniku, obejmująca takie wskaźniki, jak śmiertelność, zachorowalność, powikłania, skutki uboczne czy satysfakcję pacjenta z zastosowanego leczenia.

Na jakość opieki zdrowotnej składa się więc wiele wymiarów, mogących podlegać ocenie, takich jak skuteczność (świadczenie usług w oparciu o aktualne doniesienia naukowe) i efektywność (stosowanie analiza ekonomicznych różnych metod leczenia), bezpieczeństwo, dostępność usług, dostosowanie oferty świadczeń do aktualnych potrzeb pacjentów oraz zapewnienie równego dostępu do świadczeń dla wszystkich pacjentów (ryc. 1).



Ryc. 1. Podstawowe obszary jakości usług zdrowotnych

Fig. 1. Basic spheres of health care services

Źródło: opracowanie własne na podstawie: American Hospital Association, Quality and Patient Safety, www.aha.org, 16.07.2011.

Pomiar i ocena jakości usług zdrowotnych

Jakość usług medycznych oceniana jest zwykle przy użyciu różnego rodzaju wskaźników i kryteriów odnoszących się do określonych standardów. Wskaźnikiem jest mierzalny element postępowania medycznego, natomiast kryterium to taki wskaźnik opieki medycznej, którego istnienie można potwierdzić lub wykluczyć w każdym indywidualnym przypadku [4].

W praktyce, poszczególne wskaźniki i kryteria definiowane są w odniesieniu do elementów struktury, procesu oraz wyniku, przez co służą stworzeniu

standardów w wybranych obszarach klinicznych, dotyczących odpowiedniego postępowania z pacjentem. Przykład takiego działania zaprezentowany został w tabeli I.

Tabela I. Wskaźniki i kryterium jakości struktury, procesu i wyniku – przykład dla cukrzycy

Table I. Indices and criteria of the quality of structure, process and effect – diabetes example

	Wskaźniki	Kryterium	Standard
Struktura	Możliwość zidentyfikowania pacjenta z cukrzycą pozostającego pod opieką praktyki	Czy pacjent z cukrzycą jest wpisany do odpowiedniej grupy dyspanseryjnej?	100% pacjentów z cukrzycą jest wpisanych do grupy dyspanseryjnej
Proces	Pomiar ciśnienia tętniczego u pacjenta z cukrzycą	Czy pacjent z cukrzycą miał mierzone ciśnienie co najmniej dwa razy w ciągu ostatniego roku?	90% pacjentów miało wykonywany pomiar co najmniej dwa razy w ostatnim roku
Wynik	Glikemia na czczo	Czy glikemia na czczo jest poniżej 7 mmol/l?	80% pacjentów z cukrzycą ma glikemię na czczo poniżej 7 mmol/l

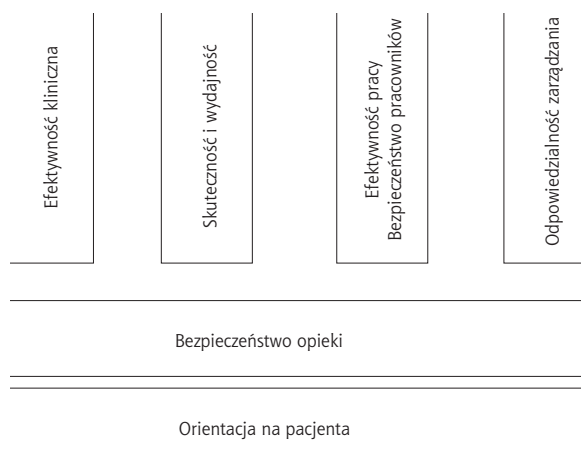
Źródło: opracowanie własne na podstawie T. Tomasik, Podstawy poprawy jakości w medycynie rodzinnej, Zdrowie i Zarządzanie, Kraków 2002: 42.

Przykładowe wymiary oceny jakości usług zdrowotnych wyznacza model PATH (*Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*), opracowany przez WHO (ryc. 2). Do podstawowych wskaźników modelu PATH zaliczyć należy:

1. Efektywność kliniczną i bezpieczeństwo:

- odsetek cięć cesarskich przy porodach,
- przestrzeganie standardów profilaktyki antybiotykowej (planowane zabiegi w zakresie operacji jelita grubego, kardiologii inwazyjnej, endoprotezy stawu naczyniowego),
- wskaźnik śmiertelności (ostry zawał serca, udar, pozaszpitalne zapalenie płuc, złamanie stawu biodrowego, pomostowanie naczyń wieńcowych),
- odsetek powtórných przyjęć przez pacjentów z: ostrym zawałem serca, udarem mózgu, pozaszpitalnym zapaleniem płuc, złamaniem kości udowej, pomostowaniem naczyń wieńcowych, astmą, cukrzycą,
- odsetek zabiegów w trybie jednego dnia wśród pacjentów (zaćma, artroskopia stawu kolanowego, przepuklina pachwinowa, wyłyżeczkowanie jamy macicy, tonsilektomia i adenektomia, cholecystektomia, podwiązanie jajowodów, operacyjne leczenie żyłaków podudzi),
- odsetek przyjęć po zabiegach w trybie jednodziennym (dotyczy powyższych zabiegów),
- odsetek ponownych przyjęć na oddział anestezjologii i intensywnej terapii.

2. Efektywność (skuteczność i wydajność):
 - średni czas pobytu (ostry zawał serca, udar, pozaszpitalne zapalenie płuc, złamanie kości udowej),
 - wykorzystanie bloku operacyjnego (liczba zabiegów w określonym przedziale czasu).
3. Kadry i bezpieczeństwo:
 - wydatki na szkolenia,
 - nieobecność w pracy,
 - nadgodziny,
 - zakłucia personelu medycznego,
 - palenie tytoniu wśród pracowników.
4. Potrzeby otoczenia:
 - odsetek matek karmiących piersią przy wypisie,
 - ciągłość opieki medycznej.
5. Orientację na pacjenta:
 - oczekiwania pacjentów [5].



Ryc. 2. Wymiary oceny jakości według założeń PATH

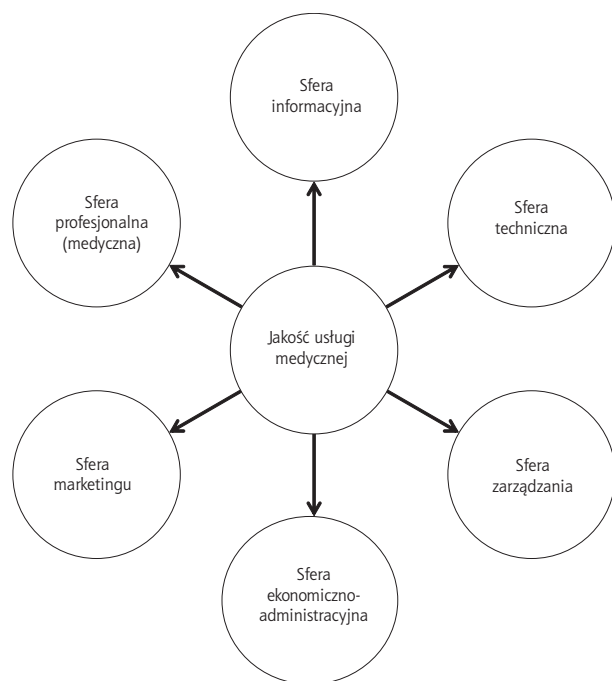
Fig. 2. Dimensions of quality assessment by PATH guidelines

Źródło: opracowanie własne na podstawie: PATH, Performance assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals, World Health Organization 2007: 7, www.euro.who.int, 13.07.2011.

Wszystkie wyżej wymienione elementy są równoważne, a ich podstawę stanowią bezpieczeństwo opieki i orientacja na pacjenta, uważane obecnie za integralne części procesu zarządzania jakością. W wielu krajach corocznie określone są precyzyjne cele zwiększenia bezpieczeństwa leczenia. Przykładowo, do narodowych celów Stanów Zjednoczonych na 2011 rok rekomendowanych przez JCAHO, zaliczyć należy:

1. Zwiększenie dokładności identyfikacji pacjentów:
 - przed udzielaniem świadczenia należy sprawdzić dane chorego, używając co najmniej dwóch osobnych identyfikatorów.
2. Poprawa skuteczności komunikacji pomiędzy personelem medycznym:
 - przy ustnym i telefonicznym przekazywaniu poleceń, wyników badań (zwłaszcza nieprawidłowych) odbiorca informacji powinien powtórzyć je w celu zweryfikowania poprawności przekazu;
3. Poprawa bezpieczeństwa podawania leków:
 - należy stworzyć listę skrótów, które nie powinny być używane, ponieważ mogą prowadzić do pomyłek;
 - należy ocenić i w razie potrzeby poprawić terminowość przekazywania wyników badań, autoryzowanych przez uprawnioną do tego osobę i ustalić, że są one dostarczane osobie odpowiedzialnej za leczenie chorego;
 - wprowadzić standardy dotyczące przekazywania informacji ustnych, a także zasady odpowiadania na pytania.
4. Zmniejszenie ryzyka zakażeń szpitalnych:
 - ustalić i aktualizować minimum raz w roku listę leków wyglądających podobnie lub o podobnych nazwach, które mogą zostać omyłkowo podane, oraz podjąć działania zapobiegające omyłkowemu użyciu tych leków;
 - oznakować wszystkie leki, pojemniki z lekami (także strzykawki), oznakować także wszelkie roztwory do dezynfekcji, itp.;
 - podjąć działania mające na celu zmniejszenie ryzyka zdarzeń niepożądanych związanych z leczeniem przeciwwązkowym.
5. Zapewnienie dokładnej informacji o pobieranych przez pacjenta lekach na każdym etapie leczenia:
 - stosować zasady higieny rąk opracowane przez WHO lub CDC (*Centres for Disease Control and Prevention*);
 - analizować jako zdarzenie niepożądane wszystkie niespodziewane zgony lub poważne trwałe pogorszenie stanu zdrowia związane z zakażeniami.
6. Identyfikacja szczególnych ryzyk, na które narażeni są pacjenci szpitala w związku ze specyfiką działalności:
 - określić zasady porównywania leków podawanych aktualnie pacjentowi z lekami zaleconymi;
 - przy przenoszeniu pacjenta na inny oddział, do innego ośrodka, do lekarza rodzinnego, itp., przekazać pełną listę leków podawanych pacjentowi; listę podawanych leków otrzymuje także pacjent przy wypisie.
7. Unikanie błędów medycznych w chirurgii:
 - upewnić się, że zabieg wykonywany jest odpowiedniemu pacjentowi, na odpowiedniej części ciała;

- zaznaczyć właściwe miejsce na ciele pacjenta, gdzie zabieg będzie wykonywany;
- tuż przed wykonaniem zabiegu upewnić się, że nie istnieje ryzyko popełnienia błędu medycznego [6].



Ryc. 3. Sfery poziomu jakości usług medycznych

Fig. 3. Spheres of health care service quality level

Źródło: opracowanie własne na podstawie: T. Ostrowski, I. Bojar, Systemowy model ochrony zdrowia [w:] Zdrowie publiczne, T. B. Kulik, M. Latański (red.). Czelej, Lublin 2002: 119-120.

Zapewnienie odpowiedniego poziomu jakości oferowanych usług medycznych wymaga więc zgodnej z ustalonymi standardami realizacji działań placówki w kilku podstawowych sferach (ryc. 3):

- sfera profesjonalna – doskonalenie jakości w tej sferze to przestrzeganie prawidłowości przeprowadzonych zabiegów i procedur odpowiednich

- do potrzeb zdrowotnych pacjentów i zgodnych z najnowszą wiedzą medyczną;
- sfera informacyjna – działania w tej sferze powinny likwidować bariery w komunikacji między pacjentem a personelem medycznym;
- sfera techniczna – poziom techniczny sprzętu stosowanego w trakcie leczenia jest dla pacjenta materialnym dowodem jakości usługi medycznej;
- sfera zarządzania i sfera administracyjno-ekonomiczna – odpowiednie oddziaływanie na pracowników oraz efektywne wykorzystanie zasobów;
- sfera marketingu – dostosowanie organizacji do oczekiwań odbiorców [7].

Wszystkie wymienione powyżej sfery tworzenia jakości powinny być ze sobą ściśle powiązane. Doskonalenie procesów jakościowych wymaga kompleksowego podejścia do organizacji i tworzenia dynamicznych standardów we wszystkich obszarach działalności placówki medycznej.

Podsumowanie

Jakość w ochronie zdrowia może być postrzegana z różnych punktów widzenia i – co więcej – ten sam poziom jakości nierzadko oceniany jest odmiennie. Inaczej jakość opieki zdrowotnej postrzegają pacjenci, inaczej ubezpieczyciele, personel medyczny czy instytucje rządowe. Z uwagi na znaczne rozbieżności występujące w ocenie jakości usług zdrowotnych przez poszczególnych interesariuszy, koniecznym wydaje się być opracowywanie standardów wspólnych dla wszystkich placówek medycznych, a następnie weryfikacja zastosowania ich w codziennej praktyce medycznej.

Jakość opieki zdrowotnej stała się więc priorytetem zarówno dla menedżerów zdrowia, jak i osób zajmujących się szeroko rozumianą polityką zdrowotną. Aktualnie, najczęściej stosowanymi zbiorami standardów i wskaźników, według których można oceniać jakość świadczonych usług medycznych są te, wypracowane przez wspomnianą w treści artykułu amerykańską organizację JCAHO.

Piśmiennictwo / References

1. Staszewski R, Kautsch M. Jakość i zarządzanie jakością [w:] Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania. Kautsch M (red). Wolters Kluwer, Warszawa 2010: 312.
2. Norma PN-EN ISO 9000:2001, www.centrum.jakości.pl, 21.07.2011.
3. Staszewski R, Kautsch M. Jakość i zarządzanie jakością [w:] Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania. Kautsch M (red). Wolters Kluwer, Warszawa 2010: 313.
4. Tomasik T. Podstawy poprawy jakości w medycynie rodzinnej. Zdrowie i Zarządzanie, Kraków 2002: 39.
5. PATH, Performance assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals, World Health Organization 2007: 8-9. www.euro.who.int (13.07.2011).
6. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, National Patient Safety Goals 2011, www.jointcommission.org (13.07.2011).
7. Ostrowski T, Bojar I. Systemowy model ochrony zdrowia [w:] Zdrowie publiczne. Kulik TB, Latański M. Czelej, Lublin 2002: 119-120.