

GRAŻYNA DYKOWSKA
KRZYSZTOF OPOLSKI

Antynomia w zarządzaniu jakością w ochronie zdrowia

Charakterystyczną cechą przełomu XX i XXI w. jest zauważalny wzrost znaczenia funkcji jakości w ochronie zdrowia. Współczesne koncepcje zarządzania jakością związane są z orientacją na pacjenta. Avedis Donabedian jako jeden z twórców nowoczesnego systemu jakości w medycynie zakłada trzy główne wymiary jakości wzajemnie się uzupełniające:

1. wymiar techniczny (w tym technika medyczna, nowoczesne procedury diagnostyczne i interwencyjne),
2. wymiar nietechniczny (z uwzględnieniem relacji między pacjentami a personelem, ale i wewnątrz zespołu terapeutycznego),
3. wymiar środowiskowy (miejsce świadczenia usług).

Pacjent może być zadowolony z opieki medycznej tylko wtedy, gdy istnieje harmonia pomiędzy wszystkimi kategoriami na każdym poziomie w obszarach: opieki medycznej, informacyjnej, technicznej, zarządczej, ekonomicznej, społecznej, marketingowej. Standardy i wytyczne tworzone są dla obszarów medycznych, które wymagają usystematyzowania z powodów klinicznych, finansowych, prawnych lub organizacyjnych. Akredytacja zrodziła się w latach 50. XX w. w USA. Rozpoczęła ją działalność prywatnej organizacji dobrowolnie zrzeszonych, profesjonalnych towarzystw medycznych o nazwie JCAH (Joint Commission on Accreditation of Hospitals), która regularnie dokonuje przeglądów akredytacyjnych oraz ocenia i zapewnia jakość w amerykańskich szpitalach.

Akredytacja a ISO w Polsce

Certyfikaty jakości w ochronie zdrowia powinny stać się nie tylko wyznacznikiem świadczonych usług, ale i bezpieczeństwa pacjenta. Świadczeniodawcy systemu ochrony zdrowia, w świetle ustawicznych zmian w przepisach prawnych oraz coraz to nowych zasad kontraktowania świadczeń medycznych m.in. przez Narodowy Fundusz Zdrowia, starają się o posiadanie certyfikatu akredytacji częściej niż o ISO.

Akredytacja jest przeprowadzana na podstawie przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia, wraz z wejściem w życie ustawy z dnia 24 kwietnia 2009 r. przepisów wprowadzających ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia. Akredytacja określa poziom jakości i bezpieczeństwa świadczenia usług realizowanych przez podmioty systemu ochrony zdrowia. Proces akredytacji zawiera zarówno zestaw obowiązujących standardów akredytacyjnych, jak i omówienie całej procedury wiodącej do uzyskania certyfikatu. Założenia systemu akredytacji w Polsce opierają się na podobnych wspólnych cechach, takich jak: dobrowolność, niezależność, autonomia decyzji akredytacyjnej, spełnianie przez standardy określonych kryteriów, przegląd równieńczy, cykliczność oceny, samoocena, zgodność z procedurą akredytacyjną. W Polsce posiadanie akredytacji jest potwierdzeniem spełnienia rygorystycznych wymagań z zakresu różnych obszarów działalności, zarówno medycznych, jak i administracyjnych. Za proces akredytacji i opracowanie standardów akredytacyjnych odpowiada Centrum Monitorowania Jakości (CMJ), agenda Ministerstwa Zdrowia) z siedzibą w Krakowie. CMJ przedstawia standardy akredytacyjne Radzie Akredytacyjnej przy Ministerstwie Zdrowia i po ich akceptacji, w terminie 30 dni od dnia otrzymania standardów akredytacyjnych, akceptuje je i przedstawia Ministrowi Zdrowia, następnie publikowane są w Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia.

Nie można uzyskać akredytacji CMJ dla poszczególnych oddziałów lub innych komórek organizacyjnych świadczeniodawcy np. szpitala. Akredytacja motywuje podmioty systemu ochrony zdrowia do poprawy swojego funkcjonowania. Jest najskuteczniejszym systemem oceny jakości podmiotów leczniczych i bezpieczeństwa pacjenta. Z kolei normy ISO 9000 mają rodowód przemysłowy i odnoszą się do sposobu zarządzania. Stanowią jeden z elementów strategicznego podejścia do idei ciągłego doskonalenia jakości oraz stanowią pomoc m.in. dla świadczeniodawców i organizacji w obszarze ochrony zdrowia przy tworzeniu systemu jakości. Wdrożenie ich nadal jest decyzją strategiczną i operacyjną dla organizacji. Stwarza ona możliwości opracowania kompleksowej polityki bezpieczeństwa i higieny pracy. Aktualnie NFZ nie bierze pod uwagę posiadania certyfikatu ISO przez podmioty systemu ochrony zdrowi podczas kontraktowania świadczeń medycznych.

Zarówno akredytacja CMJ, jak i certyfikacja ISO należą do zewnętrznych metod oceny systemu jakości. Główni odbiorcy usług – pacjenci nie posiadają lub posiadają bardzo małą wiedzę na temat jakości usług medycznych, a tym bardziej podmiotów ich certyfikujących. Należy pamiętać, iż głównym celem jakości usług medycznych jest pacjent, który najmniej wie o tej jakości usług i dla którego źle wykonane świadczenie równa się błędowi medycznemu/zdarzeniom niepożądanym.

Wady i zalety obydwu systemów pokazują nam, iż system akredytowania CMJ nastawiony jest na objęcie certyfikacją całego podmiotu opieki zdrowotnej, bez możliwości wyłączenia jakiegokolwiek wybranej jego części, co z kolei jest możliwe w przypadku ISO, które może certyfikować określony, wybrany obszar świadczeniodawcy. Wymagania ujęte w normie ISO 9001 są ogólne z uwagi na możliwość ich stosowania przez wszystkie organizacje zarówno z obszaru administracyjnego, jak i obszaru medycznego. Nazewnictwo występujące w normie ISO 9001 jest typowe dla systemu zarządzania jakością, np. zaangażowanie kierownictwa, orientacja na klienta wewnętrznego (pracownika), jak i zewnętrznego (pacjenta), infrastruktura, realizacja wyrobu i/

lub usługi, walidacja procesu. Wybór systemów oceny jakości usług medycznych powinien opierać się na analizie statystycznej z porównywalnych obszarów podmiotu systemu zdrowia zarejestrowanego wg bardziej szczegółowych kryteriów obejmujących określone wskaźniki i mierniki ochrony zdrowia wykorzystanie np. baz danych CMJ mówiących o przestrzeganiu lub nieokreślonych standardów/procedur.

W Polsce z powodzeniem wdraża się nadal albo równocześnie oba systemy – ISO i akredytacji, albo ten, który jest honorowany przez NFZ. Standardy akredytacyjne jako stosunkowo szczegółowe wymagania zaprojektowane pod kątem opieki stacjonarnej np. szpitali, ale i opieki ambulatoryjnej, mogą stanowić podstawowe warunki, które należy ująć w procedurach i instrukcjach opracowywanych podczas wdrażania systemu zarządzania jakością zgodnego z normami ISO. Według autorów normy ISO 9001:2015 do potencjalnych korzyści dla organizacji wynikających z wdrożenia systemu zarządzania jakością można zaliczyć: zdolność do stałego dostarczania wyrobów i usług, które spełniają wymagania klienta oraz mające zastosowanie wymagania prawne i regulacyjne, stwarzanie szans na zwiększenie zadowolenia klienta, uwzględnienie ryzyka i szans związanych z jej kontekstem i celami, możliwość wykazania zgodności z wyspecyfikowanymi wymaganiami systemu zarządzania jakością.

Akredytacja od początku nakierunkowana jest na stosowanie terminologii w oparciu o nazewnictwo z zakresu systemu ochrony zdrowia i medycyny. Wizytatorzy akredytacyjni CMJ reprezentują jedną „szkołę” i oceniają wizytowane jednostki w sposób przewidywalny. Certyfikat w oparciu o normę ISO jest przyznawany przez różne firmy certyfikujące, zdarza się więc, że audytorzy mają bardzo zróżnicowany sposób podejścia do różnych zagadnień. Mówi się wręcz o istnieniu dwóch trendów w podejściu do systemu: „niemieckiego” i „angielskiego”. Należy pamiętać, iż zachowania pracowników mogą zarówno budować, jak i burzyć organizację – bez względu na to, czy podmioty posiadają Certyfikat CMJ czy ISO. Kultura organizacji, stosunki i pomiędzy kadrą zarządzającą i personelem medycznym, ale i personelu medycznego między sobą np. w tzw. zespołach terapeutycznych, nadal pozostawiają dużo do życzenia. Stosunki międzyludzkie rzutują na jakość usług, w tym satysfakcję pacjenta z otrzymanej usługi.

Zaangażowanie personelu medycznego w rozwój zawodowy, tak jak kadry zarządzającej w zarządzanie wiedzą pracowników, jest kluczowe w kontekście poprawy wymiaru jakości świadczonych usług medycznych, co ma wpływ na spełnienie założeń wyznaczanych przez standardy jakości. Problem polega jednak na tym, że akredytacja CMJ czy ISO nadal najczęściej wprowadzane są decyzją odgórną ze strony kadry zarządzającej z równoczesną często słabą wiedzą i zaangażowaniem lub całkowitym jej brakiem na ten temat ze strony pracownika. Ostatecznie to Zarządzenie nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera m.in. informacje dotyczące jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – ocenianej w szczególności poprzez kwalifikacje personelu, jego umiejętności oraz doświadczenie; wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną; zewnętrzną ocenę potwierdzoną certyfikatem, m.in. certyfikatem systemu zarządzania (na dzień dzisiejszy zapis ten jest uchylony w tym zakresie) lub certyfikatem akredytacyjnym Ministra Zdrowia czy też ocenę kontroli zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej.

Sfery jakości w systemie ochrony zdrowia

Sfera opieki medycznej

Jest to obszar, w którym pacjent w szczególnym stopniu zwraca uwagę na kontakty z personelem medycznym, a doskonalenie jakości w tej sferze skupia się w głównej mierze na zapewnieniu usług na odpowiednio wysokim poziomie przez wyspecjalizowaną kadrę, uznane autorytety, jak i profesjonalnych świadczeniodawców.

W rzeczywistości personel musi posiadać określone kwalifikacje w miejscu wykonywania świadczeń zgodnie ze specjalizacją medyczną świadczeniodawcy, ale i z kryteriami wyznaczonymi ze strony płatnika i/czy organizatora. Przy bardzo wąskich specjalizacjach medycznych, ale i przy mechanizmie finansowania przez płatnika świadczeń medycznych, czas oczekiwania na niektóre usługi może być bardzo różny. Przykładem jest obserwowane od kilku lat zjawisko wzrostu liczby lekarzy ze specjalizacją chirurga ortopedy, której nie towarzyszy obniżenie liczby pacjentów oczekujących na zabiegi związane m.in. z operacjami stawu biodrowego/kolanowego czy też czasu oczekiwania.

Sfera informacyjna

Określana jest jako ogół informacji dostarczanych pacjentowi dotyczących procesu leczenia m.in.: jakie leki i kiedy należy stosować, jakich leków ze sobą nie należy łączyć, jak postępować przed i po przeprowadzonym zabiegu itp.

Sfera techniczna

Jest swoistym „opakowaniem” obejmującym obszar od wyglądu i estetyki budynków czy poczekalni do wyglądu personelu – a tu obowiązuje dowolność w ubiorze w każdym podmiocie systemu ochrony zdrowia co do fasonu czy koloru. Gdyby nie słuchawki lekarskie – które w tych czasach noszą także pielęgniarzki/położne/ratownicy medyczni, trudno byłoby odróżnić poszczególne grupy zawodowe między sobą, pomimo odrębnych przepisów regulujących obowiązkowe noszenie identyfikatorów z danymi osobowymi i funkcją. Sfera ta obejmuje również rodzaj aparatury i sprzętu medycznego oraz poziom stosowanej technologii będących wyznacznikiem jakości usług medycznych.

Sfera zarządzania oraz sfera ekonomiczno-społeczna

Obie te sfery nie są istotne z punktu widzenia pacjenta, ale są kluczowe dla kadry zarządzającej na każdym szczeblu. Sfery skupiają się na efektywnym zarządzaniu zasobami (ludzkimi, finansowymi, informacyjnymi, wiedzą, rzeczowymi, ale i ryzykiem w obliczu ustawicznie zmieniających się przepisów prawnych, limitów płatniczych określonych przez płatnika lub też władze administracyjne).

Sfera marketingowa

Obszar skierowany do pacjentów, którzy są odbiorcami usług medycznych. Podmioty prowadzące działalność leczniczą wykorzystują szeroki wachlarz narzędzi (analizy marketingowe w postaci sondaży wśród potencjalnych pacjentów, materiały informacyjne,

broszury, plakaty czy ankiety oceniające poziom obsługi) w celu realizacji usług medycznych, ale zgodnie z przyjętymi standardami jakości oraz w celu pozyskania informacji na temat stopnia zadowolenia pacjentów z poziomu jakości oferowanych usług, ale ta sfera częścię dotyczy podmiotów niepublicznych.

SERVQUAL

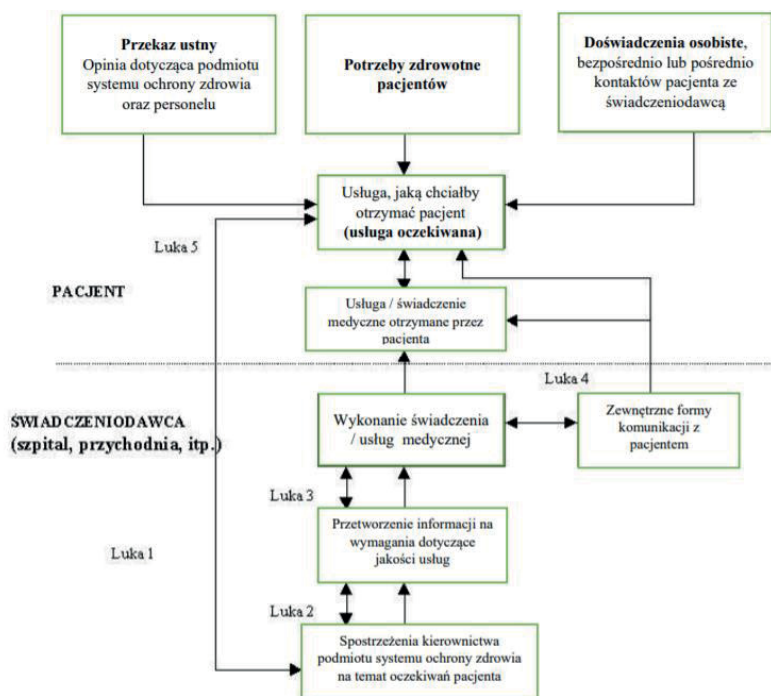
W celu sprawdzenia i potwierdzenia osiągnięcia przez usługę medyczną odpowiedniego poziomu jakości należy poddawać ją ocenie. Dla tego zadania opracowane zostało wiele metod, w tym SERVQUAL (Service Quality) – metoda oceny jakości opracowana przez zespół amerykańskich naukowców pod kierownictwem prof. Parsu Parasurama. Jest to model 5 luk, wskazujący na 5 typów sytuacji, których zaistnienie powoduje obniżenie jakości usług. Model ten jest jednym z tych, które łączą projektowanie jakości usług z punktu widzenia klienta-pacjenta i jednocześnie przedsiębiorstwa/świadczeniodawcy. Pozwala to na sprawną identyfikację błędów w procesie planowania i świadczenia usług. Najczęściej rozbieżności owe są opisywane jako:

- luka 1 – różnica między oczekiwaniami pacjenta w stosunku do świadczenia medycznego a postrzeganiem tych wymagań/oczekiwań przez kierownictwo świadczeniodawcy,
- luka 2 – różnica między postrzeganiem oczekiwań pacjenta w stosunku do usługi medycznej przez kadre zarządzającą świadczeniodawcy a specyfikacją usługi,
- luka 3 – różnica między specyfikacją jakości usługi a jakością świadczenia usługi,
- luka 4 – różnica między jakością świadczenia usługi a informacjami, które klient ma na temat usługi,
- luka 5 – różnica między poziomem spełnienia oczekiwań a postrzeganiem usługi przez klienta.

Metoda ta jest prostą, wielostopniową skalą, za pomocą której można dokonać pomiaru jakości usług z punktu widzenia pacjenta, uzyskując wiele cennych wskazówek co do kierunków poprawy jakości. Wykazane luki na rysunku 1. są wynikiem różnego postrzegania tej samej usługi przez pacjenta i świadczeniodawcę usług medycznych. Autorzy tego modelu podkreślają, iż w postrzeganiu jakości usług i zadań związanych z ich świadczeniem istnieje wiele rozbieżności. Luki mogą być główną przeszkodą w świadczeniu usług uznawanych przez pacjentów za wysokiej jakości. Model ten zezwala na wskazanie miejsc, w których jakość usługi w sposób istotny odbiega od jakości oczekiwanej przez pacjenta.

Luka 1 jest to różnica między oczekiwaniami pacjenta w stosunku do usługi a postrzeganiem tych wymagań przez kierownictwo świadczeniodawcy. Zaliczamy tu kontakt usługowy. Pacjent styka się z wieloma osobami w systemie ochrony zdrowia, od rejestratorki do lekarza, ale i z otoczeniem tej usługi, która ma wpływ na jego wyobrażenie, jaką usługę powinien otrzymać. Jakość świadczeń kojarzy się pacjentowi ze sprawiedliwą dostępnością (np. czasem oczekiwania czy położeniem geograficznym miejsca zamieszkania pacjenta, ale i miejsca świadczenia usługi), ale i równością co do otrzymania świadczeń medycznych. Kwalifikujemy tu m.in. diagnostykę obrazową, która jest składową niemal wszystkich działów medycyny klinicznej i doświadczalnej. Zjawisko nie-

równomiernego dostępu do aparatury i sprzętu medycznego, np. typu TK czy MRI w Polsce, równe jest ograniczeniom w dostępności do badań pod względem geograficznym lub czasem oczekiwania na badanie. Analiza dostępności do aparatury i sprzętu medycznego TK w latach 2010-2018 wskazuje, iż w 2010 r. najwyższy wskaźnik na 100 tys. mieszkańców odnotowano w województwie mazowieckim (1,5 na 100 tys.), co można łączyć m.in. z dużą ilością szpitali klinicznych głównie w Warszawie. Najniższa wartość była w województwie podlaskim (0,5 na 100 tys.). W 2018 r. sytuacja odwróciła się i województwo podlaskie miało najwięcej TK (2,2 na 100 tys.) (obok województwa śląskiego), osiągając wskaźnik wyższy niż województwo mazowieckie. Na pewno ciekawą informacją byłaby np. liczba badań/pacjentów/lekarzy radiologów przypadających na 1 TK – ale takich danych nie określa coroczne badanie statystyki publicznej, a co za tym idzie, nie zbiera żaden formularz GUS czy Ministerstwa Zdrowia.



Rysunek 1. Model jakości usług
Opracowanie własne na podstawie źródła.

Luka 2 to różnica między postrzeganiem oczekiwań pacjenta przez kadrę zarządzającą a specyfikacją usług. Obejmuje trudności, jakie napotyka pacjent już w momencie wykonania usługi medycznej przez personel medyczny. Luka ta wiąże się m.in. ze zbyt małym zaangażowaniem się kierownictwa w zarządzanie jakością usług, wzrastającym zapotrzebowaniem na nie. Tu swoje przełożenie ma np. asymetria informacji. Pojęcie to bywa zamiennie stosowane z określeniami: „nieprzejrystość informacyjna”, „niedoskonałość informacyjna” oraz „nietransparentność informacyjna”. Nierówny rozkład informacji posiadanych przez dokonujących wymiany nabywcę-pacjenta i ku-

pującego. Podstawą wyjątkowej, dominującej pozycji środowiska lekarskiego przez lata była i nadal jest niespotykana, rozbudowana wiedza. Wyjątkowość tej wiedzy tej grupy zawodowej była i jest oczywista w przeszłości, jednak z upływem czasu jej uprzywilejowane cechy stawały się mniej widoczne, gdyż ogólny poziom wykształcenia społeczeństwa stale się podnosi, a w sektorze ochrony zdrowia zaczęły pojawiać się nowe grupy zawodowe, coraz lepiej wykształcone i przygotowane do podejmowania działań służących zdrowiu. Ponadto wszyscy, niezależnie od rodzaju wykształcenia, uzyskiwali dostęp do informacji medycznej za pomocą Internetu.

Specyfika usług medycznych wymusza oraz kształtuje określone działania podmiotów leczniczych w podejściu do pacjenta. Zbiorcze określenie wszelkich możliwych zastosowań technologii informacyjnych i komunikacyjnych w ochronie zdrowia określa się mianem e-zdrowia. Pojęcie e-zdrowia jako narzędzia i usługi wykorzystujących technologie informacyjne i komunikacyjne, które mogą ulepszyć profilaktykę, diagnostykę, leczenie, monitorowanie i zarządzanie, a zarazem pomagające całemu społeczeństwu poprzez ulepszenie dostępu do usług opieki zdrowotnej i poprawę ich jakości oraz zwiększenie efektywności całego sektora zdrowia, obejmuje wymianę informacji oraz danych między pacjentami i podmiotami świadczeniodawcami usługi medycznych, pracownikami systemu zdrowia a podmiotami odpowiedzialnymi za sieci informacyjne, m.in. elektronicznymi rejestrami medycznymi, teleporadą czy e-receptą, których nagły rozwój zaobserwowaliśmy w dobie COVID-19. Dzięki takim narzędziom informatycznym jak Internet coraz większa liczba osób ma szeroki dostęp do informacji także z zakresu medycyny. To umożliwia pogłębianie pacjentowi swojej wiedzy na określony, interesujący go temat, zdobywanie potrzebnych informacji oraz łatwiejsze podejmowanie decyzji dotyczących procesu leczenia, co z kolei może mieć wpływ na ograniczenie informacji, czyli jej asymetrię. „Dr Google” nie zawsze zawiera sprawdzone opinie/informacje medyczne, które przez pacjenta mogą być nieprawidłowo odczytane lub/i zinterpretowane.

Komunikacja w zespołach terapeutycznych w medycynie, a właściwie jej brak w większości podmiotów systemu ochrony zdrowia, widać np. podczas raportów pielęgniarskich/położniczych czy raportów lekarskich (popularnie nazywanych w wielu szpitalach „kominkami”) – gdzie te grupy zawodowe przekazują informację o stanie zdrowia pacjenta tylko swojej grupie zawodowej. Brak zaufania i wyraźna granica w zespołach widoczna jest w akceptacji i współpracy z pielęgniarkami i położnymi w zakresie nowych kompetencji zawodowych położnych i pielęgniarek, chodzi m.in. o ordynowanie niektórych leków zawierających substancje czynne, wypisywanie związanych z tym recept. Jednym z celów rozszerzenia uprawnień było zwiększenie dostępności do lekarza POZ. Dla pacjentów oczekujących w kolejkach tylko na przepisanie leku tym bardziej, iż w wielu podmiotach i tak przepisywała i nadal przepisuje zaordynowane leki przez lekarza.

W ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych oraz rehabilitacyjnych pielęgniarki i położne posiadające dodatkowe kwalifikacje zawodowe mogą samodzielnie ordynować leki, które zawierają określone substancje czynne, z wyłączeniem jednak leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, a także środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym również wystawiać na nie recepty oraz ordynować określone wyroby medyczne, w tym również wystawiać na nie recepty.

Teoria dysonansu poznawczego mówi, iż człowiek może przeżywać przykre napięcie związane z konstatacją: „co innego myślę, a co innego robię” i ma tu ewidentne przełożenie. Nowelizacja ww. ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, często jest oceniana w kategoriach podniesienia prestiżu zawodowego pielęgniarek i położnych, wzmocnienia ich pozycji wśród innych profesji medycznych oraz zaakcentowania ich samodzielności zawodowej związanej z nowymi kompetencjami.

Jednak z informacji Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych wynika, że tego typu kursy ukończyło ok. 15 tys. pielęgniarek, czyli te, które nie nabyły tych kompetencji w toku kształcenia przeddyplomowego. Środowiska te m.in. sygnalizowały nam, że posiadają kompetencje, ale tak *de facto*. Po pierwsze, zarządzający podmiotami leczniczymi nie bardzo powierzają im tego typu zadania, po drugie, pielęgniarki oczekiwały też dodatkowego finansowania. Szacuje się, że ok. 12% pielęgniarek i położnych w Polsce podejmuje decyzję ordynowania leków i wypisywania recept – ale nie są to dane nigdzie opublikowane. Osoby, które tego typu kompetencje nabyły, wypisują recepty zgodnie z obowiązującymi przepisami. Ale dlaczego nie wszystkie są uprawnione? Nie ma atmosfery życzliwości w podmiocie, w którym wykonują zawód pielęgniarki i położne co do przekazania samodzielności w tym zakresie. Nie ma ani porady, ani wyceny tego typu działań przez NFZ. W statystyce publicznej nie ma nawet pojęcia porady pielęgniarskiej oraz czasami podnoszony jest fakt, iż położne i pielęgniarki boją się podjąć decyzję o samodzielności wypisywania recept.

Po co w takim razie z jednej strony kształci się nadal obydwie te zawody, nadając m.in. kompetencje do wypisywania recept, jeśli środowisko medyczne – lekarze czasami farmaceuci – wcale nie jest zainteresowane ani życzliwe ustosunkowane do nowych kompetencji tych zawodów. Z jednej strony obserwujemy determinację Ministerstwa Zdrowia, które na celowanych plakatach informacyjnych dla pacjenta skierowanych do opieki ambulatoryjnej informują o nowych kompetencjach pielęgniarek i położnych o wypisywaniu leków dla osób powyżej 75. roku życia, z drugiej strony sami pacjenci nie są ani przekonani, ani przyzwyczajeni do faktu wypisywania recept przez te dwie grupy zawodowe. Według Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (International Council of Nurses) pielęgniarstwo w wielu miejscach na świecie stało się dyscypliną bardziej złożoną, techniczną i wymagającą coraz większej wiedzy i umiejętności. Nierzadko pielęgniarki postrzegane są jako ważny zasób interdyscyplinarnego zespołu, jako grupa zawodowa, która posiada własną wiedzę i doświadczenie w zakresie zarządzania opieką nad pacjentem i jest gotowa pełnić bardziej specjalistyczne funkcje.

Luka 3 jest to różnica między specyfikacją jakości usługi a jakością świadczenia usługi. Pokazuje, iż musimy mieć ciągle świadomość, że nawet jeśli usługi są świadczone zgodnie ze standardami, normami itp., to nie oznacza, że taką usługę otrzyma pacjent. Normy/ standardy medyczne mogą zostać celowo lub nie naruszone. Odchylenia od bezpiecznych procedur operacyjnych, standardów lub zasad określane są jako kategorie rutynowe, optymalizujące i konieczne. Pierwsze dwie dotyczą cech osobistych, podczas gdy konieczne naruszenia są powiązane z porażkami organizacyjnymi. Naruszeniom sprzyja środowisko pracy, a obejmują one nieprzestrzeganie protokołów, niewłaściwe podejście do procedur, nieodpowiednią kontrolę zakażeń itp. Optymalizacja naruszeń dotyczy osób zmotywowanych osobistymi celami, takimi jak: chciwość czy dreszczyk emocji przed ryzykiem, na przykład dając niedoświadczonym młodszym pracownikom pracę bez nadzoru lub niezgodną z ich kompetencjami. Umysłne naru-

szczenia te, w których istnieje zamiar działania w odróżnieniu od naruszenia spowodowanego przez ignorancję, są rozpoznawane i odpowiednio zarządzane. Niewłaściwe zrozumienie obowiązków zawodowych i słaba infrastruktura, ale i słabe lub nieprofesjonalne zarządzanie dostarczają licznych powodów nieprawidłowego zachowania kończących się zdarzeniami niepożądanymi.

Bezpieczeństwo pacjenta rozumie się jako „zapobieganie uszczerbkowi dla pacjenta” i uznaje je za niemożliwe do oddzielenia od dostarczania opieki wysokiej jakości. AHQR rozszerza zakres tej dziedziny o wolność od przypadkowych lub możliwych do zapobiegnięcia urazów wynikających z opieki medycznej (czyli wolność od zdarzeń niepożądanych). Należy pamiętać, że nie zawsze pogorszenie stanu pacjenta jest spowodowane błędem medycznym. Trzeba więc rozróżniać sytuacje, gdy takie pogorszenie jest skutkiem zdarzenia niepożądanego i gdy wynika ono z choroby, na którą cierpi pacjent. Według Rathmell niewiele usług jest „czystych”, gdyż jak w przypadku usług medycznych mają one bardzo wiele charakterystycznych cech np. niepodzielność, nietrwałość czy niematerialność. Tu następuje podział na błędy, którym można było zapobiec, i takie, których uniknąć się nie da. Warto również zauważyć, że nie wszystkie błędy skutkują szkodą pacjenta – są to tzw. błędy „o mało co”. Jednak błędy spowodowane postępowaniem niezgodnym z ustalonymi procedurami/standardami – czyli zaniedbaniem skutkują karami z tytułu odpowiedzialności zawodowej, cywilnej i karnej. Przeshkody, jakie mogą mieć wpływ na jakość, to m.in. zbyt duże obciążenie pracą, uboga komunikacja pomiędzy różnymi zawodami czy długotrwały stres i zmęczenie. Dodatkowo istnieje zjawisko „kultury niskich oczekiwań”, czyli uczestnicy komunikacji są przyzwyczajeni, że wymiana informacji jest niepełna i wadliwa. Nowoczesne podejście do błędów to tzw. myślenie systemowe przyjmujące założenie, że ludzie są ludźmi i popełniają błędy.

Luka 4 to różnica między jakością świadczenia usługi przez świadczeniodawcę a informacjami, które pacjent posiada na jej temat. Informacja taka powinna jasno określać, czego klient może się spodziewać, a nie składać obietnice, niemożliwe do spełnienia. Przykładem jest medycyna personalizowana (ang. *personalized medicine*) zakładająca celowane leczenie, charakterystyczne dla stanu zdrowia pacjenta dostosowane do jego preferencji i potrzeb. Medycyna personalizowana jest to: właściwy lek, dla właściwego chorego, we właściwym czasie. Ta nowa metoda pozwala na wdrożenie odpowiedniego leczenia bądź modyfikację stosowanej terapii. Umożliwia każdemu pacjentowi wcześniejszą diagnozę, ocenę ryzyka i optymalne leczenie oraz pozwala na poprawę opieki zdrowotnej przy jednoczesnym obniżeniu kosztów, ale także posiadanie najlepszych specjalistów. Jednak medycyna ta stawia przed całym systemem opieki zdrowotnej nie lada wyzwanie m.in. ekonomiczne czy informacyjne nie tylko w stosunku do pacjenta, ale i personelu medycznego, który posiada bardzo słabą wiedzę na ten temat. Medycynę personalizowaną charakteryzuje innowacyjny sposób na poprawę jakości życia obywateli przy wykorzystaniu najlepszej dostępnej nauki.

Luki 1, 2, 3, 4 rejestrują pogorszenia lub brak jakości usług medycznych w obrębie świadczeniodawcy. Tu następuje podział na błędy, którym można było zapobiec, i takie, których uniknąć się nie da.

Luka 5 jest to luka pomiędzy usługą medyczną oczekiwaną przez pacjenta a tą, jaką otrzymał. Przedstawia ona wyzwanie mówiące, iż aby zapewnić dobrej jakości usługę, świadczeniodawca powinien spełnić lub przewyższyć postrzeganą jakość oczekiwania pacjenta.

Pojawia się wniosek, że bezpieczeństwo w systemie ochrony zdrowia, w tym bezpieczeństwo pacjenta, zależy od stworzenia systemu, który zapobiegnie lub wyłapie błędy, zanim wyrządzą szkodę pacjentowi. To podejście doprowadziło do poprawy jakości w wielu branżach „wysokiego ryzyka”, np. w lotnictwie czy energetyce jądrowej. Sidney Dekker stwierdził, iż im jaśniej społeczeństwo, dana branża, profesja lub instytucja ustali, kto wyznacza daną granicę, tym bardziej przewidywalne są konsekwencje natury służbowej bądź prawnej dla danego incydentu. Widzimy to ewidentnie w polskim systemie ochrony zdrowia. Tego typu podejście do zdarzeń niepożądanych przekłada się na metodologię zbierania danych statystycznych związanych z bezpieczeństwem pacjenta. Definicja bezpieczeństwa pacjenta wyłoniła się z ruchu jakości w ochronie zdrowia i obejmuje zapobieganie błędom, uczenie się na nich oraz konstruowanie nowej kultury bezpieczeństwa, która angażuje medyków, organizację i pacjentów, a nie karze personel medyczny za zdarzenia niepożądane. Według badania Jamesa z 2013 r. poważne zdarzenia niepożądane dotyczą nawet 15% hospitalizacji, a 0,7-0,9% zdarzeń niepożądanych, którym można było zapobiec, doprowadziło do śmierci pacjenta.

Zdarzenia niepożądane są jedną z wiodących przyczyn umieralności pacjentów. W tym przypadku dobrym przykładem będzie wykluczenie przez Światową Organizację Zdrowia (wg raportu z 2013 r.) po raz kolejny Polski z analiz porównawczych dotyczących umieralności według przyczyn. Powodem jest ponad 25% udział zgonów o „niedokładnie określonych przyczynach”. W przypadku ponad 28% zgonów (ok. 109 tys.) lekarze nieprawidłowo opisali ich przyczyny. Podstawowym problemem jest pominięcie chronologicznego opisu łańcucha przyczyn/chorób odpowiedzialnych za zgon chorego lub nieprawidłowe jego przedstawienie, a w konsekwencji niewłaściwe lub nieprecyzyjne wskazanie wyjściowej przyczyny zgonu np. „ustanie krążenia i oddychania” czy „starość” są nieprecyzyjne i całkowicie beużyteczne, w konsekwencji przekładają się na „bezużyteczne kody” (tzw. *garbage codes*).

Konkludując, można zaobserwować w obszarze polskiej jakości w ochronie zdrowia szereg sprzeczności pomiędzy realiami funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w aspekcie jakości świadczonych usług i to nie tylko w zakresie świadczeniodawca – pacjent, ale i metodologii zbierania informacji, które będą pomocne w opracowywaniu jeszcze lepszych analiz i co za tym idzie standardów i procedur medycznych. Na jakość składowych świadczeń medycznych ma wpływ nowy obszar znany w lotnictwie czy energii jądrowej, jakim jest kultura bezpieczeństwa obejmująca kulturę uczciwości, raportowania i wyciągania wniosków. Przyczyny stojące za brakiem rozwoju tej kultury są złożone i zawierają w sobie słabą pracę zespołową i komunikację oraz tzw. kulturę niskich oczekiwań. Dominujący we współczesnej filozofii kult nauk ścisłych dyktuje sposób myślenia także w medycynie w oparciu o *evidence-based medicine* i w opiece zdrowotnej (*evidence-based practice*).

Bibliografia

- [1] *Biuletyny Statystyczne Ministerstwa Zdrowia za lata 2011, 2013, 2015, 2017, 2019*. Wyd. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2020.
- [2] Dekker S., *Just culture : kultura sprawiedliwego traktowania : między bezpieczeństwem a odpowiedzialnością*, Warszawa 2018.

- [3] Dykowska G., Opolski J., *Jakość świadczeń zdrowotnych : pakiet samokształceniowy*, Warszawa 2001.
- [4] Gaciong Z., Jassem J., Kowalik A., Krajewski-Siuda K., Krawczyk P., Łach K., *Medycyna personalizowana*, Warszawa 2016.
- [5] Getzen t. E., *Ekonomika zdrowia : teoria i praktyka*, Warszawa 2000.
- [6] Głos A., *Dwa modele zaufania w opiece zdrowotnej*, *Diametros*, 2015, nr 45, s. 82-106. doi: 10.13153/diam.45.2015.798 []
- [7] James J. T., *A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care*, *Journal of Patient Safety*, 2013, vol. 9, nr 3, s. 122-128. doi: 10.1097/PTS.0b013e3182948a69
- [8] Jaracz K., *Sposoby rozpoznawania i pomiaru jakości życia. Próba kategoryzowania*, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2001, nr 2, s. 219-226.
- [9] Karkowska D., Karkowski t. A., Skoczylas P., *Polepszenie obsługi pacjenta w perspektywie rozszerzenia kompetencji pielęgniarek na ordynowanie leków i wypisywanie recept.* *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 2016, t. 17, z. 11, cz. 3, s. 149-161.
- [10] Karkowski t. A., Karkowska D., Skoczylas P., *Akredytacja jako element doskonalenia procesów logistycznych*, *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 2016, t. 17, z. 11, cz. 3, s. 135-146.
- [11] Karkowski t. A., Karkowska D., Skoczylas P., *PN-EN ISO 9001:2015 i EN 15224:2012 jako element doskonalenia procesów logistycznych*, 2016, t. 17, z. 11, cz. 3, s. 109-119.
- [12] Kulikowski J., Wójcik B., *Który system oceny zewnętrznej wybrać: akredytację czy ISO?* *Zdrowie i Zarządzanie*, 2003, t. 5, nr 6.
- [13] Mielcarek M., *MZ: aktywność pielęgniarek mała, bo oczekiwały za to wynagrodzenia!* [dokument elektroniczny] <https://www.pielgniarki.info.pl/article/view/id/10229> [dostęp: 22.08.2020].
- [14] *Na co umarł pacjent – czyli, co jest wpisywane na kartach zgonów?* [dokument elektroniczny] <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/na-co-umarl-pacjent-czyli-co-jest-wpisywane-na-kartach-zgonow-1,1.html> [dostęp: 2.10.2019].
- [15] *Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 3 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej*, *Dziennik Ustaw*, 2020, poz. 562.
- [16] *Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie wniosku dotyczącego zalecenia Rady w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną COM(2008) 837 wersja ostateczna/2 - 2009/0003 (CNS) (2009/C 228/22) (Dz.U.UE C z dnia 22 września 2009 r.)* [dokument elektroniczny] <https://www.prawo.pl/akty/dz-u-ue-c-2009-228-113,67900571.html> [dostęp: 22.09.2020].
- [17] Opolski K., Dykowska G., Moźdzzonek M., *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych*, Warszawa 2009.
- [18] Opolski K., Podgórska J., Leśniewska-Gontarz M., *Quality criterion in measuring the efficiency of health facilities*, *Journal of Management and Financial Sciences*, 2018, vol. 13, nr 35 s. 81-92.
- [19] Otto J., *Jakość dla klienta*, *Manager*, 2001, nr 1, s. 53.
- [20] Parasuraman A., Zeitham V. A., Berry L. L., *A conceptual model of service quality and its implications for the future research*, *Journal of Marketing*, 1985, vol. 49, nr 4, s. 41-50.
- [21] Trela A., *Akredytacja to prestiż dla placówki*, 2014, [dokument elektroniczny] <https://zpm.wip.pl/specjalny-13/akredytacja-to-prestiz-dla-placowki-2787.html> [dostęp: 22.05.2020].
- [22] Urbaniak A. M., *Zastosowanie metody SERVQUAL do oceny jakości usług rekreacyjnych*, *Zeszyty Naukowe Uczelni Vistula*, 2013, nr 32, s. 29-38. [dokument elektroniczny] <https://i.vistula.edu.pl/media/docs/fvZcdDiOJVorddJYSr8uv0Wx.pdf> [dostęp: 12.08.2020].
- [23] *Ustawa z dnia 24 kwietnia 2009 r. — Przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia*, *Dziennik Ustaw*, 2009, poz. 641.
- [24] *Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia*, *Dziennik Ustaw*, 2009, poz. 418.
- [25] Vogenberg F. r., Barash C. I., Pursel M., *Personalized medicine. Part I: Evolution and development into theranostics*, *P & T*, 2010, vol. 35, nr 10, s. 560-576.
- [26] *Zarządzenia Prezesa NFZ*, [dokument elektroniczny] <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/> [dostęp: 12.08.2020].