

A healthcare worker, likely a nurse or doctor, is shown in profile, focused on a patient lying in a hospital bed. The worker is wearing a bright orange high-visibility jacket with black accents and reflective strips. The patient is covered with a white sheet. The background shows a clinical setting with medical equipment, including a ventilator and monitors, mounted on a white wall. The overall scene is brightly lit, typical of a hospital room.

Mateusz Modrak

**Wykorzystanie
doświadczeń pacjentów
i opinii kluczowego personelu
w zarządzaniu jakością
w opiece zdrowotnej w Polsce**

Mateusz Modrak

**Wykorzystanie doświadczeń pacjentów
oraz opinii kluczowego personelu
w zarządzaniu jakością
w opiece zdrowotnej w Polsce**

© Copyright by Mateusz Modrak

Praca dyplomowa napisana pod kierunkiem dr n. med.
Macieja Murkowskiego. Uniwersytet Warszawski Wydział
Zarządzania, Warszawa, 2023 r.

Projekt okładki: Mateusz Modrak

ISBN 978-83-971237-0-0

Wszelkie prawa zastrzeżone.
Kopiowanie, rozpowszechnianie części lub całości
bez zgody wydawcy zabronione.
Wydanie I 2024

Streszczenie

Przedmiotem analizy w niniejszej pracy stały się doświadczenia pacjentów, definiowane jako wszystko, co wydarza się i zostaje spostrzeżone, zrozumiane i zapamiętane przez pacjenta i jego bliskich podczas kontaktów z systemem ochrony zdrowia.

Za punkt wyjścia do rozważań na ten temat można uznać cytowaną w dalszej części wypowiedź dr n. med. Marcina Rawicza, jednego z bardziej doświadczonych w Polsce specjalistów anestezjologii dziecięcej, który wskazał, że dzieci są leczone, ale nikt z nimi nie rozmawia. Polscy pacjenci deficyt informacji wskazują jako największy minus istniejącego systemu opieki zdrowotnej.

W próbie odpowiedzi na pytanie o wagę doświadczeń pacjentów w zarządzaniu jakością w opiece zdrowotnej nie sposób pominąć różnorodności potrzeb i oczekiwań chorych oraz całego spektrum składowych, które w powyższej dyskusji pojawiły się wraz z rozwojem pandemii covid-19.

W pracy zostanie przeanalizowana ścieżka chorego, począwszy od jego kontaktu z podstawową opieką zdrowotną, istotny dla odczuć pacjenta pobyt w szpitalu, po doświadczenia, jakie może przynieść choremu wizyta w przychodni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Rozważania zawarte w pracy, wsparte opiniami kluczowego personelu systemu opieki zdrowotnej, mogą stanowić wstęp do szerszej dyskusji o wykorzystaniu doświadczeń pacjentów w zarządzaniu jakością opieki zdrowotnej w Polsce.

Spis treści

<u>Wstęp</u>	8
<u>Rozdział I Podstawowa Opieka Zdrowotna (POZ)</u> <u>17</u>	
1.1. Rodzaje świadczeń w Podstawowej Opieki Zdrowotnej	17
1.2. Dostępność POZ wobec oczekiwań pacjentów	20
1.3. Telemedycyna w postrzeganiu lekarzy i pacjentów	25
1.4. Skrócenie ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej w celu poprawy opieki nad pacjentem	27
1.5. Krytyczna analiza funkcjonowania transportu sanitarnego w POZ wobec potrzeb i oczekiwań pacjentów	31
<u>Rozdział II Zarządzanie jakością w opiece stacjonarnej</u> 44	
2.1. System podstawowego zabezpieczenia stacjonarnych świadczeń opieki zdrowotnej	44
2.2. Pacjenci wobec interwencji diagnostycznych i zabiegowych	51
2.3. Pacjenci leczeni w oddziałach neurologicznych	61
2.4. „Rodzić po ludzku” czyli szczególne znaczenie oddziałów ginekologiczno-położniczych	66
2.5. Rola opieki psychologicznej w szpitalu	72
2.6. Autorskie rozwiązania zorientowane na jakość opieki nad pacjentami testowane w szpitalach dla	

dzieci i możliwości ich zastosowania w szpitalach pozostałych specjalności	76
2.7. Wpływ transportu sanitarnego w opiece stacjonarnej na jakość opieki.....	86
2.8. Znaczenie komunikacji interpersonalnej w opiece nad pacjentami	90
<u>Rozdział III Problematyka jakości w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS).....</u>	98
3.1. Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS)	98
3.2. Korzyści dla pacjenta w AOS.	100
3.3. Koordynacja opieki i stosowane narzędzia informatyczne.....	103
<u>Podsumowanie</u>	110
<u>Piśmiennictwo</u>	114
<u>Piśmiennictwo</u>	

Wstęp

Rok 2023 jest czasem przygotowania ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, co będzie pokłosiem wieloletnich dyskusji w środowisku i wedle autorów projektu ma stanowić odpowiedź na dostrzegane problemy. Akt prawny, według zapowiedzi ministerialnych, ma w sposób kompleksowy i skoordynowany określić zadania, obowiązki i uprawnienia podmiotów, które prowadzą działalność leczniczą w zakresie zapewnienia jakości w opiece zdrowotnej¹.

Trudno wskazać na uniwersalną definicję jakości, choć na potrzebę rozważań o przełożeniu jej znaczenia na ochronę zdrowia możemy przyjąć za właściwą interpretację z 1979 roku, której autorem jest Philip B. Crosby. Amerykański przedsiębiorca wśród absolutów jakości wymieniał zgodność produktu ze specyfikacją.

Wskazywał, że kluczem do sukcesu w tym względzie jest zwiększanie świadomości i osobistej troski

¹ [Ustawa o jakości a nowe obowiązki podmiotów prowadzących działalność leczniczą | Wolters Kluwer](#) [dostęp: 06.01.2023.]

wszystkich pracowników o reputację firmy, podejmowanie działań naprawczych wobec ujawnionych błędów, przeszkolenie kadry kierowniczej do aktywnego uczestniczenia w procesie doskonalenia jakości, zachęcanie pracowników do samodoskonalenia, docenianie i nagradzanie personelu, dla którego podejmowane działania nie są obojętne².

W jaki sposób tak rozumiana jakość ma odnosić się do funkcjonowania podmiotów leczniczych i jakie znaczenie będzie miała dla doświadczeń pacjentów? Ministerstwo Zdrowia zakłada, że świadczeniodawcy szczególnie ci, którzy finansowani są ze środków publicznych, będą oceniani w zakresie kwalifikacji personelu medycznego, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz spełniania wymagań dla wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem utworzonego w ciągu 18 miesięcy od wejścia w życie ustawy, tożsamego z zasadami wyszczególnionymi w tejże, wskazującymi na identyfikację i zarządzanie ryzykiem, identyfikację obszarów wymagających

2 [Philip B. Crosby – Encyklopedia Zarządzania \(mfiles.pl\)](https://mfiles.pl) [dostęp: 06.01.2023.]

poprawy, monitorowanie zdarzeń niepożądanych, prowadzenie badania opinii i doświadczeń pacjentów na podstawie wystandaryzowanego formularza opinii, a Narodowy Fundusz Zdrowia, jako płatnik, co pięć lat przeprowadzi u świadczeniodawcy wizytę autoryzacyjną. Zgodnie z projektem ustawy reformie ma podlegać system ministerialnej akredytacji udzielanej na cztery lata, o którą podmioty będą wnioskowały do płatnika³.

O tym zaś, że temat jest wielowątkowy i wymaga głębszej analizy, świadczyć mogą wnioski z raportu firmy Siemens Healthineers, w którym to badaniu zostały poddane doświadczenia pacjenta w Polsce, czyli, jak zdefiniował Piotr Kuskowski, autor raportu, wszystko, co wydarza się i zostaje spostrzeżone, zrozumiane i zapamiętane przez pacjenta i jego bliskich podczas kontaktów z systemem ochrony zdrowia, czy nawet szerzej, wszystkich aktywności związanych z troską o zdrowie⁴. Tak rozumiane doświadczenia pacjenta stają się myślą przewodnią do rozważań o roli podmiotów

³ [Ustawa o jakości a nowe obowiązki podmiotów prowadzących działalność leczniczą | Wolters Kluwer](#) [dostęp: 06.01.2023.]

⁴ [Doświadczenia pacjenta w Polsce – raport badawczy Siemens Healthineers – MedTech Polska](#) [dostęp: 06.01.2023.]

lecniczych, od których oczekuje się więcej niż tylko skuteczności diagnostyki i leczenia.

W materiałach prasowych informujących o stworzeniu dokumentu powstałego na bazie odpowiedzi 1872 opiekunów i pacjentów szpitali, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej, znajdujemy wyszczególnienie kwestii wysuwających się w badaniu na pierwszy plan, m.in. zgłaszany przez respondentów problem niewystarczającego, ich zdaniem, respektowania stanowiska chorego w decyzjach dotyczących procesu diagnostycznego i leczniczego oraz, co istotne, niewystarczające, jak ocenili badani, zainteresowanie personelu medycznego stanem emocjonalnym pacjenta, czyli wartością, którą nie zawsze jest łatwo zmierzyć, a która może mieć nie mniej istotny wpływ na efekt procesu terapeutycznego.

W przywołanym badaniu, którego wyniki zostały opublikowane w 2019 roku, 18% respondentów oceniło polski system ochrony zdrowia pozytywnie, a 39% negatywnie. W plebiscycie zadowolenia pacjenta prym wiodą podmioty podstawowej opieki zdrowotnej (37%), przed ambulatoryjną opieką specjalistyczną (32%) i

szpitalnictwem (26%), w rankingu udzielania zrozumiałych informacji przychodnie (38%) przed szpitalami (32%), w zakresie traktowania pacjenta z szacunkiem przychodnie (38%) przed szpitalami (35%). Z raportu wyłania się obraz przewagi podstawowej i ambulatoryjnej opieki nad hospitalizacją w kontekście poszanowania prywatności pacjenta oraz czasu poświęcanego mu przez personel, ale może wynikać to ze specyfiki pracy oraz rozwiązań infrastrukturalnych, nie do końca zaś z wprowadzonych procedur, zasad postępowania personelu w podmiotach leczniczych.

Uczestnicy badania skarżyli się na wyżywienie w szpitalu (48%), czas oczekiwania na świadczenie (28% w lecznictwie ambulatoryjnym i 30% w lecznictwie szpitalnym), zwracali uwagę na podmiotowość pacjentów i niedostateczny, ich zdaniem, poziom empatii personelu, w tym względnie 32% respondentów wskazało, że personel szpitala nie udzielał im wsparcia emocjonalnego, a 20% przypomniało, że medycy nie reagowali na sygnalizowany wysoki poziom bólu, co zaskakuje o tyle, że w środowisku medycznym od pewnego czasu również

porusza się tę kwestię uznając eliminowanie bólu za priorytetowe.

Autorzy raportu określili, że satysfakcję chorego w największym stopniu budują relacje z personelem, zrozumiałe prowadzenie po kolejnych etapach diagnostyki i terapii. Cytowany w mediach Piotr Kuskowski, autor raportu sugeruje, że szpitale kliniczne i prywatne przychodnie, dzięki dostarczaniu pacjentom lepszych doświadczeń, zyskują ambasadorów, nie przez większy budżet, ale dzięki kulturze organizacyjnej zorientowanej na pacjenta, w przypadku podmiotów klinicznych to 49% zadowolonych chorych, w opiniach dotyczących szpitali wojewódzkich i specjalistycznych 28%, szpitali miejskich i powiatowych 22%⁵. Rangę każdego podmiotu i jego promocję buduje zadowolenie pacjenta, a wbrew pozorom, może mieć to również przełożenie na wymiar finansowy danej placówki, szczególnie w kontekście świadczeń Nielimitowanych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

⁵ [Raport badawczy Siemens Healthineers „Doświadczenia pacjenta w Polsce” - Siemens Healthineers Polska \(siemens-healthineers.com\)](#) [dostęp: 06.01.2023.]

W USA wg. przytoczonego raportu, 69% szpitali posiada liderów programu zarządzania doświadczeniami pacjenta, tzw. Chief Experience Officer, a 88% szpitali zatrudnia pełnoetatowych pracowników odpowiedzialnych za tę problematykę, co może wynikać też z rynkowego charakteru ochrony zdrowia w Stanach Zjednoczonych. Docelowo może to być wzorzec uniwersalny dla wszystkich modeli systemów ochrony zdrowia.

Projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej, wywołujący wiele dyskusji w środowisku, zawiera odpowiedzi na część problematyki i może stanowić uzupełnienie działań z zakresu tzw. „kompetencji miękkich”, czyli szeregu umiejętności psychospołecznych, takich jak choćby wysokiej kultury osobistej, komunikatywności, umiejętności spokojnego i rzeczowego przybliżania pacjentom ich sytuacji zdrowotnej, możliwych objawów i powikłań, przedstawiania im propozycji diagnostyki i leczenia.

W pracy zostaną przedstawione przyczyny, które stają się barierą zmian, ale też sprawdzone rozwiązania, które wyróżniają poszczególne podmioty oraz wnioski dla

całokształtu procesu terapeutycznego, budowania wizerunku i reputacji podmiotu oraz poczucia partnerstwa, z jakim pacjent powinien postrzegać przychodnie i szpitale.

Jeśli zrozumiemy doświadczenia chorego, będziemy mogli w pełniejszy sposób koncentrować na nich wprowadzane zmiany. Po wejściu w życie ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta, podmioty lecznicze oferujące pacjentom wyższą jakość świadczeń, będą premiowane przez płatnika wyższą wyceną tych samych procedur i zniesieniem ich limitowania⁶.

Jak wskazał o proponowanej ustawie minister zdrowia, Adam Niedzielski: *Projekt ustawy definiuje bardzo szeroko pojęcie jakości w ochronie zdrowia. Ta jakość ma mieć nie tylko wymiar kliniczny, ale również dodaliśmy do niej perspektywę pacjenta i perspektywę zarządczą. Ta perspektywa pacjenta ma się koncentrować na tym, w jaki sposób pacjent jest obsługiwany, np. jak jest traktowany przez personel medyczny, czy udzielane są mu*

⁶ [Sejmowe prace nad projektem ustawy o jakości - YouTube](#)
[dostęp: 21.01.2023.]

informacje pozwalające mu zrozumieć jego sytuację zdrowotną. Chcemy patrzeć na każdy aspekt pobytu pacjenta w szpitalu czy innej placówce ochrony zdrowia. Chcemy, by jakość z punktu widzenia pacjentów była mierzona ankietami⁷.

Zadowolenie i wdzięczność pacjentów, przekłada się również, w pewnym sensie, na satysfakcję personelu udzielającego świadczeń, dlatego praca na rzecz zdrowia chorego jest również działaniem na rzecz podmiotu leczniczego, jego pracowników bądź świadczeniodawców z nim związanych.

Z uwagi na najwyższą rangę zagadnienia doświadczeń pacjenta, czyli wszystkiego, co wydarza się, zostaje spostrzeżone, zrozumiane i zapamiętane przez chorego i jego bliskich podczas kontaktów z systemem opieki zdrowotnej, wszystkie działania na rzecz zarządzania jakością w podmiocie leczniczym powinny być obligatoryjne.

⁷ [Cowzdrowiu - Adam Niedzielski: ustawa o jakości pierwsze czytanie w Sejmie](#) [dostęp: 21.01.2023.]