



Jaką wybrać strategię poprawy jakości funkcjonowania szpitala?

Trudny wybór

John Øvretveit

Doniesienia naukowe wskazują na obecność znaczących, możliwych do uniknięcia szkód na zdrowiu doznawanych przez pacjentów podczas pobytu w szpitalach, które zwiększają ryzyko wystąpienia niepożądanych rezultatów oraz koszty leczenia. Niska jakość świadczeń prowadzi do marnowania zasobów, które mogłyby być przeznaczone na świadczenia dla większej liczby pacjentów, a także do pogłębiającej się krytyki ze strony społeczeństwa w odniesieniu do jakości opieki zapewnianej przez szpitale. Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom i personelowi medycznemu oraz poprawa jakości są ogólnonarodowymi celami, jakie stawiają sobie systemy ochrony zdrowia w krajach rozwiniętych i rozwijających się w odpowiedzi na badania naukowe ujawniające niską jakość, na wzrost oczekiwań świadczeniobiorców, zainteresowanie mediów oraz przekonanie, że istnieją efektywne metody poprawy jakości i bezpieczeństwa.

Instytucje rządowe i płatnicy coraz częściej oczekują od świadczeniodawców wprowadzania systemów jakości i strategii jej poprawy. Niektórzy menedżerowie oraz lekarze również są przekonani, że można i wręcz należy podejmować działania w tym zakresie, bez względu na różnego rodzaju trudności zewnętrzne.

Znanych jest wiele sposobów zapewnienia bezpieczeństwa i poprawy jakości. Niektórzy sądzą, że pieniądze powinny być w większym stopniu inwestowane w zwiększanie liczby personelu, inni są zdania, że robienie tego samego w zwiększonym wymiarze nie przyniesie poprawy jakości. Które więc strategię należałoby uznać za najwłaściwszą i najbardziej opłacalną dla szpitali w ich rzeczywistej sytuacji? Które sposoby poprawy jakości powinny stać się przedmiotem promowania ze strony władz?

Poniższy tekst nie jest przeglądem systematycznym wszystkich dostępnych badań nad zagadnieniami jakości, ale raportem-syntezą różnych rodzajów wiarygodnych doniesień na temat strategii poprawy jakości w szpitalach. Zamiarem autora było dostarczenie decydom aktualnej wiedzy pozwalającej wesprzeć formułowanie, wdrażanie i ocenę tych strategii. Identyfikacja wielu badań pozwala spojrzeć z dystansu na deklaracje ordyników poszczególnych strategii i może pomóc w uniknięciu kosztownych pomyłek, wynikających z wyboru złej strategii lub jej niewłaściwego wdrożenia. Nie istnieją silne dowody naukowe na to, które strategię są efektywne. Bardzo trudne jest dokonywanie wiarygodnych porównań między strategiami. Niemniej są dostępne badania, które dają cząstkową ocenę rezultatów, opisując różne rodzaje strategii i sugerując sposoby ich wdrażania.

Co to jest strategia poprawy jakości funkcjonowania szpitala?

Regionalna lub ogólnokrajowa strategia poprawy jakości jest to długofalowy (2–5 lat) program zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów i personelu oraz poprawy jakości funkcjonowania szpitala. Niniejsze opracowanie powstało w oparciu o identyfikację danych (wyników badań) na temat istoty, wdrażania i osiągniętych rezultatów, zarówno w odniesieniu do konkretnych strategii zastosowanych przez jeden szpital, jak i strategii poprawy jakości obejmujących grupy szpitali. Pojęcie strategii poprawy jakości, w odróżnieniu od narzędzia poprawy jakości jest to raczej reprezentowane przez organizację podejście do zagadnienia jakości, niż specyficzna metoda wykorzystywana do osiągnięcia określonego celu. Dlatego też program zewnętrznej oceny szpitala jest strategią, a metoda przeprowadzania tej oceny jest narzędziem w rozumieniu specjalistów w dziedzinie jakości. W przeciwieństwie do strategii, narzędzie poprawy jakości można poddać testom pilotażo-

wym. *Benchmarking* jest zarówno narzędziem, jak i strategią. Światowa Organizacja Zdrowia prowadzi aktualnie prace nad syntezą badań nad narzędziami poprawy jakości.

Co to jest dobra i zła strategia poprawy jakości funkcjonowania szpitala?

Poddając ewaluacji strategię należy zidentyfikować alternatywne rozwiązania i osądzić ich rezultaty w oparciu o dowody naukowe i przejrzyste kryteria. W przygotowaniu niniejszego raportu posłużono się następującymi kryteriami oceny strategii: łatwość i koszty wdrażania, skutki dla personelu medycznego, wyniki realizacji świadczeń i obniżka kosztów. Źródła informacji, omawiające powyższe zagadnienia, wykorzystane w niniejszym raporcie zostały uszeregowane w sposób malejący, mając za podstawę kryterium ich wiarygodności jako dowodów naukowych. I tak, do silnych dowodów (E 1.) zaliczono zgodne doniesienia co najmniej dwóch badań naukowych o wysokiej jakości, do dowodów umiarkowanych (E 2.) – zgodne doniesienia co najmniej dwóch badań naukowych o zadowalającej jakości, do dowodów ograniczonych (E 3.) – jedno dostępne doniesienie naukowe, lub częściowo sprzeczne doniesienia wielu badań. Za jeszcze słabsze (E 4.) uznano dowody dotyczące samego procesu wdrażania, czyli opis wdrażania na podstawie zgromadzonych i przeanalizowanych danych z zastosowaniem zasad analizy naukowej. Raporty własne zostały zakwalifikowane jako E 5., łącznie z doniesieniami niespełniającymi zadowalających wymagań naukowych, a brak jakichkolwiek dowodów jako E 6.

Słowa kluczowymi użytymi podczas wyszukiwania źródeł informacji były *hospital quality strategy*, *hospital quality programme*, *quality strategy*, *quality assurance*. Wyszukiwanie objęło publikacje z lat 1991–2003 w następujących bibliograficznych bazach danych: *Medline*, *CINAHL*, *Kings Fund*, *HELMIS & Dh Data*, *Pubmed*, *European clearing house on health system reform (ECHHSR)*, *Bandolier management*, *Wisdom Center*, *Social Science Information Gateway*, *PsyInfo Direct*, *Web of Science*, *Emerald*, *Science Direct*, *Ovid*, *The Manager's Electronic Resource Center*. Pełny wykaz wykorzystanej literatury oraz informacje dotyczące technicznej strony sporządzania raportu znajdują się u tłumacza.

Wyniki uzyskane na podstawie badań naukowych oraz innych źródeł informacji

Jakie strategię poprawy jakości powinny być stosowane w celu osiągnięcia poprawy jakości i bezpieczeństwa pacjentów na terenie szpitali?

Poniżej wymienione są, opisywane w literaturze, strategię poprawy jakości.

Zwiększenie zasobów: zwiększenie nakładów finansowych, liczby personelu, pomieszczeń lub sprzętu, wykorzystywanych przez szpital lub system ochrony zdrowia, w celu zwiększenia liczby udzielanych świadczeń lub poprawy jakości, organizacji i obniżenia kosztów przypadających na jednego pacjenta.

Reorganizacja na dużą skalę lub reforma finansowa: zmiana struktury szpitala lub systemu ochrony zdrowia w kierunku przystosowania go do łatwiejszego podejmowania decyzji i lepszego wykorzystania zasobów. Zmiany w systemach finansowania są również traktowane jako środki wiodące do poprawy jakości.

Wzmocnienie sektora zarządzania: poprawa jakości poprzez zwiększenie zakresu uprawnień, odpowiedzialności i kompetencji kierownictwa. Czasami jest ono stosowane jako element innych typów strategii.

Standardy i wytyczne: opracowywanie standardów obejmujących zakresem to, czego należy oczekiwać od świadczeniodawców, ich rozpo-

mów zarządzania jakością. Konstrukcja tych systemów wykazuje zróżnicowanie pomiędzy krajami, ponieważ nie ma uniwersalnych standardów, obejmujących wszystkie fazy projektowania.

Ocena jakości i akredytacja, wewnętrzna lub zewnętrzna: istnieje wiele systemów oceny jakości; najlepiej znanym w Europie jest system Europejskiej Fundacji Zarządzania Jakością (EFQM) oparty na amerykańskim systemie Nagrody Baldrige'a. Strategia polega na dobrowolnej lub obowiązkowej zewnętrznej ocenie jakości w wykonaniu niezależnej organizacji lub agencji rządowej. Proces ten może, ale nie musi, prowadzić do uzyskania formalnej akredytacji. Programy akredytacyjne różnią się między sobą tym, które aspekty funkcjonowania szpitali podlegają ocenie oraz czy są uwzględniane wskaźniki jakości. Według opinii niektórych ekspertów, programy akredytacji szpitali nie są dobrym sposobem wydatkowania środków przeznaczonych na poprawę jakości w krajach rozwijających się, o niskim poziomie dochodów.

„ Poddając ewaluacji strategii należy zidentyfikować alternatywne rozwiązania i osądzić ich rezultaty w oparciu o dowody naukowe i przejrzyste kryteria „

wszechnianie, wdrażanie i szkolenia w tym zakresie. Za przykład mogą posłużyć m.in. krajowe standardy (*National Standards Framework*) w Wielkiej Brytanii, oraz wytyczne praktyki klinicznej dla różnych grup schorzeń. Do tej kategorii zalicza się większość medycznych i klinicznych audytów oraz przedsięwzięcia pod nazwą zapewnianie jakości (*quality assurance*) oraz kliniczne ścieżki diagnostyczno-terapeutyczne (*clinical pathways*).

Wzmocnienie praw i pozycji pacjenta: udzielanie głosu pacjentom, np. poprzez wprowadzenie systemu składania skarg lub monitorowanie stopnia zadowolenia pacjentów, a także podawanie do publicznej wiadomości, czego mogą oni oczekiwać od świadczeniodawców. Można tu także zaliczyć metody wzmocnienia pozycji pacjentów przez nadawanie im uprawnień, reprezentacji lub gwarancji spełnienia pewnych warunków, np. prawo do uzyskania porady w ciągu 30 min od zgłoszenia się do izby przyjęć, czy *Karta praw pacjenta* w Wielkiej Brytanii z początku lat 90. W krajach skandynawskich również funkcjonują prawa i gwarancje dla pacjentów oraz istnieje funkcja rzecznika praw pacjenta.

System zarządzania jakością: określa odpowiedzialność za poziom jakości oraz wprowadza struktury i systemy jej zapewniania. Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna (ISO) opracowuje normy i wytyczne, wykorzystywane przez niektóre europejskie szpitale do projektowania syste-

Kompleksowe zarządzanie jakością (TQM, Total Quality Management) i ustawiczna poprawa jakości (CQI, Continuous Quality Improvement): TQM jest zespołem zasad i metod stosowanych na wiele różnych sposobów, wywodzącym się z ogólnooorganizacyjnych programów poprawy jakości w przemyśle. Strategia ta koncentruje się na uzyskaniu pełnego zaangażowania personelu oraz zapewnieniu pacjentom zadowolenia i najlepszych wyników świadczeń. Multidyscyplinarne zespoły pracowników posługują się narzędziami jakości w procesach dokonywania zmian, a cały proces wymaga silnego kierowniczego przywództwa. TQM opiera się na przekonaniu, że problemy jakości są częściej wynikiem złej organizacji niż indywidualnych niedociągnięć. W większości opracowań stawia się znak równości między TQM i CQI, chociaż ta ostatnia niekiedy bywa odnoszona do działalności, polegającej na analizie procesów i posługiwaniu się cyklicznym testowaniem wprowadzanych zmian o niewielkim zasięgu.

Kręgi jakości: krajowe lub regionalne strategii spotykane w Australii, Norwegii, Szwecji i Wielkiej Brytanii. Strategia polega na tworzeniu zespołów, zaangażowanych w projekty poprawy jakości, złożonych z przedstawicieli wielu różnych szpitali. Zwykle zespoły te spotykają się co 3 miesiące, po to, aby uczyć się od siebie stosowania metod poprawy jakości i składać sprawozdania z postępu

” Strategie zapewniania bezpieczeństwa pacjentom często zawierają elementy zarządzania ryzykiem, a także szeroki zakres zapożyczonych z innych sektorów metod gromadzenia i analizowania zdarzeń niepożądanych oraz popełnionych błędów ”

realizacji własnych projektów. Strategia ta jest odpowiedzią na zapotrzebowanie na ekonomiczny sposób uczenia się modeli efektywnej praktyki i metod poprawy jakości, stymulowania entuzjazmu i szybszego, w porównaniu do TQM/CQI osiągnięcia rezultatów.

Re-engineering: wykorzystuje pewne metody TQM, ale polega na bardziej radykalnej restrukturyzacji procesów.

Porównywanie wskaźników jakości: może być wykorzystywane przez szpital uczestniczący w programie gromadzenia porównawczych danych lub jako porównanie różnych szpitali gromadzących i raportujących dane na ten sam temat.

Benchmarking: polega na porównywaniu informacji na temat jakości, z zastosowaniem dodatkowych metod umożliwiających świadczeniodawcom podejmowanie decyzji na temat dróg jej poprawy. Istnieją specyficzne metody do identyfikowania, dokumentowania i stosowania najlepszych praktyk.

Zarządzanie ryzykiem: identyfikuje procedury i sytuacje o wysokim ryzyku, które narażają szpital na ryzyko finansowe w efekcie występowania pacjentów o rekompensatę z tytułu poniesionych szkód. Obejmuje ono metody identyfikowania przyczyn zdarzeń niepożądanych. Strategie zapewniania bezpieczeństwa pacjentom często zawierają elementy zarządzania ryzykiem, a także szeroki zakres zapożyczonych z innych sektorów metod gromadzenia i analizowania zdarzeń niepożądanych oraz popełnionych błędów, aby na tej podstawie wdrożyć systemy zapobiegawcze.

Jakie są dowody na użyteczność poszczególnych strategii poprawy jakości?

Nie istnieją przekonujące dowody na efektywność którejkolwiek ze strategii. Dostępne są pewne dowody z ankiet kierowanych do świadczeniodawców na temat oczekiwań i percepcji wyników, oraz opisowe opracowania na temat poszczególnych strategii, zwykle jednak są to raporty własne. Wyszukiwanie dowodów na potrzeby niniejszego raportu zaowocowało znalezieniem różnych rodzajów doniesień poświęconych poszczególnym typom strategii. Ograniczenia czasowe nie pozwoliły na pełny przegląd literatury dla każdego z nich. Zamieszczone poniżej stwier-

dzenia, o *braku istniejących dowodów* oznaczają, że nie zidentyfikowano silnych dowodów, a nie, że nie istnieją w ogóle dowody żadnego rodzaju – większość opracowań autorstwa menedżerów lub kierowników projektów nie charakteryzuje się po prostu odpowiednią jakością, wymagając do zaliczenia w poczet badań naukowych – kwalifikowane są jako *raporty własne* o najniższej sile (E 5.).

Zwiększanie zasobów

Istnieją dowody na to, że zwiększanie zasobów może skrócić czasy oczekiwania na uzyskanie świadczeń, ale nie ma zgodności co do tego, czy skrócenie to ma rzeczywisty związek z podwyższonymi nakładami, a w szczególności, czy czas oczekiwania może być uznany za cechę jakości. Istnieją natomiast dowody na to, że ograniczenie zasobów może mieć wpływ na poziom jakości. Pełny przegląd badań na ten temat przekroczyłby ramy niniejszego raportu.

Reorganizacja

Nie istnieją dowody na to, że strukturalna reorganizacja na dużą skalę może poprawić jakość. Istnieją ograniczone dowody (E 3.) na to, że jakość w niektórych specjalnościach poprawia się powyżej pewnego poziomu obciążenia pacjentami, oraz że łączenie się szpitali może to obciążenie zwiększyć, ale nie istnieją badania wykazujące w przekonujący sposób, że łączenie się ma samo w sobie wpływ na poprawę jakości. Reorganizacja procesów na małą skalę, przez zaangażowane w nie zespoły, może prowadzić do poprawy jakości, a dowody przedstawione są poniżej przy omawianiu TQM/CQI. Nie istnieją dowody na to, że zmiany metod finansowania mogą poprawić jakość, są natomiast na to, że jakość może w pewnych przypadkach ulec pogorszeniu. Pełny przegląd badań na temat reorganizacji na dużą skalę przekroczyłby ramy niniejszego raportu.

Wzmocnienie roli kierownictwa

Nie istnieją dowody na to, że wzmocnienie kompetencji, zwiększenie odpowiedzialności za zagadnienia jakości oraz zakresu uprawnień, prowadzi do poprawy jakości, ale są to posunięcia

” Jako główne czynniki ułatwiające przeprowadzanie audytów wymieniano nowoczesne systemy dokumentacji elektronicznej, efektywne szkolenia, oddany personel, przeznaczenie na ten cel wydzielonych zasobów czasowych, szczegółowe programy oraz dialog pomiędzy płatnikami i świadczeniodawcami ”

czasem wykorzystywane jako składowe innych strategii (Wielka Brytania, *clinical governance*). Pełny przegląd badań na ten temat przekroczyłby ramy niniejszego raportu.

Opracowywanie i wdrażanie standardów i wytycznych

Wiele opracowań dotyczących wpływu lokalnych audytów (ocena zgodności praktyki z wdrażanymi standardami) prezentuje pozytywne wyniki, ale najczęściej opracowania te nie spełniają wymagań standardów naukowych (E 5.). Żadne z opracowań oceniających rezultaty audytu na poziomie całego szpitala lub ogólnokrajowym nie dostarcza wystarczająco silnych dowodów w tym zakresie. Przegląd 93 opracowań prowadzi do wniosku, że audytowanie może stanowić wartościową pomoc dla każdego programu poprawy jakości, ale istnieje potrzeba *zwartej strategii nakierowanej na rozwój koncepcji efektywnych audytów*. Do postrzeganych korzyści z audytowania zalicza się poprawę w zakresie komunikowania się i opieki nad pacjentem, wzrost satysfakcji zawodowej i poprawę procesów zarządzania. Niekorzystne jest wg ankietowanych zmniejszenie utożsamiania się lekarzy z praktyką, obawa przed odpowiedzialnością prawną, podejrzliwość i izolacja zawodowa. Główne bariery to brak zasobów, brak znajomości zasad projektowania i prowadzenia audytu, utrudnienia organizacyjne. Jako główne czynniki ułatwiające przeprowadzanie audytów wymieniano nowoczesne systemy dokumentacji elektronicznej, efektywne szkolenia, oddany personel, przeznaczenie na ten cel wydzielonych zasobów czasowych, szczegółowe programy oraz dialog pomiędzy płatnikami i świadczeniodawcami.

Przegląd systematyczny ocen efektów wdrażania wytycznych w dziedzinie pielęgniarstwa, przeprowadzony w ramach *Cochrane Collaboration* przez EPOC (*Effective Practice and Organisation of Care Group*) ostrożnie podsumowuje, że w wyniku stosowania wytycznych można uzyskać pozytywne zmiany w procesach opieki i jej wynikach. Nie stwierdzono różnic w odniesieniu do efektów osiągniętych w wyniku postępowania się protokołami w wybranych obszarach praktyki pomiędzy różnymi grupami zawodowymi (E 2.). Jedno szerokie, dobrze zaprojektowane, kontrolne badanie randomizowane ujawniło, że oparta na wytycznych edukacja w zakresie wykrywania i leczenia depre-

sji w opiece podstawowej w Wielkiej Brytanii nie przyniosła oczekiwanych rezultatów.

Strategie, oparte na wprowadzeniu do praktyki standardów i wytycznych są proste, zrozumiałe i szeroko akceptowane, ale wymagają dużych nakładów i istnieje niebezpieczeństwo, że standardy będą formułowane bez uwzględniania konieczności przeznaczenia na ten cel odpowiednich nakładów oraz specyfiki warunków, w których mają być wdrażane. Te czynniki, wraz z brakiem nadzoru, brakiem podejmowania odpowiednich działań oraz konsekwentnej realizacji zadań w tym zakresie przez kierownictwo, mogą prowadzić do utraty zaufania do praktycznej przydatności standardów i wytycznych.

Wzmocnienie praw i pozycji pacjenta

Brak jest dowodów wspierających strategię tego typu. Nie ma również dowodów odnośnie użyteczności i kosztów akcji badania stopnia zadowolenia pacjentów. Jeden przegląd na podstawie 195 doniesień na temat tego zagadnienia stwierdza, że tylko nieliczne z nich są wiarygodne i przedstawiające faktyczny obraz zagadnienia.

System zarządzania jakością

Chociaż jest to jedna z najbardziej popularnych w Europie strategii, dostępne są tylko raporty własne w tym zakresie, natomiast brak jest silnych dowodów skuteczności. Niektóre opracowania określają system Europejskiej Fundacji Zarządzania Jakością jako *system zarządzania jakością* i donoszą o jego korzyściach głównie w postaci podnoszenia świadomości pracowników w zakresie wszechstronnego podejścia do zagadnień jakości. W Wielkiej Brytanii program *clinical governance* (rozliczania zakładów opieki zdrowotnej ze stałej poprawy jakości świadczonych usług w oparciu o wszechstronny, szczegółowy plan działań i stwarzania sprzyjających warunków w tym zakresie, *przyp. tłum.*) wymaga, podobnie jak norweska strategia jakości, wdrożenia systemu zarządzania jakością, ale chociaż w literaturze poświęca się wiele miejsca dyskusji na te tematy, nie ma na ich temat silnych dowodów skuteczności, popartych odpowiednimi badaniami.

Wewnętrzna i zewnętrzna ocena jakości, akredytacja

Wyczerpujące opracowanie na temat programów akredytacyjnych, sporządzone przez ISQA

dla WHO w 2001 r., wymienia 14 programów akredytacyjnych, działających w 12 krajach europejskich i stwierdza, że połowa z nich jest finansowana przez rządy i w coraz większym stopniu wykorzystywana do celów regulacji i wywiązania się ze zobowiązań wobec społeczeństwa, niż jako forma dobrowolnego samodoskonalenia się.

Badanie z 1990 r. nie wykazało związku między poziomem śmiertelności (USA, HCFA) i jakością funkcjonowania szpitala mierzoną posiadaniem akredytacji. Nie istnieją bardziej aktualne doniesienia uwzględniające ewolucję programów akredytacyjnych w kierunku, np. włączania do nich niektórych wskaźników oceny funkcjonowania szpitali.

Nie istnieją silne dowody potwierdzające osiągnięcie celów jakości w wyniku stosowania Nagrody Baldrige'a lub programu poprawy jakości wg Europejskiej Fundacji Zarządzania Jakością (EFQM), istnieje natomiast wiele raportów z pozytywnymi doświadczeniami przy stosowaniu tych systemów jako elementów lub jedynych wprowadzanych strategii.

TQM i CQI

Większość dowodów w tym obszarze dotyczy strategii, identyfikowanych jako TQM lub CQI przez menedżerów szpitali lub lekarzy. Jednakże, brak jest silnych dowodów potwierdzających ich skuteczność. Jeden z amerykańskich przeglądów oparty na ankietowaniu donosi, że: *żaden z ekspertów do spraw jakości, nie mógłby zidentyfikować organizacji ochrony zdrowia, która w fundamentalny sposób poprawiła swoje funkcjonowanie poprzez zastosowanie CQI (lub jakichkolwiek innych środków). Po prostu w tym sektorze nie ma w tym temacie przykładów sukcesów ogólnooorganizacyjnych.*

Badania przeprowadzone w USA, obejmujące 67 szpitali stosujących TQM ujawniły, że po dwóch latach, wyniki udzielania świadczeń nie różniły się znacząco od wyników szpitali wchodzących dopiero na drogę wdrażania programów TQM/CQI. Inne badania amerykańskie na 61 szpitalach stwierdziły, że programy TQM w sposób znaczący nie spełniły pokładanych w nich nadziei na poprawę jakości zawodowej personelu medycznego. Po średnio 3,6 latach, mniej niż 30 proc. z nich przeprowadziło analizę jakości klinicznej, i tylko 14 proc. lekarzy wzięło udział w szkoleniach w 43 proc. z przebadanych szpitali. Późniejsze badania komentowały: *Chociaż obserwuje się wzrastającą liczbę opisowych i opinio-twórczych przykładów w literaturze... nie istnieją w dalszym ciągu systematyczne dowody, demonstrujące wyższość CQI/TQM w stosunku do istniejących lub alternatywnych sposobów podejścia do zagadnień utrzymania i poprawy jakości.* Nieliczne publiczne organizacje ochrony zdrowia w USA lub Europie wprowadziły pełne programy TQM, chociaż istnieją przykłady wielu inicjatyw o mniejszym zasię-

gu, również określanym mianem programów TQM. Jedną z niewielu opisanych długofalowych ewaluacji, obejmuje wybrane szpitale i środowiskowe ośrodki ochrony zdrowia w Wielkiej Brytanii, które wzięły udział w organizowanym przez *National Health Service* oraz Departament Zdrowia i Opieki Społecznej pilotażowym programie wdrażania TQM. Badania te wykazały, że:

- 3 z 20 organizacji ponownie rozpoczęły od podstaw proces wdrażania po dwóch latach od jego pierwszego wprowadzenia i wdrażają obecnie TQM wg Deminga;
- wiele organizacji nie wprowadziło pełnej strategii TQM, ale inicjatywy na mniejszą skalę na poziomie działów i niektórych grup zawodowych;
- zaobserwowano pewne zmiany w podejściu do zagadnień jakości oraz rozumieniu przez personel metod jej poprawy;
- nakłady zainwestowane w program TQM stanowiły pomiędzy 5 proc. i 10 proc. nakładów przeznaczonych na ten cel w dwóch porównywalnych organizacjach spoza sektora ochrony zdrowia;
- szkolenia w zakresie podstawowego zrozumienia zagadnień jakości, metod poprawy jakości oraz doskonalenia procesów były bardzo ograniczone;
- tylko jedna organizacja zadeklarowała odczuwalną poprawę, ale nie posiadała mierzalnych dowodów w zakresie zmian obejmujących jej procesy i wyniki;
- tylko 4 organizacje były w stanie włączyć do programu personel medyczny;
- większość programów stopniowo zanikała z powodu ciągłych zmian personelu, restrukturyzacji, zbyt niskich nakładów i słabego zarządzania procesami programów.

Podobne obserwacje są przytoczone przez 4-letnie badanie przeprowadzone na ten temat w 6 norweskich szpitalach. Wykazano m.in. trudności, na jakie entuzjastycznie nastawieni do programu menedżerowie i lekarze musieli napotykać w czasie poświęconym na potrzeby tego programu.

Przegląd dotyczący klinicznego zastosowania CQI w USA obejmował 41 pojedynczych i 13 wielośrodkowych studiów badawczych, stosujących w większości metodę oceny lekarzy przed i po interwencji. Przyjmując do wiadomości słabe strony tego typu badań, przegląd potwierdził istnienie dowodów osiągnięcia poprawy jakości i wydajności ekonomicznej. Przegląd ten podkreślał wysiłek i koszty potrzebne do osiągnięcia dobrych rezultatów, nieobiektywność publikacji oraz to, że w dalszym ciągu oczekuje się potwierdzenia wpływu programu na jakość w skali całych organizacji. Jedną ewaluacją nowej polityki na podstawie 24 studiów pilotażowych narodowego programu wdrażania poprawy jakości w oparciu o CQI w Wielkiej Brytanii, określiła szeroki rozrzut krótko- i długofalowych

efektów jako spowodowanych *silną pozycją zawodową lekarzy, inercją płynącą z rutyny w wypełnianiu obowiązków zawodowych oraz stopniem wysiłku, jaki jest niezbędny do wdrożenia nowych procesów*. Zalecenia sformułowane przez przegląd obejmowały m.in. jednoczesne stymulowanie zmian na poziomie indywidualnym, zespołowym, organizacyjnym i systemowym, oraz wskazywały potrzebę wykreowania przeświadczenia wśród personelu, że on również, nie tylko pacjenci, odniesie korzyści w wyniku procesów poprawy.

Inne opracowania próbujące wyjaśnić, dlaczego programy TQM/CQI wydają się być trudne do zastosowania w publicznym sektorze ochrony zdrowia, zwracają uwagę na utrudnienia finansowe, istnienie obok siebie w organizacji trzech różnych hierarchii zawodowych – administracji, lekarzy i pielęgniarek – w przeciwieństwie do jednej hierarchii w sektorze przemysłowym, oraz na opór ze strony personelu medycznego przeciwko poddaniu się kontroli jakościowej kierownictwa, stanowiącej zagrożenie autonomii zawodowej.

Kręgi jakości

Pojedynczy raport z działania dwóch amerykańskich kręgów dla opieki terminalnej donosi, że 47 zespołów wprowadziło *kluczowe zmiany dla poprawy opieki*, np. 60-proc. zmniejszenie liczby pacjentów odczuwających ból większy niż 5 punktów wg 10-punktowej skali. Inne badania wykazały podobną poprawę, ale jakość dowodów jest łatwa do podważenia, gdyż dane były gromadzone przez zainteresowane zespoły, nie spełniając naukowych standardów gromadzenia danych oraz ich niezależności.

Re-engineering

Nie istnieją dane na temat programów *re-engineeringu* obejmujących całe szpitale. Nie stwierdza się doniesień na temat wielośrodkowych strategii wykorzystujących to podejście do poprawy jakości. Istnieją wczesne doniesienia na temat uwieńczonych sukcesem projektów tego typu, ale niepodające pełnego wykazu kosztów i korzyści. Najlepsze studium naukowe przeprowadzone w Wielkiej Brytanii przytacza pewne korzyści, ale jednocześnie sygnalizuje znaczenie i trudność uzyskania ciągłego wsparcia ze strony lekarzy. To spostrzeżenie przewija się w wielu badaniach na temat wielu strategii.

Porównywanie wskaźników jakości

Przegląd zagadnień związanych ze stosowaniem danych porównawczych oceniających jakość wykazał, że zróżnicowanie między szpitalami wynikało raczej z artefaktów samych danych, niż z rze-

czywistych różnic w poziomie jakości. Najnowszy amerykański przegląd wszystkich opublikowanych systemów porównywania danych wykazał, że korzyści i problemy walidacji wyników nie były warte poniesionych kosztów.

Wyżej wymienione oraz inne badania nad grupami danych stosowanych do przeprowadzania porównań wskazują, że rutynowo stosowane dane określające jakość nie są jeszcze dość dopracowane do zastosowania w charakterze strategii poprawy jakości. Jeden ze szpitali brytyjskich opisał zastosowanie u siebie systemu Maryland, przewidując uzyskanie pozytywnych rezultatów w wyniku tej strategii.

Benchmarking

Istnieje niewiele wiarygodnych doniesień na temat strategii *benchmarkingu* w ochronie zdrowia. Jedno badanie amerykańskie opisuje doświadczenia 8 szpitali w tym zakresie i związane z tym problemy z próbą włączenia lekarzy do udziału w projekcie, jednak bez wiarygodnych danych na temat ostatecznych wyników.

Zarządzanie ryzykiem i strategię poprawy bezpieczeństwa

Nie istnieją dowody naukowe na temat efektów tych strategii, chociaż znane są pewne opracowania opisowe i szacunkowe oceny rezultatów przez ekstrapolację z innych gałęzi gospodarki.

Narodowe strategie poprawy jakości

Literatura opisuje kilka istniejących narodowych strategii poprawy jakości, jednak nie w formie ich ewaluacji. Strategia zapoczątkowana w 1998 r. w Wielkiej Brytanii jest najszerzej udokumentowanym programem, natomiast program wprowadzony w Norwegii jest aktualnie najdłuższym działającym, bo od 1995 r. W USA niektóre strategie znalazły wyraz do pewnego stopnia w strategii utrzymania jakości *Medicare* z 1990 r. Aktualne ramy działania w opracowaniu *Institute of Medicine*, nie są właściwym planem, ale zestawem zadań, zasad i przepisów dla amerykańskiego systemu ochrony zdrowia. Wyczerpujący opisowy przegląd różnych strategii był sporządzony przez Międzynarodowe Towarzystwo Jakości w Ochronie Zdrowia (ISQA) dla WHO w 2001 r., zawierając też dodatek na temat *kwestii dotyczących narodowych strategii w krajach rozwijających się*.

Czy istnieją dowody na to, że istnieje strategia poprawy jakości funkcjonowania szpitali, która miałaby przewagę nad pozostałymi?

Nie istnieją naukowe dowody przemawiające na korzyść jednej z wymienionych strategii. Prze-

” Programy ustawicznej poprawy jakości mogą być efektywne, ale są to projekty na małą skalę, które nie obejmują całych szpitali ”

prowadzono niewiele badań oceniających efektywność strategii na terenie jednego lub większej liczby szpitali oraz strategii ogólnokrajowych. Brak takich badań jest wynikiem trudności oceny interwencji, jakimi są strategie oraz udowodnienia, że wyniki są przyczynowo związane z daną strategią, a nie spowodowane innymi czynnikami.

Istnieją badania w zakresie lokalnych projektów zespołowych, które wykazują, że programy ustawicznej poprawy jakości oraz niektóre z pozostałych mogą być efektywne, ale są to projekty na małą skalę, nieobejmujące całych szpitali i niektóre z tych raportów zawierają krótkoterminowe wyniki, zgromadzone przez lekarzy, nie spełniając rygorów doniesień naukowych.

Dostępnych jest wiele publikacji i raportów, które po prostu opisują różne strategie, ale nieliczne z nich podają wiarygodne wyniki. Jeszcze większa jest grupa opracowań autorstwa konsultantów, nauczycieli akademickich i ekspertów, polecających najlepsze rozwiązania, spośród których niektóre są rzeczywiście oparte na solidnym doświadczeniu, ale bardzo niewiele ma podstawy naukowe.

Podsumowując, żadna ze strategii poprawy jakości nie może być zalecana jako najlepsza na tle pozostałych w oparciu o kryteria dowiedzionej naukowo efektywności, łatwości procesu wdrażania ani też opłacalności.

Luki w wiedzy źródłowej i sprzeczność niektórych doniesień

Poszukiwanie materiałów do niniejszego raportu ujawniło następujące fakty:

- istnieje szeroka różnorodność źródeł, obszarów tematycznych i przedmiotowych, które obejmują dyskusję i badania w obszarze zainteresowań. Materiał ten jest rozproszony i dla decydentów i menedżerów trudny do odnalezienia, uzyskania dostępu i oceny pod względem jakości naukowej oraz przydatności dla własnej organizacji;
- wiele artykułów jest po prostu komentarzami ekspertów lub konsultantów, kierujących się własnymi opiniami lub interesem finansowym;
- mało jest badań empirycznych, opisujących strategię lub usiłujących dokonać jej systematycznej oceny. Chociaż zidentyfikowano najważniejsze doniesienia naukowe w tym zakresie, pełny przegląd każdej strategii wykraczałby poza zakresłone ramy niniejszego raportu: niektóre luki powinny zostać wypełnione przy pomocy maksymalnie rozszerzonego wyszukiwania;

- istnieje znaczące zróżnicowanie w poziomie naukowej jakości badań empirycznych, zwłaszcza gdy chodzi o nieliczne doniesienia, skupiające się na rezultatach poszczególnych strategii. Tutaj badania wahają się od 12-osobowych ankiet, poprzez duże badania przekrojowe, oparte na jakościowych wywiadach, wspartych danymi na temat wyników i wielowymiarową analizą;
- większość badań w tym zakresie została przeprowadzona w USA i dotyczy w przeważającej mierze szpitali oraz systemów ochrony zdrowia w sektorze prywatnym. Przenoszenie wniosków z tych badań na warunki innych krajów, a zwłaszcza na warunki publicznych systemów ochrony zdrowia, powinno być dokonywane z dużą ostrożnością.

Brak wysokiej jakości dowodów skuteczności jest częściowo odpowiedzialny za sprzeczne deklaracje na temat przydatności TQM/CQI. Niektórzy komentatorzy zgłaszają brak dowodów, podczas gdy inni utrzymują istnienie dowodów efektywności i opłacalności, chociaż opracowania, jakie przytaczają, dotyczą tylko pewnych aspektów funkcjonowania szpitali, a prezentowane dane nie spełniają wymogów standardów naukowych.

W najnowszym przesłaniu od wydawcy wpływowego czasopisma dotyczącego zagadnień jakości, czytamy: *Na podstawie tego, co wiemy, żaden program poprawy jakości nie ma znamion przewagi, a osiągnięcie i utrzymanie rzeczywistej poprawy wymagałoby wdrożenia pewnych aspektów wielu programów – być może jednocześnie, być może w odpowiedniej kolejności. Po prostu nie wiemy, które z nich stosować, kiedy i czego można się po nich spodziewać.*

Jednym z wniosków niniejszego raportu dla przyszłych badań, jest to, że prowadzący badania powinni zwracać większą uwagę na faktyczny opis wdrażanej strategii, oceniając zaawansowanie wdrożenia z uwzględnieniem różnych czynników, mogących mieć wpływ na przypisywane jej efekty. Uzyskanie silnych dowodów w tym obszarze jest bardzo trudne, nawet w wyniku długofalowych i kosztownych badań, a wszelkie uogólnienia obciążone są dużą niepewnością. Najbardziej przydatne byłyby opracowania z zastosowaniem różnych metod badawczych, oceniających wyniki z różnych punktów widzenia, dokumentujące faktyczny rozwój danej strategii w rzeczywistych warunkach. Inną drogą mogłoby być zidentyfikowanie strategii, które przyniosły sukces i retrospektywny przegląd, w jaki sposób były wdrażane oraz jakie czynniki zadecydowały o ich powodzeniu.

Jakość dowodów wykorzystanych w niniejszym raporcie

Generalnie brak jest wiarygodnych dowodów, zarówno w zakresie rezultatów strategii poprawy jakości w poszczególnych szpitalach, jak i ogólnokrajowych strategii, mających na celu poprawę jakości funkcjonowania szpitali. Prezentowane dowody mają przede wszystkim charakter subiektywnej oceny oraz dotyczą w większości rezultatów w odniesieniu do poszczególnych działów szpitala. W nielicznych opracowaniach dotyczących wyników i kosztów, stosunek przyczynowy nie był wyraźnie ustalony i nie można wykluczyć wpływu innych czynników na opisywane rezultaty. Wydaje się również, że wydawcy czasopism pozbawieni są obiektywizmu i preferują publikowanie pozytywnych przypadków – wyjątkowo pojawiają się opracowania na temat nieudanych przedsięwzięć.

W przykładowym amerykańskim przeglądzie 41 raportów, dotyczących wdrażania TQM/CQI, czytamy:

Istnieje potrzeba przeprowadzenia bardziej wyczerpujących i porównawczych studiów przypadku dotyczących wdrożeń zakończonych powodzeniem (...), jak również dopracowanych badań, które szczegółowo opisują etapy tworzenia uwiarygodzonych sukcesem systemów TQM w sektorze ochrony zdrowia, które jednocześnie podawałyby mierniki mające zastosowanie do oceny funkcjonowania tych systemów. Dane do tych opracowań powinny być uzyskiwane z bezpośredniej obserwacji wdrażania, wywiadów i analizy danych operacyjnych, które prowadziłyby do sporządzenia kwestionariuszy przeznaczonych dla zarządzających placówkami, mogących się poszczycić sukcesami na polu wdrażania TQM.

Przegląd 127 raportów (USA) wskazuje na to, że większość z nich polega jedynie na opisie działań w zakresie poprawy jakości w jednym z działów szpitala. Raport stwierdza, że *artykuły skupiające się przede wszystkim na tym, jak wdrażać, są zbyt ogólne i przynoszą niewiele pożytku menedżerom, do których są adresowane oraz, że brak jest dowodów na efektywność opisywanych programów TQM:*

Pomimo znacznej liczby doniesień, bardzo mało danych potwierdza deklaracje, czynione w odniesieniu do TQM, przypisując programowi wpływ na poprawę funkcjonowania, jakości czy konkurencyjność. Nie ma opublikowanych badań porównawczych i z nielicznymi wyjątkami, wiele opisów przypadków ma wartość anegdotyczną. W literaturze brakuje dobrze zaprojektowanych badań empirycznych, które oceniałyby efekt TQM... Zauważa się brak dowodów na to, że szpitale są zdolne do wprowadzania zmian, obejmujących całą organizację, ani też, że potrafią

wprowadzone zmiany utrzymać i wyciągać z nich zamierzone korzyści.

Pozostaje więc nierozstrzygnięty problem, czy brak dowodów w zakresie rezultatów jest spowodowany brakiem tych rezultatów, brakiem publikacji w tym zakresie, czy też brakiem odpowiednio zaprojektowanych i przeprowadzonych badań, umożliwiających wyciągnięcie wiarygodnych wniosków.

Aktualna debata na temat sposobów poprawy jakości funkcjonowania szpitali

Biorąc pod uwagę brak dowodów i środków finansowych, nie może dziwić, że toczy się nieustająca dyskusja na temat tego, które strategie są lub mogą być efektywne. Jedną z dyskusji dotyczy zagadnienia: które strategie ogólne czy specyficzne: czy dokładnie nacelowane zwiększenie nakładów przyniesie więcej korzyści dla poprawy jakości niż wybrana specyficzna strategia? Wielu przedstawicieli grup zawodowych jest zdania, że najlepszą strategią jest zwiększenie liczby personelu, sprzętu i szkoleń. Zwolennicy innych rozwiązań twierdzą, że *robienie tego samego w zwiększonym wymiarze może czasami przynieść szkodę pacjentom i że systematyczne zastosowanie metod poprawy jakości w obrębie wybranej strategii jest długofalowo bardziej opłacalne.* Debata ma szczególnie ostry przebieg w krajach rozwijających się, gdzie podobnie ubogie i sprzeczne są przesłanki wyboru poszczególnych sposobów poprawy jakości. Dostrzega się coraz wyraźniej, że wspierane z zewnątrz strategie nie utrzymują się, tak jak to się również obserwuje w krajach rozwiniętych. Debata toczy się wokół kosztów programów i potencjalnych oszczędności czy też korzyści, ale nie postuluje się przeprowadzenia analiz ekonomicznych poszczególnych strategii.

Drugi obszar dyskusji obejmuje podejście indywidualne w porównaniu do organizacyjnego. Niektóre strategie koncentrują się na zmianach, dotyczących indywidualnych lekarzy, takich jak szkolenia, wdrażanie wytycznych, podczas gdy inne są zorientowane na zmiany organizacyjne. Zwolennicy tych ostatnich podkreślają, że zmiany w organizacji pracy i procedurach są niezbędne do uzyskania znaczącej poprawy jakości, podczas gdy tradycyjne skupienie się na personelu nie prowadzi do zmian systemu. Jednakże szkolenie zawodowe zajmuje mniej czasu, jest łatwiejsze do wdrożenia i jego efektywność może być łatwo zwiększona przez odpowiedni nadzór. W pewnej mierze ta debata odzwierciedla współzawodnictwo pomiędzy sektorem zarządzającym i lekarskim o *prawo własności i kontrolę nad jakością* oraz uwidacznia, że strategie poprawy jakości przenikają się z kwestiami politycznymi. W praktyce, strategie zorientowane na

indywidualnych członków personelu zależą od zmian organizacyjnych, a strategię zakładającą zmiany organizacyjne wykorzystują wdrażanie wytycznych i szkolenia na indywidualnym poziomie.

Kolejna debata dotyczy zachęt i *klimatu* dla jakości. Jeden punkt widzenia głosi, że poprawę jakości najlepiej osiąga się na drodze otwartej i uczciwej dyskusji na temat luk pomiędzy faktycznym a akceptowalnym poziomem jakości, poprzez nagłaśnianie najlepszych rezultatów i dróg ich osiągania oraz nagradzanie szpitali za poprawę jakości. Inny punkt widzenia podkreśla, że powyższe podejście pochłania zbyt wiele czasu, że świadczeniodawcy charakteryzujący się niską jakością są najmniej chętni do brania udziału w dobrowolnych programach oraz, że władze państwowe mają obowiązek zapewnienia standardów minimalnych i zabezpieczenia społeczeństwa przed niebezpieczną i niską jakościowo opieką. Ten punkt widzenia stanowi wsparcie dla obowiązkowych inspekcji i akredytacji ze stosowaniem sankcji w przypadkach niskiej jakości i nagradzaniem za jej poprawę. Przeciwnicy tego rodzaju rozwiązań są zdania, że szkodzą one otwartemu i pozytywnemu klimatowi, który jest postrzegany jako najbardziej dobroczynny dla poprawy jakości. Istnieje wiele argumentów za i przeciw podejściu *porządkuj, karz i nagradzaj oraz inspiruj i rozwijaj*. Wiele rządów stosuje je jednocześnie, stwarzając problemy swoim agencjom, od których oczekują zarówno nakładania sankcji, jak i zachęcania do otwartego dzielenia się informacjami na temat wartości mierników jakości. Bliski związek z tym zagadnieniem ma problem jawności danych na temat jakości. Krytycy twierdzą, że dane te są mylące, podatne na błędną interpretację i łatwe do fałszowania przez świadczeniodawców oraz, że istnieje większe prawdopodobieństwo osiągnięcia zamierzonego celu poprzez ich wewnętrzną i anonimową dystrybucję. Zwolennicy jawności argumentują, że publikowanie danych ma wpływ na poprawę jakości oraz, że władze państwowe i prowadzący badania nie mają prawa zatajania danych świadczących o złej jakości, które są potrzebne społeczeństwu do dokonywania świadomych wyborów.

Kolejna dyskusja toczy się wokół zagadnienia stosowania *przemysłowych* strategii w ochronie zdrowia. Autorzy opracowań powołują się na wiele różnic utrudniających łatwy transfer. Wraz z rosnącą akceptacją tych metod w ochronie zdrowia, punkt ciężkości dyskusji przesunięty jest teraz na sposoby ich przełożenia i optymalnej adaptacji. Wśród ekspertów w dziedzinie jakości panuje opinia, że dana strategia powinna być dostosowywana do warunków, a rozbieżności dotyczą miejsca,

w którym ta adaptacja traci *witalność*, co znacznie zmniejsza jej ogólną skuteczność.

Inny aspekt dyskusji wokół adaptacji różnych strategii dotyczy stosowania pewnych strategii w krajach innych niż zachodnie, ale o zbliżonych dochodach ludności. Sugeruje się, że wiele metod poprawy jakości jest opartych na zachodnich przesłankach na temat istnienia racjonalnego zarządzania, współuczestnictwa kierownictwa na równi z pracownikami, czego nie obserwuje się w niektórych krajach. W tym miejscu debata dotyka problemu otoczenia kulturowego, warunkującego efektywność strategii w obrębie danego kraju czy też organizacji. W odniesieniu do tej ostatniej panuje zgodność co do tego, że strategia, aby okazać się efektywną musi doprowadzić do zmiany kultury organizacji. Tutaj jednakże zaczyna się kolejna debata na temat definicji *kultury jakości* lub *kultury bezpieczeństwa*, tego czym można ją mierzyć i w jaki sposób zmieniać.

Nie ma zgodności co do tego, które okoliczności towarzyszące inicjatywom z zakresu jakości są najbardziej istotne. Porównawcze badania nad wdrażaniem kompleksowych zmian potwierdziły, że sukces zależy od szeregu czynników lokalnych. Jedyne uogólnienie wynikające z tych badań dotyczy tego, które z tych czynników wydają się być istotne, na które decydenci powinni zwrócić uwagę przy wdrażaniu zmian: nie istnieje ogólny model czy sekwencja etapów, których pokonywanie gwarantuje sukces w każdej sytuacji.

Strategia poprawy jakości funkcjonowania szpitala stwarza warunki mające stymulujący wpływ na inicjatywy i projekty w obrębie organizacji: wiarygodne obserwacje potwierdzają, że projekty CQI wymagają zaangażowania zarówno kierownictwa, jak i personelu, wygospodarowania dla personelu wydzielonego czasu na wdrażanie inicjatyw oraz, że efektywność znacznie wzrasta przy zapewnieniu dobrego dostępu do informacji. Nie istnieje jednoznaczna odpowiedź na to, jakie warunki muszą być spełnione, aby zachęcić szpitale do poprawy jakości. Prawdopodobnie różne warunki mają znaczenie dla poszczególnych typów strategii, ale nie ma opracowań, które mogłyby posłużyć jako rekomendacja użyteczna dla liderów w wyborze strategii dla konkretnych warunków, charakterystycznych dla ich organizacji.

Uwzględniając znaczenie przykładowe do dowodów na temat *ruchu na rzecz jakości*, ich brak jest godny uwagi i ogólnie postrzegany. Nie ma jednak zgody wśród analityków i badaczy, co do tego, jakie rodzaje badań są możliwe i pożądane na tym polu i jakie metody najlepiej nadają się do przeprowadzenia ewaluacji strategii poprawy jakości. Zdania są podzielone i proponowany za-

kres obejmuje zarówno quasi-eksperymentalne badania kontrolowane, jak i bardziej naturalistyczne podejście w kierunku obserwacyjnych badań porównawczych i opisowych. Zalecane jest kojarzenie danych z zakresu wyników, z danymi z zakresu wdrażania procesów. Nie ma na razie jednak odpowiedzi na to, jak dalece te dwa, tak różne podejścia mogą być skojarzone.

Pozostałe aspekty

Prawdopodobnie najbardziej ambitną strategią jest wdrażana obecnie w NHS (publicznym sektorze ochrony zdrowia) w Wielkiej Brytanii. Od 1998 r. strategia ta czerpie ze strategii zwiększania zasobów na potrzeby systemu i jego restrukturyzacji. Skojarzone z tym specyficzne strategie, obejmują ogólnonarodowe wytyczne i standardy praktyki klinicznej, udostępnianie społeczeństwu danych na temat wyników jakości szpitali, wprowadzenie przepisów prawnych nakładających na organizacje ochrony zdrowia *prawne obowiązki jakości* i wymagając od nich wdrażania strategii poprawy jakości i systemów zarządzania jakością, jak również utworzenie narodowego systemu raportowania i analizy zdarzeń niepożądanych. Nie istnieją jednak żadne raporty, zawierające dane na temat dotychczasowych wyników i kosztów tych przedsięwzięć, nie planuje się również żadnych badań w tym zakresie.

Jedno badanie przeprowadzone tamże w 2000 r. z udziałem ok. 20 proc. wszystkich publicznych świadczeniodawców wykazało, że prawie wszystkie miały programy szkoleniowe, lokalne wytyczne, zespoły jakości, system oceny wewnętrznej, a w połowie z nich działał system analizy danych. Mniej niż połowa z nich oceniła swoje programy szkoleniowe i wytyczne jako efektywne.

Norweska strategia poprawy jakości z 1995 r. została poddana weryfikacji, jako punkt wyjścia do nowej, planowanej na 2003 r., ale dotąd nie wydano na ten temat żadnego opracowania. Grupa ekspertów stworzyła zbiór zasad dla narodowej strategii, oparty na przeglądzie inicjatyw brytyjskich od 1985 r.

Najdłużej działające strategie i przynoszące największe sukcesy wg raportów własnych funkcjonują w szpitalach *Reinier de Graaf* w Delft i Maastricht w Holandii, w *Haugesund*, *Kristiansand*, *Tromsø* i *Trondheim* w Norwegii, w *Danderyd* i *Huddinge* w Sztokholmie, w *Leicester Royal Infirmary* w Wielkiej Brytanii, w systemie szpitali w *Monachium* oraz w szpitalach w *Padwie* i *Reggio Emilia* we Włoszech. W Norwegii prowadzone są aktualnie badania, obejmujące 10-letni okres od wprowadzenia strategii poprawy jakości w grupie 6 szpitali.

Istnieje zapotrzebowanie na większą liczbę badań na temat ekonomiki jakości. W sektorze ko-

mercyjnym przeprowadzono badania pod kątem przydatności dla ochrony zdrowia, w celu opracowania modeli *rentowności jakości*, który pomaga ją ocenić koszty i oszczędności związane z wdrożeniem strategii oraz rentowność inwestycji.

Wnioski

Należy stwierdzić, że istnieje niewiele przydatnych i dostępnych badań naukowych na temat efektów strategii poprawy jakości szpitali. Niektóre z nich są przydatne z punktu widzenia identyfikacji, planowania i wdrażania właściwej strategii. Dwa opracowania przedstawiają spełniające wymagania naukowe dane na temat strategii typu TQM, ale wykazują one niewielkie zmiany na lepsze po dwóch latach.

Dostępne są opracowania na temat pojedynczych interwencji, jak wdrażanie wytycznych, sugerujące większą skuteczność złożonych strategii. Nie istnieją podstawy do wskazania jednej *najlepszej* strategii. Niniejszy przegląd dostępnych badań naukowych sugeruje, że strategia będzie tym bardziej skuteczna, im bardziej świadomy będzie jej wybór spośród alternatywnych opcji, im lepiej będzie zaadaptowana do określonej sytuacji, weryfikowana i dostosowywana do zachodzących zmian i konsekwentnie realizowana przez zaangażowane kierownictwo. Należy traktować jako jednakowo ważne polityczne i finansowe uwarunkowania jakości i bezpieczeństwa, oraz aktywność i przejrzystość zarządzania w zapewnianiu równowagi pomiędzy ilościowymi, jakościowymi i kosztowymi aspektami usług.

Wnioski dla polityki jakości

Główne zalecenia z niniejszej syntezy literatury oparte są na nielicznych wiarygodnych opracowaniach, prezentujących efekty badanych strategii oraz na krytycznej analizie literatury opisowej:

- szpitale powinny zdecydować, który sposób poprawy jakości jest dla nich odpowiedni, w wyniku dokonania oceny własnego poziomu jakości i bezpieczeństwa i po przeanalizowaniu różnych strategii pod kątem ich przydatności dla stanu faktycznego;
- podczas przeglądu strategii szpitale i rządy powinny kwestionować deklaracje ich orędowników, ponieważ za żadną z tych strategii nie stoją silne dowody na efektywność;
- powinno się doceniać znaczenie doświadczenia jako jednej z form dowodów niżej postawionych w hierarchii, nie zapominając jednak o komercjalizacji *przemysłu jakości* w ochronie zdrowia;
- osoby odpowiedzialne za podejmowanie decyzji powinny mieć świadomość, że te same strategie, zastosowane w różnych warunkach lub jednost-

kach organizacyjnych mogą przynosić różne wyniki, nawet przy pełnym wdrożeniu. Należy mieć na uwadze wszelkie warunki wdrażania, w tym warunki finansowe i kulturowe;

- wybrana strategia poprawy jakości powinna podlegać regularnemu przeglądowi i być dostosowywana do zmieniającej się sytuacji i reakcji pracowników. Powinny być podejmowane wysiłki zmierzające w kierunku oceny, czy brak rezultatów jest wynikiem błędnej strategii, nieprawidłowego wdrażania czy braku upływu wystarczająco długiego czasu potrzebnego do zaobserwowania oczekiwanych wyników. Dokładne monitorowanie w oparciu o duży zakres informacji znacznie ułatwia ocenę;
- jest wielce prawdopodobne, że konsekwentne trzymanie się jednej strategii z niezbędnymi modyfikacjami jest bardziej efektywne niż zmiana na nową. Duże znaczenie odgrywa elastyczność podejścia zamiast nagłych, radykalnych zmian. *Nie jest ważne co robisz, ważne jest w jaki sposób;*
- eksperci w dziedzinie jakości dysponujący szerokim doświadczeniem mogą być użyteczni, ale powinni być wybierani z dużą ostrożnością. Powinno się wybierać jednego lub kilku niezależnych ekspertów, którzy będą mogli służyć nie tylko podczas wyboru odpowiedniej strategii, ale i później, jako źródło niezależnej opinii podczas regularnych przeglądów w trakcie wdrażania wybranej strategii;
- strategię poprawy jakości w szpitalach powinny obejmować również poprawę jakości koordynacji świadczeń dla różnych grup pacjentów, koordynację różnych aspektów opieki pomiędzy szpitalem i opieką środowiskową. Doświadczenia

pacjentów oraz wyniki ich leczenia zależą od tego, w jaki sposób zapewniają pacjentom dostęp do świadczeń oraz w jaki sposób są one skoordynowane ze świadczeniami pozaszpitalnymi;

- istnieje prawdopodobieństwo, że zarówno czas, jak i środki, które mogłyby być wykorzystane do zapewnienia świadczeń są obecnie marnowane na niektóre strategie poprawy jakości. Biorąc pod uwagę, jak duże zasoby są inwestowane w strategię poprawy jakości, wysoki koszt strategii zakończonych niepowodzeniem oraz partykularne interesy *przemysłu jakości*, można stwierdzić, że istnieje pilna potrzeba niezależnych prac badawczych w tym zakresie;
- prowadzący badania powinni poświęcić więcej uwagi opisowi badanych strategii, oceniając stopień ich wdrożenia i uwzględniając alternatywne przyczyny rezultatów przypisywanych wdrażanej strategii;
- skojarzenie różnych typów badań powinno zaowocować lepszym rozeznaniem i poprawą strategii. Najbardziej użyteczna byłaby ocena rezultatów pod różnym kątem, z uwzględnieniem lokalnego kontekstu lub identyfikacja strategii uwieńczonych sukcesem i retrospektywna analiza procesu wdrażania i towarzyszących okoliczności;
- wskazana byłaby pełniejsza identyfikacja i analiza danych na temat poszczególnych strategii, ponieważ raport ten z założenia nie jest pełnym przeglądem systematycznym, podjął natomiast próbę dotarcia do dowodów o najwyższym stopniu wiarygodności.

*Tłumaczyła z oryginału Magdalena Błahut-Żugaj
certyfikowany specjalista Evidence-Based Health Care*

John Övretveit jest profesorem polityki i zarządzania w ochronie zdrowia w Skandynawskiej Szkole Zdrowia Publicznego w Göteborgu oraz profesorem na Wydziale Nauk Medycznych Uniwersytetu w Bergen. Pełni on funkcję dyrektora ds. badań w Centrum Zarządzania w Medycynie Instytutu Karolinska w Sztokholmie. Jest autorem i wykonawcą wielu projektów z zakresu ewaluacji i rozwoju procesów opieki zdrowotnej w krajach takich jak, m.in. Nowa Zelandia, Australia, Japonia, USA, kraje skandynawskie, republiki nadbałtyckie. Jest autorem 200, w tym wielu nagrodzonych, książek i publikacji naukowych, które zostały przetłumaczone na 8 języków. Jest jednym ze światowych liderów w dziedzinie *Evidence-based Health Care*.

Niniejszy raport ukazał się pod oryginalnym tytułem *What are the best strategies for ensuring quality in hospitals*, jako publikacja Światowej Organizacji Zdrowia w ramach projektu *Health Evidence Network (HEN) – Evidence for Decision Makers* i jest dostępny w wersji oryginalnej na stronie internetowej HEN: www.who.dk/HEN/Syntheses/hospitalquality/20031125_3.

Health Evidence Network jest to projekt, zainicjowany niedawno i koordynowany przez Regionalne Biuro na Europę Światowej Organizacji Zdrowia z siedzibą w Kopenhadze, posiadający formę serwisu informacyjnego, przeznaczonego głównie dla decydentów z sektora ochrony zdrowia i zdrowia publicznego w obszarze europejskim. Ułatwia on osobom odpowiedzialnym za decyzje oraz innym zainteresowanym stronom uzyskanie szybkiego dostępu do wiarygodnej, zgromadzonej w jednym miejscu informacji, wspomagającej procesy zarządzania w ochronie zdrowia.