

PRIKLADNOST-VAŽNA DIMENZIJA KVALITETA MEDICINSKE USLUGE

APPROPRIATENESS – AN IMPORTANT DIMENSION OF MEDICAL SERVICE QUALITY

Dr.Milica. Šofranac, Dom zdravlja Danilovgrad
Dr.Rajko Šofranac, AQi "Šofranac" Podgorica

REZIME

U radu je opisana prikladnost kao važna dimenzija kvaliteta medicinske usluge. Prikladnost je dekomponovana na elemente, od kojih svaki sadrži određeni broj indikatora kvaliteta. U radu je sprovedena kvantifikacija elemenata na primjeru tri zdravstvene ustanove, koje još uvijek nijesu počele sa implementacijom standarda kvaliteta. Dobijeni rezultati pokazuju, da postoji disproporcija između vrijednosti elemenata a samim tim i dimenzije prikladnosti usluge, u odnosu na neko željeno stanje. Da bi se ono ostvarilo neophodno je za svaki element minimalno realizovati aktivnosti koje su prezentirane u ovom radu.

Ključne riječi: prikladnost usluga, zdravstvena organizacija, ISO, ISQua, indikator

REZIME

This essay analyses appropriateness as an important dimension of a medical service quality. Appropriateness is decomposed to elements, where each element contains a number of quality indicators. This essay presents the quantification of these elements on the examples of three medical institutions that haven't started the quality standard implementation yet. The results show that there is a disproportion among the elements values, which, hence, points to different levels of appropriateness of services in relation to some desirable situation. To achieve a desirable situation, it is necessary to at least minimally implement the activities presented by this essay for an each element.

Key words: Appropriateness of services, medical institution, ISO ISQua, indicator

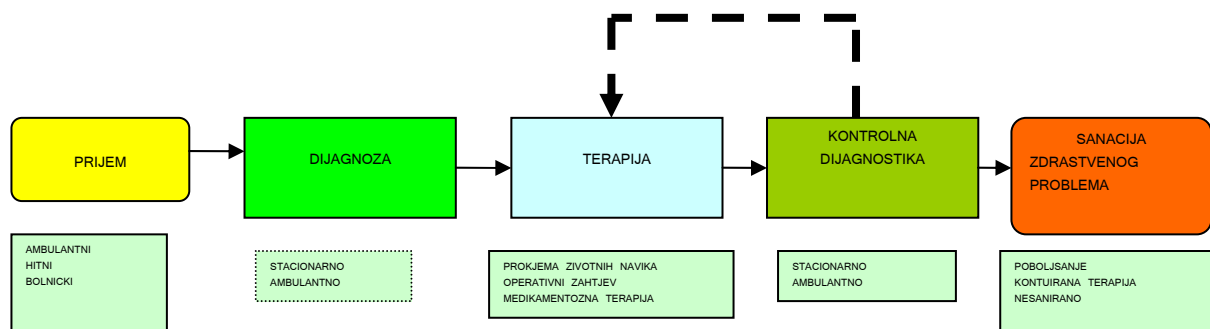
1.UVOD

Medicinska usluga je definisana kao aktivnost u procesu zdravstvene zaštite koja se može obavljati samostalno ili u paketu sa drugim uslugama, jednokratno ili više puta u toku pružanja zdravstvene zaštite, ali se uvijek sprovodi na isti način i predstavlja cjelinu po sebi.[2]

Posebna specifičnost zdravstvene usluge je kontrola i testiranje svih elemenata koji se koriste tokom realizacije zdravstvene usluge. Testiranje i kontrola predstavlja kontinuirani proces.[5]

Pod kvalitetom zdravstvene usluge podrazumijeva se, obučeno osoblje, standardizovanost usluge, prevencija, smanjivanje rizika u radu, efikasnost i efektivnost u postavljanju dijagnoza i sprovođenje terapijskih procedura, široka kultura i komunikacija. Najkraće rečeno, to je skup mjera kojima se rešavaju zdravstveni problemi pacijenta. Kvalitet usluge mora se razmatrati na nivou zdravstvene stanove (menadžmenta) i na nivou osoblja koje realizuje uslugu.

Na **Slici 1** prikazan je model procesa pružanja zdravstvenih usluga.



Slika 1. Tok aktivnosti u pružanju zdravstvenih usluga

2. NEOPHODNOST UVOĐENJA STANDARDA KVALITETA U ZDRAVSTVU

Komponente visokog kvaliteta podrazumijevaju visok stepen profesionalnosti i znanja u odnosu na raspoložive tehnologije, efikasnost u korišćenju resursa, minimalnog rizika za pacijente, zadovoljstvo pacijenata i konačan ishod pružene zdravstvene usluge.

Ključna stvar je da je kvalitet kompleksan i multidimenzionalan i da ga često nije lako kvantitativno izraziti niti sumirati na jednostavan način zbog čega postoji izreka »*kvalitet teško definisati, nemoguće mjeriti a lako prepoznati*«.

Postoje **minimalni standardi**, bez kojih zdravstvena zaštita nije prihvatljiva i odražavaju ono što se mora zadovoljiti, te nema sumnje da minimalni standard treba svi da postignu. Optimalni standardi predstavljaju stepen izvrsnosti koji mogu da ostvare samo oni koji se tome posvete i opredijele da je postignu, s tim što optimalni standardi nakon izvjesnog vremena mogu postati minimalni standardi, jer se zahtjevi stalno mijenjaju.

Standardi daju preporuke šta bi trebalo da bude, a ne propisuju načine i norme na koje to treba da se ostvari. Svako ima pravo da do kvalitetnih usluga dođe svojim putem, na način koji smatra najprikladnijim za date uslove, raspoloživo osoblje i novac.

Standardi medicinske prakse zahtijevaju koncenzus da bi se realizovali i adekvatno tumačili. Oni moraju biti kompatibilni i komplementarni. [6]

3. STANDARDI KOJI SE KORISTE U ZDRAVSTVU

3.1 Primjena ISO standarda

Zahtjevi ISO standarda veoma su važni za proizvodne i uslužne organizacije, ali se na prvi pogled ne odnose na aktivnosti u zdravstvenim ustanovama. Ovo se posebno odnosilo na ranije verzije standarda serije ISO. Terminologija koja se koristila u tim standardima teško se «povezivala» sa zdravstvenom zaštitom, i različite nacionalne asocijacije su je različito tumačile. Otuda i razlog što je u ovoj oblasti manje bilo manje certifikata nego u ostalim djelatnostima.

ISO 9000 standardi (verzija 2000) su prilagođeni, tako da ih je sada lakše primijeniti na zdravstvenu zaštitu i uključiti u procjenu ishoda i zadovoljstva pacijenta. Uspostavljeni sistem prema ISO 9001:2000 lagano se nadopunjuje smjernicama iz ISO 9004:2000, **IWA 1:2005** i vodičima za dobru medicinsku praksu primjerenim za akreditaciju pojedinih usluga koje zdravstvena ustanova nudi.

3.2 ISQua - Međunarodni standardi za akreditaciju tijela za eksternu procjenu u zdravstvu

Međunarodno udruženje za kvalitet u zdravstvu –**ISQua (International Society for Quality in Health Care)**, je 1999. godine pokrenulo Program međunarodnog akreditiranja (**IAP**) pod akronimom **ALPHA**. Ovaj program je nacionalnim tijelima za akreditaciju u zdravstvu dao

preporuke za procjenu postojećeg rada i organizacijsku kontrolu, da bi kasnije proširio svoj program akreditacije na druga tijela za eksternu procjenu i uspostavljanje standarda u zdravstvu.

ISQua je neprofitna, nezavisna organizacija u čijem sastavu je preko 70 zemalja članica. **ISQua** daje preporuke zdravstvenim profesionalcima, davaocima usluga, istraživačima, agencijama i korisnicima, kako bi postigli izvrsnost u pružanju zdravstvene zaštite i kako bi unapređivali kvalitet i sigurnost usluge.

ISQua Standardi daju preporuke koje je potrebno postići kako bi se pružile kvalitetne usluge procjene. Oni počivaju na kriterijumima koji su mjerljive komponente standarda. Kriterijumi ukazuju na ključne strukture, procese i rezultate koji su neophodni za efikasnu primjenu standarda.

Glavni pravci djelovanja ISQua su:[10]

- sigurnost pacijenata i zdravstvene zaštite,
- menadžment rizika,
- motivacija zdravstvenog kadra u obezbjeđivanju kvalitetnije njege,
- zadovoljstvo pacijenta kao evaluaciono oruđe u ocjeni uspješnosti akreditacije,
- razvoj i unapređenje indikatora u svim oblastima i
- akreditacija zdravstvenih ustanova.

Postoji osam ISQua standarda i pet principa, koji su:

- jasni, počivaju na jasnim logičkim osnovama,
- mjerljivi,
- specifični,
- zasnovani na savremenim istraživanjima kvaliteta i
- obuhvataju zahtjeve za razvoj standarda koji su sadržani u pomenutim **ISQua** standardima.

4. PRIKLADNOST USLUGA

Treći princip **ISQua** standarda je sveobuhvatan i odražava devet dimenzija kvaliteta usluge, među kojima je na drugom mjestu prikladnost. Na dimenziju **prikladnosti** zdravstvene zaštite odnosi se ukupno više kriterijuma (oko 80-za dom zdravlja, za timove porodične medicine i za bolnice).

Prikladnost je zasnovana na procjeni potreba pacijenta, utvrđenim i prihvaćenim standardima i praktičnim smjernicama. Predpostavlja se da osoblje ima relevantne kvalifikacije, vještine i iskustva a objekti i oprema odgovaraju uslugama koje se pružaju. Analizom zahtjeva standarda i principa pristupačnost usluzi, može se dekomponovati na sledeće elemente: [10]

- **procjena potreba pacijenta / klijenta**
- **uspostavljeni standardi, klinički vodiči (protokoli) i medicina zasnovana na dokazima**
- **sloboda izbora od strane pacijenta**
- **specifikacija ključnih politika, procedura ili procesa**

Svaki od ovih elemenata sadrži određeni broj indikatora, kojih ukupno za prikladnost usluga ima oko 80 (za timove porodične medicine, domove zdravlja i bolnice). Dekompozicija prikladnosti na elemente prikazana je na Sl.2

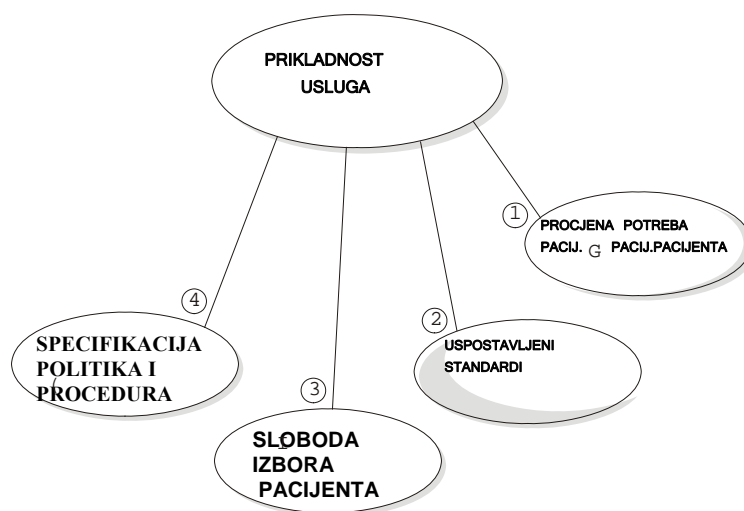
Prikladnost se može predstaviti sledećom jednačinom:

$$P = p_1 \cdot Pe_1 + p_2 \cdot Pe_2 + p_3 \cdot Pe_3 + p_4 \cdot Pe_4 + \dots \quad (1)$$

gdje su:

p_1, p_2, p_3, p_4 , – ponderi značajnosti

Pe_1, Pe_2, Pe_3, Pe_4 , – elementi prikladnosti (osobine kvaliteta)



Slika 2.

Predpostavimo da je sprovedena analiza stanja u tri zdravstvene organizacije, kako bi se približno odredila prikladnost usluge i identifikovala disproporcija između postojećeg i nekog željenog stanja, koje bi dovelo do poboljšanja kvaliteta zdravstvene usluge preko dimenzije prikladnosti. Važno je naglasiti da testirane zdravstvene organizacije nijesu počele sa implementacijom standarda kvaliteta.

Na osnovu iskustva u dosadašnjem radu određuje se vrijednost pondera, dok se na osnovu predpostavljene analize postojećeg stanja prikladnosti usluga ocjenjuju osobine elemenata u rasponu od 1-10. Unoseći ove vrijednosti u jednačinu (1) dobija se brojana vrijednost za prikladnost zdravstvene usluge.

Tabela 1. Vrijednosti elemenata "Prikladnosti" za analizirane organizacije

PRIKLADNOST USLUGA	Ponder	ZO A	Vrijednost	ZO B	Vrijednost	ZO C	Vrijednost
procjena potreba pacijenta / klijenta	0.3	5	1.5	6	1.8	6	1.8
uspostavljeni standardi , protokoli, medicina	0.3	4	1,2	4	1,2	5	1.5
sloboda izbora od strane pacijenta	0.2	6	1,2	7	1.4	7	1,4
specifikacija ključnih politika, procedura ili procesa	0.2	6	1,2	6	1,2	7	1,4
UKUPNO	1,0		5,1		5,7		6.1

Iz **Tabele 1** uočava se da dobijene vrijednosti nijesu na zadovoljavajućem nivou. Da bi se povećale vrijednosti elemenata, kako pojedinačno, tako i zbirno, neophodno je sprovesti sledeće aktivnosti u elementima pristupačnosti usluga. **Procjenom potreba pacijenta / klijenta neophodno je:**

- identifikovati potrebe pacijenata,
- definisati područja kojem gravitira zdravstvena ustanova,
- promjeniti, odnosno prilagoditi redosled u pružanju usluga i prilagoditi ga identifikovanom području, sa stanovišta prioriteta.

Neophodno je implementirati standarde i kliničke vodiče (protokoli) i koristiti prednosti medicine zasnovane na dokazima. Na taj način postojeća praksa :

- se poboljšava prema standardima (uključujući i ove);
- postoji pristup aktuelnim informacijama o kliničkoj praksi koja se zasniva na dokazima;
- postoji koordinacija za razvoj vodiča;

- implementacija i evaluacija vodiča za kliničku praksu temelji se na širem državnom okviru;
- postoje referentni vodiči,
- primjena medicine zasnovane na dokazima;
- dijagnostika i tretman u skladu s vodičima;
- protokoli usklađeni s vodičima.

Efekti poboljšanja kroz implementaciju standarda su:

- ispunjenje zahteva korisnika usluga (pacijenta) i osoblja koje radi u zdravstvenoj organizaciji;
- uspostavljanje ciljeva i vođenja zdravstvene organizacije od strane rukovodstva;
- maksimalno uključenost celokupnog osoblja organizacije,
- menadžment se kroz odgovarajuće aktivnosti ostvaruje kao jedinstven proces,
- stalna poboljšanja,
- stalno održavanje motivacije svih zaposlenih,
- stvaralačka saradnja svih zaposlenih sa različitim iskustvima, znanjem i obrazovanjem,
- uspostavljanje maksimalne individualne odgovornosti pri radu u pogledu kvaliteta u zavisnosti od radnog mesta,
- uspostavljanje timskog rada -identifikuju se procesi sistema menadžmenta kvalitetom koji se primenjuju u cijeloj organizaciji,
- određivanje rasporeda i međusobnog delovanja ovih procesa,
- određivanje kriterijuma i metoda potrebnih da se obezbedi da izvođenje ovih procesa i upravljanje njima bude efektivno,
- primena mjera potrebnih za ostvarivanje planiranih rezultata,
- eliminisanje ili minimiziraja tzv. "međukoraka " u toku usluge,
- rad u zdravstvenoj ustanovi se orijentiše na preventivi, a ne na otkrivanje grašaka.

Jedno od efikasnih poboljšanja sprovodi se primjenom **medicine na bazi dokaza**. Ovdje se radi o veoma važnom pojmu koji je kompatibilan sa sedmim principom QMS-a "**Odlučivanje na osnovu činjenica**", gdje su odluke zasnovane na analizi podataka i informacija. Šta podrazumijevamo pod ovim pojmom?

"Medicina zasnovana na dokazima je pristup u bavljenju medicinom u kojem je ljekar svjestan značaja i snage dokaza kao podrške procesu donošenja odluka u svakodnevnoj praksi".

(Evidence-Based Medicine Informatics Project McMaster University, 1996).

Faktori koji su doveli do razvoja zdravstvene zaštite zasnovane na dokazima su [11] :

- starenje populacije,
- razvoj znanja i novih tehnologija,
- veća očekivanja korisnika/pacijenata,
- očekivanja zdravstvenih radnika.

Da bi se prihvatio koncept zdravstvene zaštite zasnovane na dokazima potrebno je imati sledeće kriterijume u vidu: [11]

- da osnovni dokaz postoji,
- da je on dostupan u momentu donošenja odluke,
- definisanje strategije da bi dokazi bili prihvaćeni,
- da dokazi budu usvojeni i primijenjeni u praksi,
- da dokazi budu na kraju evaluirani u smislu toga da li dovode do željenog ishoda (rezultata) po zdravlje ili ne.
- **sloboda izbora od strane pacijenta**

Snažan pokret ka pravima pacijenata, kao jedan od najvažnijih ciljeva reforme, značajno je uticao na promjenu relacije zdravstveni radnik-pacijent, zdravstvena ustanova-korisnik.

Očekivanja korisnika-pacijenta su se značajno izmijenila poslednjih godina. Tradicionalni odnosi u kojima ljekar uvijek zna šta je najbolje za pacijenta i u tom smislu samostalno donosi

odluke, zamijenjeni su mogućnostima **izbora za pacijenta da prihvati ili ne prihvati ponuđeni tretman**, da zahtijeva dodatne preglede i slično.

Zadovoljstvo (satisfakcija) pacijenata pruženom zdravstvenom zaštitom je osnovna dimenzija u evaluaciji kvaliteta zdravstvene zaštite. Više autora je definisalo zadovoljstvo pacijenta pruženom uslugom. [6]

«Zadovoljstvo predstavlja složeni odnos između pacijentovih opaženih potreba, njegovih očekivanja od zdravstvene službe i iskustva sa dobijenim uslugama.»

«Odrasla bolesnikova procjena svih aspekata zdravstvene zaštite, uključujući tu i tehnički aspekt, interpersonalne odnose i organizaciju zdravstvene zaštite»

«Stepen do koga je zdravstveni sistem ispunio očekivanja bolesnika»

«Mjera stava bolesnika prema ljekaru, sistemu zdravstvene zaštite i medicinskoj njezi koju dobija»

- **specifikacija ključnih politika, procedura ili procesa**

Ključne politike i procese koji se opisuju procedurama treba napisati u skladu sa standardima i specificirati. Prije pristupanja pisanju procedure potrebno je standardizovati sastavne dijelove dokumenta, koji se u zavisnosti od toga da li obuhvataju i politiku i opis procesa ili samo opis procesa, nazivaju politika i procedura ili samo procedura.

5. ZAKLJUČCI:

Na kvalitet zdravstvene USLUGE ne utiče samo kvalitet rada pojedinog ljekara ili zdravstvene ustanove, već i kvalitet organizacije zdravstvenog sistema. Utvrđeni elementi dimenzije usluge, koje treba da budu predmet pažnje, mogu poslužiti menadžmentu u donošenju odluka, koje imaju za cilj poboljšanje kvaliteta.

U radu je prikazano da se dimenzije usluga mogu mjeriti korištenjem odgovarajućih indikatora. Svaka dimenzija usluge dekomponovana je na elemente, za koje su određeni ponderi značajnosti i procjenom u tri zdravstvene organizacije utvrđene vrijednosti indikatora. Kako kvalitet usluge nikada nije toliko dobar da ne bi mogao biti bolji, rezultati, dobijeni izračunavanjem elemenata usluge pokazali su da je potrebno sprovesti niz aktivnosti, koje su prezentirane u ovom radu. Osnovno je da treba implementirati standarde kvaliteta. Na taj način zadovoljenjem tih zahtjeva, kvalitet će se poboljšati do nivoa koji će obezbijediti kvalitetnu uslugu.

6. LITERATURA

- [1] Šofranac R. "Osam komponenti koje obezbjeđuju kvalitet usluge", Časopis "Kvalitet" Br. 7-8, Beograd, 1997 god.
- [2] Šofranac R. Šofranac M. "Menadžment kvalitetom u medicini" Pobjeda 2007, Podgorica
- [3] Šofranac M. Šofranac R. „Jedan pristup kvantifikaciji kvaliteta zdravstvene usluge“ Menadžment totalnim kvalitetom ,Kragujevac 2003 god.
- [4] Šofranac R, Šofranac M, Kovačević Z, „Kvantifikacija kvaliteta zdravstvene usluge“ X simpozijum Domova zdravlja Srbije i Crne Gore sa međunarodnim učešćem, Beograd 2-4 novembar 2005 god.
- [5] CAHO Joint Commissions for Accreditation of Healthcare Organizations (1998): National Library of Health Indicators (with glossary).
- [6] Zoran Vlahović:»Definisanje parametara za procenu kvaliteta stomatološke zaštite»Doktorska disertacija, Beograd 2003 god.
- [7] Akreditacijski standardi za bolnice-AKAZ, Sarajevo 2005
- [8] Bona Qualitas Medicinæ, br.3, "Časopis Udruženja za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu BiH, 2006
- [9] Akreditacijski standardi «Za Domove zdravlja» Verzija 3.3, AKAZ -Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu FBiH, AVICENA d.o.o, Sarajevo 2005
- [10] Dr Zoran Ridanović, AKAZ, Projekt EU/WHO - Konferencija Osiguranje kvaliteta i akreditacija, Banja Luka, 15-16. mart 2006.
- [11] Snežana Simić « Institut za socijalnu medicinu» Medicinski fakultet Univerzitet u Beogradu