

DEFINICIJA KVALITETA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

DEFINITION OF THE HEALTH CARE QUALITY

Prof.dr Rajko Šofranac,
AQI "Šofranac" Podgorica

Dr.Milica. Šofranac,
Dom zdravlja Danilovgrad

REZIME

U radu je definisana zdravstvena zaštita, prikazana njena struktura i prezentirani različiti pristupi identifikacije karakteristika zdravstvene zaštite. Kao važna metoda za poboljšanje kvaliteta definisana je i medicina na osnovu dokaza koja predstavlja savjesno, eksplicitno i razumno korišćenje sadašnjih najboljih dokaza u donošenju odluka o terapiji i liječenju pacijenata.

Ključne riječi: zdravstvena zaštita, kvalitet, medicina na osnovu dokaza

SUMMARY

This project shows definition of health care, its structure and different approaches of identification of characteristics of health care. As an important method of improving the quality medicine is defined based on the evidence that represent conscious, explicit and reasonable use of current best evidence in decision making regarding the therapy and treatment of the patients.

Key words: health care, quality, medicine based on evidence

1. UVOD

Kvalitet zdravstvene zaštite spada u onu vrstu pojmova čije se značenje čini bliskim, razumljivim i jasnim, asocirajući na čitav niz poželjnih osobina zdravstvene zaštite, u koje se mogu ubrojiti adekvatnost, efikasnost, sveobuhvatnost, pravičnost, dostupnost, zadovoljstvo. Ali ni poslije dugogodišnjeg teorijskog i praktičnog interesovanja naučne i stručne javnosti za kvalitet, nije se došlo do univerzalno prihvaćene definicije. Iz tih razloga ovdje je prezentiran jedan mnogougaoni pristup definiciji zdravstvene zaštite. Razlozi zašto se sve veći broj zemalja u Evropi i svijetu odlučuju da sistematski unaprijede kvalitet zdravstvene zaštite su mnogobrojni, a mogu se sumirati na slijedeći način:

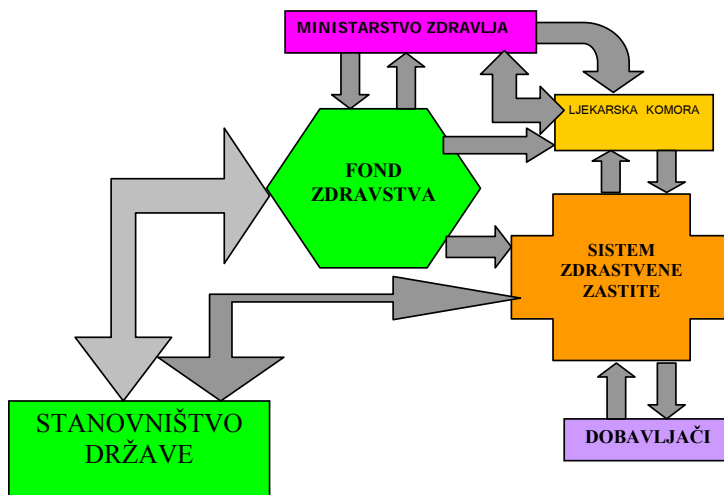
- sve veći broj medicinskih grešaka i nepovoljnih događaja u pružanju usluge,
- korišćenje neefikasnih tehnologija u pružanju zdravstvene zaštite i/ili pružanja usluga,
- nezadovoljstvo korisnika pruženim uslugama,
- liste čekanja i nejednak pristup korisnika zdravstvenim službama i uslugama,
- troškovi za društvo koje to sebi ne može priustiti,
- upravljanje nije koordinirano iz jednog centra,
- nema definisanih kriterijuma za prijem, otpust, premještanje,
- malo podataka (uglavnom nepotpunih) o kliničkom procesu ili ishodu,
- nepotpuna i nekompletna dokumentacija. itd.

2. STRUKTURA SISTEMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Sistem zdravstvene zaštite jedne države čine:

- primarna zdravstvena zaštita,
- sekundarna (poliklinike, konzilijarna i bolnička zdravstvena zaštita)
- tercijalna (državni zdravstveni zavodi).

Na Slici 1 prikazan je sistem zdravstvene zaštite kao jedan od podsistema zdravstvenog sistema.



Slika 1 Sistem zdravstvene zaštite kao podsistem zdravstvenog sistema

Sistem zdravstvene zaštite jedne države čine:

- primarna zdravstvena zaštita,
- sekundarna (poliklinike, konzilijarna i bolnička zdravstvena zaštita)
- tercijalna (državni zdravstveni zavodi).

Primarna zdravstvena zaštita sprovodi preventivne i kurativne mjere zdravstvene zaštite. U sastavu primarne zdravstvene zaštite su:

- porodična medicina,
- pedijatrija,
- školska medicina,
- ginekologija,
- stomatologija,
- patronaža,
- epidemijologija,
- kućna njega,
- hitna medicinska pomoć, itd

što sve zavisi od organizacije zdravstvenog sistema jedne zemlje.

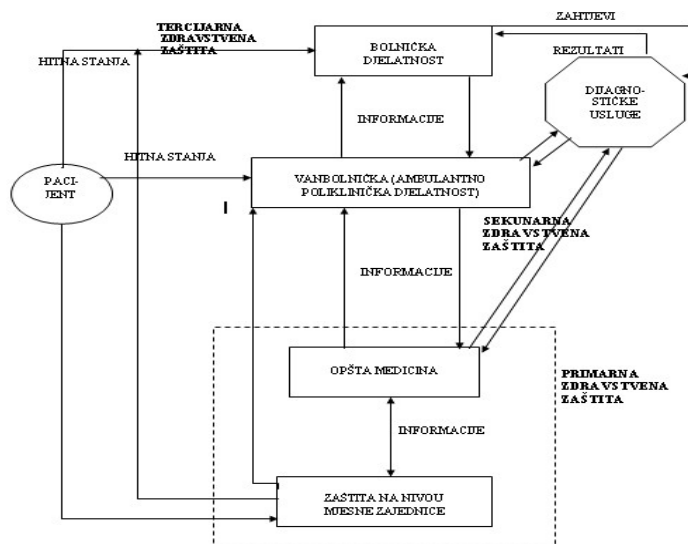
Efekti primarne zdravstvene zaštite mogu se mjeriti. Naprimjer u razvijenim zemljama Evrope, Primarna zdravstvena zaštita rešava najmanje 75% zdravstvenih problema. Naprimjer, Velika Britanija 84% zdravstvenih problema. Na prostoru bivše Jugoslavije taj procenat ne prelazi 50%, što za posledicu ima preusmeravanje pacijenata prema polikliničkoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti.

To prouzrokuje:

- nepotrebna ponavljanja već učinjenih pretraga,
- više skupih, često nepotrebnih dijagnostičkih postupaka,
- nepotrebno visoke troškove i ako se tako može reći “skupu medicinu”.
- specijalističku zdravstvenu zaštitu čine sledeći organizacioni oblici:
- specijalističke ordinacije,
- specijalističke ordinacije u domovima zdravlja,

- specijalističke ordinacije u privatnim poliklinikama,
- specijalističke ordinacije u bolničkim ustanovama.

Bolnička zdravstvena zaštita sprovodi postupke koje nije moguće realizovati u primarnoj i specijalističkoj zdravstvenoj zaštiti. Na Slici 2 prikazan je dijagram zavisnosti između primarne, sekundarne i tercijalne zdravstvene zaštite.



Slika 2 Povezanost primarne, sekundarne i tercijalne zdravstvene zaštite

3. DEFINICIJA KVALITETA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Nesporno je da čitavu istoriju medicine čine napori i pokušaji da se što više pomogne pacijentu, odnosno da se liječenje što bolje sprovede, iz čega se može zaključiti da je briga o kvalitetu liječenja, odnosno zdravstvene zaštite, stara koliko i sama praksa liječenja. Na prve zapise takvog pristupa nailazi se u Kodeksu vavilonskog kralja **Hamurabija**, koji je predviđao kaznu odsijecanja ruke ljekaru čiji pacijent umre ili oslijepi poslije intervencije. U prvim periodima razvoja medicine, kao nauke i prakse, ljekar je bio glavni i najčešće jedini realizator pomoći, njege i brige koja se pružala bolesniku, a samim tim odgovoran i za kvalitet pružene zaštite, što je saglasno stavu **Hipokrat-a** (460-377 g. pre n.e.), budući da; " *ljekar mora da radi ne samo ono što misli da je dobro, već i da omogući da pacijent i njegovi pratioci saradjuju*".

Bez obzira što se u prvoj polovini XIX vijeka bjeleže istraživanja ishoda različitih terapijskih procedura francuskog ljekara **Louisa**, koji traga za uspješnijim pristupima u liječenju, a prve organizovane studije o kvalitetu vezuju se za ime **Florance Nightingale** i njen "Izveštaj o radu bolnica" (1858). Pravi početak rada na kvalitetu započinje tek u periodu 1912-1916 i vezuje se za ime američkog hirurga **Codmana**.

On insistira na provjeri kao "unutrašnjoj funkciji medicinske profesije" kojom se "pokazuje i ispunjava odgovornost prema individualnom pacijentu i prema javnosti u cjelini, obezbjeđuje samokontrola, kontinuirano učenje i funkcionalna diferencijacija unutar zdravstvenog sistema" i ističe četiri činioca koja determinišu kvalitet zdravstvene zaštite.[1]

- ljekar,
- pacijent,
- bolijest i
- organizacija.

Kvalitet zdravstvene zaštite spada u onu vrstu pojmova čije se značenje čini bliskim, razumljivim i jasnim, asocirajući na čitav niz poželjnih osobina zdravstvene zaštite, u koje se mogu ubrojiti adekvatnost, efikasnost, sveobuhvatnost, pravičnost, dostupnost, zadovoljstvo. Ali ni poslije dugogodišnjeg teorijskog i praktičnog interesovanja naučne i stručne javnosti za kvalitet, nije se došlo do univerzalno prihvaćene definicije. Iz tih razloga u ovom radu je prezentiran jedan mnogougao pristup definiciji zdravstvene zaštite.

Po definiciji „*kvalitetna zdravstvena zaštita podrazumijeva stepen u kojem sistem zdravstvene zaštite i zdravstvene usluge povećavaju vjerovatnoću pozitivnog ishoda liječenja*”. Jasnije to znači da su davaoci kvalitetne zdravstvene usluge do najvišeg stepena (u datim okolnostima) obezbijedili resurse i ispostovali procese pružanja zdravstvene zaštite da bi povećali vjerovatnoću da će doći do poboljšanja zdravstvenog stanja ili do izlječenja.

SZO je pokrenula mehanizme da se zdravlje prihvati kao najznačajniji faktor sveukupnog razvoja društva i promjena kroz opšte principe strategije, koji se baziraju na:

- jednakosti u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu,
- pristupačnosti zdravstvene zaštite,
- stavljanju naglaska na promociju i prevenciju,
- medjusektorskoj saradnji,
- uključivanju zajednice u proces odlučivanja,
- decentralizaciji,
- integraciji zdravstvenih programa i
- koordinaciji odvojenih zdravstvenih aktivnosti.

Veliki broj definicija orijentisan je na kvalitetnu zaštitu. Prve pokušaje u tom smislu učinili su **Lee i Jones** (1933) izjednačujući dobru zaštitu sa "*tretmanom individue kao cjeline, uz primjenu svih neophodnih usluga moderne medicinske nauke na potrebe svih ljudi, uključujući i preventivne aktivnosti i intelektualnu saradnju između neprofesionalaca i praktičara*".

Dobra zaštita treba da obezbijedi "*najbolje što medicina može da ponudi, a što je pristupačno i dostupno svakome kome je to potrebno*" i to tako da "*zadovolji sve potrebe i zahtjeve pacijenta na najefikasniji i najefektivniji način*", odnosno obezbijedi "*optimalan rezultat koji se može postići, uz izbjegavanje komplikacija, na način koji obezbjeđuje balans između cijene i efikasnosti, dokumentovan na odgovarajući način*" ("*uz maksimalnu korist, odnosno minimalnu štetu (rizik) po pacijenta*").

Druge definicije kvaliteta zdravstvene zaštite su prevashodno orijentisane na proces. Poslednji period u razvoju definicija kvaliteta karakteriše, orijentacija na ishod, odnosno orijentacija na efikasnost. Svjetska zdravstvena organizacija je 1984 godine definisala kvalitet (dobru zaštitu) kao „*takvu kombinaciju dijagnostičkih i terapijskih usluga koje su najbliže tome da pacijenta mogu dovesti do optimalnog nivoa zdravlja*”

Donabedian (1987) definiše kvalitet zdravstvene zaštite kao "*svoјstvo koje medicinska zaštita može imati u različitim stepenu*", odnosno "*način izvršavanja profesionalnih dužnosti od strane zdravstvenih radnika, na osnovu stepena do koga su poboljšanja u zdravlju moguća i dostignutog stepena u razvoju medicinske nauke i tehnologije*".

Kvalitet se definise i kao "*potvrđen ili poželjan odnos između sredstava i kraja (izmjene u zdravstvenom stanju)*". Kvalitetna zaštita se definiše i kao "*potpuno zadovoljenje potreba onih kojima su usluge najpotrebnije, po najnižoj cijeni za organizaciju, unutar postojećih ograničenja i u stručnom okviru koji je definisan od strane autoriteta*"

Potreba za efikasnijom i racionalnijom zaštitom povećavala se paralelno sa sve izraženijim zahtjevima javnosti za ispoljavanjem i ispunjavanjem odgovornosti zdravstvene službe za rezultate koje ostvaruje. Pored toga, raste i interesovanje zdravstvenih radnika za kvalitet, budući da je on identifikovan kao "*činitelj razvoja profesije*". U skladu sa tim, **Svetska zdravstvena organizacija**, prepoznajući značaj kvaliteta upravo kao činioca razvoja službe i kadrova, 1981. godine uvršćuje ga u listu ciljeva strategije "**Zdravlje za sve do 2000. godine**" (cilj broj 31) ;

Danas, ispoljavanje brige za kvalitet ima daleko širi karakter, a zdravstvene ustanove ima prioritetan cilj da obezbijede kvalitet koji se poistovjećuje sa dobrom zaštitom. Istovremeno, zdravstvena služba raspolaže brojnim dobro razvijenim i efikasnim mehanizmima kojima se ta, "dobra zdravstvena zaštita" može ostvariti. :[1]

Kvalitet zdravstvene usluge određuju sledeći faktori:

- obrazovanje i obucenost kadrova,
- oprema,
- inovativnost usluga,
- standardizovanost usluga,
- prevencija,
- lečenje sto je pre moguće,
- smanjivanje rizika u radu,
- koriscenje prednosti novih tehnologija i smanjivanje troškova lečenja i vremena

Kada su zadovoljeni gornji faktori kvalitet zdravstvene zaštite u suštini znači::

- **raditi prave stvari** (davanje zdravstvenih usluga koje su potrebne pacijentima);
- **u pravo vreme** (kada je pacijentima potrebna usluga);
- **na pravi način** (koristeći odgovarajuća ispitivanja i procedure);
- radi postizanja najboljih mogućih rezultata.

4. DIMENZIJE KVALITETA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Isto kao što nije jedinstveno prihvaćena definicija kvaliteta zdravstvene zaštite,tako postoje mimolijaženja i oko dimenzija kvaliteta ili karakteristika zdravstvene zaštite.

Avedis *Donabedian* navodi sedam karakteristika zdravstvene zaštite koje utiču na njen kvalitet: [1]

- uspešnost,
- djelotvornost,
- efikasnost,
- optimalnost,
- prihvatljivost,
- zakonitost,
- nepristranost:

Ware i Singer navode četiri dimenzije:

- ponašanje ljekara,
- dostupnost zaštite,
- kontinuitet zaštite, i
- mehanizmi pristupa

Treći princip **ISQua(International Society for Quality in Health Care)** odražava slijedećih **9 dimenzija kvaliteta usluge**: pristupačnost, prikladnost, osposobljenost, kontinuitet, efektivnost, efikasnost, odgovor na potrebe korisnika, sigurnost, i održivost.

Na osnovu izloženog može se zaključiti da je kvalitet zdravstvene zaštite struktuiran od više karakteristika, koje moraju biti realizovane na optimalan način.

Zdravstvenu zaštitu treba poboljšavati primjenom metoda „**medicine na bazi dokaza**”. Posebno se treba osvrnuti na pitanje “**medicine na bazi dokaza**”, jer se radi o veoma važnom pojmu koji je kompatibilan sa sedmim principom QMS-a “**Odlučivanje na osnovu činjenica**”, gdje su odluke bazirane na analizi podataka i informacija.

“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**).

Ili: *“Medicina zasnovana na dokazima predstavlja savjesno, eksplicitno i razumno korišćenje sadašnjih najboljih dokaza u donošenju odluka o terapiji i liječenju pacijenata. Njena primjena u praksi podrazumijeva integraciju kliničke ekspertize sa najboljim dostupnim dokazima “* (**Centre for Evidence-Based Medicine, NHS Research and Development, Oxford, 1997**).

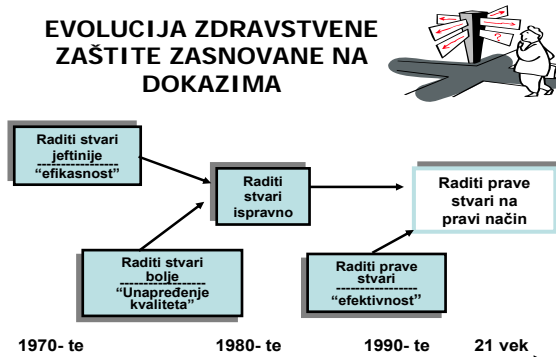
“Zdravstvena zaštita zasnovana na dokazima je: --korišćenje najboljih dokaza koji su nam na raspolaganju za donosenje odluka o zdravlju i zdravstvenoj zaštiti cjelokupne populacije

ili grupa pacijenata.” (Gray MJA. Evidence-Based Healthcare: How to Make Health Policy and Management Decisions, Churchill Livingstone, 1997)

Faktori koji su doveli do razvoja zdravstvene zaštite zasnovane na dokazima su [3] :

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

Na Slici 3 prikazan je proces evolucije zdravstvene zaštite zasnovane na dokazima.



Slika 3 Evolucija zdravstvene zaštite zasnovane na dokazima:[3]

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

- 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 dokaz budu na kraju evaluirani u smislu toga da li dovode do željenog ishoda (rezultata) po zdravlje ili ne.

5. ZAKLJUČCI

Kvalitet zdravstvene zaštite spada u onu vrstu pojmova čije se značenje čini bliskim, razumljivim i jasnim, asociirajući na čitav niz poželjnih osobina zdravstvene zaštite, u koje se mogu ubrojiti adekvatnost, efikasnost, sveobuhvatnost, pravičnost, dostupnost, zadovoljstvo. Ali ni poslije dugogodišnjeg teorijskog i praktičnog interesovanja naučne i stručne javnosti za kvalitet, nije se došlo do univerzalno prihvaćene definicije. Iz tih razloga u ovom radu je prezentiran jedan mnogougaoni pristup definiciji kvaliteta zdravstvene zaštite i karakteristikama koje je neophodno realizovati da bi korisnici usluga bili zadovoljni.

6. LITERATURA

- [1] Zoran Vlahović: Definisanje parametara za procenu kvaliteta stomatološke zaštite, Doktorska disertacija, Beograd 2003. god.
- [2] Šofranac R., Šofranac M.: Menadžment kvalitetom u medicini, Pobjeda, Podgorica, 2007. god.
- [3] Snežana Simić: Institut za socijalnu medicinu, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu
- [4] ISQua-: Međunarodni principi za standarde u zdravstvu, Drugo izdanje 2005. god