PATRONAT HONOROWY NAD PROJEKTEM
Marszałek
Województwa Mazowieckiego

PARTNER GŁÓWNY
INSTYTUT STUDIÓW SPOŁECZNYCH
IM. PROFESORA ROBERTA B. ZAJONCA

FUNDACJA URSZULI JAWORSKIEJ
ul.Międzynarodowa 61
03-922 Warszawa
tel./fax: 22 870 05 21
tel. kom. 608 453 479
www.fundacjauj.pl
office@fundacjauj.pl

FUNDACJA URSZULI JAWORSKIEJ

SPOŁECZNY AUDYT OPIEKI SZPITALNEJ W POLSCE – PILOTAŻ

RAPORT KOŃCOWY

Projekt E2/860 realizowany w ramach programu Obywatele dla Demokracji, finansowanego z Funduszy EOG

Spis treści

WSTĘP
Urszula Jaworska …… 2

ZDANIEM EKSPERTÓW

I. Społeczny Audyt Szpitali - Rekomendacje strategiczne – Anna Kozieł…….. 5

II. SPOŁECZNY AUDYT SZPITALI – element dydaktyczny w nauczaniu studentów kierunku „Zdrowie Publiczne”- Iwona Bruśk…… 12

III. RAPORT Z PILOTAŻU BADANIA SATYSFAKCJI PACJENTÓW Z POBYTU SZPITALU – Dominika Maison…….. 16

IV. „AUDYT SPOŁECZNY JAKOŚCI OPIEKI SZPITALNEJ W POLSCE-PILOTAŻ” – Programy naprawcze – Zbigniew Kowalski……. 31

V. Działania wzmacniające instytucjonalnie Fundację Urszuli Jaworskiej w ramach projektu „Społeczny Audyt Szpitali” – Piotr Frączak…….. 36

WYBRANE ZDJECIA…….. 39

PODZIĘKOWANIA…… 41

Szanowani Państwo,

Od 21 lat obserwuję polski system ochrony zdrowia z własnej perspektywy, jako pacjentka, a od ponad 18 lat z perspektywy organizacji pozarządowej. To pacjenci przez te lata zgłaszali do mnie różne problemy z dostępem do świadczeń, udzielania porad, komfortu leczenia – subiektywnych odczuć pacjenta podczas procesu leczenia. Lekarz i pielęgniarka oceniany jest przez pacjenta głównie z perspektywy dobrej komunikacji.

Na początku działalności fundacja zajmowała się hematologią, powtarzalność problemów w poszczególnych klinikach hematologii, była tak rozpoznawalna, że po kilku informacjach na temat problemu, byłam w stanie rozpoznać, w jakiej placówce pacjent jest leczony. Potem od ponad 10 lat organizowaliśmy warsztaty-spotkania z chorymi z różnymi chorobami przewlekłymi. To poznanie ich problemów, pozwoliły w niektórych przypadkach postawić wspólny mianownik. Pacjent zniesie wiele, aby dostać świadczenie, być zaopiekowanym, leczonym i wyleczonym. Za wszelka cenę chcącym rotować swoje życie. Z biegiem lat im trudniej było z dostępem do świadczeń, tym większa determinacja pacjenta, jego świadomość na temat praw, tym trudniejsze egzekwowanie jakości tej obsługi. Pacjent boi się zwrócić uwagę na złą jakość obsługi, zniesie wiele i albo coraz bardziej się zamyka albo staje się roszczeniowy. Jedno i drugie nie ułatwi powrotu do zdrowia. Niewiele jest placówek zdrowia, które stawiają na jakość obsługi pacjenta. Próby auto-audytowania się szpitali niestety nie zawsze są wiarygodne, bo sposób ich przeprowadzania powoduje, że pacjent nawet anonimowo, nie zawsze ma odwagę pisać prawdę. Różnorakość ankiet nasuwających lub sugerujących odpowiedzi może podważać ich wiarygodność. Na bazie tych doświadczeń, powstał program ***SPOŁECZNY AUDYT OPIEKI SZPITALNEJ W POLSCE – PILOTAŻ***

Program miał na celu wypracować optymalną wersje ankiet, zakres i jakoś pytań tak, aby były one w miarę uniwersalne i wiarygodne a ich wynik, był odzwierciedleniem oczekiwań pacjenta, równie ważnym celem było wypracowanie najlepszej metodyki prowadzenia badania ankietowego.

Program dla zrządzających i personelu ma być wskazówką do zmian i poprawy, jakości obsługi pacjenta. Samo wykonanie ankiet i ich wynik to nie wszystko i to różni nasz program od innych, dotychczasowych przeprowadzanych w placówkach służby zdrowia. W naszym programie na bazie wyników ankiet, przygotowywaliśmy i wdrażaliśmy programy naprawczy i sposoby rozwiązania najważniejszych problemów danej placówki, tak by można je było zrealizować bez ponoszenia kosztów. Okazało się, że większość problemów dotyczy spraw organizacyjnych i komunikacyjnych. Ich

poprawa jest możliwa na poziomie administracji i personelu danej placówki. Jednak zmiana nawyków jest procesem i liczę że zarówno Zarządzający jak i Personel audytowanych Szpitali, po naszych spotkaniach, zdali sobie z tego sprawę, że jednorazowe omówienie problemów jest początkiem ich rozwiązywania, a proces ten musi trwać już po zakończeniu audytu.

Aby ocena satysfakcji obsługi pacjenta mogła być brana pod uwagę w ocenie placówki przez Świadczeniodawcę, to w szpitalach musi nastąpić zmiana sposobu myślenia o pacjencie, a w szczególności podejścia personelu do pacjenta. Dobre i skuteczne świadczenia są jednym z elementów poprawy zdrowia pacjenta. Poprawa jego samopoczucia w szpitalu, zbudowanie zaufania, dobra obsługa spowoduje, że pacjent będzie współpracował z personelem, współdecydował o podjętych terapiach, współuczestniczył w procesie leczenia, co przełoży się w efekcie końcowym na lepsze wyniki leczenia i obniży koszty hospitalizacji.

To był trudny program - *Już na etapie przygotowań i zapraszaniu warszawskich szpitali do współpracy, nasze zaproszenie przyjęło tylko osiem placówek, z czego trzy wycofały się po wstępnej zgodzie. Jestem pełna szacunki dla tych, które wytrwały w programie do końca i skorzystały z naszych propozycji rozwiązań. Jestem natomiast pełna obaw o powody odmowy pozostałej większości. Świadczy to, że poprawa, jakości obsługi pacjenta w placówka służby zdrowia będzie długim i mozolnym procesem i który może się nie udać jeśli pacjent zostanie pozostawiony sam ze swoimi problemami i zastrzeżeniami, często czując się jak intruz.*

Dziękuje raz jeszcze Szpitalom, naszym Ekspertom, Ankieterom, Pracownikom Fundacji, za ogromny wysiłek włożony w jego realizacje. Liczę, że nasze wystandaryzowane ankiety, będą nadal służyły tym, dla których poprawa jakości opieki pacjenta w Państwa placówkach, jest jednym z priorytetów. Bez tego ocena placówek służby zdrowia będzie niepełna i nie w pełni rzetelna, a to powinno mieć również istotny wpływ na ocenę poszczególnych szpitali podczas kontraktowania ich usług przez NFZ, lub przyznawaniu certyfikatów jakości.

I.

Społeczny Audyt Szpitali - Rekomendacje strategiczne

Wstęp

Społeczny audyt szpitali badał jeden z aspektów funkcjonowania szpitali. Ocena ich działalności może bowiem opierać się na analizie procesów leczenia, rezultatów tego leczenia, doświadczeń pacjenta w czasie pobytu w szpitali czy też szeroko rozumianej efektywności kosztowej.

Strategiczne rekomendacje dotyczące leczenia szpitalnego muszą wychodzić poza ramy samych szpitali, czy tego konkretnego badania, a dotykać całego systemu ochrony zdrowia bardziej, niż konkretnych szpitali. Bazując jednak na przeprowadzonym audycie społecznym kilku szpitali w Warszawie, można pokusić się o wnioski natury ogólnej. W rekomendacjach ogólnych należy zwrócić uwagę na kilka poziomów analizy i rolę szpitali w systemie ochrony zdrowia (w tym tendencje wynikające z uwarunkowań historycznych), stan ekonomiczny i zarządczy szpitali, czy ogólne nastawienie i wiedzą społeczeństwa na temat systemu ochrony zdrowia.

Jednocześnie wiadomo, że rola leczenia szpitalnego musi się zmienić. Jest to trend widoczny na całym świecie, gdzie w wielu miejscach odchodzi się od leczenia szpitalnego na rzecz leczenia ambulatoryjnego, rozwijania prewencji i podstawowej opieki zdrowotnej. Jednocześnie, nowoczesne systemy opieki zdrowotnej przekształcają się w taki sposób aby w jak największym stopniu w proces leczenia włączać pacjenta (najlepiej właśnie na poziomie jego miejsca zamieszkania tzw.”community care”).

Istnieją różne czynniki wpływające na zachowanie danego szpitala. Z poziomu „makro” są nimi: zarządzanie, rozumiane jako aktywne wypełnianie zadań właścicielskich, obejmujące m.in. nadzór i odpowiedzialność zarówno za procesy korporacyjne, jak i leczenie. Czynnik drugi to regulacje (zazwyczaj prawne), które w

przypadku Polski są tworzone i egzekwowane przede wszystkim przez Ministerstwo Zdrowia, Czynnik trzeci to system zakupu usług, prowadzony przez NFZ. Czwarty zestaw czynników mających wpływ na zachowanie szpitala to punkt styczności z innymi świadczeniodawcami: inne (sąsiadujące) szpitale, a także świadczeniodawcy POZ, opieka środowiskowa i opieka społeczna.

Wszystkie te elementy wpływają zarówno na ocenę poszczególnych szpitali prowadzoną w ramach audytu społecznego, ale także na końcowe rekomendacje systemowe.

Kontekst systemowy

Szpitale w woj. Mazowieckim należy umieścić w kontekście całego systemu zdrowotnego i na tle innych regionów.

Polski system ochrony zdrowia kształtowano na wzór sowieckiego modelu Siemaszki, gdzie kluczowym elementem systemu była opieka stacjonarna. W rezultacie mamy do czynienia ze spuścizną zbyt dużej ilości szpitali, zbytnim skupieniu się na lecznictwie stacjonarnym i niezbyt efektywnym wykorzystaniem ograniczonych zasobów. Jednocześnie, podstawowa i ambulatoryjna opieka zdrowotna są niewystarczająco rozwinięte.

W Polsce, według statystyk Głównego Urzędu Statystycznego z 2012 roku, funkcjonowało 968 szpitali, z prawie 190 tysiącami łóżek, z których skorzystało 7,9 miliona pacjentów w ciągu całego roku 2012 roku (z czego ponad 15% w woj. Mazowieckim). W woj. Mazowieckim zarejestrowanych na rok 2013 było 113 szpitali ze wskaźnikiem ilości łóżek na 10 tyś. mieszkańców na poziomie 47,4.

W roku 2012 mazowieckie szpitale odwiedziło jako pacjenci ponad 1200 000 osób. Przeciętny chory w szpitalu przebywał 5,3 dnia. W skali kraju jest to średni wynik. Są województwa, w których pacjent przebywa dłużej, ale są także takie jaki np. Wielkopolskie, gdzie czas pobytu jest krótszy.[1]

Liczba szpitali w Polsce rośnie z roku na rok. Powstają nowe podmioty konkurujące o kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia z tymi już istniejącymi, ale także nie posiadające kontraktów z NFZ (np. „szpitale jednego dnia”).

[1] Biuletyn Statystyczny, Centrum Systemów Informatycznych w Ochronie Zdrowia, 2013

Jednocześnie, struktura własnościowa szpitali jest rozproszona, co w konsekwencji dość często może prowadzić do zbyt słabej kontroli tych placówek, wprowadzenia konkurencji między jednostkami działającymi na tym samym obszarze czy też braku ciągłości i koordynacji w prowadzonym leczeniu. Nadal jednak w Polsce występuje nadpodaż szpitali w porównaniu do innych Państw Członkowskich UE. W Polsce, w przeliczeniu na 100 tyś. Mieszkańców w 2011 było 429 łóżek szpitalnych dla ostrych przypadków, gdzie średnia UE to średniej dla krajów UE 15 to 343 łóżka na 100.000 mieszkańców. Jednocześnie, szpitale te wymagają ciągłych inwestycji sprzętowych i remontowych jako, że infrastruktura szpitalna jest zazwyczaj dość przestarzała.

Finansowanie

Całkowite (publiczne i prywatne) wydatki na ochronę zdrowia to 107,8[2] mld złotych w 2012 roku. Ponad 43% tych całkowitych wydatków stanowią wydatki na lecznictwo szpitalne (dla porównania, wydatki na profilaktykę i zdrowie publiczne to niecałe 2% wszystkich wydatków na zdrowie). Należy także zauważyć, że całkowite wydatki na ochronę zdrowia, w ciągu ostatnich 1o lat znacząco wzrosły.

Największą kwotowo pozycję stanowiły wydatki na usługi lecznicze, które wzrosły z 25,9 mld zł w 2003 r. do 57,0 mld zł w 2012 r., tj. o 120,1%. Ich udział w bieżących wydatkach na ochronę zdrowia wzrósł z 51,3% w 2003 r. do 56,5% roku 2012 (o 5,2 p. proc.)[3]. Na przełomie ostatnich 10 lat to właśnie szpitale były największym beneficjentem wzrostu wydatków na zdrowie (aż o 146%).[4] Większość wydatków na szpitale są to fundusze publiczne (95%) czyli pochodzi ze składek czy budżetów rządu i samorządów. W wydatkach NFZ koszty szpitalne to prawie 50% wszystkich kosztów.[5]

W Polsce wydatki budżetu ochrony zdrowia przeznaczone na stacjonarną opiekę szpitalną są wyższe niż w krajach o porównywalnej charakterystyce, co wskazuje na obszar niewystarczającej efektywności wymagający reform wyprzedzających trendy demograficzne. Poziom wydatków na stacjonarną opiekę

[2] Narodowy Rachunek Zdrowia, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2013
[3] Narodowy Rachunek Zdrowia, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2013
[4] Narodowy Rachunek Zdrowia, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2013
[5] Narodowy Rachunek Zdrowia, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2013

szpitalną wyrażony jako odsetek łącznych wydatków na opiekę zdrowotną plasuje Polskę na piątym miejscu wśród krajów OECD, za Australią, Austrią, Holandią i Japonią[6].

Zadłużenie i zobowiązania wymagalne placówek ochrony zdrowia w SPZOZ (w tym głównie szpitali) stanowią poważny problem od ponad dwudziestu lat. Według stanu na koniec 2012 roku, łączne zadłużenie szpitali publicznych w Polsce wyniosło 10,6 miliardów złotych (0,7% PKB).

Analiza problemu zadłużenia wskazuje, że realnie, poziom zadłużenia zmalał o 17% od szczytowej wartości w 2005 roku, a zobowiązania wymagalne zostały zredukowane o dwie trzecie. Szpitale w różnych województwach radzą sobie z tym problemem niejednakowo. Nie istnieje proste wytłumaczenie różnic między województwami. Niektóre województwa dokonały znacznych postępów w ograniczaniu poziomu zadłużenia, podczas gdy w innych sytuacja nadal ulega pogorszeniu. Nie ma korelacji między wielkością zadłużenia szpitali w danym województwie a jego dochodami. Analogicznie, nie można zaobserwować relacji między liczbą łóżek szpitalnych lub liczbą łóżek zajętych a poziomem zadłużenia województw.[7]

Z jednej strony mamy duże rozproszenie formy własności szpitali, z drugiej zadłużenie niektórych szpitali bez specjalnej korelacji czy to z jakimś konkretnym właścicielem, regionem, typem szpitala czy formą prawną (szpital publiczny lub spółka[8]).

Może więc z tego wynikać, że kondycja finansowa szpitali w dużej mierze zależy od dobrego zarządzana przez właściciela czy też władze szpitala. Dowodem na tą tezę może być fakt, że najbardziej zadłużone szpitale w Polsce mają nie do końca jasną strukturę zarządzania (szpitale uniwersyteckie).

Jednocześnie, na przestrzeni ostatnich lat (w związku ze zmianą ustawy o działalności leczniczej z 2011 roku.) znacząco zwiększyła się odpowiedzialność organów założycielskich szpitali, nakładając na nich między innymi odpowiedzialność

[6] Boulhol, H., i inni (2012), '*Improving the Health-Care System in Poland*' („Usprawnianie systemu opieki zdrowotnej w Polsce"), dokumenty robocze Departamentu Gospodarki OECD, nr 957, *OECD Publishing*.
[7] Policy paper, Poprawa finansowej stabilności szpitali w kierunku podejścia systemowego, Bank Światowy 2014
[8] NIK

za stan finansowy danej placówki. Jak wynika z ankiety przeprowadzonej przez Ministerstwo Zdrowia w 2006 roku, średni wiek budynku szpitalnego w Polsce to 42 lata.[9]

Wyzwania systemowe

Szpitale, jako element systemu muszą mierzyć się z tymi samymi wyzwaniami jak pozostała część opieki zdrowotnej tzn. ograniczone zasoby kadrowe czy finansowe, starzenie się społeczeństwa czy też nowe (i drogie) technologie, a także nowe sposoby dostarczania usług zdrowotnych jak np. telemedycyna. Niektóre z nich mogą stanowić także szanse na pozytywne zmiany.

Rekomendacje systemowe

Na poziomie systemowym, jak wspomniano wyżej rekomendacje można podzielić na kilka głównych obszarów, w których funkcjonują szpitale.

W celu sprawnego, bezpiecznego i efektywnego kosztowo leczenia w ramach opieki szpitalnej, wszystkie inne elementy systemu powinny być dobrze uregulowane.

Chodzi to więc o dobrze zorganizowany i finansowany na właściwym poziomie system promocji zdrowia i profilaktyki. W starzejącym się społeczeństwie, oraz przy chorobach niezakaźnych (cywilizacyjnych), jako głównym problemie zdrowotnym Polski czy Europy, to właśnie przeciwdziałanie czynnikom ryzyka tych chorób jest kluczowym elementem dla wydolnego systemu ochrony zdrowia. Chodzi więc między innymi o zmniejszenie używania tytoniu czy alkoholu, właściwą dietę czy aktywność fizyczną oraz wczesne wykrywanie chorób.

Dla dobrze funkcjonującego systemu szpitali, potrzebne są też odpowiednie nakłady finansowe. Poprzez odpowiednie rozumie się zarówno ich wysokość jak i stosunek tych nakładów (na lecznictwo szpitalne) to nakładów na pozostałe elementy systemu jak wspomniana wyżej profilaktyka, ale także lecznictwo ambulatoryjne czy podstawową opiekę zdrowotną. W tym kontekście należy także zwrócić uwagę na polepszenie efektywności wydawanych środków. Chodzi tu zarówno o właściwą dystrybucję środków, nie dublowanie inwestycji i wydatków czy też lepszą utylizację

[9] Policy paper, Poprawa finansowej stabilności szpitali w kierunku podejścia systemowego, Bank Światowy 2014

istniejących zasobów (np. mniej inwestycji w sprzęt, ale za to pełne wykorzystanie dostępnego już sprzętu).

Lepsza koordynacja usług podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej opieki ambulatoryjnej oraz opieki szpitalnej poskutkuje większą efektywnością systemu i lepszym leczeniem pacjentów. Działania na rzecz promowania efektywności i jakości w opiece zdrowotnej muszą być prowadzone jednocześnie na wszystkich poziomach systemu. Potrzebne będzie wzmocnienie potencjału, bodźców i odpowiedzialności świadczeniodawców opieki ambulatoryjnej, a także być może koordynacja z sektorem pomocy społecznej.

Dla sprawnego funkcjonowania szpitali w Polsce niezbędne jest też stabilne i przewidywalne środowisko. Ostatnio wprowadzono w Polsce możliwość wieloletniego kontraktowania (zamiast maksymalnie trzyletniego) co pozytywnie wpływa na stabilność sektora. Lepsze planowanie (kontraktowania, inwestycji) i system zbierania i analizy danych, jak również jasna wizja kierunków rozwoju systemu są także niezbędnymi elementami wpływającymi na jego stabilność, rozwój i efektywność.

System kontraktowania oparty powinien być nie tylko na danych historycznych dostępnych w NFZ ale także prognozach i analizie istniejących potrzeb i zasobów. W celu zwiększenia efektywności wykorzystania istniejących nakładów, ale także zwiększenia satysfakcji i bezpieczeństwa pacjentów, w kontraktowaniu powinno się uwzględnić elementy jakościowe i płacić za tzw. „rezultat". Powinno więc nastąpić przekierowanie uwagi NFZ z płacenia za procedurę, na płacenie za to, czy pacjent został wyleczony.

W celu usprawnienia wielu aspektów funkcjonowania szpitali konieczne są także zmiany w samych szpitalach oraz praktyce zarządzania i nadzoru właścicielskiego. Szpitale nie zawsze są zarządzane w skuteczny i efektywny sposób. Na poziomie systemowym brakuje im silnych zachęt i mechanizmów pociągania do odpowiedzialności za nieefektywne zarządzanie. Do niedawna wiele organów założycielskich nie było zaangażowanych w dbanie o finansową kondycję własnych placówek. Kompetencje zarządcze właścicieli szpitali, tak samo jak ich realne zainteresowanie ich zarządzaniem powinno również zostać wzmocnione. Odrębną

nieco grupą są szpitale uniwersyteckie gdzie ordynatorzy[10] tradycyjnie dysponują dość dużą władzą i menedżerowie stoją wobec nich na słabszej pozycji. W wielu opracowaniach (Boulhol i in. 2012 r., op. cit.) fakt ten jest przedstawiany jako bariera dla zarządzania szpitalami i racjonalizacji [11].

Ramy strategiczne i długofalowe planowanie rozwoju systemu opieki zdrowotnej, przesuniecie nacisku na profilaktykę i leczenie poza szpitalne powinno wzmocnić także sam system szpitalnictwa w Polsce.

Zachęty i pociąganie do odpowiedzialności właścicieli szpitali za niewłaściwy poziom leczenia powinno wzmocnić jakość usług zdrowotnych dostarczanych w szpitalach i satysfakcję pacjenta.

Na koniec warto także wspomnieć o nowym podejściu do systemów ochrony zdrowia. Wspomniane wyżej „community health" oraz systemu ochrony zdrowia gdzie pacjent, realnie jest w centrum zainteresowania, opieka zdrowotna jest skoordynowana wokół samego pacjenta, zamiast fragmentaryzacji, powinny stać się kierunkiem zmian polskiego systemu. Dla wzmocnienia tego typu podejścia należy rozwinąć takie aspekty rozwoju jak: stworzenie odpowiednich warunków zmian poprzez wzmocnienie społeczności lokalnych i samych pacjentów w pełnieniu niektórych funkcji zdrowotnych, lepszą koordynację samych usług zdrowotnych ale także społecznych, przebudowanie modelu dostarczania usług zdrowotnych z wzmocnioną profilaktyką, podstawową i ambulatoryjna opieką zdrowotną, włączenie mechanizmów partycypacyjnych w systemy zarządzania i podejmowania decyzji zdrowotnych oraz lepszą kontrolę ich wyników.

[11] OECD, op.cit.

II.

SPOŁECZNY AUDYT SZPITALI – element dydaktyczny w nauczaniu studentów kierunku „Zdrowie Publiczne"

Potrzeby pacjenta z punktu widzenia studentów Zdrowia Publicznego WUM. Znaczenie w systemie zarządzania placówkami ochrony zdrowia oraz systemie edukacji studentów.

Motto: „Jakość usług świadczonych przez szpitale jest jednym z najważniejszych elementów jakości publicznych usług zdrowotnych. Szpitale są miejscem ratowania życia, zdrowia, koncentracji badań diagnostycznych, specjalistycznej opieki medycznej".

Na Wydziale Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytecie Medycznym w 2001r. powołany został Zakład Zdrowia Publicznego. Kształcimy m.in. :studentów kierunków kierunku zdrowie publiczne na poziomie licencjackim (I stopień) i magisterskim (II stopień).

Absolwent kierunku zdrowie publiczne powinien posiadać m.in. wiedzę; interdyscyplinarną z zakresu nauk społecznych oraz nauk medycznych. Rozumie podstawowe problemy zdrowia publicznego, systemy opieki zdrowotnej oraz polityki zdrowotnej Polski i krajów Unii Europejskiej.

Absolwent kierunku zdrowie publiczne WUM powinien posiadać umiejętności w zakresie:

- rozpoznawania biologicznych i środowiskowych uwarunkowań zdrowia człowieka, zbiorowości ludzi oraz wzajemnych między nimi relacji;
- rozpoznawania biologicznych, środowiskowych, demograficznych, społecznych i psychologicznych zagrożeń zdrowia zbiorowości ludzi;

- realizowania ustawowych kontroli i ocen stanu sanitarno-epidemiologicznego społeczeństwa i środowiska na szczeblu regionalnym;
- komunikowania wyników ocen stanu sanitarno-epidemiologicznego jednostkom nadrzędnym;
- gromadzenia danych o sytuacji zdrowotnej zbiorowości;
- realizowania programów dotyczących profilaktyki oraz opieki i rehabilitacji psychospołecznej;
- wdrażania i koordynowania programów oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia;
- gromadzenia danych dotyczących ekonomiki i zarządzania ochroną zdrowia w środowisku lokalnym oraz korzystania z fachowego piśmiennictwa obcojęzycznego.

Absolwent kierunku zdrowie publiczne WUM powinien posiadać: kompetencje do zajmowania wykonawczych stanowisk w zakładach opieki zdrowotnej oraz do realizowania świadczeń zdrowotnych i pełnienia różnorodnych funkcji związanych z promocją i ochroną zdrowia w instytucjach państwowych, samorządowych, społecznych i prywatnych. Zdobyte kwalifikacje umożliwiają zatrudnienie absolwenta w zakładach opieki zdrowotnej, oraz instytucjach zajmujących się szeroko rozumianą ochroną i promocją zdrowia.

Te założenia dydaktyczne mogą być zrealizowane jeśli studenci w toku studiów będą uczestniczyli w praktycznej weryfikacji zdobywanej na WUM wiedzy. Jedną z najlepszych możliwości weryfikacji wiedzy jest kontakt z placówkami opieki zdrowotnej, kontakt z pacjentami i personelem medycznym.

W pracy dydaktycznej zachęcamy studentów do udziału w stażach, praktykach, wolontariacie w placówkach systemu ochrony zdrowia. Takie praktyki są obowiązkowe w toku studiów. Za szczególnie cenne uważamy projekty badawcze w których mogą uczestniczyć studenci. Propozycja Prezes Urszuli Jaworskiej dotycząca udziału studentów WUM w Projekcie Społeczny Audyt Szpitali, uzyskała pozytywna akceptację: prof. dr hab. Andrzeja Deptały Prodziekana ds. Zdrowia Publicznego

WNoZ i dr hab. Adama Fronczaka Kierownika Zakładu Zdrowia Publicznego WUM. Projekt Społeczny Audyt Szpitali obejmował badanie jakości konsumenckiej w 5-ciu szpitalach w Warszawie.

Celem projektu było stworzenie i dopracowanie narzędzia badań jakości usług szpitalnych oraz metodologii badań ankietowych, które w przyszłości posłuży przeprowadzeniu badania jakości świadczonych usług wśród wszystkich szpitali w Polsce.

Udział studentów w projekcie był dobrowolny, poprzedzony szkoleniem w którym przedstawione zostały założenia projektu oraz zasady prowadzenia badań. Wstępnie szacowano, że dla studenta będzie to 30 godz. przeznaczonych na przeprowadzenie ankiet.

Fundacja zapewniła studentom: szkolenie, pomoce (tablet do przeprowadzenia badań), wsparcie w trakcie projektu, spotkanie podsumowujące wyniki badania.

Pierwsze spotkanie wprowadzające dotyczące Społecznego Audytu Szpitali odbyło się na WUM w listopadzie 2014r. Uczestnikami spotkania byli studenci kierunku zdrowie publiczne 3 roku studiów stacjonarnych I stopnia WUM w liczbie 63 osób. W spotkaniu uczestniczyli: Kierownik Projektu Społeczny Audyt Szpitali - Prezes Urszula Jaworska i koordynatorzy. Studenci zostali poinformowani o celach, założeniach organizacyjnych i metodologii programu badawczego.

Do udziału w Projekcie zgłosiło się 31 studentów, kierunku zdrowie publiczne, w założeniach było: podpisanie umowy wolontariuszy i na użyczenie sprzętu (tabletu), odebranie identyfikatorów ze zdjęciem które były niezbędne w trakcie przeprowadzenia ankiet.

Studenci po odbyciu szkolenia w Fundacji Urszuli Jaworskiej rozpoczęli realizacje badań. Przeprowadzenie ankiet odbywało się w pięciu szpitalach warszawskich, studenci byli „przypisani" do konkretnych szpitali.

Po przeprowadzeniu projektu w krótkiej ankiecie zapytałam studentów-ankieterów o ich opinie dotyczące udziału w badaniu. Osoby które odpowiedziały na pytania wskazały, że było to interesujące doświadczenie: kontaktu z pacjentem rozwiązywania bieżących problemów podczas badania, kwestii organizacyjnych w placówce. W trakcie realizacji badań ankietowych za pośrednictwem tabletów

studenci mieli problemy techniczne, które zgłaszali do osoby koordynującej projekt. Problemy były rozwiązywane, cześć ankiet było wypełnianych ponownie, co wpływało na przedłużenie czasu przeznaczonego na wykonanie zadania.

Dla studentów to doświadczenie było niejednokrotnie pierwszym kontaktem w bezpośredniej rozmowie z pacjentem, jego opiekunem, personelem medycznym. Badania ankietowe przeprowadzane były pod presją czasu i warunkach szczególnych: w trakcie wizyty pacjenta w szpitalu, pobytu na oddziale. Część respondentów chciało dłużej porozmawiać na temat swoich problemów zdrowotnych o osobistych.

Studenci – ankieterzy w trakcie udziału w projekcie nabyli praktyczne umiejętności, mieli okazje na sprawdzenie własnych predyspozycji do udziału w projektach badawczych, poznali zasady funkcjonowania jednostek organizujących projekty. Studenci przeprowadzający badania otrzymają potwierdzenie udziału w projekcie badawczym.

Podsumowując, udział w Projekt Społeczny Audyt Szpitali uznaję za cenne doświadczenie dla studentów kierunku zdrowie publiczne i dla kadry dydaktycznej uczestniczącej w organizacji projektu. Doświadczenie uzyskane podczas tego Projektu pozwoli na bardziej doskonałe prowadzenie kolejnych zadań.

Mam nadzieję, że opracowane po badaniach przeprowadzonych w ramach Projektu Społeczny Audyt Szpitali, rekomendacje dla Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, będą miały wpływ na finansowanie szpitali oparte na potrzebach pacjentów.

Dominika Maison
Instytut Studiów Społecznych im. Prof. Roberta B. Zajonca
Uniwersytet Warszawski
Ul. Stawski 5/7; 00-183 Warszawa

RAPORT Z PILOTAŻU BADANIA SATYSFAKCJI PACJENTÓW Z POBYTU SZPITALU

Warszawa, 22 października 2015 r.

1. Podsumowanie pilotażu

Wyniki pilotażu badania satysfakcji z jakości obsługi w szpitalach pokazały raczej pozytywny obraz badanych placówek. Większość pacjentów, biorących udział w ankiecie, wyraziła zadowolenie zarówno na poziomie ogólnej oceny, jak i oceny różnych elementów pracy szpitala.

Jednocześnie analiza wyników oraz obserwacje ankieterów przeprowadzających badanie pokazują, że oceny uzyskane w pilotażu mogą być zawyżone ze względu na sam proces badawczy.

Główne problemy związane z badaniem satysfakcji pacjentów zidentyfikowane w pilotażu dotyczą trzech obszarów:

1) miejsce i moment realizacji badania
2) dobór próby do badania
3) narzędzie do badania (kwestionariusz)

Ad1. Badanie było realizowane w szpitalach, zazwyczaj na korytarzu, często w okolicy pokoju lekarskiego lub pielęgniarskiego. Pacjenci prawdopodobnie odczuwali dyskomfort związany z koniecznością oceny placówki i jej pracowników w bliskiej obecności osób ocenianych. Taka sytuacja mogła prowadzić do obaw przed wyrażeniem negatywnych opinii, a przy tym większej skłonności do wybierania odpowiedzi "raczej dobrze" / "raczej zadowolony".

Natomiast realizacja badania w trakcie pobytu w szpitalu może powodować, że oceny pacjentów są zdominowane przez doświadczenie choroby – skupiają się na celu ("najważniejsze, żeby być wyleczonym"), a nie sposobach dojścia do niego ("jak / w jakich warunkach jestem leczony"). Dodatkowo, prosząc o wzięcie udziały w badaniu osoby, które dopiero trafiły do szpitala, może skutkować tym, że nie są one w stanie ocenić wielu elementów związanych z funkcjonowaniem placówki, gdyż jeszcze nie miały z nimi bezpośredniej styczności.

Ad2. Próba do badania była nielosowa, co przyczyniało się do selekcji na poziomie:

- ankietera – nawet jeśli nie jest to zachowanie celowe, to brak narzuconych kryteriów wyboru respondenta, powoduje, że ankieter wybiera "wygodną" drogę i prosi o udział w badaniu osoby, wyglądające sympatycznie
- pacjenta – w badaniu biorą udział osoby, które się zgodziły.

Taki dobór próby może przyczyniać się do zawyżania ocen placówki, gdyż w badaniu biorą udział osoby charakteryzujące się większą chęcią pomocy, bardziej kontaktowe.

Ad3. Badanie pilotażowe uwidoczniło także problemy związane z narzędziem badawczym. Ankieta do badania wydaje się być:

- zbyt długa, a przy tym pytania są mało różnicujące – przejście przez całość wywiadu dla wielu pacjentów było nużące, szczególnie, że z ich perspektywy wiele zadawanych pytań dotyczyła podobnych obszarów → powodowało to, że ich odpowiedzi w pewnym momencie stawały się mało przemyślane, automatyczne
- momentami mało adekwatna – część pytań dotyczyła obszarów, które trudno było ocenić pacjentom, nie znali odpowiedzi na te pytania lub były one mało relewantne z ich perspektywy → tego rodzaju pytania mogą powodować rozdrażnienie respondentów, zmniejszać ich zaangażowanie w udzielanie odpowiedzi, a także skutkować tym, że pacjent "zgaduje" odpowiedzi
- za mało zindywidualizowana – w badaniu wykorzystano taką samą ankietę dla wszystkich placówek, a przy tym kwestionariusz nie dawał możliwości swobodnego wyrażenia swojego zdania poza badanymi obszarami → wystandaryzowana ankieta do badania z jednej strony umożliwiła porównanie placówek między sobą, ale z drugiej – nie pozwala wyłapać elementów specyficznych dla charakteru lub typu danej placówki (np. szpital dziecięcy)

Warto także zauważyć, że badając satysfakcję z usług szpitali wśród pacjentów często nie otrzymujemy oceny rzeczywistości, ale percepcję rzeczywistości, którą przekazuje nam pacjent – jest to ocena mocno nacechowana subiektywizmem. Badanie satysfakcji pacjentów nie może być równoznaczne z obiektywną diagnozą jakości obsługi.

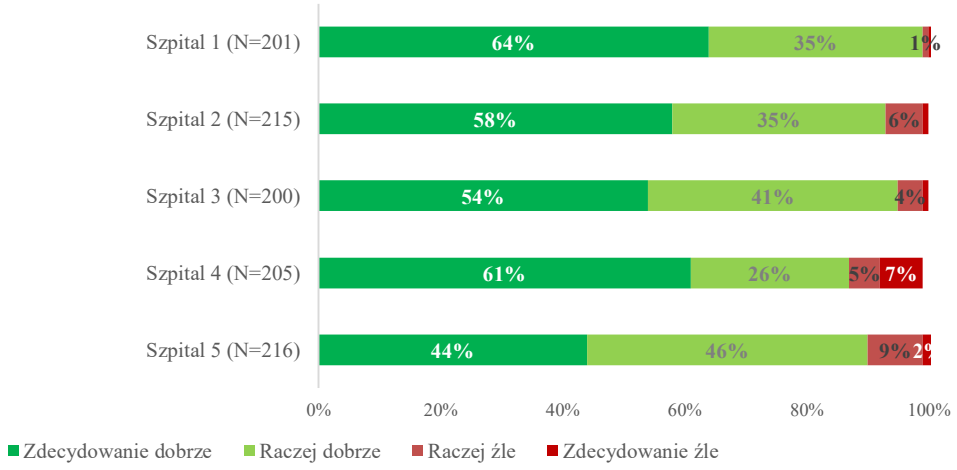
2. Wyniki badania

2.1. Ogólna ocena jakości obsługi w szpitalach

W pierwszej części badania, oprócz danych demograficznych, respondenci mieli ogólnie ocenić jakość obsługi w szpitalach, w których się znajdowali. Na wykresie 1 zamieszczono uzyskane wyniki, które świadczą o tym, że zdecydowana większość pacjentów pozytywnie ocenia jakość obsługi w badanych placówkach.

Wykres 1. Ogólna ocena jakości obsługi w szpitalach

[Jak ocenia Pan/i ogólnie jakość obsługi pacjenta przez szpital, w którym obecnie Pan/i przebywa]

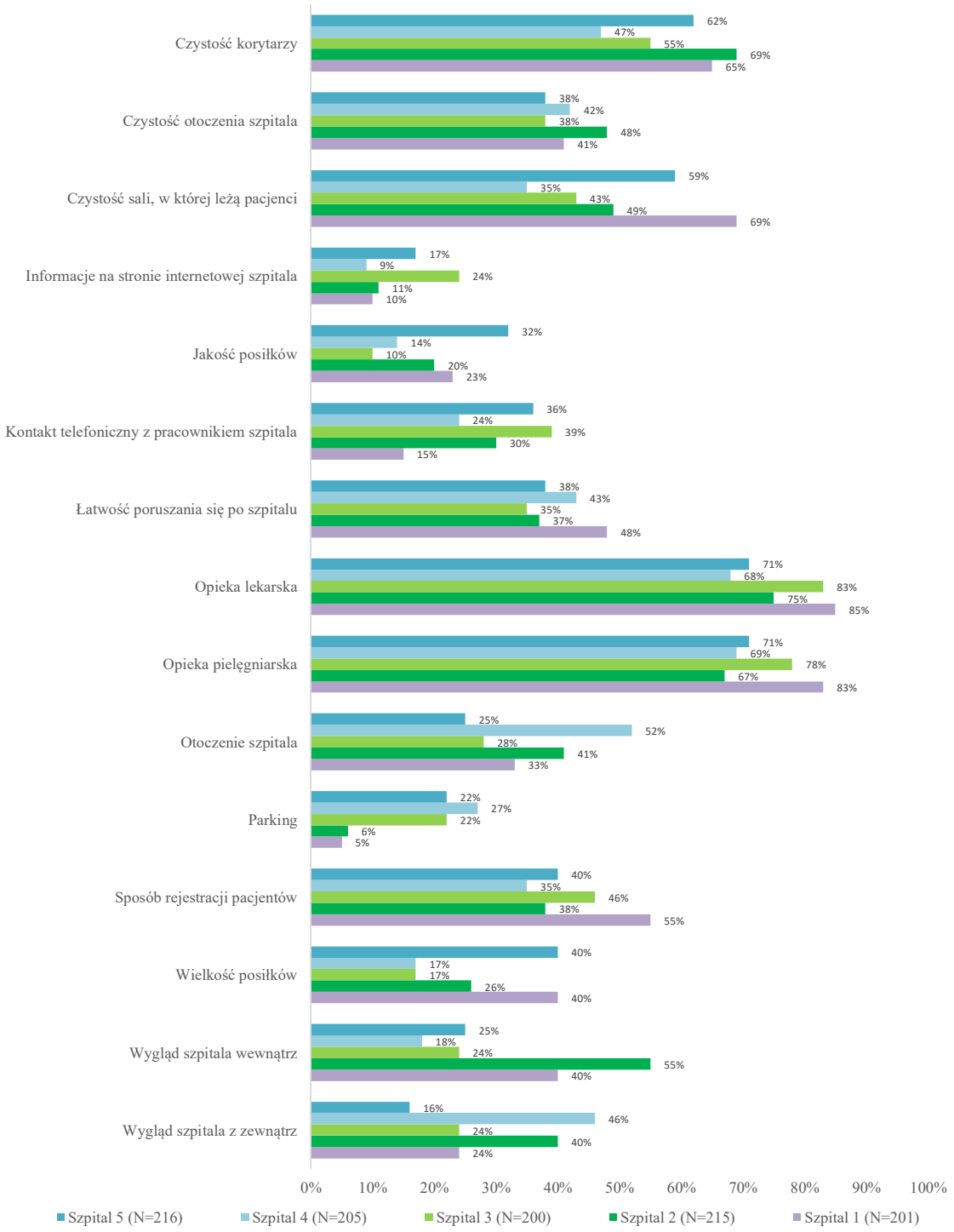


2.2. Ocena różnych aspektów pobytu w szpitalu

W kolejnym etapie badania zadaniem respondentów była ocena poszczególnych elementów funkcjonowania szpitala takich jak ocena opieki lekarskiej, czystości placówki czy serwowanych posiłków. Na wykresie 2 zobrazowano otrzymane wyniki (ujęto tylko odsetek osób, które były zdecydowanie zadowolone z danego aspektu pobytu w szpitalu). Wyniki pokazują, że pacjenci są zadowoleni z większości aspektów funkcjonowania szpitali. Najlepiej we wszystkich placówkach oceniana jest kadra lekarsko-pielęgniarska oraz czystość, najgorzej - posiłki (zarówno ich wielkość, jak i jakość) czy parking.

Wykres 2. Ocena różnych aspektów pobytu w szpitalu *(tylko odpowiedzi „zdecydowanie zadowolony”)*

[Na ile jest Pan/i zadowolony/a z poszczególnych aspektów pobytu w szpitalu. Proszę o ocenę poszczególnych aspektów na skali od 1 do 4, gdzie 1 oznacza, że jest Pan/i z danej rzeczy zdecydowanie niezadowolony/a, a 4, że jest Pan/i z niej zdecydowanie zadowolony/a.]

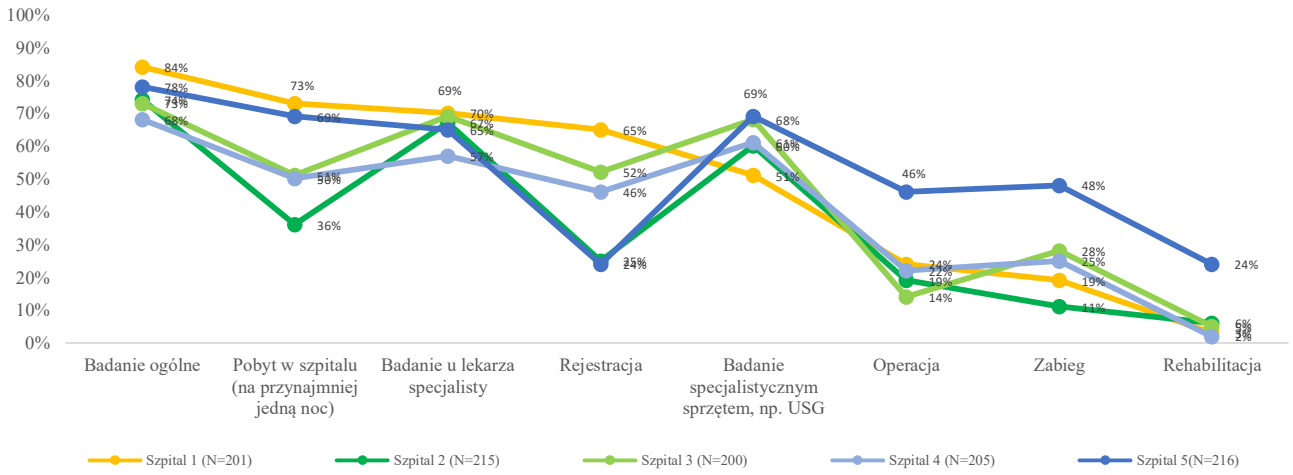


2.3. Czas oczekiwania na usługi w szpitalach

Respondenci mieli również ocenić czas oczekiwania na usługi. Pacjenci sądzą, że jest on odpowiedni w przypadku większości oferowanych usług. Najwięcej zastrzeżeń w tym zakresie zgłaszano w przypadku operacji, zabiegu czy rehabilitacji. W niektórych szpitalach również pacjenci skarżyli się na czas oczekiwania na rejestrację. Szczegółowe wyniki zawarto na wykresie 3.

Wykres 3. Czas oczekiwania na usługi w szpitalach *(tylko odpowiedzi „odpowiednie, w sam raz")*

[Jak ocenia Pan/i oczekiwanie (tzn. czas od zgłoszenia się przez Pana/Panią do szpitala do załatwienia sprawy) na następujące usługi w szpitalu]

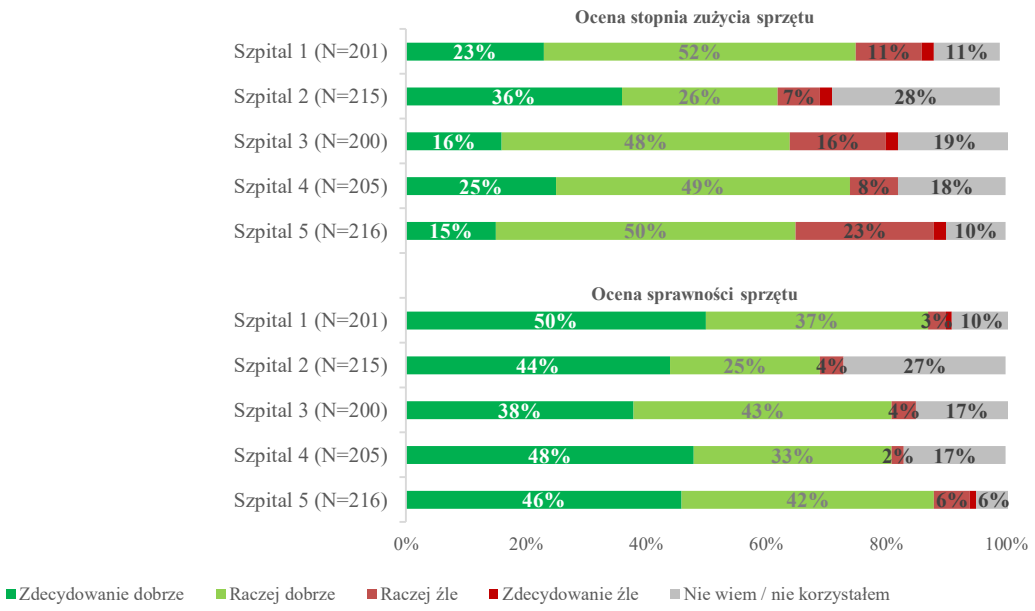


2.4. Ocena sprzętu w poszczególnych szpitalach

Dodatkowo pacjenci oceniali sprawność oraz stopień zużycia sprzętu w szpitalach. Wyniki pokazują, że sprzęt szpitalny jest oceniany dobrze – jest sprawny oraz w miarę nowy. Na wykresie 4 zobrazowano wszystkie otrzymane wyniki.

Wykres 4. Ocena sprzętu w poszczególnych szpitalach

- *[Jak ocenia Pan/i stopień zużycia sprzętu wykorzystywanego podczas leczenia?]*
- *[Jak ocenia Pan/i sprawność sprzętu wykorzystywanego podczas leczenia?]*

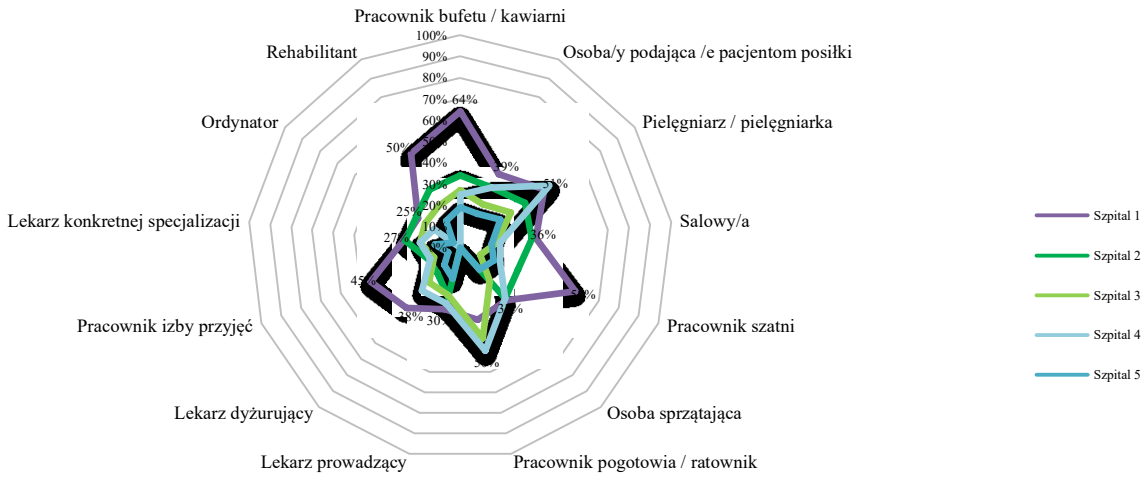


2.5. Dostępność osób z personelu szpitala

Pacjentów zapytano również, jak oceniają dostępność personelu szpitala. Ponownie okazało się, że oceny są pozytywne - pracownicy placówek NFZ są uznawani za dostępnych, wręcz na każde zawołanie. Uzyskane wyniki obrazuje wykres 5 (ujęto na nim tylko odpowiedzi „na każde zawołanie”).

Wykres 5. Dostępność osób z personelu szpitala *(tylko odpowiedzi „na każde zawołanie”)*

[Jak ogólnie ocenia Pan/i dostępność osób z personelu, z którymi miał/a Pan/i kontakt podczas pobytu w szpitalu? Jeśli miał/a Pan/i kontakt z więcej niż jedną osobą danego rodzaju, np. lekarzami, proszę ogólnie ocenić ich dostępność.]

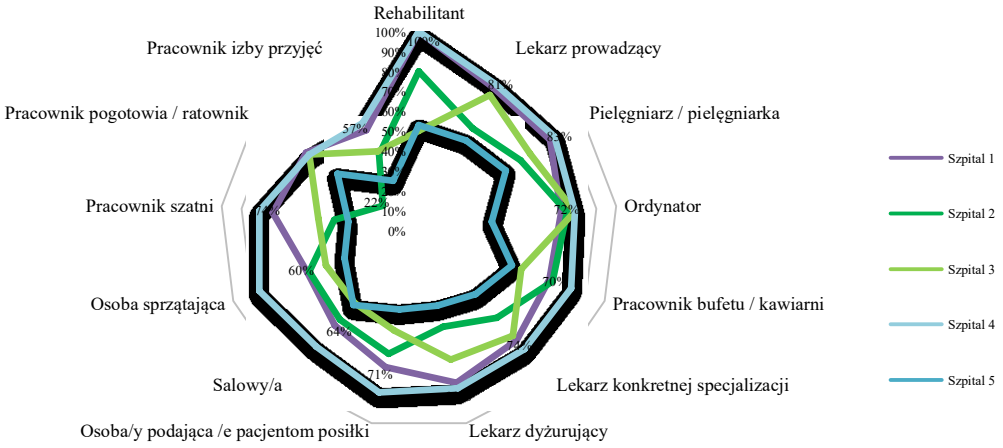


2.6. Ocena osób z personelu szpitala

Ważnym aspektem badania była również ocena samego personelu szpitalnego. W tym wypadku również uzyskano pozytywne wyniki – we wszystkich szpitalach kadra została oceniona dobrze. Wszystkie uzyskane dane zamieszczono na wykresie 6 (ujęto tylko odpowiedzi „bardzo dobrze”).

Wykres 6. Ocena osób z personelu szpitala *(tylko odpowiedzi „bardzo dobrze”)*

[Jak ogólnie ocenia Pan/i jakość obsługi przez osoby z personelu, z którymi ma (miał/a) Pan/i kontakt podczas pobytu w szpitalu? Jeśli miał/a Pan/i kontakt z więcej niż jedną osobą danego rodzaju, np. lekarzami, proszę ogólnie ocenić jakość obsługi przez lekarzy.]



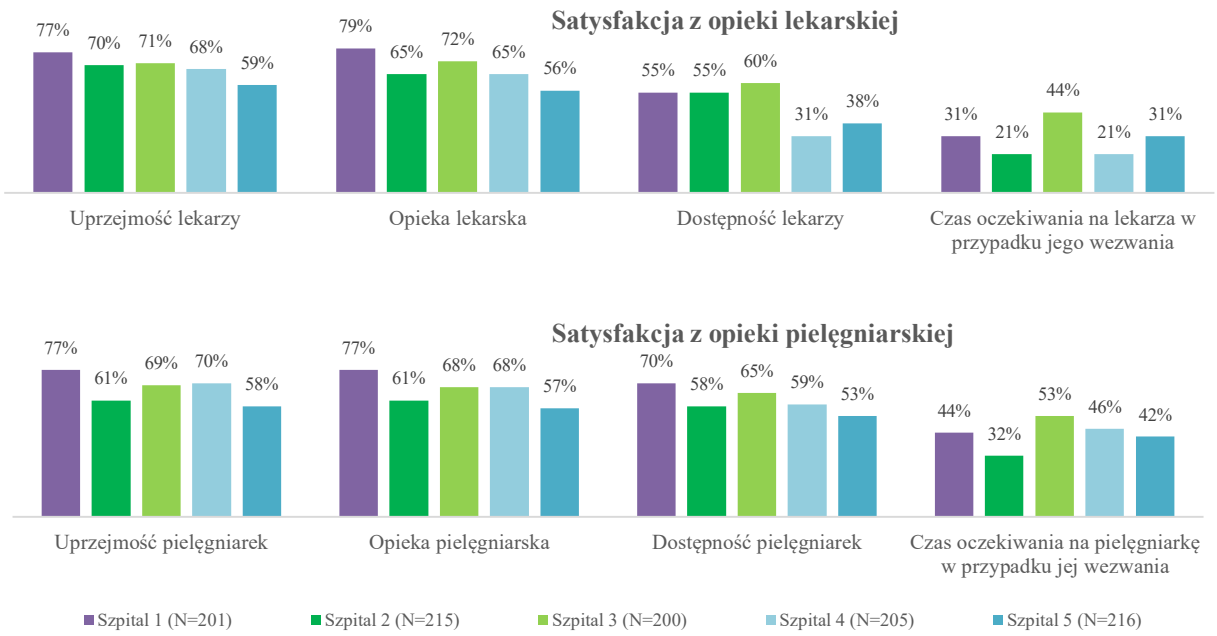
2.7. Satysfakcja z opieki w szpitalach

Na ocenę danej placówki składał się również poziom satysfakcji z opieki w szpitalach. Tak jak we wcześniejszych przypadkach otrzymano pozytywne wyniki – w każdym ze szpitali uprzejmość, opieka oraz dostępność kadry lekarsko-pielęgniarskiej została

oceniona wysoko. Na wykresie 7 umieszczono informacje na temat otrzymanych wyników. Wykres przedstawia odsetek osób, które były zdecydowanie zadowolone z danego aspektu funkcjonowania placówki.

Wykres 7. Satysfakcja z opieki w szpitalach *(tylko odpowiedzi „zdecydowanie zadowolony")*

[Na ile jest Pan/i zadowolony/a z poszczególnych aspektów pobytu w szpitalu. Proszę o ocenę poszczególnych aspektów na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza, że jest Pan/i z danej rzeczy zdecydowanie niezadowolony/a, a 5, że jest Pan/i z niej zdecydowanie zadowolony/a.]

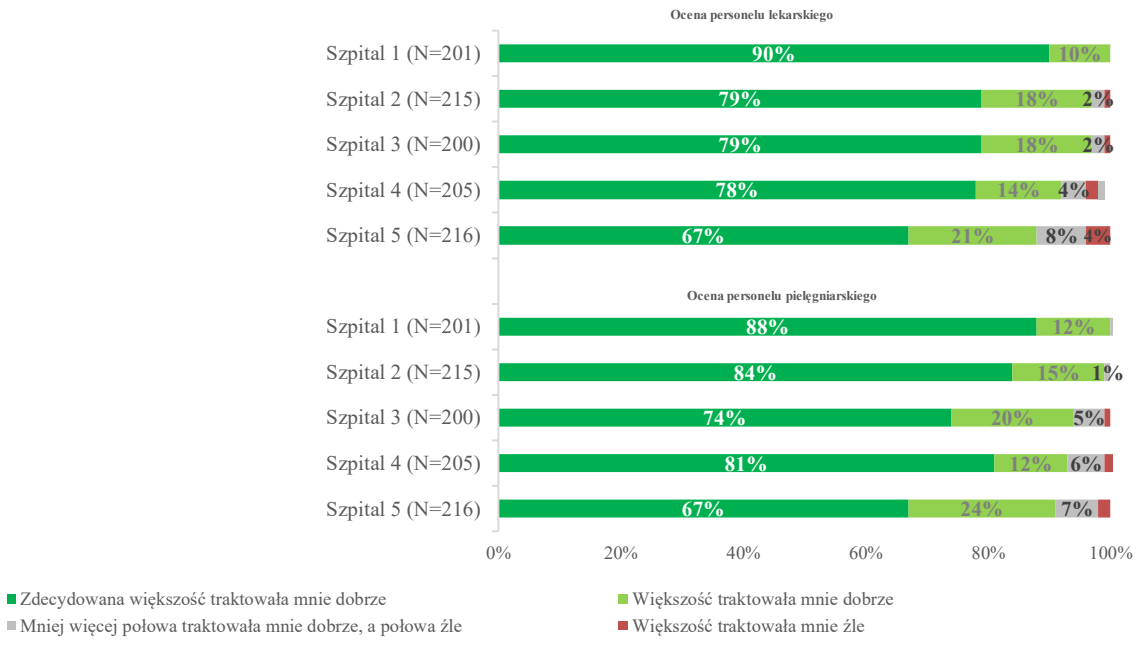


2.8. Ocena personelu lekarskiego oraz pielęgniarskiego

Pacjenci wszystkich pięciu szpitali mieli również ocenić sposób traktowania chorych przez lekarzy oraz pielęgniarki. Okazuje się, że zdecydowana większość kadry pracującej na terenie omawianych szpitali dobrze traktuje swoich podopiecznych. Wyniki umieszczono na wykresie 8.

Wykres 8. Ocena personelu lekarskiego oraz pielęgniarskiego

[Proszę teraz pomyśleć o całym personelu lekarskim/pielęgniarskim, z którym miał Pan/i do czynienia podczas tego pobytu w szpitalu. Proszę zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pana/i odczucia co do opieki lekarskiej/pielęgniarskiej.]



2.9. Ocena personelu lekarskiego, pielęgniarskiego i pomocniczego – porównanie

Elementem oceny placówki była również ocena personelu pomocniczego. W związku z tym, że respondenci oceniali lekarzy, pielęgniarki oraz personel pomocniczy na tych samych wymiarach, możliwe było porównanie średnich ocen personelu. Wyniki porównań zobrazowano na wykresie 9.

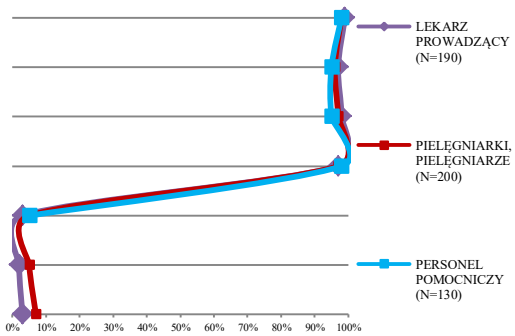
Wykres 9. Ocena personelu lekarskiego, pielęgniarskiego i pomocniczego – porównanie *(tylko odpowiedzi „zdecydowanie się zgadzam")*

[Proszę ocenić, na ile zgadza się Pan/i z następującymi stwierdzeniami na temat kontaktu z personelem.]

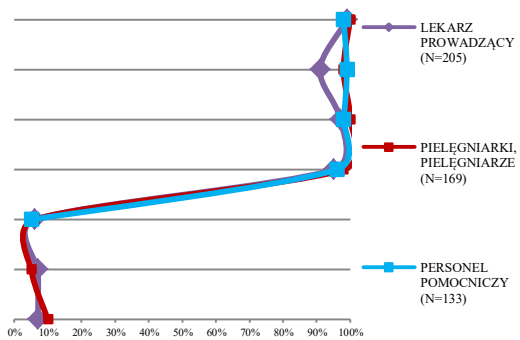
Numer pytania*

1
2
3
4
5
6
7

9a Szpital 1



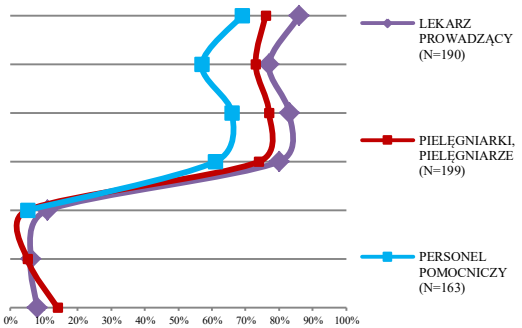
9b Szpital 2



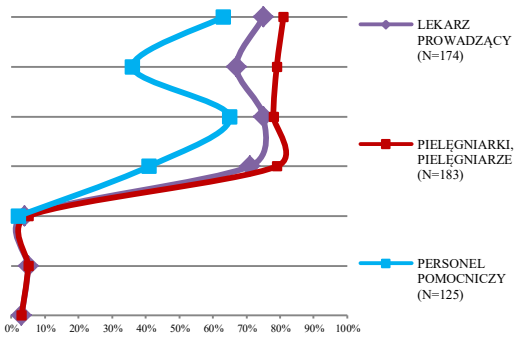
Numer pytania*

1
2
3
4
5
6
7

9c Szpital 3



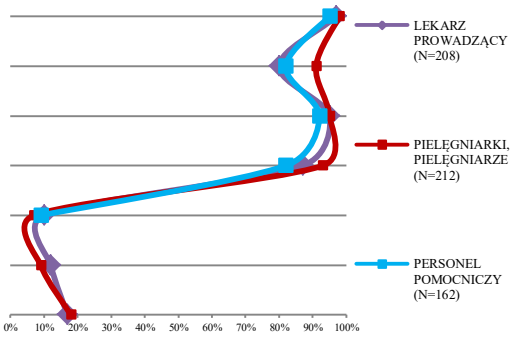
9d Szpital 4



Numer pytania*

1
2
3
4
5
6
7

9e Szpital 5



- ***Legenda:***

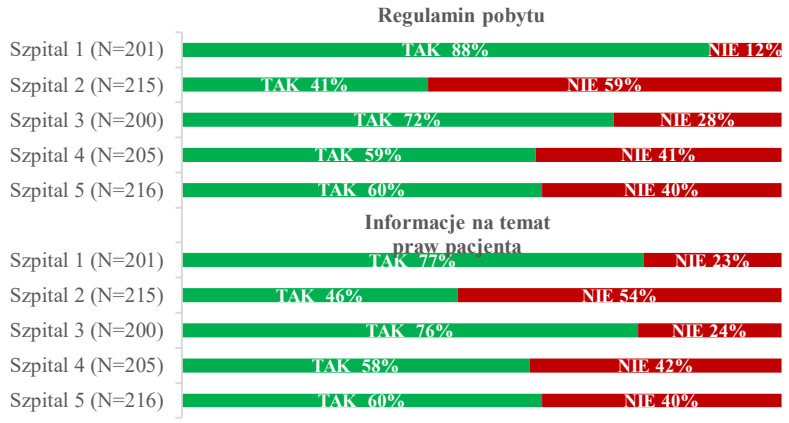
1 – Odnosił się do mnie z szacunkiem
2 – Miał dla mnie czas, gdy tego potrzebowałem
3 – Był dla mnie uprzejmy
4 – Mogłem liczyć na jego wsparcie
5 – Sprawiał wrażenie, jakby mu na mnie zależało
6 – Miałem wrażenie, że byłem mniej ważny niż inni pacjenci
7 – Nie był zainteresowany moimi problemami

2.10. Kontakt z regulaminem i prawami pacjenta

Pacjentów zapytano również, czy mieli kontakt z regulaminem szpitala oraz informacją na temat praw pacjenta. Większość z nich odpowiedziała twierdząco na te pytania, jednak w niektórych placówkach odsetek osób, które nie miały kontaktu z tymi informacjami jest niepokojąco wysoki. Na wykresie 10 umieszczono informacje na temat odpowiedzi respondentów w tym zakresie.

Wykres 10. Kontakt z regulaminem i prawami pacjenta

[Czy na terenie szpitala spotkał/a się Pan/i z:]



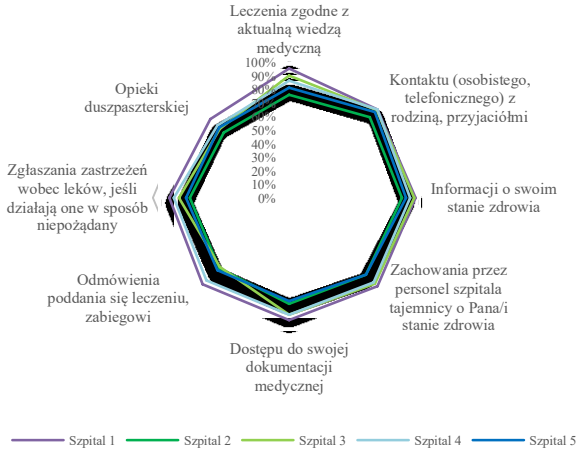
2.11. Przekonania a doświadczenia pacjentów

Zbadano również, w jakiej mierze przekonania na temat praw pacjenta pokrywają się z doświadczeniami chorych. Zdecydowana większość pacjentów jest świadoma swoich praw, które w znacznej mierze są respektowane w rzeczywistości (por. wykres 11). W porównaniu ujęto tylko procent odpowiedzi „zdecydowanie się zgadzam”.

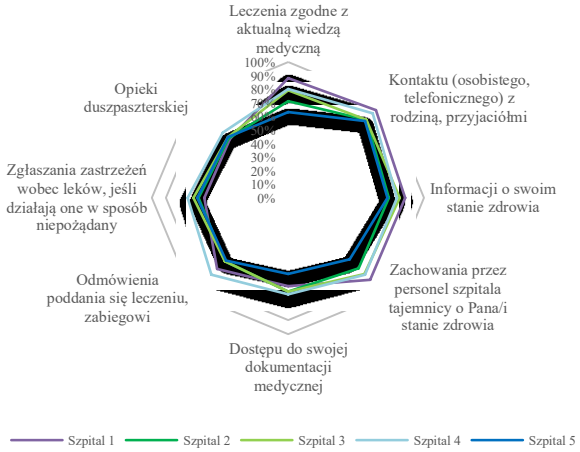
Wykres 11. Przekonania a doświadczenia pacjentów *(tylko odpowiedzi „zdecydowanie się zgadzam”)*

- *[Proszę powiedzieć, na ile Pan/i zdaniem jako pacjent ma Pan/i prawo do:]*
- *[Proszę powiedzieć, w jakim stopniu podczas pobytu w tym szpitalu są spełniane poniższe warunki. Na ile Pan/i uważa, że jako pacjent]*

11a Oczekiwania pacjentów



11b Doświadczenia pacjentów

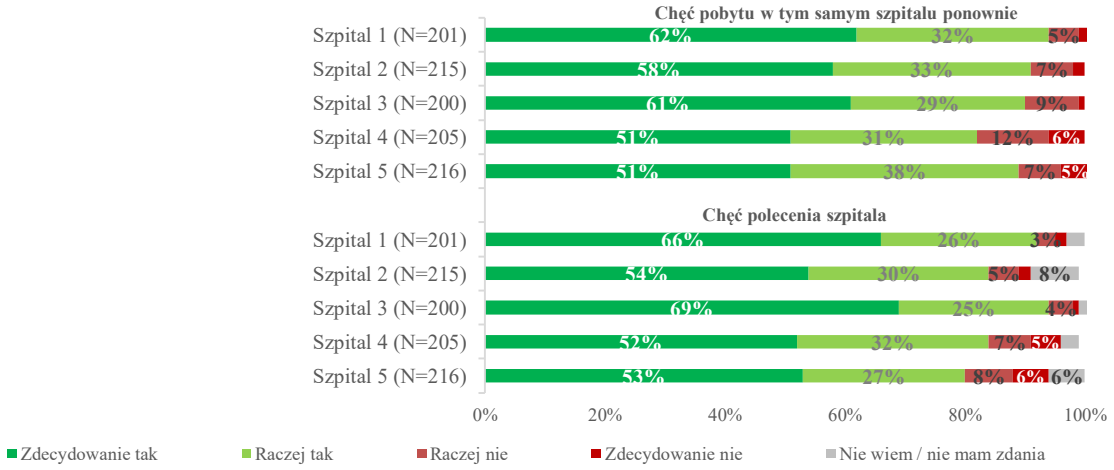


2.12. Kolejny pobyt w szpitalach i polecanie szpitali

Pod koniec przeprowadzenia badania respondentów zapytano m.in. o polecanie szpitala. Decydowana większość przebadanych pacjentów wyraziła chęć polecenia placówki, w której się znalazła oraz – w razie konieczności – chęć pobytu w tym szpitalu ponownie (por. wykres 12).

Wykres 12. Kolejny pobyt w szpitalach i polecanie szpitali

- *[Jeżeli byłby w Pan/i przypadku konieczny kolejny pobyt w szpitalu, na ile chciałby/aby Pan/i aby to był ten szpital, w którym Pan/i teraz jest?]*
- *[Gdyby ktoś z Pana/i bliskiej rodziny lub znajomych miał trafić do szpitala, to na ile polecił(a)by Pan/i ten szpital (w którym obecnie Pan/i przebywa)?]*



3. Rekomendacje

Wyniki, które otrzymano w dużej mierze wynikają z wybranej metodologii oraz warunków badania, o których to kwestiach była mowa w podsumowaniu pilotażu (por. rozdział 1). W celu rozwiązania problemów, które udało się zidentyfikować na etapie pilotażu Programu proponujemy następujące rozwiązania dla trzech opisanych wyżej obszarów.

<u>1. MIEJSCE I MOMENT REALIZACJI BADANIA</u>

Problem wpływu miejsca (mało komfortowe warunki, brak intymności i poczucia anonimowości w trakcie wypełniania ankiety) oraz czasu przeprowadzania badania (w trakcie wykonywania usługi) można rozwiązać na kilka sposobów:

a) **Ankieta przeprowadzona niedługo PO wyjściu ze szpitala** – przeprowadzenie badania po wyjściu ze szpitala daje możliwość oceny pełnego spektrum doświadczeń pacjenta, a jednocześnie odbywa się to

na neutralnym gruncie, dzięki czemu pacjent nie ma obaw związanych z negatywnymi konsekwencjami swoich wypowiedzi, a także jego ocena nie jest zdominowana przez negatywne emocje, które doświadcza w trakcie trwania choroby; wadą tego rozwiązania są trudności z dotarciem do badanej grupy, a przez to wysokie koszty realizacji.

b) **Stworzenie warunków bezpieczeństwa odpowiedzi na terenie szpitala** – innym rozwiązaniem może być przygotowanie odpowiedniego miejsca na terenie szpitala, w którym pacjenci będą mogli w sposób swobodny wziąć udział w badaniu. Miejsce to musi zapewnić respondentom poczucie bezpieczeństwa i anonimowości odpowiedzi (inne osoby ich nie usłyszą); wadą tej metody może być niechęć lub brak możliwości części pacjentów do przemieszczenia się do miejsca realizacji badania.

c) **Modyfikacje na poziomie sposobu realizacji badania** – alternatywnym rozwiązaniem (mniej kosztownym niż opcja a) oraz powodującym mniej problemów organizacyjnych niż opcja b)) może być przeprowadzenie badania na terenie szpitala w dowolnym miejscu, ale przy częściowym zastąpieniu wywiadu prowadzonego przez ankietera ankietą samowypełnianą – część ankiety zawierająca pytania bardziej wrażliwe na wpływ otoczenia pacjent wypełnia samodzielnie.

2. DOBÓR PRÓBY DO BADANIA

Aby ograniczyć wpływ dużej samoselekcji respondentów rekomendujemy przeprowadzenia badania na próbie losowej. Dobór losowy to taki dobór elementów z populacji, w którym wszystkie elementy populacji mają znane prawdopodobieństwo dostania się do próby. Taki dobór próby daje nam reprezentatywność wyników i możliwość ich ekstrapolowania na całą populację. Próba taka jednak wymaga operatu, w tym wypadku listy wszystkich zarejestrowanych pacjentów, z której można wylosować próbkę do badania. W momencie braku zgody "wylosowanego" pacjenta do wzięcia w badaniu postępuje się np. zgodnie z zasadą ustalonej ścieżki (próbuje przeprowadzić ankietę z kolejną osobą wybraną na podstawie wcześniej ustalonej procedury, np. osoba z pokoju obok z drugiego łóżka po prawej).

Alternatywną możliwością jest dobór kwotowy, czyli opierający się na znajomości struktury populacji ogólnej. Znając liczbę oddziałów, proporcje pacjentów na danych oddziałach, średnie czasy pobytu na danym oddziale, itp., można tak dobrać próbę do badania, aby jej struktura odpowiadała udziałowi poszczególnych grup w całej populacji pacjentów szpitala. Jednak problemem tego rozwiązania może być zmienność struktury populacji pacjentów w danej placówce.

3. NARZĘDZIE DO BADANIA

Rekomendujemy wprowadzenie następujących modyfikacji do kwestionariusza badania:

a) Skrócenie ankiety – kwestionariusz powinien być zredukowany do pytań, na które pacjenci potrafią odpowiedzieć, dotyczących różnych obszarów (aby nie było wrażenia powtarzania tych samych pytań), a także dotyczyć zagadnień ważnych z perspektywy pacjenta
b) Wprowadzenie części samowypełnianej – pytania wrażliwe na wpływ otoczenia, wywołujące obawy związane z konsekwencjami negatywnych odpowiedzi, nie powinny być czytane na głos przez ankietera, ale wypełniane samodzielnie przez respondenta.
c) Wprowadzenie większej liczby pytań otwartych, dających możliwość zbadania specyfiki szpitala – pytania owarte dadzą szansę respondentom na wyrażenie swojej opinii na ważne dla nich tematy, które nie zostały uwzględnione w ankiecie ze względu na ich zbytnią szczegółowość lub trafność tylko w przypadku danego typu szpitala (np. w przypadku szpitala dziecięcego: traktowanie dziecka przez personel szpitala, możliwość noclegu dla rodziców).

MYSTERY PATIENT / TAJEMNICZY PACJENT

Dodatkowo, proponujemy wprowadzenie modułu kwestionariusza wypełnianego przez ankietera będącego w roli *Tajemniczego Pacjenta*. Część zagadnień obecnie poruszana w ankiecie przeznaczonej dla pacjentów powinna zostać umieszczona w ankiecie wypełnianej przez *Tajemniczego Pacjenta*, czyli osoba specjalnie przeszkolona do wykonania tego zadania. *Tajemniczy Pacjent* powinien być obiektywnym obserwatorem, który ocenia różne elementy szpitala (np. czystość, czas oczekiwania, dostęp do różnych usług) według wcześniej ustalonych, standardowych kryteriów.

Metodologia *Mystery Shopping* nie bada opinii czy deklaracji, ale relacjonuje doświadczenia klientów (w tym wypadku pacjentów) w ocenianych miejscach (w tym przypadku szpitalach). W odróżnieniu od badań satysfakcji klienta, koncentrujących się na subiektywnych ocenach i odczuciach, jest to bardziej obiektywna metoda oceny procesu obsługi klienta.

Tajemniczy pacjenci są zobowiązani do postępowania według określonych instrukcji – scenariusz ich zachowania powinien być skonstruowany w taki sposób, aby jak najlepiej odzwierciedlał zachowanie "typowego" pacjenta. Przed wykonaniem zadania Tajemniczy Pacjenci musi przejść specjalne szkolenia: dotyczą one scenariusza badania oraz kryteriów oceny różnych elementów placówki.

„AUDYT SPOŁECZNY JAKOŚCI OPIEKI SZPITALNEJ W POLSCE-PILOTAŻ" – Programy naprawcze

Projekt realizowany w trosce o pacjenta

Komunikacjazpacjentem.pl i jej rola w Społecznym Audycie Szpitali.

Po otrzymaniu szczegółowo opracowanej ankiety, przeprowadzaliśmy skrupulatną analizę. W ankiecie wskazane zostały mocne i słabe strony wybranych szpitali.

MOCNE STRONY SZPITALI

- **miły i kompetentny personel,**
- **dobry sprzęt medyczny (1 z 5 szpitali)**

OBSZARY DO POPRAWY (najczęściej wskazywane w ankiecie)

- **długi czas oczekiwania w rejestracji,**
- **wielkość i jakość posiłków,**
- **wygląd wnętrza szpitala,**
- **łatwość poruszania się po szpitalu,**
- **źle zorganizowany parking,**
- **zaniedbane toalety i brak środków czystości.**
-

Plan działania

- Zespół projektu edukacyjnego pod nazwą Komunikacjazpacjentem.pl tworzył plan naprawczy dla każdego szpitala indywidualnie.
- Konsultanci odwiedzali każdy ze szpitali, by przyjrzeć się z bliska jego funkcjonowaniu.
  Wizyty te często obnażały kolejne zaniedbania.
- Po analizie ankiet i odbytej wizycie w placówce, każda ze słabych stron była rozpatrywana i dla każdej z nich powstawał plan naprawczy oraz propozycja zmian.

- Sugerowane zmiany przeważnie nie wymagały większych nakładów finansowych ze strony szpitali i miały na celu udoskonalenie ich funkcjonowania, tak by zarówno pacjenci, jak i personel byli w pełni usatysfakcjonowani.
- Wszystkie wnioski zostały spisane w formie raportu, który został wręczony władzom szpitali i omówiony przez Pana Zbigniewa Kowalskiego - eksperta w dziedzinie komunikacji z Pacjentem oraz Panią Urszulę Jaworską – założycielkę Fundacji jej imienia.

Wniosek główny

To co w jednym szpitalu znajdowało się w jego słabych stronach, w innym było zaletą i przykładem godnym naśladowania. Był to sygnał, że można dokonać zmian i wprowadzać je w szpitalach, które tych zmian potrzebują.

Należy pamiętać, że małe zmiany często przynoszą duże rezultaty. Warto zatem dowiedzieć się co należy zmienić i w jaki sposób te zmiany wprowadzić.

Wybrane obszary do poprawy i przykładowa propozycja zmian

Długi czas oczekiwania w rejestracji

- Rozwiązaniem może być wprowadzenie systemu rejestracji online. Jeśli już istnieje, to zachęcenie, za pomocą plakatów oraz ulotek, by osoby, które nie mają trudności w wykorzystaniu nowoczesnych technologii, korzystały z e-rejestracji - zmniejszy to kolejki i przyśpieszy ten proces. Wszelkie dokumenty do tego niezbędne powinny być umieszczone w wersji elektronicznej, by pacjent mógł je wypełnić i dostarczyć drogą elektroniczną lub osobiście.

W większości badanych szpitali pacjenci twierdzili, że nie wiedzieli o takiej możliwości.

Inne propozycje:

- Ustawienie maszyny z numerami, aby usprawnić pracę rejestracji. Na numerach powinien być napisany szacowany czas oczekiwania, aby pacjent nie był zobligowany do ciągłego pilnowania swojego miejsca w kolejce.
- Rozważenie wprowadzenia usług telemedycyny, która pozwoli zaoszczędzić czas i pieniądze dla pacjenta jak i dla szpitala. Nowoczesne rozwiązania w placówkach medycznych skróciłyby również czas oczekiwania na konsultację z lekarzem.

Opcjonalnie

Szkolenie działu rejestracji z zakresu organizacji czasu pracy, metod sprawnego radzenia sobie z natłokiem obowiązków, ilością pacjentów, podziału obowiązków i pracy zespołowej oraz kwestii komunikacyjnych.

wielkość i jakość posiłków

W jednym szpitalu pacjenci chwalą posiłki, a szpital jest w stanie zadbać o ich jakość. W innym kwestia ta jest całkowicie zaniedbana, a pacjenci wychodzą ze szpitali niedożywieni. Każdy z nas jest świadomy jak istotne w procesie leczenia jest odżywianie, dlatego w szpitalach w których posiłki dla pacjentów są zaniedbywane, należy wprowadzić zmiany i ujednolicić standardy.

Istotne jest także:

- Stworzenie funkcji nadzorczej dla pielęgniarek na każdym oddziale nad jakością oraz standardem posiłków zapisanych w specyfikacji przetargu, oraz zawartej umowy z dostawcą.
- Wprowadzenie kar finansowych dla dostawcy, jeżeli stwierdzone zostanie odejście od standardów lub jakości posiłków wynikających z ankiet od pacjentów oraz opinii pielęgniarek odpowiedzialnych za nadzór.
- Konsultacja ze szpitalami, które są pozytywnie ocenianie w obszarze wielkości i jakości posiłków. Informacje o takich miejscach są łatwo dostępne w Internecie i portalach społecznościowych, które aktywnie komentują kwestie żywienia pacjenta podczas jego pobytu w szpitalu.

wygląd wnętrza szpitala

W niektórych szpitalach Pacjenci skarżyli się na przytłaczające, zaniedbane wnętrza.

- Pomysłem na rozweselenie wnętrza może być ogłoszenie konkursu w szkołach podstawowych oraz przedszkolach na rysunek „Wesoły Szpital" oraz „Uśmiechnięty Pacjent" – prace dzieci można powiesić na ścianach: oddziałów, rejestracji, korytarzy.

Dzięki temu:

- polepszy się wizerunek szpitala wśród pacjentów,
- wpłynie na uświadamianie np. rodziców, których również można zaangażować w projekt, na temat profilaktyki chorób dziecięcych.
- wykorzystać różne kanały komunikacji do zainteresowania mediów konkursem i pokazania, że szpital dokłada wszelkich starań, aby uprzyjemnić leczenie pacjentom, bez dodatkowych kosztów.
- **łatwość poruszania się po szpitalu**
- Pacjenci, którzy po raz pierwszy przychodzą do danego szpitala czują się w nim zagubieni.
- Większa liczba tablic informacyjnych, wskazująca drogę osobom, które mają trudności z dotarciem w zalecane miejsca, znacząco ułatwi i przyśpieszy znalezienie odpowiedniego oddziału/gabinetu.
- Punkt informacji przy rejestracji powinien być zawsze otwarty. Osoba znajdująca się w nim winna udzielać wskazówek pacjentom, którzy nie wiedzą jak trafić na oddział lub do konkretnego lekarza/gabinetu.
- W windach prowadzących na oddziały można powiesić kartę informacyjną z listą oddziałów oraz pięter, na których się one znajdują.
- **źle zorganizowany parking**
- Na jednych parkingach brakuje miejsc, na innych jest całkowita dezorganizacja.
- Przeniesienie miejsc parkingowych dla pracowników znajdujące się przed szpitalem, na parking dla pracowników budynku naukowego. W godzinach, w których parking jest najintensywniej użytkowany, dwóch wyznaczonych pracowników ochrony, może zająć się kierowaniem ruchu samochodów – co zmniejszy czas oczekiwania na wolne miejsce postojowe.

zaniedbane toalety i brak środków czystości

Niestety istnieją jeszcze szpitale, w których zapomina się o zachowaniu podstawowych standardów. Niedopuszczalne jest, aby nie zwracano szczególnej uwagi na czystość szpitala. W toaletach dla pacjentów brakuje podstawowych

środków czystości tj. mydło, papier toaletowy. Toalety są zniszczone (brak desek klozetowych) oraz mocno zaniedbane. Wytłumaczeniem władz szpitala na tego typu problem było stwierdzenie, że to „pacjenci kradną." W innych szpitalach nikt nie szukał winnych wśród pacjentów, a toalety były utrzymane w należytym porządku. To nie pacjenci odpowiadają za czystość i wyposażenie toalet szpitalnych i to należy władzom szpitali uświadomić.

Jedną z propozycji, by utrzymać porządek jest utworzenie listy z podpisami osób odpowiedzialnych za utrzymanie czystości toalet i szpitala (części wspólne) w danym dniu.

Podsumowanie

- Problemy, które zostały przytoczone w raporcie i propozycje wprowadzanych zmian są jedynie przykładowe. Zostały wybrane z najczęściej podawanych obszarów kwalifikujących się do zmian.
- Mają one na celu uświadomienie, że istnieje wiele możliwości polepszenia funkcjonowania szpitali, bez nakładu większych kosztów finansowych.
- Każdy szpital rozpatrywany był indywidualnie i wszelkie sugestie zgromadzone
  w raporcie dla danego szpitala, zachowane zostają w ścisłej poufności.

Jakość usług świadczonych przez szpitale jest jednym z najważniejszych elementów jakości publicznych usług zdrowotnych. Szpitale są miejscem ratowania życia, zdrowia, koncentracji badań diagnostycznych, specjalistycznej opieki medycznej.

Zewnętrzny audyt szpitali wraz z analizą ankiet oraz proponowanym programem naprawczym dają szerszy obraz na to, co nie służy pacjentom oraz w jaki sposób można to zmienić, by polepszyć wizerunek i jakość funkcjonowania szpitali.

Nadszedł czas, by otworzyć się na potrzeby pacjentów i personelu.

Działania wzmacniające instytucjonalnie Fundację Urszuli Jaworskiej w ramach projektu Społeczny Audyt Szpitali

Podczas realizacji projektu prowadzonego w ramach programu Obywatele dla Demokracji, finansowanego z Funduszy EOG ważnym elementem było nie tylko przeprowadzenie zaplanowanych działań, ale także podjęcie pracy nad wzmocnieniem instytucjonalnym Fundacji (i jej otoczenia), które miało zapewnić kontynuacje i rozwój działań organizacji. Decyzją organizacji obszarem wsparcia instytucjonalnego objęto sformalizowanie współpracy z innymi organizacjami działającymi na podobnym polu. Doświadczenie działalności organizacji, także w ramach projektu, pokazały, ze zmiany w systemie służby zdrowia zależą od wielu czynników i nie mogą być planowane wąsko. Jedynie szerokie zmiany systemowe wsparte aktywnością poszczególnych organizacji i włączające zainteresowanych (pacjentów) mogą stać się podstawą rzeczywistej transformacji. Dlatego tak dużą wagę przywiązano do budowania koalicji i wzajemnych relacji z innymi aktorami.

Działania systemowe

Działając w konkretnych obszarach Fundacja ma zbyt małe moce przerobowe by móc zajmować się również działaniami systemowymi. Konieczne więc było powołanie koalicji, która wspólnymi siłami mogłaby podjąć działania interwencyjne (np. działania na rzecz wdrażania dyrektywy transgranicznej, wyborów do komitetu sterującego) jak i systemowe dotyczące (ustawy o zdrowiu publicznym czy budowy dialogu w Ministerstwie Zdrowia). Dzięki powołaniu pod koniec 2013 roku Grupy ds. Zdrowia przy Ogólnopolskiej Federacji Organizacji Pozarządowych Fundacja uzyskała wsparcie w zakresie działań systemowych Grupa wystosowała 15 oficjalnych pism m.in. do Rzecznika Praw Obywatelskich, Ministra Zdrowia, Ministra Pracy i Polityki Społecznej oraz Rady Działalności Pożytku Publicznego. Zaangażowała się w pracę Dialogu Dla Zdrowia (nieformalnej reprezentacji organizacji pacjenckich przy

Ministrze Zdrowia), dwóch zespołów w Ministerstwie Gospodarki, Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w obszarze służby zdrowia (podkomitet Komitetu Umowy Partnerskiej przy Ministrze Infrastruktury i Rozwoju). Konsultowała m.in. regulamin prac Dialogu dla Zdrowia czy Ustawę o zdrowiu psychicznym.

Integracja

Ważnym elementem wspierającym instytucjonalnie fundację była dyskusja – na neutralnej płaszczyźnie – z innymi organizacjami pozarządowymi. Grupa ds. Zdrowia przy OFOP została zainicjowana przez 3 organizacje członkowskie OFOP i składała się w pierwszej połowie 2015 z 8 organizacji pozarządowych: Fundacji MY Pacjenci, Fundacji Urszuli Jaworskiej, Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy, Fundacji Anny Dymnej „Mimo Wszystko", Fundacji Ewy Błaszczyk "Akogo?", Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Zespołem Pradera-Williego oraz Polskiego Towarzystwa Programów Zdrowotnych. W tym czasie (2014/2015) odbyło się 6 spotkań Grupy, oraz kilkanaście spotkań roboczych. Efektem jest podjęcie wspólnego zadania (w którym fundacja jest jednym z głównych partnerów) powołania szerokiego ruchu Obywatele dla Zdrowia.

Obywatele dla Zdrowia

13 lipca odbyła się konferencja dotycząca pacjenckich konsultacji pakietu onkologicznego organizowane przez Polska Koalicję Pacjentów Onkologicznych. W ramach dyskusji uczestnicy uznali za słuszne przedstawiona przez Grupę do spraw Zdrowia Ogólnopolskiej Federacji Organizacji Pozarządowych propozycje podjęcia działań na rzecz powołania ruchu Obywatele dla Zdrowia. Wynikało top z przekonania, że służba zdrowia, a szerzej – cała sfera polityk publicznych dotyczących szeroko rozumianego zdrowia publicznego, to obszar gry nie do końca jasnych interesów, efekt wieloletnich zaniedbań i nieudolnych, cząstkowych reform, nie trzeba nikogo przekonywać. Sytuacja jest jednak znana od dawna, od dawna też nie widać z niej wyjścia, co zatem nowego? Nawet próby dopuszczenia obywateli do głosu były podejmowane. Mieliśmy już okrągłe stoły, białe szczyty, , dialogi dla zdrowia, które – co stwierdzają sami uczestnicy tych inicjatyw – nic nie dały. Lekarze,

pielęgniarki, farmaceuci, pacjenci co chwila w różnych kwestiach negocjują z rządem, ale efektów dla systemu nie widać.

Z uwagi jednak na to iż ruszają fundusze europejskie 2014-2020 – ostatnia szansa na finansowanie w takiej skali zmian, które mogą dotyczyć służby zdrowia. Wyrazem szczególnej wagi, przykładanej do tej kwestii, jest powołanie Komitetu Sterującego ds. Zdrowia, w którym dzięki interwencji organizacji pozarządowych w ramach Komitetu ds. Umowy Partnerskiej mamy trzech przedstawicieli wybranych przez Radę Działalności Pożytku Publicznego. Współpraca przedstawicieli inicjatyw w zakresie zdrowia może się przyczynić do racjonalniejszego wydatkowania tych środków, konieczne jest jednak zbudowania silnego zaplecza dla tych działań. Może to być ruch Obywatele dla Zdrowia

Sukcesy

Dzięki zaangażowaniu Ogólnopolskiej Federacji Organizacji Pozarządowych w ramach Grupy ds. Zdrowia oraz ekspertów (m.in. Piotr Frączak członek Komitetu Umowy Partnerstwa) udało się:

- doprowadzić do uznania Grupy ds. Zdrowia jako partnera do rozmów przez Ministerstwo Zdrowia
- uniemożliwić niedemokratyczny tryb wyboru przedstawiciela organizacji pacjenckich do Komitetu Sterującego – dzięki interwencji wyborów dokona Rada Działalności Pożytku Publicznego
- zwiększyć liczbę przedstawicieli organizacji pacjenckich w Komitecie Sterujących do trzech (plus zastępcy)
-zainicjować szeroki ruch organizacji pozarządowych działających na rzecz zdrowia pod nazwą Obywatele dla Zdrowia. Dzięki temu ruchowi efekty monitoringów będą mogły być wykorzystane do zmian systemowych

WYBRANE ZDJĘCIA

Szkolenie studentów, przyszłych ankieterów

Spotkania z personelem placówek szpitalnych

Dyrekcja jednego ze szpitali zapoznaje się z wynikami audytu i programem naprawczym przygotowanym dla swojej placówki

Prezentacja wstępnych wyników audytu

PODZIĘKOWANIA

Fundacja Urszuli Jaworskiej serdecznie dziękuje wszystkim osobom bez których projekt ten nie mógłby zostać zrealizowany.

Szczególne podziękowania kierujemy do:

- Fundacji im. Stefana Batorego jako grantodawcy – bez Państwa zrozumienia, że idea tego projektu jest szczytna, a cele jakie możemy dzięki niemu osiągnąć są wstanie poprawić jakość opieki szpitalnej w Polsce z punktu widzenia pacjenta, realizacja projektu w ogóle nie mogła by się rozpocząć. Nasze podziękowania kierujemy na ręce Pani Justyny Szołajskiej – opiekuna grantu, która wspierała nas przez cały czas trwania Projektu
- Ekspertów zaangażowanych w projekt - Pani Iwony Brusk, Dominiki Maison, Anny Kozieł oraz Zbigniewa Kowalskiego i Piotra Frączaka – których ogromna wiedza i doświadczenie było dla nas gwarantem sukcesu. Dzięki Waszemu zaangażowaniu udało się przejść przez wszystkie trudne etapy jakie zdążyły się w trakcie realizacji zadań Projektu.
- Dyrekcji i personelowi szpitali w których mieliśmy szanse przeprowadzać „audyt społeczny". Dziękujemy Wam za to, że nie czuliście strachu przed oceną ze strony pacjentów oraz za fachową pomoc i miłe przyjęcie na terenie szpitali

Dziękujemy również

- Wszystkim osobom zaangażowanym w poszczególne etapy projektu – wolontariuszom i ankieterom, którzy dzielnie zbierali dla nas dane ankietowe i pomimo trudności w rozmowach z pacjentami wytrwali z nami do końca realizacji projektu.

- **Szczególne podziękowania kierujemy do wszystkich anonimowych pacjentów,** którzy zechcieli spędzić swój cenny czas z naszymi ankieterami i podzielić się swoją opinią na temat opieki szpitalnej w pięciu warszawskich szpitalach

Więcej informacji znajdą Państwo na stronach fundacji

www.fundacjauj.pl

Stronie Projektu

www.audytszpitali.pl

oraz na naszym FB

https://www.facebook.com/FundacjaUJ

Fundacja Urszuli Jaworskiej

Międzynarodowa 61

03-922 Warszawa

Tel/fax.: 22 870-05-21