

# Zmiany w zarządzaniu jakością w polskich szpitalach

## Quality management changes in Polish hospitals

IWONA ŁOPACIŃSKA, ZBIGNIEW TOKARSKI, ANDRZEJ DENYS

Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi

**Wprowadzenie.** Usługi medyczne należą do grupy usług spersonifikowanych o szczególnym charakterze, dotyczą relacji, w której odbiorca czynnie uczestniczy w procesie jej powstawania. Publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oferują swoje produkty.

**Cel badań.** Analiza wpływu zmian, które w wyniku implementacji systemu zarządzania jakością wpłynęły na pracę personelu medycznego.

**Materiał i metody.** Dane zebrano wśród personelu medycznego pracującego przed wdrożeniem systemu zarządzania jakością wg normy ISO 9001-2000 w dwóch szpitalach na terenie Polski. Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankiety dla pacjentów i narzędzia badawczego w postaci autorskiego kwestionariusza ankiety.

**Wyniki.** Większą aprobatę wyrazili respondenci szpitala Publicznego, którzy istotnie częściej uważali, że procedury, standardy i monitorowanie prac pomagają w leczeniu i opiece pielęgniarstwie 96,00%. Tylko 75,00% ( $p=0,00002$ ) ankietowanych ze szpitala Niepublicznego miało takie samo zdanie na ten temat.

**Wniosek.** Pracownicy szpitala Publicznego i Niepublicznego w podobny sposób odczuli zmiany w jakości zarządzania po wprowadzeniu normalizacji.

**Słowa kluczowe:** zarządzanie jakością w ochronie zdrowia, satysfakcja pacjenta

**Introduction.** Medical service is a personified service of a specific nature. It concerns a relation in which the recipient participates actively in the creation of the service. Both public and non-public health care institutions offer their product.

**Aim.** To analyze the changes which influenced the work of medical staff as a result of the implementation of quality management system.

**Materials & Methods.** The data were gathered among the medical staff of two Polish hospitals, who worked there before the introduction of ISO 9001:2000 quality management systems. The method of a diagnostic survey was used, together with the technique of the patient survey. The research tool was the author's questionnaire.

**Results.** The respondents from the public hospital expressed more approval, as they more frequently (96%) considered the procedures, standards and the monitoring of their work helpful in treatment and nursing care. Only 75.00% ( $p=0.00002$ ) of the non-public hospital respondents had such an opinion on this subject.

**Conclusion.** The employees of both the public and the non-public hospitals similarly acknowledged the management quality changes after the introduction of normalization.

**Key words:** quality management in health care, patient satisfaction

© Hygeia Public Health 2014, 49(2): 343-347

www.h-ph.pl

Nadesłano: 21.05.2014

Zakwalifikowano do druku: 09.06.2014

**Adres do korespondencji / Address for correspondence**

dr n. med. Iwona Łopacińska  
Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi  
ul. Rewolucji 1905 r. nr 64, 90-222 Łódź  
tel. 42 299 55 73, fax 42 299 56 74  
e-mail: ilopacinska@ahelodz.pl

## Wstęp

Jednym z problemów dotyczących zdrowia publicznego w krajach UE jest jakość opieki zdrowotnej, dostęp do świadczeń zdrowotnych, relacje kosztów do efektów, ocena jakości świadczeń zdrowotnych ale także kadra i jej kwalifikacje [1].

Usługi medyczne należą do grupy usług spersonifikowanych o szczególnym charakterze, dotyczą relacji, w której odbiorca czynnie uczestniczy w procesie jej powstawania. Publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oferują swoje produkty. Te pierwsze utworzone są przez organy administracji publicznej, niepubliczne zaś utworzone są przez różnych pracodawców. W obecnych czasach jedne i drugie stały się firmami oferującymi swój produkt – usługę medyczną. Zdolność

przetrwania na rynku firm oferujących usługę medyczną zależy od umiejętności dostosowania procesów wewnątrz organizacji do środowiska zewnętrznego.

Wdrażanie systemu zarządzania jakością wg normy ISO 9001-2000 ma związek z mechanizmami rynkowymi. Wolny rynek tego specyficznego sektora usług wymusza wprowadzenie zmian, które w obliczu nieudolnych prób reform zaowocować mogą poprawą jakości świadczeń medycznych. Organizacje medyczne w wyniku wdrożenia systemu zarządzania jakością zaburzyły istniejącą dotychczasową równowagę, która polegała na relacji zależności: szef – podwładny. Normalizacja stworzyła nową metodę kierowania koncentrującą się na takich działaniach, by pracownicy mogli swoją pracę wykonywać lepiej, coraz lepiej.

Nowoczesne zarządzanie zmienia relacje między kierownikiem a podwładnym; kierownik powinien stać się doradcą i kolegą, powinien wspierać inicjatywę pracownika, wyrażać uznanie oraz konstruktywnie krytykować. Taki aspekt zarządzania powinien zaowocować większą autonomią pracownika, umożliwić pracownikom dostrzec wizję rozwoju placówki. Czy tak się stało w tych placówkach, w których wdrożono system zarządzania jakością według normy ISO 9001-2000? Niniejsza praca jest skierowana do osób pracujących w placówkach medycznych spotykających się z implementacją normalizacji, jak również do tych, którzy normalizację kojarzą z nadmierną biurokracją.

System zarządzania jakością Hamrol i Mantura definiują jako całość wyodrębnioną z systemu zarządzania organizacji [2].

Zarządzanie jakością określa: strukturę organizacyjną, działania czyli procedury, procesy, standardy, instrukcje, zasoby materialne i niematerialne. Określa również uprawnienia do wykonywania określonych czynności, sposób przepływu informacji, dokumentacji [3].

Jakość nie posiada jednolitej interpretacji, każdy odbiera ją inaczej, we właściwy dla siebie sposób. Treść jakości wynika z kontekstu, z jakiego dokonywana jest analiza. Jakość ma niewątpliwie charakter interdyscyplinarny. Można o niej mówić z perspektywy technicznej, humanistycznej, ekonomicznej, rozpatrywana jest także w ujęciu medycznym [4].

Rodzina norm ISO 9000 definiuje jakość jako stopień, w którym inherentne właściwości produktu spełniają wymagania. „Inherentny” – jako przeciwny do „przypisany” – oznacza „istniejący sam w sobie, szczególnie tak istniejący jako stała właściwość” [3]. Jakość to ogół cech produktu lub usług stanowiących o jego lub jej zdolności do zaspokojenia jasno określonych bądź przewidywalnych potrzeb [5].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje jakość w obszarze ochrony zdrowia jako rezultat połączenia jakości technicznej, czyli sposobu użycia środków i organizacji usług [6].

Analizując powyższe definicje, można stwierdzić, iż jakość nie jest stanem idealnym, lecz obiektywnym celem, do którego należy dążyć na każdym etapie pracy. O jakości w nowoczesnej ochronie zdrowia powinien decydować całościowo. Bez względu na przestrzeganie standardów medycznych, właściwa opieka, estetyka pomieszczeń i komfort przebywania pacjenta oraz rodziny w szpitalu [7].

W placówkach ochrony zdrowia jakość usług podlega ocenie pacjentów i ich rodzin. Potrzeby pacjenta można zidentyfikować w oparciu o badania rynkowe, np. pomiary satysfakcji.

## Cel badań

Autorzy oczekują, iż podejmowane zagadnienia oraz doświadczenia personelu z implementacji systemu będą pomocne w zrozumieniu istoty jakości w placówkach ochrony zdrowia. Niniejsza praca ma zatem na celu ukazanie istotnych zmian, które w wyniku implementacji systemu zarządzania jakością wpłynęły na pracę personelu medycznego.

## Metody

W celu przeprowadzenia badań posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankiety dla pacjentów i narzędzia badawczego w postaci autorskiego kwestionariusza ankiety. Ankieta składała się z 37 pytań dotyczących zagadnień zarządzania jakością w ochronie zdrowia a mianowicie ukazanie zmian, które zaszły w wyniku implementacji systemu zarządzania jakością według normy ISO 9001-2000, w wybranych placówkach ochrony zdrowia.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej, mediany i odchylenia standardowego a dla niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka [8].

## Materiał

Badania ankietowe przeprowadzono wśród personelu medycznego pracującego przed wdrożeniem systemu zarządzania jakością wg normy ISO 9001-2000 w dwóch szpitalach na terenie Polski. Jeden funkcjonuje jako Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej drugi jako Niepubliczny.

Badaniami objęto grupę 200 respondentów będących pracownikami: szpitala Niepublicznego – 100 osób (50%) i szpitala Publicznego – 100 osób (50%). W grupie badanych ze szpitala Niepublicznego 92% stanowiły kobiety, zaś 8% mężczyźni. Wśród badanych ze szpitala Publicznego 91% to kobiety, a 9% mężczyźni. Wśród ankietowanych ze szpitala Niepublicznego najliczniejszą grupę stanowili badani w wieku do 35 lat (37%) i w przedziale wiekowym 41-50 lat (33%), natomiast w grupie ze szpitala Publicznego najliczniejszą grupę stanowili ankietowani w wieku 36-40 lat (32%) i 41-50 lat (32%). Średni staż pracy ankietowanych ze szpitala Niepublicznego wynosił  $9,36 \pm 8,50$  lat, natomiast ze szpitala Publicznego  $17,09 \pm 7,78$  lat. Badani z placówki Niepublicznej najczęściej mieli staż pracy do 5 lat (46%), zaś z placówki Publicznej od 11-20 lat, (41%). Całkowity staż pracy w zawodzie wśród respondentów ze szpitala Niepublicznego wynosił  $14,67 \pm 10,55$  lat, zaś wśród badanych ze szpitala Publicznego  $18,64 \pm 8,03$  lata. Ankietowani w placówce Niepublicznej najczęściej pracowali w zawodzie ponad 20 lat (31%), natomiast w placówce Publicznej od 11 do 20 lat (47%). Zarówno

w grupie ze szpitala Niepublicznego jak i Publicznego ankietowani najczęściej pracowali na stanowisku pielęgniarki (82% vs. 80%). Ankietowani ze szpitala Niepublicznego najczęściej posiadali wykształcenie średnie (50%), 31% badanych wykazało się wykształceniem wyższym, 19% wyższym zawodowym. W grupie ankietowanych ze szpitala Publicznego 66% badanych legitymowało się wykształceniem średnim, 28% wyższym i 6% wyższym zawodowym.

## Wyniki

Respondenci w większości uważali, że procedury, standardy i monitorowanie pracą pomagają w leczeniu i pielęgnowaniu (n=171; 85,50%), natomiast 9,50% (n=19) badanych stwierdziło, że nie i 5% (n=10) nie miało zdania.

Ankietowani ze szpitala Publicznego istotnie częściej uważali (tab. I), że procedury, standardy i monitorowanie pracą pomagają w leczeniu i pielęgnowaniu (96%) w porównaniu z ankietowanymi ze szpitala Niepublicznego (75%), (p=0,00002).

Ankietowane pielęgniarki i ratownicy medyczni istotnie częściej uważali, że procedury, standardy i monitorowanie pracy pomagają w leczeniu i pielęgnowaniu (90,06%), niż ankietowani lekarze (58,62%). Stwierdzone różnice były istotne statystycznie (p=0,00001); (tab. II).

Ankietowani z wykształceniem średnim istotnie częściej uważali (tab. III), że procedury, standardy i monitorowanie pracy pomagają w leczeniu i pielęgnowaniu (89,66%), niż respondenci z wykształceniem wyższym (79,76%), (p=0,04).

Kobiety istotnie częściej uważały, że procedury, standardy i monitorowanie pracy pomagają w leczeniu i pielęgnowaniu (87,98%), niż mężczyźni (58,82%), (p=0,004); (tab. IV).

Ankietowani ze szpitala Niepublicznego twierdzili najczęściej, że w wyniku wdrożenia normalizacji uległa zmianie dokumentacja (93%), przepływ informacji między komórkami szpitala (71%), organizacja pracy (86%) oraz sposób dokumentowania czynności (86%), natomiast najrzadziej zmianom uległy warunki finansowe (28%) i lokalowe (23%).

Respondenci ze szpitala Publicznego przyznali, że w wyniku normalizacji najczęściej zmianom uległa dokumentacja (99%), przepływ informacji między komórkami organizacji (90%), sposób dokumentowania czynności (97%) i organizacja pracy (90%), natomiast rzadko warunki finansowe (24%) i lokalowe (16%). W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono, że po wdrożeniu normalizacji w szpitalu Publicznym istotnie częściej zmiany dotyczyły dokumentacji (p=0,03), przepływu informacji między komórkami organizacji (p=0,0007) oraz sposobu

Tabela I. Opinia na temat, czy procedury, standardy i monitorowanie pracą pomagają w leczeniu i pielęgnowaniu z uwzględnieniem miejsca pracy  
Table I. Opinions on whether procedures, standards and work monitoring help treatment and care – by place of work

Szpital	Tak n %	Nie/nie wiem n %	Razem n %
Niepubliczny	75 75,00%	25 25,00%	100 100,00%
Publiczny	96 96,00%	4 4,00%	100 100,00%
Razem	171 85,50%	29 14,50%	200 100,00%

Analiza statystyczna:  $\chi^2=17,79$ ; p=0,00002\*

Tabela II. Opinia na temat, czy procedury, standardy i monitorowanie pracy pomagają w leczeniu i pielęgnowaniu z uwzględnieniem stanowiska pracy  
Table II. Opinions on whether procedures, standards and work monitoring help treatment and care – by work station

Stanowisko	Tak n %	Nie/nie wiem n %	Razem n %
Pielęgniarka /ratownik medyczny	154 90,06%	17 9,94%	171 100,00%
Lekarz	17 58,62%	12 41,38%	29 100,00%
Razem	171 85,50%	29 14,50%	200 100,00%

Analiza statystyczna:  $\chi^2=19,77$ ; p=0,00001\*

Tabela III. Opinia na temat, czy procedury, standardy i monitorowanie pracy pomagają w leczeniu i pielęgnowaniu z uwzględnieniem wykształcenia  
Table III. Opinions on whether procedures, standards and work monitoring help treatment and care – by education

Wykształcenie	Tak n %	Nie/nie wiem n %	Razem n %
Wyższe	67 79,76%	17 20,24%	84 100,00%
Średnie	104 89,66%	12 10,34%	116 100,00%
Razem	171 85,50%	29 14,50%	200 100,00%

Analiza statystyczna:  $\chi^2=3,85$ ; p=0,05\*

Tabela IV. Opinia na temat, czy procedury, standardy i monitorowanie pracy pomagają w leczeniu i pielęgnowaniu z uwzględnieniem płci  
Table IV. Opinions on whether procedures, standards and work monitoring help treatment and care – by gender

Płeć	Tak n %	Nie/nie wiem n %	Razem n %
Kobiety	161 87,98%	22 12,02%	183 100,00%
Mężczyźni	10 58,82%	7 41,18%	17 100,00%
Razem	171 85,50%	29 14,50%	200 100,00%

Analiza statystyczna:  $\chi^2=8,44$ ; p=0,004\*

dokumentowania czynności (p=0,005), natomiast w pozostałych zakresach nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy szpitalami (p>0,05); (tab. V).

Tabela V. Opinia ankietowanych na temat, zmian jakie wystąpiły po wdrożeniu normalizacji w Szpitalu Publicznym i Szpitalu Niepublicznym  
Table V. Respondents' opinions on changes after the introduction of normalization

Zmiany	Szpital Niepubliczny				Szpital Publiczny				Analiza statystyczna
	Tak		Nie		Tak		Nie		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
dokumentacja	93	93,0	7	7,0	99	99,0	1	1,0	$\chi^2=4,69$ $p=0,03$
systemy szkoleń i kursów	52	52,0	48	48,0	63	63,0	37	37,0	$\chi^2=2,48$ $p=0,12$
przepływ informacji między komórkami organizacji	71	71,0	29	29,0	90	90,0	10	10,0	$\chi^2=11,50$ $p=0,0007$
organizacja pracy	86	86,0	14	14,0	90	90,0	10	10,0	$\chi^2=0,76$ $p=0,38$
warunki sprzętowe	57	57,0	43	43,0	54	54,0	46	46,0	$\chi^2=0,18$ $p=0,67$
warunki finansowe	28	28,0	72	72,0	24	24,0	76	76,0	$\chi^2=0,42$ $p=0,52$
warunki lokalowe	23	23,0	77	77,0	16	16,0	84	84,0	$\chi^2=1,56$ $p=0,21$
sposób dokumentowania czynności	86	86,0	14	14,0	97	97,0	3	3,0	$\chi^2=7,77$ $p=0,005$

## Dyskusja

Na temat wpływu normalizacji na proces leczenia i opieki pielęgniarskiej respondenci mieli podobne zdanie. Większą aprobatę wyrazili respondenci szpitala Publicznego, którzy istotnie częściej uważali, że procedury, standardy i monitorowanie pracą pomaga w leczeniu i opiece pielęgniarskiej (96%). Tylko 75% ( $p=0,00002$ ) ankietowanych ze szpitala Niepublicznego miało takie samo zdanie na ten temat. Przeprowadzone badania wykazały, że 90,06% ankietowanych pielęgniarek i ratowników medycznych – istotnie częściej niż ankietowani lekarze, tylko 58,62% – uważa, że procedury, standardy i monitorowanie pracy pomaga w leczeniu i pielęgnowaniu. Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ( $p=0,00001$ ). Oznacza to, iż do wykonania czynności personel pielęgniarski oraz ratownicy medyczni potrzebują wskazówki, wzorca. Ważny jest fakt, iż większą pomoc w postaci standardów i procedur zauważyli ankietowani z wykształceniem średnim. Częściej – niż respondenci z wykształceniem wyższym 79,76% ( $p=0,04$ ) – sądzili, że procedury, standardy i monitorowanie pracą pomaga w leczeniu i pielęgnowaniu 89,66%. Kobiety (87,98%) istotnie częściej – niż mężczyźni (58,82%;  $p=0,004$ ) – uważały, że procedury, standardy i monitorowanie pracą pomaga w leczeniu i pielęgnowaniu. Dlaczego? Przypuszczać można, iż istotne są tutaj różnice w postrzeganiu tej problematyki przez mężczyzn i kobiety.

Z badań, których celem było ukazanie zmian wynikających z wdrożenia normalizacji wynika, że w szpitalu Niepublicznym uległa zmianie dokumentacja (93%), przepływ informacji między komórkami

szpitala (71%), organizacja pracy (86%) oraz sposób dokumentowania czynności (86%). Natomiast niewielkim zmianom uległy warunki lokalowe (23%) a także finansowe (28%), które – biorąc pod uwagę tendencję kryzysu ekonomicznego – nie wzrastały.

Respondenci ze szpitala Publicznego przyznali również, lecz w większym nasileniu, że w wyniku normalizacji najczęściej zmianom uległa dokumentacja (99%), przepływ informacji między komórkami organizacji (90%), sposób dokumentowania czynności (97%) i organizacja pracy (90%). Jednak warunki finansowe niezbyt często uległy wzrostowi w badanej grupie (24%). Nie poprawiły się też warunki lokalowe zdaniem 16% ankietowanych.

Jak podaje M. Harrison, niektóre zmiany w placówkach medycznych mogą dotyczyć pewnego obszaru i wymagają przeprojektowania [9]. Ten proces w większym nasileniu niż w szpitalu Niepublicznym można zaobserwować w obszarze dokumentacji i w sposobie dokumentowania czynności w szpitalu Publicznym (tab. V).

Wymiana dokumentacji powinna stworzyć bezpieczeństwo dla pacjenta, co przekłada się bezpośrednio na satysfakcję [10]. Stwierdzono, że po wdrożeniu normalizacji w szpitalu Publicznym istotnie częściej zmiany dotyczyły dokumentacji ( $p=0,03$ ), przepływu informacji pomiędzy komórkami organizacji ( $p=0,0007$ ) oraz sposobu dokumentowania czynności ( $p=0,005$ ). Natomiast w pozostałych zakresach nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy szpitalami ( $p>0,05$ ).

Sposób świadczenia usług medycznych ewoluuje na całym świecie. Zgodnie z tym, co zauważył Con-

nolly, osoby potrzebujące pomocy medycznej (w tym miejscu należy wyjaśnić, że podstawą profesjonalnego sprzedawania usług, nie tylko z zakresu medycyny, jest wiedza) szukają jej nie tylko w swoim miejscu zamieszkania [ 11 ]. Prawo do ochrony zdrowia i życia zawarte w Konstytucji WHO, gwarantują także konstytucje współczesnych państw. Dobrostan ludzi jest często podstawą pokoju i bezpieczeństwa, zależy od szerokiej współpracy wszystkich podmiotów jednostek, a także całych narodów [ 12 ].

## Wnioski

Pracownicy szpitala Publicznego i Niepublicznego w podobny sposób odczuli zmiany w jakości zarządzania po wprowadzeniu normalizacji: a. w szpitalu Publicznym szczególną uwagę zwrócono na wymianę dokumentacji oraz sposób dokumentowania wszystkich czynności wykonywanych podczas leczenia pielęgnowania i rehabilitacji pacjentów; b. w szpitalu Niepublicznym nie zwraca się istotnej uwagi na szkolenia personelu.

## Piśmiennictwo / References

1. Goryński P, Wojtyniak B. Polityka zdrowotna w krajach Europy, Unii Europejskiej i w Polsce. *Prob Hig Epidemiol* 2005, 86(1): 1-10.
2. Hamrol A, Mantura W. Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka. PWN, Warszawa 2006.
3. Opolski K, Dykowska G, Moźdzzonek M. Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. CeDeWu, Warszawa 2009.
4. Dobska M, Dobski P. Zarządzanie jakością w podmiotach leczniczych. Wolters Kluwer, Warszawa 2012.
5. Bukowska-Piastryńska A. Marketing usług zdrowotnych. Od budowania wizerunku placówki do zadowolenia klientów. CeDeWu, Warszawa 2008.
6. Włodarczyk WC. Problemy zdrowia w Narodowym Planie Rozwoju 2007-2013. *Zdr Publ Zarządz* 2006, 1(IV): 36-48.
7. Guald R. Principal-agent theory and organizational change. Lessons from New Zealand health information management. *Policy Stud* 2007, 28(1): 17-34.
8. Nowak S. Metodologia badań społecznych. PWN, Warszawa 2010.
9. Harrison MJ, Kimani J. Building capacity for a transformation initiative. System redesign at Denver Health. *Health Care Manag Rev* 2009, 34(1): 45-52.
10. Hosford S. Hospital Progress in Reducing Error: The Impact of External Interventions. *Hosp Top* 2008, 86(1).
11. Connolly S, O'Reilly D, Rosato M. Increasing inequalities in health. Is it an artifact caused by the selective movement of people? *Soc Sci Med* 2007, 64: 2008-2015.
12. Safe surgery saves life. WHO Guidelines for Safe Surgery, Genewa 2008.