

Mgr Cezary Rzemek

Tytuł rozprawy doktorskiej: „Jakość opieki i bezpieczeństwo pacjenta w praktykach podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce”

Promotor rozprawy: Prof. dr hab. n. med. dr h.c. Alfred Owoc

Promotor pomocniczy: Dr n. o zdr. Grażyna Hejda

Streszczenie

Bezpieczeństwo pacjentów to kluczowy aspekt jakości opieki zdrowotnej, który w ostatnich latach nabral na świecie dużego znaczenia dla pracowników służby zdrowia, osób zarządzających oraz decydentów kreujących politykę zdrowotną w państwach. Problemem do rozwiązania stało się zapewnienie bezpieczniejszej opieki w złożonych, trudnych i szybko zmieniających się warunkach, w których zawsze istnieje możliwość wystąpienia zdarzeń niepożądanych. W Polsce większość programów i działań w zakresie poprawy jakości i bezpieczeństwa pacjenta kierowanych jest do szpitali, nadal natomiast niedoceniane są te problemy na poziomie leczenia ambulatoryjnego, a szczególnie na poziomie placówek podstawowej opieki zdrowotnej.

Cel główny pracy stanowi poznanie i analiza jakości opieki i bezpieczeństwa pacjenta w poradniach/praktykach podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce. Cele szczegółowe to:

1. Poznanie i ocena kultury bezpieczeństwa pacjenta oraz problemów związanych z bezpieczeństwem pacjenta i jakością opieki w badanych poradniach/praktykach podstawowej opieki zdrowotnej.
2. Poznanie problemów z wymianą informacji z jednostkami zewnętrznymi w badanych poradniach/praktykach podstawowej opieki zdrowotnej.
3. Poznanie ogólnej oceny jakości opieki i bezpieczeństwa pacjenta w badanych poradniach/praktykach podstawowej opieki zdrowotnej.
4. Analiza związku kultury bezpieczeństwa pacjenta oraz problemów związanych z bezpieczeństwem pacjenta i jakością opieki z charakterystyką respondentów w badanych poradniach/praktykach podstawowej opieki zdrowotnej.
5. Analiza związku kultury bezpieczeństwa pacjenta oraz problemów związanych z bezpieczeństwem pacjenta i jakością opieki z charakterystyką badanych poradni/praktyk podstawowej opieki zdrowotnej.

6. Analiza związku problemów z wymianą informacji z jednostkami zewnętrznymi z charakterystyką badanych poradni/praktyk podstawowej opieki zdrowotnej.
7. Analiza związku problemów z wymianą informacji z jednostkami zewnętrznymi z charakterystyką badanego personelu poradni/praktyk podstawowej opieki zdrowotnej.
8. Analiza ogólnej oceny jakości opieki i bezpieczeństwa pacjenta w badanych poradniach/praktykach podstawowej opieki zdrowotnej.
9. Poznanie opinii respondentów na temat telekonsultacji i telekonsyliów w poradniach/praktykach podstawowej opieki zdrowotnej

Badania przeprowadzono w 2016 roku. Badaną populację stanowiły wszystkie poradnie/praktyki lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, znajdujące się na terenie całej Polski. Z tej populacji przyjęto wylosowanie próby 10%. Do wylosowanych poradni/praktyk rozesłano kwestionariusze ankiety z prośbą o ich wypełnienie przez jedną osobę tam pracującą i odesłanie drogą pocztową. Ogółem do badania włączono 337 poprawnie wypełnionych ankiet. Uzyskana zwrotność ankiet wyniosła 62%.

Narzędziem badawczym był kwestionariusz pt. „Ankieta Oceny Poradni/Praktyki POZ w Aspekcie Bezpieczeństwa Pacjenta”, skierowany do personelu medycznego z poradni/praktyk podstawowej opieki zdrowotnej. Kwestionariusz ten został przygotowany na podstawie standaryzowanego kwestionariusza „Medical Office Survey on Patient Safety Culture”, opracowanego przez The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Washington, USA. Kwestionariusz przetłumaczono, uzupełniono o pytania dotyczące telekonsultacji/telekonsyliów, następnie poddano ocenie ekspertów i sprawdzono w badaniu pilotażowym. Wersja zastosowana w niniejszym badaniu składa się z dziewięciu następujących części: A. Lista problemów dotyczących bezpieczeństwa pacjenta i jakości opieki (9 pytań); B. Wymiana informacji z innymi jednostkami (5 pytań); C. Praca w Państwie POZ (15 pytań); D. Komunikacja i kolejne działania (12 pytań); E. Właściciel/partner zarządzający/kierownictwo (4 pytania); F. Zarządzanie (7 pytań); G. Oceny ogólne (4 pytania, w tym jedno składa się z 5 podpunktów); H. Pytania zasadnicze – charakterystyka respondentów i poradni (18 pytań); I. Telekonsultacje / telekonsylia (8 pytań).

Analizę statystyczną wykonano w statystycznym pakiecie komputerowym STATISTICA. Przyjęto poziom istotności $\alpha=0,05$.

Typowym respondentem w niniejszym badaniu była kobieta, w wieku od 46 do 60 lat, pracująca w danym POZ powyżej 32 godzin tygodniowo, przemęczona po pracy, z ponad 10-

letnim stażem pracy w danym POZ, lekarz ze specjalizacją tylko rodzinną, uczestnicząca w zarządzaniu ośrodkiem POZ. Typowymi poradniami/praktykami podstawowej opieki zdrowotnej, uczestniczącymi w niniejszym badaniu, były ośrodki położone w mieście, sprawujące opiekę nad 5 tys. pacjentów, w tym nad 1,4 tys. dzieci, zatrudniające 4 lekarzy, 5 pielęgniarek i jedną położną, prowadzące profilaktykę chorób układu krążenia, w których pacjenci oczekują na przyjęcie do lekarza 3 godziny, w tym pod gabinetem do 15 minut, rzadko promujące się. Poradnie/praktyki POZ posiadały sprzęt komputerowy i dostęp do Internetu, ale zwykle nie prowadziły ani rejestracji pacjentów ani informacji internetowej, a dokumentację prowadziły zarówno w formie papierowej, jak i elektronicznej.

Porównując oceny składowych kultury bezpieczeństwa pacjenta w badanych POZ respondenci najlepiej ocenili organizacyjne uczenie się (średnio 87% ocen pozytywnych), pracę zespołową (85%), ogólne postrzeganie bezpieczeństwa pacjenta i jakości (85%) oraz wsparcie przywództwa dla bezpieczeństwa pacjenta w POZ (84%). Nieco gorzej zostały ocenione: otwartość komunikacji (średnio 81% ocen pozytywnych) oraz szkolenie personelu (79%). Jeszcze niższe oceny uzyskały: procesy w poradni i standaryzacja (średnio 72% ocen pozytywnych) oraz informowanie o błędach (70%). Najsłabiej respondenci ocenili: monitorowanie pacjenta w czasie i po leczeniu (średnio 65% ocen pozytywnych) oraz presję i tempo pracy (58%).

Dostępność do opieki w badanych POZ oceniło pozytywnie 95% badanych. Z dokumentacją medyczną w POZ nie ma problemu według niemal wszystkich ankietowanych, podobnie nie zgłaszano problemów ze sprzętem medycznym. Kontakty z apteką w celu poprawy lub wyjaśnienia recepty 76% ankietowanych oceniła pozytywnie. Respondenci nie zgłaszali również problemów z dostępem do badań diagnostycznych i ich weryfikacją.

Badani respondenci nie mają problemów z wymianą informacji z zewnętrznymi laboratoriami/ośrodkami wykonującymi badania obrazowe (95% ocen pozytywnych), z wymianą informacji z aptekami (92% ocen pozytywnych) oraz ze szpitalami (88% ocen pozytywnych). Większy problem występuje w zakresie wymiany informacji z innymi gabinetami lekarskimi / lekarzami z zewnątrz / konsultantami (66% ocen pozytywnych).

W ogólnej ocenie bezpieczeństwa pacjenta najwięcej badanych POZ (76%) zostało ocenionych pozytywnie pod względem sprawiedliwości. W 63% badanych POZ pozytywnie oceniono terminowość, w 60% – nastawienie na pacjenta, w 57,5% - skuteczność, w 46,5% - efektywność, a w 39% - ogólne bezpieczeństwo pacjenta. W 58% badanych POZ były

opracowane i stosowane procedury dla wszystkich obszarów działania, w 32% - procedury te dotyczyły nie wszystkich obszarów, a w co dziesiątym badanym POZ nie było żadnych procedur. Rejestr zdarzeń niepożądanych był prowadzony w 44% badanych POZ. Tylko 4,75%, wskazało zdarzenia niepożądane w POZ. Najczęściej były to pomyłki w dokumentacji, rzadziej uboczne działanie leków, błędy medyczne i urazy personelu.

Przeprowadzono analizy pomiędzy badanymi aspektami jakości i bezpieczeństwa pacjenta a płcią, wiekiem i stażem pracy respondentów oraz liczbą posiadanych specjalizacji przez ankietowanych lekarzy. Zbadano, czy oceny zależą od lokalizacji POZ i liczby zdeklarowanych do nich pacjentów.

Z przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. Kultura bezpieczeństwa pacjenta w badanych poradniach/praktykach podstawowej opieki zdrowotnej została oceniona pozytywnie.
 - a. Respondenci najlepiej ocenili organizacyjne uczenie się, pracę zespołową, ogólne postrzeganie bezpieczeństwa pacjenta i jakości oraz wsparcie przywództwa dla bezpieczeństwa pacjenta.
 - b. Nieco gorzej zostały ocenione: otwartość komunikacji, szkolenie personelu, procesy w poradni i standaryzacja oraz informowanie o błędach.
 - c. Najslabiej respondenci ocenili monitorowanie pacjenta w czasie i po leczeniu oraz presję i tempo pracy.
2. Rzadko w badanych poradniach/praktykach podstawowej opieki zdrowotnej występują problemy z dostępnością do opieki medycznej, dostępem do badań diagnostycznych i ich weryfikacją, z dokumentacją medyczną oraz sprzętem medycznym.
3. Badani respondenci nie mają problemów z wymianą informacji z zewnętrznymi podmiotami takimi jak laboratoria/ośrodki wykonujące badania obrazowe, apteki i szpitale. Problemy występują w zakresie wymiany informacji z innymi gabinetami lekarskimi / lekarzami z zewnątrz / konsultantami.
4. Ogólna ocena bezpieczeństwa pacjenta w badanych poradniach/praktykach podstawowej opieki zdrowotnej była wysoka.
 - a. Najwięcej badanych POZ zostało ocenionych pozytywnie pod względem sprawiedliwości.
 - b. W badanych POZ pozytywnie oceniono również terminowość, nastawienie na pacjenta i skuteczność.
 - c. Niżej oceniono efektywność i ogólne bezpieczeństwo pacjenta.

5. Ponad połowa badanych poradni/praktyk podstawowej opieki zdrowotnej miała opracowane i stosowane procedury dla wszystkich obszarów działania, mniej niż połowa miała rejestr zdarzeń niepożądanych i tylko nieliczne wskazały zdarzenia niepożądane.
6. Aspekty kultury bezpieczeństwa pacjenta lepiej oceniły kobiety, osoby młodsze, osoby pracujące w danym POZ krócej niż 10 lat, posiadający więcej niż jedną specjalizację. Lokalizacja poradni/praktyki podstawowej opieki zdrowotnej miała związek z ocenami kultury bezpieczeństwa pacjenta.
7. Dostępność do poradni/praktyki podstawowej opieki zdrowotnej lepiej ocenili badani mężczyźni, osoby starsze, pracujące dłużej niż 10 lat, w POZ zlokalizowanych na wsiach. Większa liczba pacjentów zadeklarowanych do danego POZ predysponuje do częstszych problemów z bezpieczeństwem pacjenta i jakością opieki oraz wymianą informacji z jednostkami zewnętrznymi.
8. Ogólna ocena bezpieczeństwa pacjenta w badanych poradniach/praktykach podstawowej opieki zdrowotnej była wyższa wśród kobiet. Ogólna ocena jakości opieki była niższa wśród osób starszych. Badani posiadający jedną specjalizację lepiej ocenili nastawienie na pacjenta, terminowość i sprawiedliwość a gorzej skuteczność w badanych POZ. Ogólne oceny jakości oraz bezpieczeństwa pacjentów były wyższe wśród ankietowanych z POZ zlokalizowanych w mieście i posiadających dużą liczbę zadeklarowanych pacjentów.
9. Lepsze postrzeganie bezpieczeństwa pacjenta oraz lepsze ogólne oceny jakości i bezpieczeństwa pacjenta były związane z posiadaniem i stosowaniem przez POZ procedur postępowania we wszystkich obszarach funkcjonowania placówki oraz posiadaniem rejestru zdarzeń niepożądanych.
10. W większości badanych poradni/praktyk podstawowej opieki zdrowotnej jest zainteresowanie telekonsultacjami/telekonsyliami. Respondenci uważają, że telekonsultacje/telekonsylia z innymi specjalistami są pożądane dla poprawy bezpieczeństwa pacjentów w POZ.
11. W obszarach, w których stwierdzono znaczące niedociągnięcia, badane poradnie/praktyki podstawowej opieki zdrowotnej powinny być zweryfikowane i zmotywowane do ich poprawienia. Wysoka kultura bezpieczeństwa pacjenta i wysokie ogólne oceny jakości i bezpieczeństwa pacjenta w poradniach/praktykach podstawowej opieki zdrowotnej powinny być jednym z podstawowych celów polityki jakości w opiece zdrowotnej.

Summary

Patient safety is a critical component of the health care quality, which in recent years became the world's importance to health care professionals, managers and policy makers creating health policy in countries. The problem to the solution happened to ensure safer care in complex, difficult and rapidly changing conditions in which there is always a possibility of adverse events. In Poland, most of the programs and activities in the field of quality improvement and patient safety is targeted to hospitals, while still undervalued are those problems at the level of outpatient treatment, and especially at the level of primary health care practices.

The main objective of the work is the recognition and analysis of quality of care and patient safety in primary health care in Poland. The specific objectives are:

1. Cognition and evaluation culture of patient safety and security problems of the patient and the quality of care in primary health care practices.
2. Knowledge of the problems with the exchange of information with external units in the primary health care practices.
3. Knowledge of the overall assessment of the quality of care and patient safety in primary health care practices.
4. Analysis of the culture of patient safety and security problems of the patient and the quality of care with the characteristics of the respondents in primary health care practices.
5. Analysis of the culture of patient safety and security problems of the patient and the quality of care with the characteristics of the surveyed patient in primary health care practices.
6. Analysis of the problems with the exchange of information with external units with the characteristics of the surveyed patient in primary health care practices.
7. Analysis of the problems with the exchange of information with external units with the characteristics staff in primary health care practices.
8. Analysis of the overall assessment of the quality of care and patient safety in primary health care practices.
9. Knowledge of respondents about teleconsultation and teleconsciences in the offices/primary health care practices

The research was conducted in 2016. Sample population consisted of all the clinics/practices of primary care physicians, located throughout the Polish. With this population was adopted to stop attempts to 10%. The drawn practice questionnaires were sent a survey asking them to fill them by one person working there and return by mail. In total, the study included 337 correctly completed surveys. The resulting maneuverability surveys was 62%.

Research tool was a questionnaire entitled "Survey Assessment Practice Primary Care in the aspect of patient safety", addressed to the medical staff of the primary care practices. This questionnaire has been prepared on the basis of a standardized questionnaire "Medical Office Survey on Patient Safety Culture", developed by The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Washington, USA. The questionnaire was translated into, has been enriched with questions about teleconsultation/ teleconsciences, then assessed by experts and tested in a pilot study. The version used in this study consists of nine the following parts: a. list of issues related to patient safety and quality of care (9 questions); B. the exchange of information with other entities (5 questions); C. Work in your primary care practices (15 questions); D. communication and next steps (12 questions); E. the owner/managing partner/management (4 questions); F. Management (7 questions); G. evaluation of the General (4 questions, this one consists of 5 points); H. essential Questions characteristics of respondents and clinic (18 questions); I. Teleconsultation/teleconsciences (8 questions).

Statistical analysis was performed in the statistical computing package STATISTICA. Assume that the significance level $\alpha = 0.05$.

The typical respondent in this study was a woman, ranging in age from 46 to 60 years, working in the primary care practices above 32 hours a week, burned out after work, with over 10-years experience of work in the given primary care practices, a doctor with a specialization in only family, participating in the management of the Centre. Typical primary care practices, participating in this study, were the centers located in, holding the custody of 5 thousand. patients in this over the 1.4 thousand. children, with four doctors, 5 nurses and one midwife, prevention of diseases of the circulatory system, in which patients are waiting for admission to the doctor 3 hours, including under the cabinet to 15 minutes, rarely promote. The primary care practices have computer equipment and Internet access, but do not usually lead or registration patients or information and documentation have been carrying both in paper form and electronically.

By comparing the evaluation components of the culture of patient safety in the test primary care practices, respondents rated the best organizational learning (an average 87% positive response), teamwork (85%), the general perception of the patient safety and quality (85%) and leadership support for patient safety in (84%). A bit worse have been rated: openness of communication (an average of 81% positive response) and staff training (79%). Even lower ratings received: processes in the clinic and Standardization (an average 72% positive response) and information (70%). The least our respondents: monitoring of the patient during and after treatment (an average 65% positive response) and the pressure and the pace of work (58%).

The availability of care in the primary care practices rated positively 95% of surveys subjects. Medical documentation in no problem according to almost all the interviewees, just not been reported problems with medical equipment. Contacts with a pharmacy in order to improve or clarify the prescription 76% of respondents assessed positively. Respondents also reported problems with access to diagnostic tests and their verification.

Respondents do not have problems with the exchange of information with external laboratories performing imaging tests (95% positive reviews), with an exchange of information with pharmacies (92% of reviews positive) and hospitals (88% positive reviews). A larger problem occurs in the exchange of information with other medical facilities/doctors from outside/consultants (66% positive reviews).

In the overall assessment of patient safety the most tested primary health care practices (76%) was reviewed positively in terms of Justice. In 63% of those polled primary care practices positively assessed the timeliness, 60% – focus on the patient, 57.5%-effectiveness, 46.5% efficiency, and 39%-general patient safety. In 58% of the primary care practices were developed and applied procedures for all areas of activity, in 32%-these procedures were not all areas and in every tenth primary care practices tested, there were no procedures. Registry of adverse events was conducted in 44% of respondents. Only 4.75%, indicated adverse events. Most common were a mistake in the documentation side, the effects of drugs, medical errors and injuries.

Analyses were conducted between treatment aspects of quality and patient safety and gender, age and seniority of the respondents, and a number of specialization by surveyed physicians. It was examined whether the ratings depend on the location of the primary care practices, and the number of declared patients.

Research following conclusions were drawn:

1. The culture of patient safety in primary health care practices/clinics surveyed was rated positively.
 - (a). Respondents rated the best organizational learning, teamwork, the general perception of the patient safety and quality, and support leadership for patient safety.
 - (b). A bit worse have been rated: openness of communication, training of personnel, processes in the clinic and standardization and to inform about errors.
 - (c). The least respondents said monitoring of the patient during and after treatment, and the pressure and the pace of work.
2. Rarely in the test counseling primary health care practices are experiencing problems with the availability of health care, access to diagnostic tests and their verification, medical documentation and medical equipment.
3. Respondents do not have problems with the exchange of information with external entities such as laboratories performing imaging tests, pharmacies and hospitals. Problems occur in the exchange of information with other medical facilities/doctors from outside/consultants.
4. General assessment patient safety in primary health care practices surveyed was high.
 - (a). Most test primary health care practices was reviewed positively in terms of Justice.
 - (b). In the test primary health care practices positively assessed also timeliness, focus on the patient and the effectiveness.
 - (c). Below assessed the efficiency and overall patient safety.
5. More than half of the primary care practices have developed and applied procedures for all areas of activity, less than half had a registry of adverse events and only a few have identified adverse events.
6. Aspects of cultural patient safety better rated women, younger people, people working in the primary health care practices for less than 10 years, having more than one specialization. The location of the primary health care practice had a relationship with a patient safety culture assessments.
7. The availability of primary health care practices better described the subjects men, older people, working for more than 10 years, in the specialization located in the villages. A greater number of patients declared to a given specialization predisposes to more frequent problems with patient safety and quality of care and the exchange of information with external entities.
8. General assessment patient safety in primary health care practices surveyed was higher among women. Overall assessment of the quality of care was lower among older people.

The subjects having one specialization of our better focus on the patient, timeliness and fairness of a worse performance in specialization. General evaluation of the quality and patient safety were higher among respondents with option located in the city and with a large number of declared patients.

9. A better perception of the patient safety and better overall quality assessment and patient safety were related to possession and use by the specialization procedures in all areas of operation of the facility and having registry of adverse events.
10. In most test primary health care practices is interesting teleconsultation/teleconsciences. Respondents believe that a teleconsultation/teleconsciences with other specialists are desirable for improving patient safety.
11. In areas where significant deficiencies, tested guidance primary care practices should be verified and motivated to improve. High culture of patient safety and high a general evaluation of the quality and patient safety in primary health care practices should be one of the basic policy objectives of quality in health care.