

# 25 lat działalności EQuIP (1991–2016)

Od twórców narzędzi poprawiających jakość do „rywalizacji” między zabezpieczeniem i poprawą jakości



Ulrik Bak Kirk,<sup>1</sup> dr hab. n. med. Tomasz Tomasik<sup>2</sup>

<sup>1</sup> menedżer w European Society for Quality and Safety in Family Practice – EQuIP, Kopenhaga, Dania

<sup>2</sup> lekarz rodzinny, adiunkt w Zakładzie Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie, prezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce

## Wprowadzenie

„Obecnie poprawa jakości (*quality improvement*) rywalizuje z zabezpieczeniem jakości (*quality assurance*). Pierwszy z tych procesów ma charakter dynamiczny, a drugi w dużej mierze statyczny. Osoby spoza zawodów medycznych zarządzające ochroną zdrowia postrzegają swoje zadania jako monitorowanie i zabezpieczenie jakości, co często koliduje z poprawą jakości” (Reinhold Glehr, Austria).

Europejskie Stowarzyszenie Poprawy Jakości i Bezpieczeństwa w Medycynie Rodzinnej (The European Society for Quality and Safety in General Practice/Family Medicine-EQuIP) jest tzw. siecią organizacją europejskiej części Światowej Organizacji Lekarzy Rodzinnych (WONCA). W Europie pierwsze inicjatywy współpracy pomiędzy lekarzami rodzinnymi w zakresie jakości pojawiły się w 1989 roku, po upadku Muru Berlińskiego. Zainicjował je prof. Richard Grol, naukowiec z Uniwersytetu Nijmegen w Holandii. Formalne powołanie EQuIP do życia nastąpiło 2 lata później. W bieżącym roku Stowarzyszenie obchodzi 25-lecie działalności. Jest to okazją do spojrzenia w przeszłość, a także zastanowienia się nad przyszłością.

## Historia EQuIP

Historię EQuIP można podzielić na 3 ważne okresy odzwierciedlające trendy w działaniach pro jakościowych w ostatnim ćwierćwieczu:

1) okres produktów (1991–2006)

2) okres rozważań i refleksji (2006–2011)

3) okres współpracy (od 2011 roku).

Niniejszy artykuł ma na celu zwrócenie uwagi na przemiany dotyczące jakości w medycynie rodzinnej oraz przedstawienie działań i ważniejszych osiągnięć EQuIP.

## Okres produktów (1991–2006)

Pierwsza faza działalności EQuIP obejmuje okres do 2006 roku. Początkowo Stowarzyszenie skupiało się na opracowaniu metod do pomiaru i poprawy jakości. Próbowano stworzyć jedno uniwersalne narzędzie nadające się do zastosowania w różnych systemach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i w każdej praktyce (*one size fits all*). Dominowało wówczas klasyczne podejście odgórne, w którym inicjatywy przygotowywane w międzynarodowym zespole popularyzowano w poszczególnych krajach Europy, następnie w regionach i w poszczególnych praktykach. W podejściu do jakości przeważały poglądy charakterystyczne dla rzemieślników i mistrzów. Zakładano, iż w poszczególnych obszarach działają dobrze wyedukowani i przygotowani do zawodu fachowcy (w tym lekarze). Przeszli oni odpowiednią edukację i staż zawodowy, zachowują znaczną autonomię, a jakość opieki jest pochodną ich indywidualnych działań.<sup>1</sup> EQuIP już we wczesnym okresie skłaniał się do zmiany takiego podejścia. Podkreślano, że medyczne kompetencje lekarza rodzinnego to zaledwie jeden z wielu wymiarów jego działalności. Dodatkowo, lekarz jest tylko częścią złożonego systemu ochrony zdrowia charakte-

ryzującego się określonymi zasobami, sposobami udzielania świadczeń oraz uzyskiwanymi wynikami (struktura–proces–wynik).<sup>2</sup> Z kolei praktyka lekarza rodzinnego jest elementem systemu POZ, jest powiązana z innymi poziomami opieki i zawodami medycznymi. Zależy ona od podmiotów zarządzających i finansujących ochronę zdrowia. W celu oszacowania jakości opieki, dokonania porównań pomiędzy poszczególnymi praktykami, a także porównań międzynarodowych konieczne jest wypracowanie **nowszych sposobów** oceny jakości, ukierunkowanych nie tylko na lekarzy i ich działalność.<sup>3,4</sup>

Spośród narzędzi służących poprawie jakości, opracowanych przez EQuIP w jego pierwszym okresie funkcjonowania, należy omówić te, które są nadal dostępne i znajdują zastosowanie.

EUROPEAN PATIENTS EVALUATE PATIENT CARE (EUROPEP) był pierwszym w Europie wystandaryzowanym narzędziem umożliwiającym pacjentom trafne i rzetelne określenie istotnych dla jakości elementów opieki. Przy jego pomocy przeprowadzono badania w 8 krajach (Norwegia, Szwecja, Dania, Wielka Brytania, Holandia, Niemcy, Portugalia i Izrael)<sup>5,6</sup> oraz dokonano międzynarodowych porównań. W różniących się systemach POZ wykazano istotne odmienności w postrzeganiu opieki przez pacjentów oraz przedstawiono najważniejsze z ich punktów widzenia cechy dobrego systemu opieki.

Innym międzynarodowym narzędziem służącym lekarzom rodzinnym do oceny własnej praktyki była International Family Practice Maturity Matrix (IFPMM). „Matryca” ta umożliwia ocenę stopnia doskonałości własnej praktyki w jej organizacyjnych aspektach (np. dokumentacja medyczna, monitorowanie przepisywanych leków, zarządzanie informacją). Narzędzie stymuluje zespół praktyki do wspólnej refleksji i podejmowania działań poprawiających opiekę. Umożliwia wyznaczenie priorytetowych zmian i zapewnia możliwość porównania z innymi podmiotami.<sup>7</sup>

European Practice Assessment (EPA) to system akredytacji wykorzystujący wskaźniki jakości zarządzania praktyką. Wskaźniki te są zgrupowane w pięciu obszarach (tzw. pięciokąt):

- 1) jakość i bezpieczeństwo opieki
- 2) system informacyjny
- 3) zasoby oraz infrastruktura

4) personel

5) finanse.

System ten jest przystosowany do różnych typów praktyk w POZ. Pozwala na identyfikację obszarów, w których należy podejmować działania naprawcze. Umożliwia proste porównanie własnych wyników ze średnimi wynikami uzyskanymi przez praktyki w danym kraju, a nawet w Europie.<sup>8</sup> W 2009 roku system akredytacji EPA otrzymał nagrodę Gastein Health Award przyznaną przez European Health Forum.

Wszystkie opisane powyżej, międzynarodowe narzędzia i systemy oceny POZ były wykorzystywane w wielu krajach europejskich oraz na innych kontynentach. Stanowiły one przykład i pomogły także w opracowywaniu krajowych rozwiązań. Ich popularyzacja napotkała jednak pewne ograniczenia związane z prawami własności intelektualnej, specyfiką lokalnych rozwiązań, a także warunkami narzucającymi poufność danych. Nie zyskały one tak dużej popularności, na jaką liczyli ich twórcy.

## Okres rozważań i refleksji (2006–2011)

Kolejny okres działalności EQuIP determinowany był przemianami polegającymi na zmniejszającej się roli lekarzy rodzinnych i naukowców zainteresowanych jakością. Na znaczeniu traciły również pojedyncze narzędzia poprawy oraz samodzielne działania profesjonalistów medycznych. Zwiększało się natomiast zaangażowanie krajowych i regionalnych władz. Znaczenie zyskiwały zewnętrzne procesy poprawy, które były przygotowywane i wprowadzane przez polityków zdrowotnych oraz administrację, a podejmowane decyzje odnosiły się do systemu ochrony zdrowia. Z przemysłu przenoszono idee *lean manufacturing* polegające na eliminacji marnotrawstwa i dostarczaniu klientom – w jak najprostszy sposób – produktów lub świadczeń, jakich oczekują. Czerpano także z metody *six sigma* zwiększającej powtarzalność i optymalizującej procesy.

Zarówno na poziomie praktyk, jak i systemu POZ szerzej wykorzystywano posiadane dane i informacje, również kliniczne. Możliwości w tym zakresie stwarzał rozwój technologii informatycznej. Na podstawie zgromadzonych danych dokonywano

oceny jakości sprawowanej opieki. Niestety tymi działaniami narażano na zagrożenie zasady praktykowania medycyny rodzinnej, oparte na więzi oraz wzajemnym zaufaniu lekarza i pacjenta. Niejednokrotnie ingerencja organów nadzoru i kontroli była nadmierna. W niektórych krajach odgórnie wyznaczano cele terapeutyczne i wprowadzano mierzące je wskaźniki. Pacjentom i lekarzom nie pozostawiano marginesu na decyzje w tym zakresie. Wysuwano także polityczne żądania transparentności, nawet kosztem ograniczenia anonimowości informacji dotyczących pacjentów. Lekarze zaczęli się obawiać utraty dobrych relacji z pacjentami.<sup>9</sup>

Gordon Littman opisał przykładanie nadmiernej wagi do wskaźników (mierzalnych elementów postępowania i opieki) w POZ. Stwierdził, że „lekarze odczuwają, iż wywierają one niekorzystny wpływ na codzienną interakcję z pacjentami, a ocena dokonana na ich podstawie nie odzwierciedla rzeczywistej jakości opieki w medycynie rodzinnej”.<sup>10</sup> Głównym powodem tego zjawiska był fakt, że wykorzystywane w owym czasie wskaźniki pomagały określić jedynie medyczny wymiar konsultacji, podczas gdy w POZ nie mniej istotne są psychologiczne i socjologiczne aspekty opieki.

W 2007 roku przewodnictwo EQuIP objęła Tina Eriksson z Danii, zapewniając stabilność i konstruktywność działań Stowarzyszenia. Z dużym zaangażowaniem zorganizowała dwie międzynarodowe konferencje. Pierwsza z nich odbyła się w Barcelonie, a druga w Kopenhadze. Tematem ostatniej (2011) był „stosunek jakości do kosztów w praktyce ogólnej – zarządzanie i zaufanie publiczne”. W trakcie konferencji przeprowadzono istotną dyskusję na temat korzyści oraz zagrożeń związanych z metodą opłacania świadczeń za uzyskiwane efekty (*pay-for-performance*). Podkreślono konieczność kompleksowego i wyważonego podejścia do stosowanej w ramach tej metody oceny jakości i wynagradzania za jej poziom.

Istotnym zagadnieniem w działalności Stowarzyszenia stało się także nauczanie poprawy jakości. W latach 2010–2012 EQuIP uczestniczył w projekcie „*Innovative lifelong learning of European general physicians in quality improvement supported by information technology*”. Koordynatorem przedsięwzięcia było Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. W ramach projektu opraco-

wano: internetowe narzędzie do pomiaru poziomu kompetencji lekarzy rodzinnych w zakresie poprawy jakości, przewodnik (*guidebook*) prezentujący praktyczne przykłady projektów zrealizowane w Europie, program nauczania oraz internetowy kurs dla lekarzy. Wszystkie produkty wypracowane w ramach projektu znajdują się na ogólnie dostępnej stronie internetowej: [www.ingpinqi.eu](http://www.ingpinqi.eu).

W tym samym okresie podejmowano działalność w ramach szkoły *EQuIP Summer Schools*. Jej celem było nauczanie metodologii badań naukowych dotyczących jakości. Pierwszy kurs odbył się w 2009 roku w Tuusula (Finlandia), a następny dwa lata później w Ghent (Belgia). Kolejne kursy przeprowadzono w Niemczech i Francji, a w 2014 roku w Danii odbyły się szkolenia skierowane do młodych lekarzy rodzinnych, zorganizowane wspólnie z Vasco da Gama Movement.

### Okres współpracy (od 2011 roku)

Faza współpracy rozpoczęła się w 2011 roku i realizowana jest w dalszym ciągu. 9 września 2011 roku miała miejsce niewielka, chociaż istotna, zmiana w Europejskiej Definicji Medycyny Rodzinnej. Wprowadzono 12. cechę charakteryzującą tę specjalność medyczną: promowanie upodmiotowienia pacjenta (w ramach opieki skupionej na osobie pacjenta; *person-centered care*). W tym samym roku EQuIP zwyciężył w konkursie the Wonca Europe's Anniversary Research Fund i otrzymał grant badawczy na realizację projektu „Upodmiotowienie pacjenta z przewlekłymi chorobami” (*„Patient empowerment in chronic conditions”*). Projekt ten realizowany był do 2015 roku. W jego ramach przeanalizowano koncepcje zwiększenia roli pacjenta w opiece, zapewnienia mu możliwości świadomego podejmowania decyzji, przejmowania odpowiedzialności za własne zdrowie. Przeprowadzono przegląd systematyczny i przygotowano internetowy kurs dotyczący tych zagadnień. Stworzono także internetowe depozytorium z linkami do publikacji i narzędzi odnoszących się do upodmiotowienia pacjenta.<sup>11</sup>

Innym przykładem współpracy jest projekt realizowany wspólnie z Vasco da Gama Movement. Jego celem jest opracowanie internetowego przewodnika wykorzystywania mediów społeczności-

wych w medycynie rodzinnej. Doświadczeni twórcy i użytkownicy dzielą się swoimi doświadczeniami, przedstawiają rekomendacje dotyczące efektywnego korzystania z tego rodzaju mediów, omawiają zasady etycznych zachowań, zwracają uwagę na korzyści oraz zagrożenia wynikające z użytkowania internetowych i mobilnych aplikacji.<sup>12</sup>

Bezpieczeństwo pacjenta to kolejne zagadnienie o dużej wadze, w które zaangażowany jest EQuIP. Wiąże się ono ściśle z jakością opieki, a zapewnienie bezpieczeństwa i ograniczanie szkodliwego wpływu działań medycznych jest ważnym zadaniem lekarza rodzinnego.<sup>13</sup> W ciągu ostatniego dziesięciolecia mamy do czynienia z postępowaniem w omawianym zakresie, jednak nadal więcej jest pytań niż odpowiedzi.<sup>14</sup> W ramach EQuIP trwają obecnie prace nad problemem przeciążenia zadaniami, przemęczenia i wypalenia zawodowego personelu POZ. Te powszechne zjawiska mają duży wpływ na bezpieczeństwo pacjentów. W przypadku wystąpienia błędów, pomyłek, ale także niezależnych od personelu niekorzystnych zdarzeń medycznych, pierwszymi poszkodowanymi są oczywiście pacjent i jego rodzina. Należy jednak brać pod uwagę, że niekorzystne skutki nie ominą lekarzy i pielęgniarek (tzw. *second victim* – drugi poszkodowany) i najprawdopodobniej podmiotu, w którym udzielono świadczenia (*third victim* – trzeci poszkodowany).<sup>15</sup> Zagadnienia związane ze zdrowiem personelu medycznego, w tym dotyczące stresu, negatywnych reakcji emocjonalnych i problemów psychologicznych, są istotne i muszą być uwzględniane dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom. Niestety są one jeszcze słabo określone i wymagają dalszych, pogłębionych badań.

## Przyszłość poprawy jakości i rola EQuIP

Jak się okazuje, wiele zrealizowanych projektów i inicjatyw nie rozwiązało podstawowych dylematów związanych z kompleksową naturą jakości w medycynie rodzinnej. Obecnie, zgodnie ze spostrzeżeniami R. Glehra przytoczonymi na początku niniejszego artykułu, następuje ścieranie się koncepcji poprawy i zabezpieczenia jakości.

Można się spodziewać, że w przyszłości, zarówno ze strony polityków, administracji, jak również ze strony personelu medycznego, podejmowane

będą działania wykraczające poza obszary jakości i obejmujące zagadnienia skuteczności oraz wydajności opieki podstawowej. Szybki rozwój technologii informatycznych oraz gromadzenie coraz większej ilości danych stwarzają możliwości pomiaru jakości i mogą być katalizatorem procesów poprawy oraz lepszego wykorzystania środków.

Najprawdopodobniej w najbliższym czasie lekarze rodzinni nie unikną działalności w warunkach rosnącej centralizacji, standaryzacji świadczeń, kontroli i biurokracji. Oczywiście ograniczanie wpływu zewnętrznych, niekorzystnych zjawisk stanowić będzie duże wyzwanie. Nie można dopuścić, aby szkodziły one prawidłowym relacjom lekarzy z pacjentami i ich rodzinami.

W kwietniu 2013 roku zmieniono statut EQuIP, który różnił się znacznie od statutów innych organizacji sieciowych WONCA, takich jak EURACT (*European Academy of Teachers in GP/FM*) i EGPRN (*European General Practice Research Network*). Umożliwiono wstępowanie do Stowarzyszenia osobom zainteresowanym (członkowie indywidualni) oraz organizacjom lekarzy rodzinnych (członkowie instytucjonalni). Autorzy niniejszego artykułu zachęcają do takiego kroku. Szczegółowe informacje na ten temat znajdują się na stronie internetowej EQuIP [www.equip.dudal.com/flx/members](http://www.equip.dudal.com/flx/members).

## PIŚMIENNICTWO

1. Bohmer R.M.J.: Fixing health care on the front lines. *Harvard Business Review*, 2010; 88 (4): 62–69
2. Berwick D.M., Enthoven A., Bunker J.P.: Quality management in the NHS: the doctor's role – II. *BMJ*, 1992; 304 (6822): 304–308
3. Rhydderch M., Edwards A., Elwyn G. i wsp.: Organizational Assessment in Primary Care: An Overview. [W:] Grol R., Dautzberg M., Brinkmann H. (red.): *Quality Management in Primary Care*. Gutersloh, 2004: 37–52
4. WWWPQS: WONCA World Working Party on Quality and Safety in Family Medicine. <http://www.globalfamilydoctor.com/groups/WorkingParties/QualitySafety.aspx> (7.05.2016)
5. Wensing M., Jung H.P., Mainz J. i wsp.: A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. *Soc. Sci. Med.*, 1998; 47 (10): 1573–1588
6. Grol R., Wensing M., Mainz J. i wsp.: Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP)*. *Family Practice*, 1999; 16 (1): 4–11
7. Elwyn G., Rhydderch M., Edwards A. i wsp.: Assessing organisational development in primary medical care using a group based assessment: the Maturity Matrix™. *Quality and Safety in Health Care*, 2004; 13: 287–294
8. Szecsenyi J., Campbell S., Broge B. i wsp.: Effectiveness of a quality-improvement program in improving management of primary care practices. *CMAJ*, 2011; 183 (18): E1326–1333
9. Eriksson T., EQuIP: From tool development to information sharing – recent developments in EQuIP. *Eur. J. Gen. Pract.*, 2010; 16 (1): 57

Artykuł opracowano na podstawie informacji przygotowanych z okazji jubileuszu 25-lecia EQuIP.

10. EQuiP (2016), 2nd Newsletter. May Edition. [http://equip.dudal.com/files/72/equip\\_02newsletter\\_may2016.pdf](http://equip.dudal.com/files/72/equip_02newsletter_may2016.pdf) (7.05.2016)
11. EQuiP. Online Repository. [http://equip.dudal.com/flx/pecc\\_we/online\\_repository/](http://equip.dudal.com/flx/pecc_we/online_repository/) (14.10.2016)
12. VdGM: Vasco da Gama Movement (2015). <http://vdgm.woncaeurope.org/content/vdgm-socialmedia-compass> (8.05.2016)
13. European Journal of General Practice. Patient safety in primary care (supplement issue). 2015; 21 (S1): 1–77
14. Vincent C., Esmail A.: Researching patient safety in primary care: Now and in the future. *Eur. J. Gen. Pract.*, 2015; 21 (supl. 1): 1–2
15. Second and Third Victim Research Group (2015). Recommendations for providing an appropriate response when patients experience an adverse event with support for health-care's second and third victims. [http://www.segundavictimas.es/data/documentos/segundas\\_victimas\\_maquetacion\\_ingles\\_impresion\\_v06.pdf](http://www.segundavictimas.es/data/documentos/segundas_victimas_maquetacion_ingles_impresion_v06.pdf) (9.05.2016)