



## Models of Child Health Appraised (A Study of Primary Healthcare in 30 European countries)

### **Tytuł: Projekt MOCHA jako droga do nowego modelu opieki pediatrycznej w Europie**

Prof. dr hab. Teresa B. Kulik, dr n. o zdrowiu Kinga Zdunek

Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

W ostatnim czasie odbył się cykl spotkań warsztatowo-dyskusyjnych dotyczących wypracowania wewnętrznej zgody i porozumienia w sprawie osiągnięcia przyjętych celów oraz wspólnych narzędzi pozwalających na poprawę jakości opieki pediatrycznej w Europie. Spotkania zrealizowano w ramach projektu **MOCHA**, którego jednym z partnerów jest **Katedra Zdrowia Publicznego Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie**. Podczas obrad w Amsterdamie, Rzymie, Guildford oraz w Dublinie wypracowano wspólną strategię działania badawczego oraz doprecyzowano sposób rozumienia kluczowych dla projektu pojęć.

#### **Modelowe spojrzenie**

Teoretyczne rozważania nad definicją modelu miały miejsce podczas spotkania, które odbyło się 15 grudnia 2015 roku w Amsterdamie. Głównym założeniem obrad było osiągnięcie kompromisu co do rozumienia pojęcia model przy jednoczesnym uwzględnieniu obowiązujących trendów w odniesieniu do modelowego postrzegania systemów ochrony zdrowia.

Spotkaniu przewodniczyła dr Dione Kringos światowej sławy ekspert zajmujący się analizą modeli podstawowej ochrony zdrowia (POZ), która zainspirowana podejściem Donabediana dokonała analizy systemów wykorzystując teoretyczny podział na strukturę, proces i wyniki (structure, process, outcome). Jej koncepcja stanowi podstawę do dyskusji nad modelami w opiece zdrowotnej oraz wskazuje kierunek niezbędnych analiz w odniesieniu do pediatrycznej opieki zdrowotnej.

Kringos stworzyła modelowe ramy dla systemu podstawowej opieki zdrowotnej. Przyjęła, że jego struktura składa się z trzech wymiarów: 1) zarządzania, 2) warunków ekonomicznych, 3) rozwoju zaplecza kadrowego. Zdefiniowała cztery wymiary odnoszące się do procesu podstawowej opieki zdrowotnej, mianowicie: 4) dostęp, 5) ciągłość opieki, 6) koordynacja opieki oraz 7) kompleksowość opieki. Kringos wskazała trzy wymiary stosowane do wyników podstawowej opieki zdrowotnej 8) jakość opieki, 9) efektywność opieki oraz 10) równość w zdrowiu [1].

## **Refleksja nad jakością**

Warsztaty, które odbyły się w Rzymie 24 lutego 2016 roku były szansą na debatę nad konceptualnym podejściem do spraw związanych z jakością opieki a także refleksją nad szczegółową metodologią jej pomiaru. Spotkanie to było naturalną kontynuacją dla rozważań podjętych w Amsterdamie z uwagi na wyodrębniony w koncepcji Kringos wymiar jakości opieki.

Za podstawę do dyskusji przyjęto 6 domen jakości ochrony zdrowia zdefiniowanych przez Instytut Medyczny IOM wśród których wyróżnia się następujące [2]: 1) bezpieczeństwo rozumiane jako unikanie szkody pacjenta oraz dążenie do zapewnienia wsparcia, 2) efektywność postrzegana przez pryzmat świadczenia usług w oparciu o wiedzę naukową wszystkim tym, którzy mogą z nich korzystać i powstrzymanie się od świadczenia usług tym, którzy nie mogą z nich korzystać, 3) centralną pozycję pacjenta związaną ze świadczeniem mu opieki, wiąże się to w uwzględnieniu systemu wartości pacjenta, aby jak najlepiej odpowiedzieć na jego potrzeby zdrowotne, pacjent jest aktywnym członkiem procesu leczenia i jego system aksjonormatywny wyznacza kierunek podejmowanych działań, 4) czasowość opieki związaną z zapewnieniem świadczenia w rozsądnym z medycznego punktu widzenia czasie, 5) wydajność poprzez unikanie niewłaściwego wykorzystywania posiadanych zasobów zarówno materialnych jak i niematerialnych oraz 6) sprawiedliwość/równość oznaczającą, że jakość świadczonej opieki nie zależy od charakterystyk osobowych takich jak płeć czy pochodzenie etniczne.

Podczas spotkania wypracowano porozumienie co do wspólnych wartości i miar jakości.

## **Zastosowanie teorii w praktyce**

Typowo praktyczny charakter miało spotkanie organizowane przez Surrey University 11 marca 2016 roku. Głównym założeniem warsztatów było wykształcenie umiejętności zastosowania metodologii opracowanej przez naukowców z tego uniwersytetu i wykorzystanie jej w celu budowy modeli [3].

Proces ten jest wieloetapowy a jego pierwszą fazą jest tworzenie bogatego obrazu tzw. *Rich Picture*, który umożliwia nieustrukturyzowany opis systemu lub sytuacji i jest elementem tzw. „systemowego myślenia”. Systemowe myślenie to proces pozwalający na zrozumienie w jaki sposób systemy wzajemnie na siebie oddziałują. Druga faza to tworzenie diagramów przepływu danych czyli *Data Flow Diagrams*, które stanowią graficzną prezentację przepływu danych w systemie informatycznym. Myślą przewodnią jest tu jasne i precyzyjne zaprezentowanie przepływu danych w systemie. Trzeci element – *Use Cases* – opisuje rzeczywiste interakcje aktora w systemie. Dzięki temu możliwe jest zaprezentowanie w uproszczonej formie skomplikowanych procedur systemowych ukierunkowanych na pacjenta. Ostatni, czwarty etap wiąże się z tworzeniem modeli procesów biznesowych czyli *Business Process Models*. W tej fazie dokonuje się graficznej prezentacji biznesowo zorientowanych procesów w strukturze organizacji.

## **Kompleksowa opieka**

Warsztaty, które odbyły się w Dublinie 5 kwietnia 2016 roku, miały charakter podsumowujący. Motywem przewodnim w dyskusji była kompleksowa opieka nad dziećmi. W tym celu spotkali się przedstawiciele dwóch grup roboczych, pierwszej, w ramach której zostaną

zidentyfikowane modele pediatrycznej podstawowej opieki zdrowotnej oraz drugiej, która analizuje wspólne bezpieczne i efektywne współzależności pomiędzy modelami podstawowej opieki zdrowotnej z opieką specjalistyczną, społeczną i kompleksową.

Podczas spotkania dyskutowano między innymi zasadność wykorzystywania w badaniach naukowych krótkich opowiadań o hipotetycznej osobie tzw. *vignettes* oraz studium przypadku. Ponadto poszukiwano związków pomiędzy opieką społeczną i ochroną zdrowia w odniesieniu do zaspokojenia potrzeb dzieci wymagających kompleksowej opieki. Przedstawiciele DIPEX-u zaprezentowali oksfordzką metodologię badań jakościowych, która opiera się na analizie doświadczeń pacjentów. Wykorzystywane są w tym celu wywiady o charakterze w połowie ustrukturyzowanym czyli *semi-structured* oraz wywiady narracyjne. Relatywnie niski stopień strukturyzacji wywiadu oraz jego otwarty charakter pozwala na wyodrębnienie przez uczestników ich własnych znaczeń i priorytetów.

### Przyszłe działania

Cykl spotkań dotyczących modelowego spojrzenia na pediatryczną opiekę zdrowotną zwiększył proces wymiany informacji pomiędzy grupami roboczymi. Konsensus co do wspólnej wizji działania został osiągnięty. Rezultaty z dotychczasowych konsultacji i ustaleń zostaną zaprezentowane podczas zbliżającej się cyklicznej Europejskiej Konferencji Zdrowia Publicznego EUPHA, która odbędzie się w Wiedniu w listopadzie 2016.

### Literatura

1. Kringos et al., The European Primary Care Monitor: structure, process and outcome indicators, BMC Family Practice, 2010 doi:10.1186/1471-2296-11-81
2. Institute of Medicine (IOM). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C: National Academy Press; 2001.
3. de Lusignan S, Cashman J, Poh N, Michalakidis G, Mason A, Desombre T, Krause P. Conducting requirements analyses for research using routinely collected health data: a model driven approach. Stud Health Technol Inform. 2012;180:110

