

<https://doi.org/10.21784/IwP.2024.006>

## Mierniki jakości w opiece długoterminowej w kontekście oceny jakości usług medycznych

Quality measures in long-term care in the context of assessing the quality of medical services

BEATA GUZAK<sup>1</sup>, MARIOLA RYBKA<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych we Włocławku  
ORCID 0000-0001-7198-1318

<sup>2</sup> Państwowa Akademia Nauk Stosowanych we Włocławku

<sup>3</sup> Szpital Lipno Sp. z o.o. Zakład opiekuńczo-leczniczy  
ORCID 0000-0003-1070-520X

### Streszczenie

Mówiąc o jakości opieki medycznej najczęściej myślimy o zadowoleniu pacjenta i certyfikatach jakości lub akredytacji. Jednak problem jest o wiele bardziej złożony, szczególnie w opiece długoterminowej. Brak jest bowiem jednoznacznych i obiektywnych wskaźników jakości usług, które właściwie dokumentowane i przetwarzane umożliwiłyby ocenę oraz porównywanie świadczeniodawców w tym zakresie.

**Cel.** Celem pracy było przedstawienie zagadnień dotyczących jakości opieki w opiece długoterminowej.

**Materiał i metody.** W pracy wykorzystano metodę badawczą przegląd dostępnej literatury, techniką była analiza treści artykułów powiązanych z przedmiotowym zagadnieniem.

**Przeгляд.** Jakość w ochronie zdrowia to istotny element realizowanego świadczenia medycznego co w istotny sposób wpływa na bezpieczeństwo i satysfakcję pacjenta. Jakość w opiece długoterminowej placówki opieki długoterminowej to zarówno ZOL-e ZPO oraz domy pomocy społecznej, gdyż opieka długoterminowa jest złożoną kwestią społeczno-polityczną, która obejmuje cały zakres usług dla osób niesamodzielnych, niepełnosprawnych, potrzebujących wsparcia w realizacji podstawowych, czynności dnia codziennego. Mierniki jakości

opieki to wskaźniki powstałe w oparciu o dowody naukowe (Evidence-based medicine -EBM).

**Wnioski.** Badanie jakości opieki jest bardzo istotnym wskaźnikiem oceny placówki w zakresie respektowania praw pacjenta.

**Słowa kluczowe:** ocena jakości, opieka długoterminowa, mierniki jakości

### Summary

**Introduction.** Talking about the quality of care most often think of patient satisfaction and quality certificates or accreditation. However, the problem is much more complex, especially in long-term care. There is no clear and objective indicators of quality of service, which properly documented and processed allow evaluation and comparison of care providers in this field.

**Objective.** The aim of the study was to present issues related to the quality of care in long-term care.

**Material and methods.** The study used the research method of reviewing the available literature, the technique was to analyze the content of articles related to the subject matter.

**Overview.** Quality in health care is an important element of the medical service provided, which has a significant impact on patient safety and satisfaction. Quality in long-term care of long-term care facilities is both ZOL-e ZPO and nursing homes, because long-term care is a complex socio-political issue that covers the entire range of services for dependent people, disabled people who need support in basic everyday activities. Measures of the quality of care are indicators based on scientific evidence (Evidence-based medicine – EBM).

**Conclusions.** The quality-of-care survey is a very important indicator of the assessment of the facility in terms of respecting the patient's rights.

**Keywords:** quality assessment, long-term care, quality measurers

### Wstęp

Zapewnienie wysokiej jakości usług jest jednym z najważniejszych problemów każdego podmiotu świadczącego usługi medyczne. Ocena i porównanie jakości udzielanych świadczeń jest zagadnieniem bardzo złożonym.

W zakres jakości wpisana jest zarówno poprawność realizacji usługi medycznej w świetle aktualnej wiedzy i istniejących standardów, jak i wartości istotnych dla pacjenta [1].

### **Cel**

Celem pracy było przedstawienie zagadnień dotyczących jakości opieki w opiece długoterminowej.

### **Przegląd**

Pionierem w badaniach dotyczących poprawy jakości w ochronie zdrowia są Stany Zjednoczone, gdzie w 1951 roku powołano Zespoloną Komisję do spraw Akredytacji Szpitali (JCAHO – *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*).

Komisja ta zajmowała się opracowywaniem standardów jakości (czyli wymogów stawianych placówkom ochrony zdrowia), wskaźników jakości (czyli ilościowych mierników stopnia realizacji przyjętych standardów), wytycznych postępowania w określonych sytuacjach klinicznych, systemu zbierania oraz przetwarzania danych medycznych, a także systemu akredytacji. Jakość opieki zdrowotnej jest więc uwarunkowana wieloma czynnikami.

Najczęściej przy określaniu jakości usługi medycznej wyróżniane są trzy podstawowe kategorie:

1. jakość struktury, np. liczba i poziom wykształcenia personelu, aparatura medyczna, infrastruktura, struktura organizacyjna, kultura organizacji czy styl zarządzania;
2. jakość procesu, odnosząca się do opieki nad pacjentem, np. diagnoza czy leczenie;
3. jakość wyniku, obejmująca takie wskaźniki, jak śmiertelność, zachorowalność, powikłania, skutki uboczne, zdarzenia niepożądane czy satysfakcję pacjenta z zastosowanego leczenia [1].

Ministerstwo Zdrowia mówiąc o jakości w opiece zdrowotnej podaje jeszcze dwa elementy: standard i wskaźnik.

Standardy mogą dotyczyć wszystkich sfer działania w opiece zdrowotnej, w tym bezpośredniej opieki medycznej nad pacjentem, organizacji i zarządzania czy postępowania medycznego. Natomiast wskaźnik jakości jest ilościową miarą tego w jakim stopniu określona kategoria/standard jest realizowana [2].

### **Jakość w ochronie zdrowia**

Jakość opieki zdrowotnej uznana jest za istotny element każdej działalności związanej ze świadczeniem usług medycznych. Ma także istotne znaczenie dla płatnika (Narodowego Funduszu Zdrowia), który uzyskanie certyfikatu jakości bądź akredytacji uznaje za atut i przyznaje dodatkowe punkty przy zawieraniu kontraktu.

Wiele podmiotów leczniczych podjęło więc wysiłek organizacyjny i finansowy w celu spełnienia wymogów ISO oraz akredytacyjnych. Zależało im bowiem na tym, aby ocena jakości była dokonana z zastosowaniem zewnętrznych i niezależnych parametrów [3]. Pojawia się jednak istotne pytanie: czy systemy poprawy i zapewnienia jakości obecnie funkcjonujące w placówkach ochrony zdrowia, gwarantują jakość i czy potencjalnie mogą mieć wpływ na jakość odczuwaną przez pacjentów?

Jak wynika z doświadczeń w zakresie nadzoru nad systemami jakości oraz przeglądu różnych opracowań związanych z tym zagadnieniem, trudno potwierdzić, że wprowadzone w placówkach ochrony zdrowia systemy zapewnienia jakości mają wpływ na jakość odczuwaną przez pacjenta.

Autorzy Krajowego indeksu sprawności ochrony zdrowia 2014 także nie znaleźli dowodów na istnienie takiej zależności [4].

Z biegiem lat obserwujemy jednak wzrost roli i wagi jakości świadczonych usług medycznych, respektowania praw pacjenta oraz jakości obsługi pacjenta jako konsumenta usług zdrowotnych. Wyraża się to między innymi poprzez coraz powszechniejsze stosowanie oceny jakości, której najistotniejszym elementem jest ocena wyników sprawowania opieki. Ich pomiar bezpośrednio może wskazywać na poziom jakości świadczonych usług w sposób obiektywny i dający porównać

świadczeniodawców. Jednak problem związany z pomiarem jakości wyników sprawowania opieki medycznej utrudnia „niepowtarzalność sytuacyjna”, bowiem nie ma dwóch takich samych pacjentów w określonym stadium zaawansowania choroby, z podobną odpornością zarówno fizyczną jak i psychiczną, określonym materiałem genetycznym czy takimi samymi chorobami współistniejącymi.

W Polsce nie ma też ogólnie dostępnych informacji na temat jakości usług medycznych w poszczególnych placówkach. Pacjenci wybierając placówkę muszą polegać na swojej intuicji lub opiniach znajomych, co do których należy mieć jednak ograniczone zaufanie.

Obecnie ocena jakości najczęściej dokonywana jest w oparciu o ankietowe badanie satysfakcji pacjentów. Jednakże pacjent jako klient dokonuje często oceny na podstawie własnych, bardzo subiektywnych odczuć w procesie świadczenia usługi medycznej wg kryteriów nie ujętych w ankietach.

Na podstawie rozmów z pacjentami mogę stwierdzić, iż oczekują oni od pracowników służby zdrowia znacznie więcej niż tylko rzetelnego wykonania procedury medycznej — liczą na serdeczne traktowanie, poszanowanie własnej godności, rzetelną i zrozumiałą informację, pomoc w cierpieniu a także zapewnienie właściwych warunków otoczenia. Zwracają uwagę na zachowania związane z okazywaniem wrażliwości, delikatności, szacunku, aktywnego słuchania i uwzględniania ich zdania w trakcie podejmowania decyzji, oraz na wysiłki podejmowane w celu redukcji poczucia zależności od otoczenia [5]

Dlatego też każdy pacjent ustala własne kryterium jakości usługi medycznej [6]. Ma on określony własny, subiektywny pułap oczekiwań i wymagań, który trudno jest zobiektywizować w ankietowych badaniach satysfakcji.

Taka ocena jakości opieki zdrowotnej oparta na jakości postrzeganej przez pacjentów/konsumentów zależy od punktu odniesienia, czyli wyrażonych przez nich potrzeb. Jeżeli pacjent ma niewielkie wymagania, łatwo ocenia jakość opieki jako wysoką.

Jednakże od jakości postrzeganej (perceived quality) przez pacjentów – subiektywnej, odróżnić należy jakość medyczną (medical quality), rozumianą jako postępowanie zgodne z ustalonymi zasadami i wytycznymi, a ocenianą za pomocą obiektywnych mierników epidemiologicznych (np. częstość powikłań po danej procedurze, ilość upadków, ilość zakażeń szpitalnych czy pomiar wybranych wskaźników klinicznych) [7].

### **Jakość w opiece długoterminowej**

Problem jakości opieki w placówkach opiekuńczych był i jest podnoszony w wielu krajach, gdyż opieka długoterminowa jest złożoną kwestią społeczno-polityczną, która obejmuje cały zakres usług dla osób niesamodzielnych, potrzebujących pomocy w podstawowych, codziennych czynnościach przez dłuższy czas. Długoterminowa opieka zdrowotna może obejmować rehabilitację, podstawową pomoc medyczną, domową opiekę pielęgniarstwa, zapewnienie warunków mieszkaniowych oraz usługi, takie jak transport, przygotowywanie posiłków, doradztwo zawodowe oraz pomoc w radzeniu sobie z czynnościami dnia codziennego [8].

Zgodnie z definicją ustaloną przez Zespół ds. Opieki Długoterminowej powołany przez Ministra Zdrowia **Opieka Długoterminowa** – to całokształt działań medycznych i społecznych, polegających na świadczeniu długotrwałej opieki pielęgniarstwa, świadczeń terapeutycznych i usług pielęgnacyjno– opiekuńczych osobom przewlekle chorym i niesamodzielnym, które nie wymagają hospitalizacji [9].

W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, gdzie zakłady opieki długoterminowej funkcjonują głównie jako placówki niepubliczne, już w latach 60 – tych podjęto działania mające na celu systematyczną kontrolę jakości świadczonych usług. Przełomowym momentem dla rozwoju opieki długoterminowej była Ustawa OBRA– 87 (Omnibus Budget Reconciliation Act 1987), która spowodowała rozwój systemu oceny jakości w oparciu o wskaźniki struktury (określające warunki realizacji opieki), procesu (opisanego w postaci standardów opieki) i wyników zdrowotnych.

Konsekwencją takiego podejścia było opracowanie przez naukowców sformalizowanego wywiadu i badania potrzeb pacjentów, który obecnie funkcjonuje w Stanach Zjednoczonych jako MDS – minimum data set i jest podstawą do oceny jakości opieki i kontraktowania usług medycznych. Ewolucyjną formą MDS jest system InterRAI rozpowszechniony także w niektórych krajach europejskich [10].

Ocena jakości świadczonych usług długoterminowej opieki zdrowotnej nie jest łatwa. Jest to dość skomplikowane już przy rozwiązaniach instytucjonalnych, np. domach opieki lub zakładach opiekuńczo-leczniczych, gdzie można zastosować standardowe wskaźniki do podstawowych kategorii, tj. struktury, procesu oraz wyniku. Możliwość oceny jakości komplikuje się jeszcze bardziej w przypadku miejsc takich jak prywatne mieszkania pacjentów bądź ich przyjaciół czy krewnych, gdzie standardowe wskaźniki okazują się nieprzydatne w ocenie opieki świadczonej nieformalnie w domu [8]. Jednakże można zaobserwować, że w dziedzinie długoterminowej opieki zdrowotnej w coraz większym stopniu akcent przesuwają się z zapewnienia wymagań minimalnych w kierunku podwyższenia jakości usług, chociażby przez właściwy nadzór nad zakażeniami szpitalnymi, który obecnie nie jest w tych placówkach powszechnie stosowany [11]

### **Mierniki jakości w opiece długoterminowej**

Za najbardziej precyzyjny pomiar jakości opieki można uznać przekształcanie informacji z dokumentacji medycznej w mierzalne wskaźniki (wyrażone liczbowo) pozwalające na określenie, w jakim stopniu zaspokojone zostały potrzeby pacjenta.

Uwzględniamy następujące potrzeby:

- potrzeby rzeczywiste (obiektywne) – wynikające z danych demograficznych i epidemiologicznych, oceniane przez ekspertów,
- potrzeby wyrażone (oczekiwania pacjentów) – kształtujące popyt na świadczenia zdrowotne,
- potrzeby zrealizowane – zaspokojone przez świadczenia zdrowotne.

Należy posługiwać się przy tym głównie miernikami jakości opartymi na dowodach medycznych (*Evidence-based medicine – EBM*) [6].

Wobec tych zróżnicowanych rodzajów i definicji potrzeb zdrowotnych (rzeczywiste, wyrażone, zrealizowane) oraz metod oceny i zarządzania jakością (satisfakcja pacjenta, czyli jakość postrzegana, jakość medyczna, certyfikacja, akredytacja, nagrody jakości, TQM itp.) pojawia się poważna trudność w określeniu na ile stosowane metody i mierniki jakości są rzeczywistym odzwierciedleniem jakości opieki.

Ponadto próba oceny jakości opieki sprawowanej nad człowiekiem powyżej 65 roku życia (tj ok. 60 % pacjentów stacjonarnej opieki długoterminowej w 2012 r. – dane NFZ) – wiąże się z koniecznością uwzględnienia odrębności, jakie niesie ze sobą wiek podeszły [12]. Wśród pacjentów objętych opieką długoterminową występuje duża zależność oraz znacznie ograniczona zdolność do prawidłowej oceny własnej sytuacji, wymagają więc oni szczególnej ochrony, którą może między innymi zapewnić odpowiedni poziom świadczonych usług. Jednakże mierzenie rezultatów opieki nad pacjentem niesamodzielnym jest trudne, ponieważ pożądaný cel, czyli poprawa zdrowia pacjenta, jest niewymierny i trudny do zdefiniowania [6] a czasem wręcz nieosiągalny.

Ale jeśli, chcemy coś obserwować, mierzyć i przedstawić ostatecznie za pomocą liczb, to musimy to sprowadzić do tego, co obserwowalne i mierzalne [13].

Jak wynika z prowadzonych przeze mnie badań, kontrola zakażeń u pensjonariuszy zakładu opieki długoterminowej i ich właściwe dokumentowanie, może dostarczyć wiele obiektywnych danych mówiących o poziomie świadczonych usług. Zatem odpowiedni dobór mierników obiektywnych i subiektywnych może pozwolić na skuteczną ocenę jakości świadczeń. Obiektywne mierniki odwołują się w większości do danych epidemiologicznych i wykorzystywane są w procesowym podejściu do zarządzania placówką. Natomiast mierniki subiektywne wynikają głównie z oceny satysfakcji pacjentów, czyli są opinią osób, które korzystają ze świadczeń [7].



Ocena jakości opieki nad pacjentem niesamodzielnym powinna być określana jako stopień, w jakim każda usługa świadczona pacjentowi zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, daje prawdopodobieństwo uzyskania pożądanego wyniku/efektu opieki w stanie zdrowia podopiecznego, zwiększając jego zdolność do samoopieki/ samopielęgnacji i jednocześnie redukuje prawdopodobieństwo wystąpienia efektów niepożądanych. [1,14,]

Podstawą tak postrzeganej oceny jakości powinny być opracowane standardy realizowania opieki długoterminowej, czyli:

- standardy określające strukturę jednostki, np.: infrastruktura, aparatura medyczna i sprzęt pomocniczy, liczba i poziom wykształcenia personelu;
- standardy określające podstawowe procesy, np.: profilaktyka i leczenie odleżyn, pielęgnowanie chorych z nietrzymaniem moczu i stolca, żywienia pacjentów, usprawniania pacjentów, podnoszenia i przemieszczania pacjentów, profilaktyki zakażeń, profilaktyki upadków, prowadzenia dokumentacji.

Standard ma być wzorcem, zgodnym z aktualną wiedzą i praktyką, który jest osiągalny, obserwowalny i mierzalny. Natomiast kryteria wyniku zawarte w standardzie muszą być wymierne, istotne, jednakowo zrozumiałe dla wszystkich i dokumentowane, aby mogły być porównywalne. Przykładem takiego rozwiązania jest możliwość monitorowania wskaźników dotyczących zakażeń szpitalnych, po wprowadzeniu systematycznego i rzetelnego gromadzenia oraz przetwarzania danych na podstawie jednolitych definicji i kryteriów rozpoznawania zakażenia. Pozwoli to na obiektywną ocenę skali zjawiska i porównanie poszczególnych placówek opieki długoterminowej w tym zakresie oraz ewentualne wprowadzenie działań profilaktycznych [11].

## **Podsumowanie**

Na podstawie przeprowadzonej analizy literatury i dostępnych serwisów elektronicznych oraz własnych obserwacji i badań nasuwa się stwierdzenie, że jakość w ochronie zdrowia jest postrzegana z róż-

nych punktów widzenia i – co więcej – ten sam poziom jakości nierzadko oceniany jest odmiennie.

Inaczej jakość opieki zdrowotnej postrzegają pacjenci, inaczej ubezpieczyciele, personel medyczny czy instytucje samorządowe.

Z uwagi na znaczne rozbieżności występujące w ocenie jakości usług zdrowotnych czy też brak takiej oceny w opiece długoterminowej, konieczne jest opracowywanie ujednoczonych standardów oraz obiektywnych mierników dla świadczeniodawców usług medycznych o takim samym profilu, a następnie weryfikacja zastosowania ich w codziennej praktyce. Dodatkowo – jednoznaczne i obiektywne wskaźniki jakości usług, właściwie dokumentowane i przetwarzane umożliwiłyby ocenę oraz porównywanie świadczeniodawców w tym zakresie, wskazując kierunki do podejmowania działań naprawczych lub wzmacniających [15]. Jak wynika z moich osobistych doświadczeń i obserwacji, różnorodność procedur wprowadzonych w poszczególnych jednostkach ochrony zdrowia, pozwala na dostosowanie ich do struktury i potrzeb danej jednostki, ale brak ujednoczenia nie pozwala na porównywanie oraz ocenę między zakładami.

Na dziś prowadzona tylko w niektórych placówkach ocena w zakresie efektywności postępowania pielęgnacyjnego, terapeutycznego, kontroli zakażeń czy rehabilitacyjnego nie umożliwia pozyskiwania zbiorczych danych, na podstawie których można by dokonywać porównawczych analiz z zakresu świadczeń i ich jakości. Brak danych epidemiologicznych uniemożliwia nie tylko prowadzenie analiz, ale także utrudnia opracowanie odpowiednich standardów i ustalenia efektywnej profilaktyki powikłań [16]. Natomiast spełnienie obowiązku zawartego w art. 11 Ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych przez placówki opieki długoterminowej, miałyby wpływ na poprawę jakości świadczonych usług oraz umożliwiłyby obiektywną ocenę sytuacji epidemiologicznej w tym sektorze ochrony zdrowia, co powinno być priorytetem w budowaniu jakości świadczeń w tych placówkach. Na świecie prowadzone są już prace nad przygotowaniem odpowiednich standaryzowanych wskaźników,

które pozwolą na obiektywny pomiar jakości wyników leczenia. Poza tym wysoka jakość nie zawsze musi jednocześnie oznaczać wysokie koszty, wręcz przeciwnie, często wysoka jakość usług jest mniej kosztowna, gdyż przekłada się na dokładniejszą diagnozę, mniejszą liczbę błędów medycznych, mniejszą liczbę powikłań, co wiąże się z szybszym powrotem do zdrowia, mniej inwazyjnym leczeniem oraz zmniejszoną potrzebą dalszej opieki medycznej [17].

### **Bibliografia/ Bibliography:**

1. Czerw A., Religioni U., Olejniczak D. Metody pomiaru oraz oceny jakości świadczonych usług w podmiotach leczniczych, *Probl. Hig. Epidemiol* 2012;93(2):269-273.
2. Ministerstwo Zdrowia 2011, Systemy jakości. <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/slajd?mr=b3&ms=278&ml=pl&mi=278&mx=0&mt=&my=59&ma=0075> pobrano dnia 06.05.2022.
3. Mądrala A. Czy Prezesowi NFZ zależy na jakości opieki zdrowotnej? 18-02-2022. <http://www.pracodawcyrp.pl/aktualnosci/art,1392,czy-prezesowi-nfz-zalezy-na-jakosci-opieki-zdrowotnej.html> pobrano dnia 07.05.2022
4. Tasso K., Behar-Horenstein L.S., Aumiller A., Gamble K, Grimaudo N., Guin P., Mandell T., Ramey B., Assessing Patient Satisfaction and Quality of Care through Observation and Interview”, *Hospital Topics*, 2002; 80:3.
5. Gajda K., Gilewski D. Krajowy indeks sprawności ochrony zdrowia 2014, Pierwsza edycja Styczeń 2014 [http://www.pwc.pl/pl\\_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014\\_raport-pwc.pdf](http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf) pobrano dnia 07.05.2014.
6. Palczewska A. Jakość usług medycznych w opiece paliatywnej, *Problemy Pielęgniarstwa* 2008;16(1,2):186–191.
7. Michalak J. Obiektywne i subiektywne mierniki jakości opieki zdrowotnej. *Problemy Zarządzania* 2011;9,3(33): 126–139.

8. Komisja Europejska, Długoterminowa opieka zdrowotna w Unii Europejskiej. Luksemburg: Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich 2008.
9. Szwątkiewicz E. Uwarunkowania dostępności do opieki długoterminowej w Polsce, Warszawa 14.12.2012 <http://www.korektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/dr-elzbietaaszwa582kiewicz-uwarunkowania-dostepnosci-do-opiekidc582ugoterminowej -w-polsce.pdf> pobrano dnia 07.05.2014.
10. Castle N., Ferguson JC. What is nursing home quality and how is it measured? *The Gerontologist* 2010;50(4): 426–442.
11. Wójkowska-Mach J., Gryglewska B., Grodzicki T., Heczko P. Definicje i kryteria rozpoznania zakażenia szpitalnego oraz zakażenia w instytucjonalnej opiece długoterminowej, *Gerontologia Polska* 2010;18,1:10-15.
12. Modlińska A. Problemy w opiece sprawowanej nad pacjentem w wieku podeszłym [w:] Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce, (red.) de Walden – Gałuszko K., Majkowicz M., Gdańsk 2000:49-57.
13. Szarfenberg R. Marginalizacja i wykluczenie społeczne 2007/2008 Wykład 4 Wskaźniki, kryteria i mierniki (wersja z 05.04.08) <http://rszarf.ips.uw.edu.pl/wykluczenie/miws04.pdf> pobrano dnia 05.05.2014.
14. Tekiela D. Narzędzia pomiaru standardów opieki pielęgniarstwiej. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2008;3,34-35.
15. Lewandowski R., Kowalski I. W poszukiwaniu obiektywnych metod pomiaru jakości usług medycznych [w:] Współczesne wyzwania strukturalne i menedżerskie w ochronie zdrowia, red. Lewandowski R., Katedra Organizacji i Zarządzania, Wydział Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warmińskiego Mazurskiego, 2008.
16. Wójkowska-Mach J., Heczko P. Pensjonariusze domów opieki długoterminowej rezerwuarem drobnoustrojów. *Zakażenia* 2013;1:41-45
17. Porter M. E., Olmsted Teisberg E., *Redefining Health Care*. Harvard Business School Press, USA Boston, 2006:7.

Imię i nazwisko autora do korespondencji:

**MARIOLA RYBKA**

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych  
we Włocławku, Wydział Nauk o Zdrowiu  
ul. Obrońców Wisły 1920 r. 21/25  
87 800 Włocławek  
e-mail: mariola.rybka@pans.wloclawek.pl

Konflikt interesów: Nie

Finansowanie: Nie

Wkład poszczególnych autorów w powstanie pracy:

**MARIOLA RYBKA**<sup>D-F</sup>

**BEATA GUZAK**<sup>A-C</sup>

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie  
i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych,  
D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu,  
F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Data otrzymania: 29.11.2023

Data akceptacji: 15.12.2023