

**KVALITA STAROSTLIVOSTI V SOCIÁLNYCH SLUŽBÁCH –
VÝSKUMNÁ AGENDA A METÓDY**

**QUALITY OF CARE IN SOCIAL SERVICES - RESEARCH AGENDA
AND METHODS**

**ELENA CHRENKOVÁ KUŠNÍROVÁ - TOMÁŠ PLANKA - MÁRIA ČULENOVÁ-
LENKA HABURAJOVÁ ILAVSKÁ**

ABSTRAKT

V ére zvýšenej zodpovednosti je o kvalite služieb sociálnej práce empiricky známe pozoruhodne málo. Tento článok aplikuje poznatky z výskumu zdravotníckych služieb na navrhnutie výskumnej agendy kvality starostlivosti v sociálnych službách. Program si vyžaduje štúdie, ktoré sa zaoberajú definíciou kvalitných služieb, rozdielmi v kvalite, vzťahom medzi kvalitnými službami a výsledkami, štrukturálnymi vplyvmi na kvalitu a spôsobmi zlepšovania kvality. Článok tiež podrobne popisuje metódy špecializovaného výskumu na implementáciu t kvality starostlivosti v sociálnych službách, vrátane použitia administratívnych údajov, výsledkov zohľadňujúcich mieru rizika (risk-adjusted outcomes), prípady vignetov (case vignettes), štandardizovaní spotrebiteľia (standardized consumers) a hodnotenie preferencií zainteresovaných strán (stakeholder preference assessments). Aj keď je sociálna práca v súčasnosti v kvalitnom výskume nedostatočne zastúpená, výskumné zručnosti sociálnych pracovníkov, ich tradičné medzi akademicko-agentúrne partnerstvá a ich dôraz na spotrebiteľské skúsenosti dáva tejto profesii rýchle napredovanie pri získavaní informácií potrebných pre snahy o zlepšenie kvality.

Kľúčové slová: kvalita starostlivosti. výskumná agenda. výskumné metódy. sociálne služby.

ABSTRACT

In an era of heightened accountability, remarkably little is known empirically about the quality of social work services. This article applies insights from health services research to propose a research agenda on the quality of care in the social services. The agenda calls for studies that address the definition of quality service, variations in quality, the relationship between quality service and outcomes, structural influences on quality, and ways to improve quality. The article also details specialized research methods for implementing this agenda, including the use of administrative data, risk-adjusted outcomes, case vignettes, standardized consumers, and

stakeholder preference assessments. Although social work is currently underrepresented in quality research, social workers' research skills, their traditional academic-agency partnerships, and their accent on consumer experiences position the profession to make quick strides in developing the information needed for quality improvement efforts.

Keywords: Quality of care. Research agenda. Research methods. Social services.

Kvalita starostlivosti

Hodnotenie a zlepšovanie kvality starostlivosti sa môže stať najnaliehavejším problémom výskumu a praxe v sociálnej práci tohto desaťročia. V takmer každom sektore sociálnych služieb zainteresované strany a dodávatelia očakávajú, že agentúry budú monitorovať a zlepšovať kvalitu. Clyman (1999) charakterizoval posun smerom k zvýšenej zodpovednosti v ľudských službách ako možno "najväčšie sociálne experimentovanie od New Deal" (s. 167). Napriek naliehavej potrebe sa sociálna práca ešte musí zapojiť do celej škály výskumných snáh, ktoré môžu podporiť snahy o zlepšenie kvality sociálnych služieb. Tento článok predstavuje agendu výskumu kvality starostlivosti pre túto profesiu a predstavuje niekoľko špecializovaných výskumných metód, ktoré môžu pomôcť pri implementácii agendy.

Kvalita nie je nový pojem v sociálnej práci. Mnohokrát v našej histórii kládla táto profesia otázky kvality na popredné miesto svojej agendy. Dôkazy môžeme nachádzať v celoživotnom vzdelávaní, v Etickom kódexe NASW, vývoji a zverejňovaní štandardov a najlepších skúseností (napríklad Child Welfare League of America, 2000; NASW, 2002), v požiadavkách na hodnotenie výkonnosti (Hatry, 1997) v manažmente riadenia kvality (TQM) (Boettcher, 1998).

TQM, ako je aplikovaný, do značnej miery upustil od silného dôrazu na zber údajov, ktorý bol jadrom jeho pôvodnej konceptualizácie (Hackman & Wageman, 1995). Bývalé úsilie v oblasti výskumu sociálnej práce zamerané na zlepšenie kvality sa zvyčajne orientovalo na hodnotenie výsledkov (napríklad Hughes, 1999). Ale vedieť, čo funguje, je len jedna časť údajov potrebných na vytvorenie dobre fungujúcich agentúr sociálnych služieb. Proctor (2002) si všimol nedostatok výskumu sociálnych služieb v oblasti kvality a podporil rozvoj a aplikáciu výskumných metód v oblasti kvality.

Medzitým sa kvalita stala najnaliehavejším politickým problémom v zdravotníctve (Inštitút medicíny, 2001) a vyvinula sa oblasť výskumu na riešenie problémov kvality v lekárskejších službách. V rámci týchto snáh sa niekoľko vedcov pokúsilo vymenovať hlavné otázky, ktorými sa výskumníci zaoberajúci sa kvalitou zdravotnej starostlivosti zaoberajú v snahe vymedziť hranice oblasti (napríklad Brook, McGlynn & Clearly, 1996; Dickey, Hermann, & Eisen, 1998; Dickey & Sederer, 2001). Tento výskum využil otázky z výskumu zdravotníckych služieb na budovanie agendy výskumu kvality pre sociálne služby. Tieto otázky sa týkajú do istej úrovni konceptualizácie kvality od Donabedian (1982), ktorý argumentoval že štruktúra systému sociálnych služieb ovplyvňuje poskytovanie služieb, ktoré ovplyvňujú spotrebiteľské výsledky. Výskumníci zdravotníckych služieb diskutovali o kvalite z pohľadu štruktúry, procesov a výsledkov a tým zahmlili definíciu kvality. V osobitnom dokumente bola definovaná kvalita starostlivosti v sociálnych službách ako miera do ktorej intervencie alebo programy „ovplyvnia výsledky klientov v príslušných doménach, pričom sa poskytujú určitých spôsobom v súlade s etickými štandardmi praxe a najlepšimi dostupnými znalosťami“ (Megivern et al., 2005, p.5). Definícia výskumu kvality starostlivosti presahuje rámec špecifikovaný intervenciami a programami, ktoré spĺňajú štandard, zahŕňajú súbor výskumných otázok, ktoré pomôžu pracovníkom služieb identifikovať, kde sa vyskytli problémy s kvalitou.

Tvorba výskumnej agendy kvality starostlivosti

Otázky ktoré tvorili základ výskumnej agendy boli usporiadané do 5 kategórií:

1. Definícia kvality služieb
2. Rozdiely v kvalite
3. Vzťah medzi kvalitou služieb a výsledkami
4. Štruktúralne vplyvy na kvalitu
5. Zlepšenie kvality

Je ťažké určiť, čo sa myslí pod pojmom vysokokvalitná starostlivosť, ale keď je možné identifikovať procesy súvisiace s vysokokvalitnými službami, úsilie o kvalitu starostlivosti sa môže zamerať na šírenie a implementáciu týchto štandardov služieb. Často štandardy starostlivosti v sociálnych službách sú založené na profesionálnom posúdení, nie dátach. Je dôležité, aby štandardy starostlivosti boli založené na základe dôkazov. Preto výskum informuje o nastavení štandardov.

Tri typy výskumných aktivít pomáhajú definovať kvalitu starostlivosti:

- štúdie môžu zachytiť rôzne definície hlavných účastníkov;

- štúdie účinnosti, longitudinálne pozorovacie štúdie, meta-analýzy a systematické prehľady môžu pomôcť definovať kvalitu starostlivosti identifikáciou procesov služieb súvisiacich s požadovanými výsledkami;
- sociálni pracovníci môžu vyvíjať skupinové úsilie o budovanie konsenzu s cieľom vytvoriť usmernenia pre prax na základe výskumu a preferencie zainteresovaných strán pomocou uznávaných stratégií (New Zealand Guidelines Group, 2001; Roberts, 1998).

Otázky o rozdieloch sú základom výskumu kvality starostlivosti. Vo výrobe, kde sa TQM zrodilo, by mal byť každý produkt vyrobený rovnako a po dokončení by mal rovnako fungovať. Objavovanie a obmedzovanie rozptylu sa teda stalo základnou súčasťou TQM (Hackman & Wageman, 1995). Podobne, aj výskumníci zdravotníckych služieb skúmajú rozdiely v kvalite. V sociálnych službách, s individuálnymi plánmi služieb sa rozdiely/odchýlky očakávajú. Výrazné odchýlky môžu naznačovať problémy v kvalite. Hlavné výskumné otázky sú zamerané na demografické, geografické variácie, rozdiely medzi poskytovateľmi a ich výsledkami, procesmi a skúsenostiach spotrebiteľov (tabuľka č. 1).

Tabuľka č. 1 Rozdielne zameranie výskumných otázok pre kvalitu starostlivosti			
	Zameranie na poskytovateľa	Geografické zameranie	Demografické zameranie
Výstupy	Líšia sa výstupy od rozdielnych poskytovateľov?	Líšia sa výstupy z rozličných geografických regiónov?	Líšia sa výstupy podľa geografických skupín klientov?
Procesy	Líšia sa procesy poskytnutia starostlivosti od rozdielnych poskytovateľov?	Líšia sa procesy poskytnutia starostlivosti z rozličných geografických regiónov?	Líšia sa služby poskytnuté klientom podľa demografických skupín?
Skúsenosti klientov	Líši sa spokojnosť klientov od rozdielnych poskytovateľov?	Líši sa spokojnosť klientov z rozličných geografických regiónov?	Líši sa spokojnosť klientov podľa geografických skupín klientov?
	Líšia sa skúsenosti klientov od rozdielnych poskytovateľov?	Líšia sa skúsenosti klientov z rozličných geografických regiónov?	Líšia sa skúsenosti klientov podľa geografických skupín klientov?
	Je spotrebiteľské vnímanie kultúrnej	Je spotrebiteľské vnímanie kultúrnej kompetencie rozdielne	Je spotrebiteľské vnímanie kultúrnej kompetencie

	kompetencie rozdielne od poskytovateľov?	podľa geografických regiónov?	rozdielne podľa geografických skupín klientov?
--	--	-------------------------------	--

Výskum kvality zdravotnej starostlivosti v medicíne si vyslúžil svoje pruhy riešením politicky podloženej otázky: „Odlíšujú sa výsledky medzi poskytovateľmi?“ Najznámejšia z týchto štúdií porovnávala a publikovala nemocničnú úmrtnosť pri kardiochirurgických zákrokoch v štáte New York (napríklad Hannan, Kilburn, O'Donnell, Lukacik a Shields, 1990). Počiatočná správa zistila, že miera úmrtnosti sa v nemocniciach značne líšila, dokonca aj po kontrole závažnosti počiatočného stavu pacienta, a identifikovala štyri nemocnice so štatisticky vyššou mierou úmrtnosti, ako by sa očakávalo. V desaťročí odvtedy výskumníci zdravotníckych služieb zistili, že rozdiely vo výsledkoch pacientov medzi poskytovateľmi sú pravidlom, nie výnimkou. To isté je možné očakávať aj v sociálnych službách. Veľké rozdiely vo výsledkoch nútia administrátorov a poskytovateľov skúmať možné príčiny a identifikovať, kde sa veci vyvíjajú správne, aby bolo možné tieto procesy napodobniť. Výsledky variácií, prezentované v spotrebiteľsky prijateľných kartách, môžu tiež viesť spotrebiteľov a odporúčateľov k starostlivosti najvyššej kvality.

Výskumy v zdravotníckych službách objavili, že rozdiely vo výsledkoch pacientov u rôznych poskytovateľov sú normou nie výnimkou. Obdobné sa očakáva aj v sociálnych službách. Výskum kvality starostlivosti tiež skúma rozdiely vo výsledkoch podľa geografickej a demografickej oblasti, pričom často sa objavujú podstatné rozdiely (Bach, Cramer, Warren, & Begg, 1999; Kanter, 2002; Zane, Enomoto, & Chun, 1994).

Niektorí ľudia sa majú lepšie napriek slabej starostlivosti a niektorí sa majú horšie napriek dobrej starostlivosti, výsledky nie sú vždy tými najvhodnejšími ukazovateľmi kvality služieb. Výskumníci kvality starostlivosti uprednostňujú hodnotenie kvality prostredníctvom poskytovania služieb skôr, alebo spolu s výsledkami (Brook, McGlynn, & Cleary, 1996).

Kvalitu riešia štyri úrovne procesného výskumu. Na jednej úrovni môžu štúdie skúmať variácie v príjme hlavných služieb poskytovaných klientom s určitými problémami. Tieto štúdie sa pýtajú: „Kto dostane aké služby?“. Po druhé, výskumníci skúmajú rozdiely variácie v dávke alebo intenzite služieb, pýtajú sa: „Kto dostane viac alebo menej služieb?“. Po tretie, keď boli usmernenia vytvorené, výskumníci sa môžu pýtať na starostlivosť v súlade s usmerneniami. Výskumná otázka pre usmernenia je: „Sú spotrebiteľia, ktorí vidia určitých poskytovateľov alebo v určitej geografickej oblasti alebo z určitých demografických skupín, ktoré s väčšou či menšou pravdepodobnosťou dostanú starostlivosť v súlade s usmerneniami?“.

Nakoniec výskumníci môžu sledovať rozdiely na mikroúrovni medzi klientmi a poskytovateľmi. Tento výskum sa zameriava nielen na to či ľudia dostávajú rozdielnu starostlivosť, alebo aj či o nich bolo rozdielne postarané.

Výskumníci v oblasti kvality starostlivosti sa môžu pýtať na niekoľko aspektov zo skúseností so službami a preskúmať rozdiely medzi poskytovateľmi, geografickými oblasťami a demografickými skupinami. Výskumníci v oblasti zdravia sa priblížili k skúsenostiam klientov cez štúdie o spokojnosti služieb, hoci niektorí zvažujú pojem „spokojnosť“ tvrdiac že je slabo definovaný (Fisher, 1983; Williams, 1994) a že niektorí klienti majú tendenciu uvádzať vysokú mieru spokojnosti bez ohľadu na to akú starostlivosť dostali (Larsen, Attkisson, Hargraves, & Nguyen, 1979; Linder-Pelz, 1982).

Niektorí výskumníci prekročili hranice spokojnosti klientov, aby zhodnotili, aké to je byť klient služby. Majú klienti pocit, že sa s nimi zaobchádza s rešpektom? Aké činnosti pri stretnutiach s klientami boli vnímané ako užitočné? Čo chcú klienti viac a čo menej?

Tieto otázky kvality starostlivosti vedú k zlepšovaniu služieb bez toho, aby sa porovnávali odpovede na tieto otázky naprieč poskytovateľov, geografickými oblasťami alebo demografickými skupinami.

Dôležitým aspektom je aj kultúrna citlivosť a zodpovednosť za poskytovanie služieb. Pre etnické menšiny, vysoká kvalita starostlivosti nemôže nastať bez začlenenia kultúrnej kompetencie. Rasové alebo etnické rozdiely vo výsledkoch, poskytovaní služieb, nákladoch a spokojnosti klientov signalizujú, že služby sa neposkytujú kultúrne citlivým spôsobom.

Fungujú snahy o zlepšenie kvality?

Hoci sociálna práca bola dlhodobo zapojená do snahy zlepšenia kvality, je veľmi málo informácií či tieto snahy sa premietli do lepších služieb. Agentúry, ktoré sa pustili do akreditácie alebo vykonali novú TQM uspeli pri zvyšovaní kvality? Niekoľko nedávno zavedených intervencií zameraných na zmenu správania lekárov, nabádajú na používanie skúseností založených na dôkazoch (evidence-based practices). Potrebný je ďalší výskum, aby sa zistilo či snahy o zmenu zlepšujú kvalitu sociálnych služieb.

Výskumné metódy kvality starostlivosti

Výskumná agenda v tomto článku je použiteľná, ak sa sociálni pracovníci domnievajú, že majú metodologické skúsenosti na ich implementáciu. Väčšina týchto metód sú známe v sociálnej práci. Ďalej v texte sú popisované metódy, nástroje, formy získané z výskumov

zdravotnej starostlivosti, ale pre sociálne služby ide o novšie prvky. Základom je, že metódy sú zamerané na získanie údajov o výsledkoch, procesoch a štruktúre služieb.

Použitie administratívnych údajov na získanie výsledkov

Keď výskumníci pre kvalitu zdravotnej starostlivosti posudzujú výsledky poskytovateľov alebo prostredníctvom geografických regiónov, zvyčajne používajú veľa administratívnych údajov vytvorených za iným účelom ako napr. údaje o prepustení z nemocníc, údaje o úmrtnosti. Technologický pokrok vytvára administratívne databázy bežnejšími pre sociálnej služby a pre výskumníkov. Takéto zdroje údajov poskytujú bezprecedentné príležitosti pre posúdenie výsledkov medzi poskytovateľmi, geografickými oblasťami a demografickými skupinami.

Výsledky zohľadňujúce mieru rizika (risk-adjusted outcomes)

Ak chceme porovnať výsledky medzi poskytovateľmi, treba zohľadniť pohľad spotrebiteľov na poskytovateľov a závažnosť problémov, ktoré som sebou prinášajú. Štatistické metódy, ktoré sa na to používajú je zohľadnenie rizika (risk adjustment). Porovnanie poskytovateľov bez zohľadnenia rizika trestá poskytovateľov, ktorí obsluhujú klientov s vážnymi alebo zakorenými problémami čo by mohlo viesť k tomu, že poskytovatelia odmietnu poskytovať služby pre najnáročnejších klientov z dôvodu obavy o svoje renomé. Prispôsobovače rizika merané pred zásahom – sú nezávislé premenné, ktoré súvisia s výsledkom a sú ortogonálne ku kvalitnému poskytovaniu služieb. Lekárska oblasť vyvinula veľké množstvo schém zohľadňujúcich mierku rizika (Lezzoni, 1997) s najčastejšími chorobami alebo pri spustení liečby. Tieto druhy štandardizovaných opatrení zriedkavo vstupujú do administratívnej databázy sociálnych služieb. Premenné používané v schémach zohľadňujúcich mierku rizika v zdravotnej starostlivosti často predstavujú menej ako 10 % rozptylu v zdravotnom výsledku (Shwartz & Ash, 1997). Výskumníci v oblasti sociálnych služieb môžu mať v súboroch administratívnych údajov premenné, ktoré lepšie zohľadňujú riziko, ako tie, ktoré používa systém zdravotnej starostlivosti. Vo výskume zdravotníckych služieb prvky zohľadňujúce riziko sa vyberajú prostredníctvom viacrozmerných regresných techník z administratívnych údajov a z overených údajov (Ash Shwartz, 1997)

Vzhľadom na charakteristiky klientov poskytovaným individuálnym programom, očakávané výsledky sa vypočítajú pre poskytovateľa vzhľadom na kombináciu klientov, použitím regresných rovníc. Tieto očakávané výsledky sa potom porovnávajú s dosiahnutými

výsledkami (Shwartz, Ash, & Iezzoni, 1997). Výsledky sa vo všeobecnosti prezentujú verejne pomocou zjednodušených správ (Hibbard, Peters, Slovic a Finucane, 2001).

Referenčné výsledky a procesy

Referenčné výsledky sa vo všeobecnosti používajú na porovnanie výsledkov vytvorených jedným poskytovateľom s očakávaným výsledkom. Hodnoty výsledkov zdravotnej starostlivosti sú zvyčajne založené na klinických štúdiách a pozorovacích štúdiách, ktoré naznačujú typické výsledky pre určité postupy a podmienky. Výsledky poskytovateľa sa potom porovnávajú s týmito referenčnými hodnotami.

Napríklad federálne nariadenia publikované v súvislosti so Zákon o adopcii a bezpečných rodinách z roku 1996 (RL. 105-89) stanovuje, že štáty musia porovnávať svoje výsledky v oblasti starostlivosti o deti podľa vnútroštátnych noriem požívajúcich referenčné hodnoty (HHS, Správa pre deti, mládež a rodiny, 2001). Vláda napríklad stanovila referenčnú hodnotu, že 86,7 % detí v pestúnskej starostlivosti mladších ako 12 mesiacov majú skúsenosti, že boli umiestnení v max. dvoch rozličných pestúnskych zariadeniach.

Administratívne údaje

Administratívne údaje môžu byť užitočné aj pri hodnotení procesov kvality, ak súbor údajov zahŕňa alebo by mohol zahŕňať informácie o typoch prijatých služieb, časové rozhranie, dohodnuté a zmeškané stretnutia, alebo čas strávený s klientom.

Údaje o zázname prípadu

Záznamy o prípadoch poskytujú aj údaje o servisných procesoch. Prezeranie záznamov o prípadoch od rôznych poskytovateľov alebo z rôznych geografických oblastí je časovo náročné a drahé. Štandardizované formuláre podávania správ, vyškolení a monitorovaní dokumentátori, presné rozhodovacie protokoly, vyhýbanie sa hypotézam, štúdie dokumentátormi a určenie spoľahlivosti medzi jednotlivými hodnotiteľmi môže pomôcť poskytnúť konzistentné údaje o prípadoch (Gilbert, Lowenstein, Koziol-McLain, Barta a Steiner, 1996). Ale metódy abstrakcie prípadu, nech sú akokoľvek sofistikované, nemôžu zaúčtovať službu, ktorá nebola nahlásená v zázname. Pretože mnohé agentúry sociálnych služieb neúčtujú platcom tretích strán, ich záznamy môžu byť obzvlášť podhodnotené čo do množstva a kvality poskytovaných služieb (Luck, Peabody, Dresselhaus, Lee a Glassman, 2000).

Vinety (Vignettes)

Jednou z alternatív k abstrakcii prípadu je použitie prípadových vinet (Peabody et al., 2000). Vinety prípadu neposkytujú informácie o kvalite starostlivosti získanej klientom, ale môžu pomôcť posúdiť kvalitu starostlivosti, ktorá môže byť dostupná. Poskytovatelia môžu byť prezentovaní s vinetami prípadového materiálu a požiadaní, aby uviedli, čo by zvyčajne robili v danom prípade. Vinety sa ľahko spravujú, sú lacné a zohľadňujú mix rôznych prípadov, lebo každý vidí rovnaký prípad. Vinety prípadu možno meniť tak, aby sa líšili podľa rasy alebo pohlavia, na preskúmanie rozdielov v poskytovaní služieb. Vinety prípadov by sa mohli použiť vo výskume sociálnych služieb všade tam, kde sú praktické usmernenia. Vinety však majú svoje nevýhody. Napríklad vinety zvyčajne dokážu zachytiť iba prvý prístup poskytovateľa. Je ťažké ich vytvoriť tak, aby zahŕňali nejednoznačnosť a komplexnosť, ktorú predstavujú skutoční ľudia (Fihn, 2000).

Štandardizovaní klienti

Zlatý štandard v zdravotnej starostlivosti na posúdenie usmernení – súhlasná starostlivosť je štandardizovaný pacient (napríklad Colliver & Swartz, 1997; Luck & Peabody, 2002). Starostlivo vyškolený simulovaný pacient sa objaví pred dverami lekára so špecifickou anamnézou a v niektorých prípadoch s laboratórnymi výsledkami a potom je poskytnutá zaznamenaná liečba. Nedávna štúdia prezentovala lekárov so štandardizovanými pacientmi, u ktorých sa prejavili určité znaky a symptómy. Uskutočnili sa porovnania medzi poskytnutou liečbou zaznamenanou simulovaným pacientom, uvedenou v zdravotnom zázname a liečba, toho istého lekára uvádzajúca odpoveď na vinete (Peabody et al., 2000). Zdravotný záznam vážne podhodnotil úroveň kvalitnej starostlivosti. Vinety boli viac zosúladené s poskytnutou starostlivosťou, ale štandardizovaní pacienti boli schopní poskytnúť najviac informácií o svojej starostlivosti. Štandardizovaní pacienti zdieľajú s vinetami jednu výhodu – ovládajú kombináciu prípadov – a nevýhody: nedostatočná komplexnosť a dôraz na prvý prístup poskytovateľa k starostlivosti.

Hlavnými prekážkami v týchto štúdiách sú náklady, hľadanie agentúr a jednotlivých poskytovateľov služieb, ktorí budú súhlasiť s tým, aby simulovali spotrebiteľov neohlásene na niektorý nešpecifikovaný prípad v budúcnosti.

Spotrebiteľské údaje

Spotrebiteľia sú tiež potenciálnymi zdrojmi procesných údajov. V sociálnych službách spotrebiteľia sú lepšími informátormi, najmä hneď po poskytnutí služby. Spotrebiteľia sú preferovaným zdrojom údajov v otázkach ako napríklad, či spotrebiteľ porozumel

prezentovaným možnostiam liečby (Brook et al., 1996). Zároveň sú dôležitým zdrojom informácií o tom ako bolo o nich postarané. Pri výskume v oblasti zdravotných služieb, klienti poskytujú informácie o ich skúsenostiach s použitým celoodvetvových opatrení. Napríklad prieskum spotrebiteľského hodnotenia zdravotných plánov (CAHPS®, 2002) žiada spotrebiteľov o odpovede, ako často s nimi poskytovatelia zaobchádzali s rešpektom, boli poskytovatelia takí užitoční ako si spotrebiteľia mysleli, pozorne počúvali spotrebiteľov, vysvetlili veci tak, aby spotrebiteľia pochopili, prejavili rešpekt voči tomu, čo spotrebiteľia povedali, a venovali dostatok času spotrebiteľom (CAHPS®).

Spotrebiteľia sa tiež môžu priamo pýtať na kultúrnu citlivosť pri poskytovaní sociálnych služieb. Poznáme dve opatrenia určené pre spotrebiteľov na posúdenie ich poskytovateľov služieb - kultúrna kompetencia alebo citlivosť (Cornelius, Booker, Arthur, Reeves a Morgan, 2004; Switzer, Scholle, Johnson a Kelleher, 1998). Obe vyžadujú ďalší vývoj a testovanie. Video alebo audionahrávky sa dajú použiť na abstrahovanie množstva procesných opatrení.

Typy a zdroje opatrení pre štruktúru služieb

Výskumníci v sociálnej práci, ktorí sa zaujímajú o štruktúru služieb a ich spojenie s kvalitou, môžu byť v tejto oblasti prínosní, skúmania vo výskume zdravotníckych služieb neposkytujú veľa usmernení v tejto oblasti. Štruktúra na miro úrovni pri personálnej konfigurácii alebo rozdelenia úloh zamestnancom, výskumníkom môže priniesť vlastnú konceptualizáciu a opatrenia.

Výskumníci v sociálnej práci budú musieť vytvoriť koncept organizačnej štruktúry a opatrenia ktoré budú prepojené s procesmi kvality alebo výsledkami služby. Glisson a James (2002) poskytli a solídny začiatok tohto úsilia. Vytvorili množstvo štruktúrnych opatrení pre kvalitné služby v oblasti starostlivosti o deti a súdnicstva pre mladistvých vrátane opatrenia na organizáciu prostredia vhodného pre sociálne služby. Stále však existuje potreba pre inovatívne a kreatívne opatrenia. Výskumníci, ktorí sa zaujímajú o financovanie a politické premenné nájdu rôzne súbory údajov v zákonoch a nariadeniach, ktoré je čoraz viac dostupné online alebo prostredníctvom info zákona.

Posudzovanie preferencií zainteresovaných strán pre výsledky a procesy

Výskumníci marketingu a zdravotníckych službách vytvorili metódy na posúdenie preferencií zainteresovaných strán pre rôzne druhy výsledkov a procesov služieb. Ryan a kolegovia (2001) poskytli komplexný prehľad týchto metód, ktorý zahŕňal techniky na vyvolanie kvalitatívnych komentárov k preferenciám, triedenie preferencií, hodnotenie

preferencií a motivácia zainteresovaných strán pre výber medzi možnosťami. Posledná kategória zahŕňa techniky pre štandardné hazardné hry (výber medzi známym a neznámym výsledkom), techniky časového kompromisu (často zahŕňajúce voľbu medzi kratším životom v zdravom stave a dlhším životom v horšom zdravotnom stave) a techniky na posúdenie ochoty.

Úloha zberu kvalitatívnych údajov

Kvalitatívne metódy sa vo výskume kvality starostlivosti v zdravotníckych službách málo používajú. Sociálni pracovníci, ktorí majú užšie väzby na kvalitatívny výskum, by mali rozšíriť úlohu kvalitatívnych metód vo výskume kvality starostlivosti. Metódy by mohli zahŕňať štandardné kvalitatívne modely prieskumu, ako sú pološtruktúrované rozhovory a cieľové skupiny a menej používané techniky, ako napríklad tieňoví klienti pri stretnutí s profesionálmi v sociálnych službách alebo pozorovanie účastníkov pri nastavovaní služieb. Tieto metódy majú potenciál pre nové pohľady do ponuky a poskytovania sociálnych služieb.

Diskusia/záver

Agentúry sociálnych služieb môžu lepšie zamerať svoje úsilie na zlepšenie, ak poznajú odpovede niektoré z nasledujúcich otázok, na ktoré môžu výskumníci pomôcť odpovedať: Aká je kvalita nastavených služieb pre určitú populáciu? Ako rozdielne sú výsledky, procesy, náklady a skúsenosti klientov medzi poskytovateľmi, demografickými skupinami a geografickými regiónmi? Aké procesy sú spojené s lepšími výsledkami? Aká štruktúra služieb alebo konfigurácia služieb ovplyvňuje kvalitu? A napokon, fungujú snahy agentúr zlepšiť kvalitu? Tieto otázky slúžia ako agendu výskumu kvality starostlivosti v sociálnej práci, a môžu sa aplikovať v rôznych oblastiach.

Implementácia tejto agendy nie je jednoduchá. Niektoré výskumy zamerané na kvalitu starostlivosti si vyžadujú zdroje, ako sú administratívne databázy s ukazovateľmi služieb a výsledkami, ktoré sú v súčasnosti mimo dosahu mnohých agentúr. Táto agenda si vyžaduje aj administrátorov, ktorí sa neboja používať nové techniky na odhalenie kvality služieb, ktoré ponúkajú, najmä v prípade malých podnikov kde existuje dôvod na kvalitu. Výskum kvality starostlivosti desí niektorých poskytovateľov. Obávajú sa, že rétorika kvality by ich obviňovala za systémové zlyhania a odvrátila pozornosť od nedostatku zdrojov, ktoré môžu byť koreňom problémov s kvalitou (Johnson, Jenkinson, Kendall, Bradshaw a Blackmore, 1998).

Málo sociálnych pracovníkov argumentuje že vysoko kvalitné sociálne služby sú štandardom. Metódy, výskumné otázky v tomto článku pomôžu zlepšiť procesy a vyriešiť problémy kvality služieb a zodpovedajúcim spôsobom zlepšiť poskytovanie služieb.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

Abe-Kim, J. S., & Takeuchi, D.T. (1996). Cultural competence and quality of care: issues for mental health service delivery in managed care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 273-295.

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber J. H. (2002). Hospital nursing staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288, 1987-1993.

Ash, A. S., & Shwartz, M. (1997). Evaluating the performance of risk-adjustment methods: Dichotomous outcomes. In L. Iezzoni (Ed.), *Risk adjustment for measuring healthcare outcomes* (pp. 427-470). Chicago: Health Administration Press.

Bach, P. B., Cramer, L. D., Warren, J. L., & Begg, C. B. (1999). Racial difference in the treatment of early stage lung cancer. *New England Journal of Medicine*, 341, 1198-1205.

Berwick, D. M. (2002a). A user's manual for the IOM's 'quality chasm' report. *Health Affairs*, 21(3), 80-90.

Berwick, D. M. (2002b, June). Implementing the 21st century health care chassis. Keynote address to the Academy for Health Services Research and Health Policy Annual Meeting, Washington, DC. Retrieved July 3, 2002, from http://www.kaisernet.org/health_cast/uploaded_files/Transcript_6.18_Academy_OpeningPlenary.pdf

Boettcher, R. E. (1998). A study of quality-managed human service organizations. *Administration in Social Work*, 22, 41-56.

Brook, R. H., McGlynn, E. A., & Cleary, P. D. (1996). Quality of health care part II: Measuring quality of care. *New England Journal of Medicine*, 335, 966-970. Child Welfare League of America. (2000). *CWLA standards of excellence for adoption services*. Washington, DC: Author.

Clyman, R. B. (1999). A systems perspective on research and treatment with abused and neglected children. *Child Abuse & Neglect*, 24, 159-170.

Colliver J. A., & Swartz, M. H. (1997). Assessing clinical performance with standardized patients. *JAMA*, 278, 790-791.

Consumer Assessment of Health Plans Survey. (2002). Retrieved September 10, 2002, from <http://www.cahps-sun.org>

Cornelius, L. J., Booker, N. C., Arthur, T. E., Reeves, I., & Morgan, O. (2004). The validity and reliability of a consumer-based cultural competency inventory. *Research on Social Work Practice*, 14, 201-209.

Dickey, B. D., Hermann, R. C., & Eisen, S.V (1998). Assessing the quality of psychiatric care: Research methods and application in clinical practice. *Harvard Review of Psychiatry*, 6, 88-96.

Dickey, B., & Sederer, L. I. (2001). *Improving mental health care: Commitment to quality*. Washington, DC: American Psychiatric Association Press.

Donabedian, A. (1982). *Explorations in quality assessment and monitoring: Vol. II. The criteria and standards of quality*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.

Fihn, S. D. (2000). The quest to quantify. *JAMA*, 283, 1740-1741.

Fisher, M. (1983). *Speaking of clients*. Sheffield, England: Sheffield Press.

Fisher, R. L., & Valley, C. (2000). Monitoring the benefits of family counseling: Using satisfaction surveys to assess the clients' perspective. *Smith College Studies in Social Work*, 70, 272-286.

Gilbert, E. H., Lowenstein, S. R., Koziol-McLain, J., Barta, D. C., & Steiner, J. (1996). Chart reviews in emergency medicine research: Where are the methods? *Annals of Emergency Medicine*, 27, 305-308.

Gira, E. C, Kessler, M. L., & Poertner, J. (2004). Influencing social workers to use research evidence in practice: Lessons from medicine and the allied health professions. *Research on Social Work Practice*, 14, 68-79.

Glisson, C., & James, L. R. (2002). The cross-level effects of culture and climate in human service teams. *Journal of Organizational Behavior*, 23, 767-794.

Hackman, J. R., & Wageman, R. (1995). Total quality management: Empirical, conceptual, and practical issues. *Administrative Science Quarterly*, 40, 309-342.

Hannan, E. L., Kilburn, H., O'Donnell, J. E, Lukacik, G., & Shields, E. P. (1990). Adult open heart surgery in New York state: An analysis of risk factors and New York mortality rates. *JAMA*, 264, 2768-2774.

Hatry, H. P. (1997). Outcomes measurement and social services: Public and private sector perspectives. In E. J. Mullen & J. L. Magnabosco (Eds.), *Outcomes measurement in the human services: Cross-cutting issues and methods* (pp. 3-19). Washington, DC: NASW Press.

Hibbard, J. H., Peters, E. M., Slovic, P., & Finucane, M. L. (2001). Making health care report cards easier to use. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 27, 591-604.

Hughes, S. L. (1999). Evaluation and quality assurance for in-home services. *Journal of Gerontological Social Work*, 24(3/4), 117-131.

Iezzoni, L. I. (1997). Risks and outcomes. In L. I. Iezzoni (Ed.), *Risk adjustment for healthcare outcomes* (pp. 1-41). Chicago: Health Administration Press.

Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academies Press.

Johnson, N., Jenkinson, S., Kendall, I., Bradshaw, Y., & Blackmore, M. (1998). Regulating for quality in the private sector. *Journal of Social Policy*, 27, 307-328.

Kanter, R. K. (2002). Regional variation in child mortality in hospitals lacking a pediatric intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 30, 94-99.

Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargraves, W.A., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.

Linder-Pelz, S. (1982). Social psychological determinants of patient satisfaction: A test of five hypotheses. *Social Science and Medicine*, 16, 483-589.

Luck, J., & Peabody, J.W (2002). Using standardized patients to measure physicians' practice: Validation study using audio recordings. *British Medical Journal*, 325, 679-684.

Luck, J., Peabody J.W, Dresselhaus, T. R., Lee, M., & Classman, P. (2000). How well does chart abstraction measure quality? A prospective comparison of standardized patients with the medical record. *American Journal of Medicine*, 108, 642-649.

Megivern, D., McMillen, J. C., Proctor, E. K., Striley, C. W, Cabassa, L. J., & Munson, M. R. (2005). *Quality of care: Expanding the social work dialogue*. Unpublished manuscript, George Warren Brown School of Social Work, Washington University, St. Louis.

Mullins, E. J., & Magnabosco, J. L. (Eds.). (1997). *Outcomes measurement in the human services: Cross-cutting issues and methods*, Washington, DC: NASW Press.

National Association of Social Workers. (2002). *NASW standards for cultural competence in social work practice*. Washington, DC: Author.

National Institutes of Health. (2000). *Strategic research plan to reduce and eventually eliminate health disparities: Fiscal years 2002-2006*. Retrieved October 1, 2002, from <http://www.nih.gov.ezproxy.metrostate.edu/about/hd/strategicplan.pdf>

New Zealand Guidelines Group. (2001). *New Zealand Guidelines Group guidelines handbook*. Wellington, New Zealand: Author.

Palmer, R. H. (1997). Process-based measures of quality: The need for detailed clinical data in large health care databases. *Annals of Internal Medicine*, 127, 733-738.

Peabody, J.W, Luck, J., Classman, P., Dresselhaus, T. R., & Lee, M. (2000). Comparison of vignettes, standardized patients and chart abstraction: A prospective validation study of three methods for measuring quality. *JAMA*, 283, 1715-1722.

Proctor, E. K. (2002). Quality of care and social work research [Editorial]. *Social Work Research*, 26, 195-197.

Roberts, K. A. (1998). Best practices in the development of clinical practice guidelines. *Journal for Healthcare Quality*, 20(6), 216-220, 232.

Roter, D. L., Stewart, M., Putnam, S. M., Lipkin, M., Stiles, W., & Inui, T. S. (1997). Communication patterns of primary care physicians. *JAMA*, 277, 350-356.

Royse, D., Thyer, B., Padgett, D., & Logan, T. R. (2001). *Program evaluation: An introduction*. Belmont, CA: Brooks/Cole.

Ryan, M., Scott, D. A., Reeves, C., Bate, A., van Teijlingen, E. R., Russell, E. M., Napper, N., & Robb, C. M. (2001). Eliciting public preferences for Healthcare: A systematic review of techniques. *Healthcare Technology Assessment*, 5(5), 1-177.

Shwartz, M., & Ash, A. S. (1997). Evaluating the performance of risk-adjustment methods: Continuous outcomes. In L. Iezzoni (Ed.), *Risk adjustment for measuring healthcare outcomes* (pp. 391-426). Chicago: Health Administration Press.

Shwartz, M., Ash, A. S., & Iezzoni, L. (1997). Comparing outcomes across providers. In L. Iezzoni (Ed.), *Risk adjustment for measuring healthcare outcomes* (pp. 471-517). Chicago: Health Administration Press.

Switzer, G. E., Scholle, S. H., Johnson, B. A., & Kelleher, K. J. (1998). The Client Cultural Competence Inventory: An instrument for assessing cultural competence in behavioral managed care organizations. *Journal of Child and Family Studies*, 7, 483-491.

U.S. Department of Health and Human Services, Center for Mental Health Services. (2001). *Mental health: Culture, race, and ethnicity-A supplement to mental health: A report of the Surgeon General*. Retrieved September 10, 2002, from <http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/cre/>

U.S. Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families. (2001). *Information memorandum [log number ACYF-CB-IM-01-07]*. Washington, DC: Author.

Vuori, H. (1987). Patient satisfaction: An attribute or indicator of quality of care. *Quality Review Bulletin*, 13, 106-108.

Watkins, K. E., & Marsick, V. J. (1996). *In action: Creating the learning organization*. Alexandria, VA: American Society for Training and Development.

Williams, B. (1994). Patient satisfaction: A valid concept. *Social Science and Medicine*, 38, 509- 516.

Zane, N., Enomoto, K., & Chun, C. (1994). Treatment outcomes of Asian- and white-American clients in outpatient therapy. *Journal of Community Psychology*, 22, 177-191.

KONTAKT NA AUTOROV

ING. ELENA CHRENKOVÁ KUŠNÍROVÁ

Katedra sociálnej práce, Pedagogická fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave
Šoltésovej 4, 811 08 Bratislava
Kusnirova42@uniba.sk

MGR. TOMÁŠ PLANKA

Katedra sociálnej práce, Pedagogická fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave
Šoltésovej 4, 811 08 Bratislava
planka3@uniba.sk

MGR. MÁRIA ČULENOVÁ

Katedra sociálnej práce, Pedagogická fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave
Šoltésovej 4, 811 08 Bratislava
culenova21@uniba.sk

DOC. PHDR. LENKA HABURAJOVÁ ILAVSKÁ, PHD.

Ústav pedagogických vied, Fakulta humanitných študií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Štefánikova 5670, 760 01 Zlín
haburajova@utb.cz