

Raport

Szpitalne projekty poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia

Ocena przygotowania szpitali przed wprowadzeniem obowiązku
uzyskania autoryzacji prowadzenia działalności leczniczej.



Czy projekty poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia prowadzone są wyłącznie na potrzeby dokumentacji ISO i akredytacyjnej?

Wszystkim pracującym w ochronie zdrowia zależy na uzyskaniu jak najwyższej jakości leczenia. Warto jednak zadać podstawowe pytanie czy szpitale są odpowiednio przygotowane, do planowanego, w projekcie ustawy o jakości w ochronie zdrowia, wymogu prowadzenia i monitorowania efektów projektów poprawy jakości wg ściśle określonych zasad. Jaka jest opinia personelu medycznego¹ na ten temat, a jaka kadry zarządzającej² i specjalistów ds. jakości³? Czy opinia najbardziej zainteresowanych czyli pacjentów jest w tym procesie w ogóle uwzględniana?

Firma Next Medica przy współpracy ze Stowarzyszeniem Higieny Lecznictwa, Fundacją Instytut Profilaktyki Zakażeń oraz Polskim Towarzystwem Medycyny Ubezpieczeniowej przeprowadziła badanie i opracowała raport, w którym ocenia metody prowadzenia przez szpitale projektów poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia. W badaniu, w którym wypełniano ankiety uczestniczyło 234 pracowników szpitali, z których prawie 60% pracowało w szpitalu ponad 10 lat. 18% badanych pracowało od 5 do 10 lat, 9% od 3 do 5 lat, a nowych pracowników pracujących poniżej 3 lat było 14%. Wśród odpowiadających na pytania były 72. osoby reprezentujące kadrę kierowniczą, 90 osób personelu medycznego oraz 72. specjalistów ds. jakości.

Większość szpitali, których pracownicy wzięli udział w ankiecie to szpitale publiczne 71%, natomiast prywatne szpitale to 26%. Badani pracownicy pochodzili w 42% ze szpitali powiatowych, 28% ze specjalistycznych, a pracownicy szpitali wojewódzkich i klinicznych stanowili w sumie 26%. 45% badanych szpitali dysponowało łózkami powyżej 251. 41% stanowiły szpitale mające od 51 do 250 łóżek zaś szpitale mających poniżej 50 łóżek w badaniu było 18%.

Mniej niż połowa szpitali (45%), których przedstawiciele wzięli udział w badaniu, posiada wymaganą przez Ministerstwo Zdrowia akredytację, natomiast 15% jest już w trakcie jej uzyskiwania. Jednak nadal 29% z badanych szpitali nie posiada stosownej akredytacji.

Jaka jest zatem wiedza pracowników szpitali na temat prowadzonych procesów poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia? **Ponad 80% personelu medycznego uważa, że wprowadzane zmiany nie są weryfikowane przed podjęciem decyzji o ich wdrożeniu w całej organizacji.**

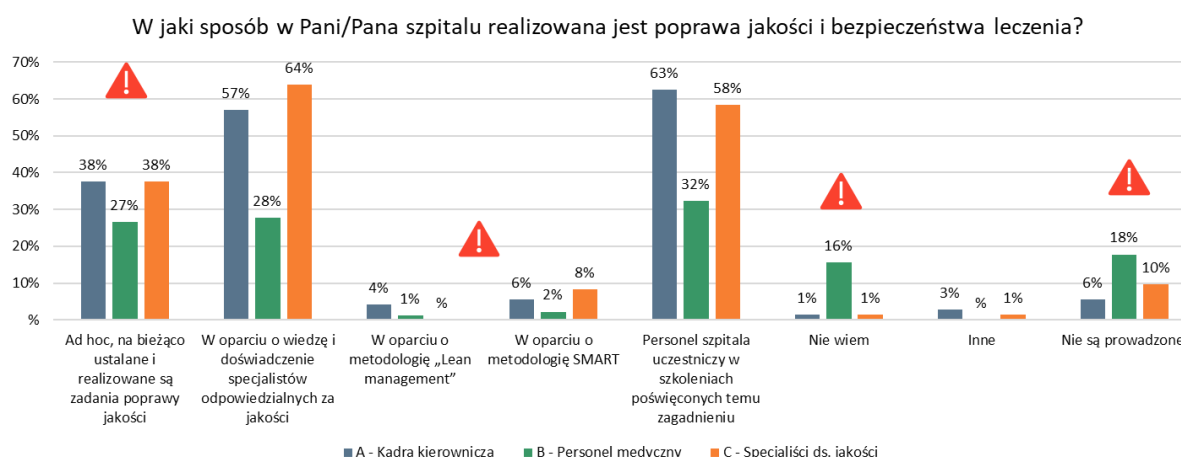
¹ Lekarze, pielęgniarki i diagności

² Kadra zarządzająca, kierownicy oddziałów oraz pielęgniarki oddziałowe

³ Specjaliści ds. poprawy jakości, kontroli zakażeń oraz pracownicy administracji szpitali

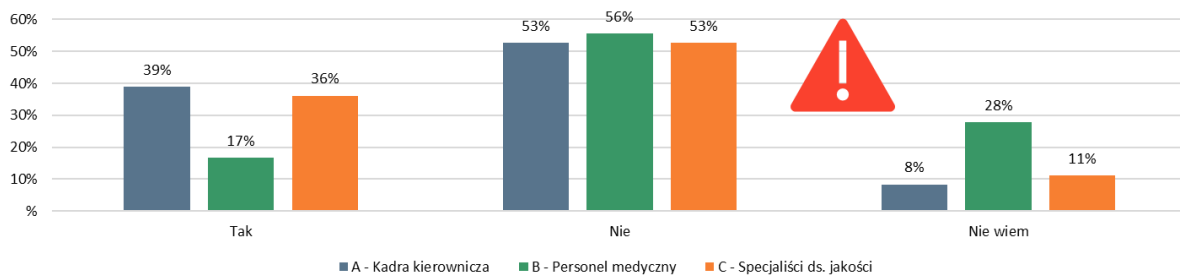
Prawie 1/5 personelu medycznego uważa, że w ich szpitalach nie prowadzi się procesów poprawy jakości i taka sama ilość nie wie czy poprawa jest prowadzona! Ponad 1/3 szpitali prowadzi poprawę jakości ad hoc, robiąc to głównie w oparciu o szkolenia i wiedzę specjalistów ds. jakości podczas gdy, z ankiety wynika, że aż 42% specjalistów ds. jakości w ogóle nie uczestniczy w szkoleniach. Mniej niż 10% placówek działa w oparciu o zdefiniowaną metodologię. Wg jakich kryteriów działają zatem pozostałe szpitale? 63% kadry kierowniczej i 58% specjalistów ds. zarządzania uczestniczyło w szkoleniach na temat poprawy jakości i bezpieczeństwa, a już tylko 32% personelu medycznego miało okazję zapoznać się z tym zagadnieniem. Jednak sam udział w szkoleniach nie jest metodą prowadzenia poprawy jakości! Personel medyczny jest zdecydowanie niedoinformowany co do metod prowadzenia poprawy jakości. A jeśli nie wie na czym polega poprawa jakości, to może to oznaczać, że realizowana jest ona jedynie z konieczności, dla potrzeb prawidłowo prowadzonej dokumentacji, a nie w celu rzeczywistej poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia.

To co szczególnie może niepokoić, to bardzo duża rozbieżność w odpowiedziach personelu medycznego w porównaniu z kierownictwem i specjalistami. A to właśnie przez pryzmat tej grupy, tak naprawdę, należy oceniać stan rzeczywisty. Bez udziału i zaangażowania personelu medycznego nie można mówić o faktycznym realizowaniu w szpitalach procesu poprawy jakości.



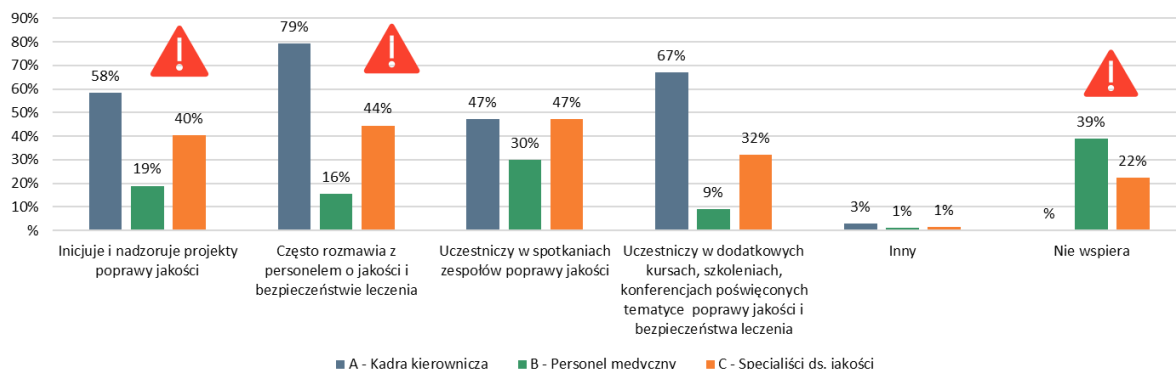
Z badania firmy Next Medica wynika, że jeśli nawet szpital podejmuje się wdrożenia zmian, nie koniecznie uwzględniając prawidłową metodologię, to wg kadry zarządzającej i specjalistów ok. 40% szpitali prowadzi projekty poprawy testując i mierząc ich rezultaty. **Niestety aż 83% personelu medycznego nie zgadza się z opinią kadry zarządzającej i specjalistów, że rezultaty wprowadzanych zmian są mierzone przed podjęciem decyzji o ich wdrożeniu w całej organizacji (56% uważa, że nie mierzy się rezultatów wprowadzanej zmiany, a 28% tego nie wie). Zatem, albo projekty prowadzone są wyłącznie na potrzeby dokumentacji ISO lub akredytacyjnej, albo jedno i drugie, co niestety może być dość częstą praktyką.**

Czy bez względu na metody prowadzenia projektów poprawy jakości w Pani/Pana szpitalu, zawierają one etap testowania i mierzenia rezultatów wprowadzanej zmiany przed podjęciem decyzji o wdrożeniu w całej organizacji?



Rozbieżności w postrzeganiu szpitalnej rzeczywistości widać szczególnie wyraźnie na przykładzie oceny w jaki sposób kadra kierownicza wspiera prowadzenie projektów poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia. Okazuje się, że prawie 60% kadry zarządzającej uważa, że inicjuje i nadzoruje projekty poprawy jakości, podczas gdy zgadza się z tym tylko 19% personelu medycznego. Prawie 80% kadry zarządzającej twierdzi, że często rozmawia z personelem o jakości i bezpieczeństwie leczenia, ale tylko 16% tegoż personelu medycznego to potwierdza. Natomiast aż blisko 40% personelu medycznego uważa, że kadra zarządzająca nie wspiera procesów poprawy jakości w żaden sposób, chociaż 100% kadry zarządzającej uważa, że te procesy wspiera.

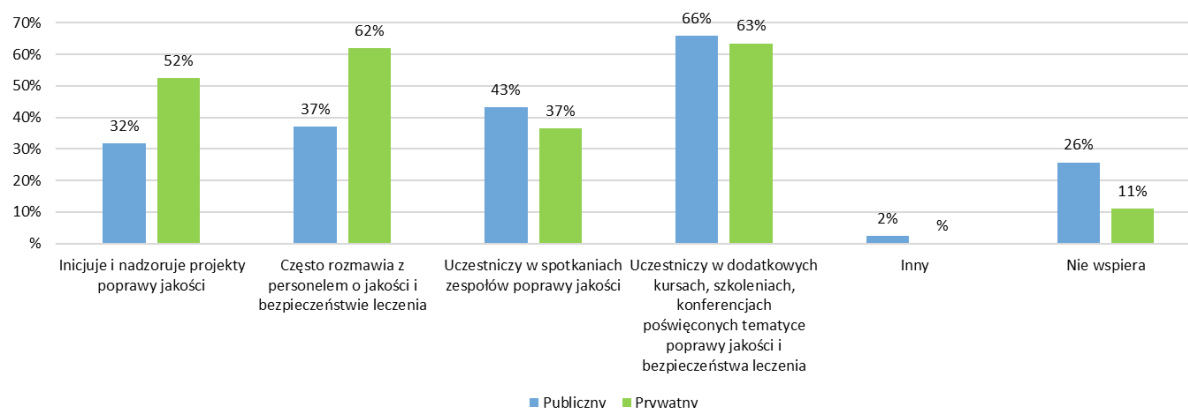
W jaki sposób kadra kierownicza wspiera prowadzenie projektów poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia?



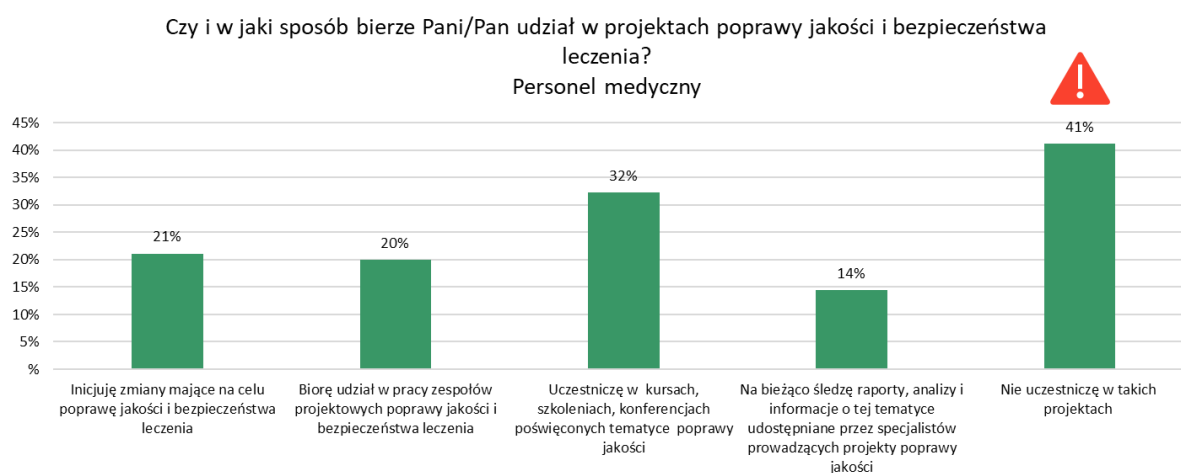
Nieco lepiej przedstawia się sytuacja w szpitalach prywatnych. Ponad 60% kadry kierowniczej często rozmawia z personelem o jakości i bezpieczeństwie leczenia, podczas gdy w szpitalach publicznych tylko 37% kadry kierowniczej podejmuje takie tematy. Zdecydowanie częściej też w szpitalach prywatnych kadra kierownicza inicjuje i nadzoruje projekty poprawy jakości 52% versus 32%. Nie ma za to wielkiej różnicy pomiędzy kadrami kierowniczą w przypadku doszkalania się na kursach, konferencjach czy szkoleniach 66% versus 63%. W szpitalach prywatnych mniejsza ilość, bo tylko 11% personelu medycznego uważa, że kadra zarządzająca nie wspiera projektów poprawy jakości.

W jaki sposób kadra kierownicza wspiera prowadzenie projektów poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia?

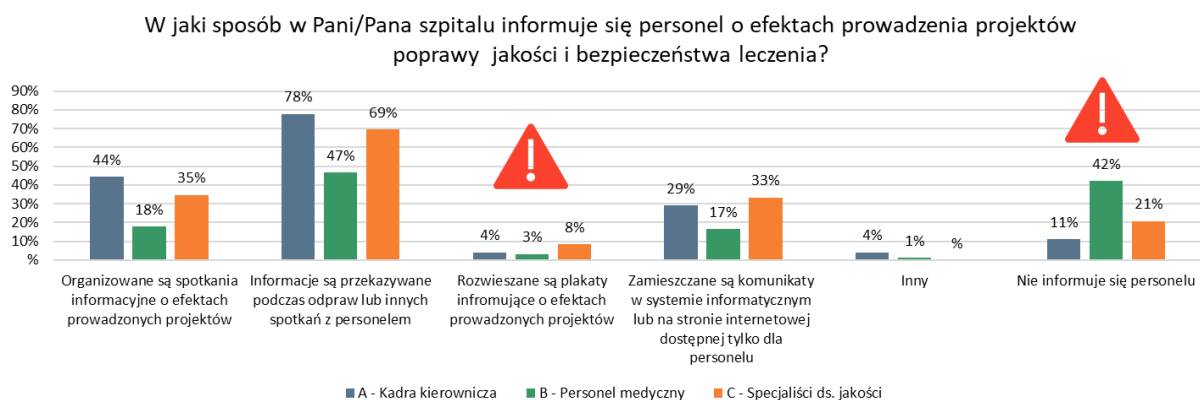
Forma własności. Odpowiedzi wszystkich uczestników badania.



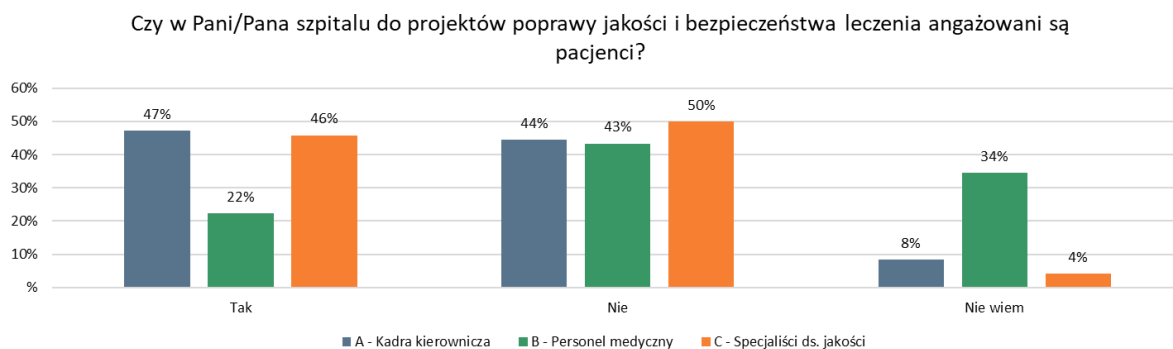
Tylko ok 1/5 personelu medycznego uczestniczy w czynny sposób w projektach poprawy jakości. Ponad 21% inicjuje zmiany a 20% uczestniczy w pracach zespołów projektowych. Nieco ponad 30% personelu medycznego uczestniczy w kursach, szkoleniach lub konferencjach, których tematyka poświęcona jest poprawie jakości i bezpieczeństwa leczenia. Już tylko 14% stara się być na bieżąco z informacjami udostępnianymi przez specjalistów prowadzących procesy poprawy jakości. Natomiast ponad 40% deklaruje, że w ogóle nie uczestniczy w takich działaniach. Warto jednak pamiętać, że samo uczestniczenie w kursach nie oznacza poprawy jakości, a jedynie pozwala zdobyć odpowiednią wiedzę. Konieczny jest zatem kolejny etap tego procesu czyli wykorzystanie zdobytej wiedzy w praktyce i co najważniejsze wdrożenie jej do realizacji.



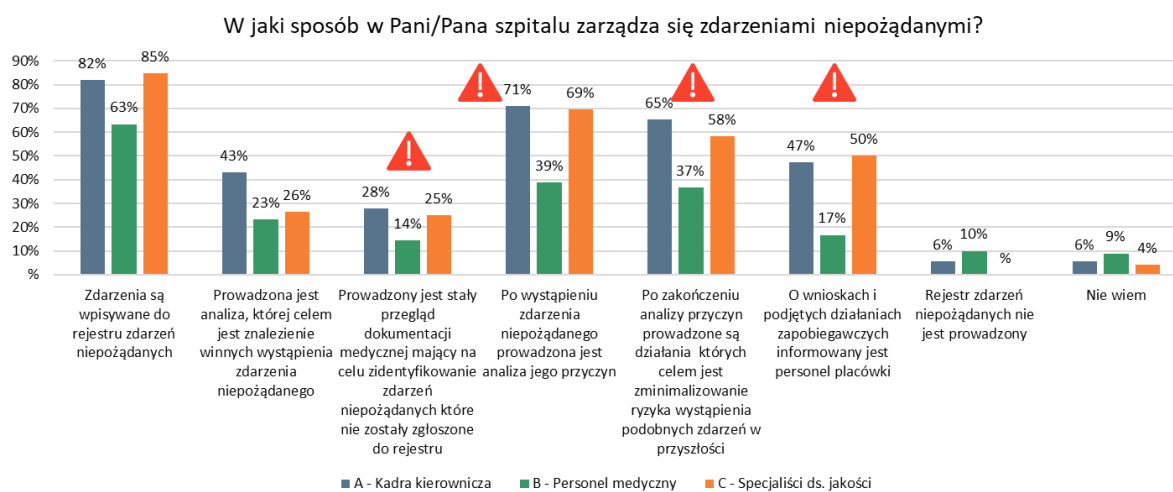
Wciąż najsłabszym ogniwem w szpitalach jest komunikacja wewnętrzna. Główna metoda informowania personelu o efektach projektów to rozmowa podczas odpraw lub innych spotkań z personelem. Tylko ok 5% szpitali wykorzystuje rekomendowaną i najskuteczniejszą metodę komunikacji w formie graficznej (plakaty). Ponad 40% personelu medycznego uważa, że nie jest w ogóle informowany o efektach prowadzenia projektów poprawy jakości, a tylko 18% potwierdza organizowanie spotkań informacyjnych o efektach prowadzonych projektów w czym natomiast są utwierdzeni zarówno specjaliści ds. jakości (35%) oraz kadra kierownicza (44%). Nieskuteczna komunikacja wynika również z przekonania kadry kierowniczej i specjalistów ds. jakości, że informacje przekazywane przy okazji odpraw lub innych spotkań są wystarczające. Nieskutecznie wykorzystywane są nawet własne kanały komunikacji wewnętrznej dostępne jedynie dla personelu.



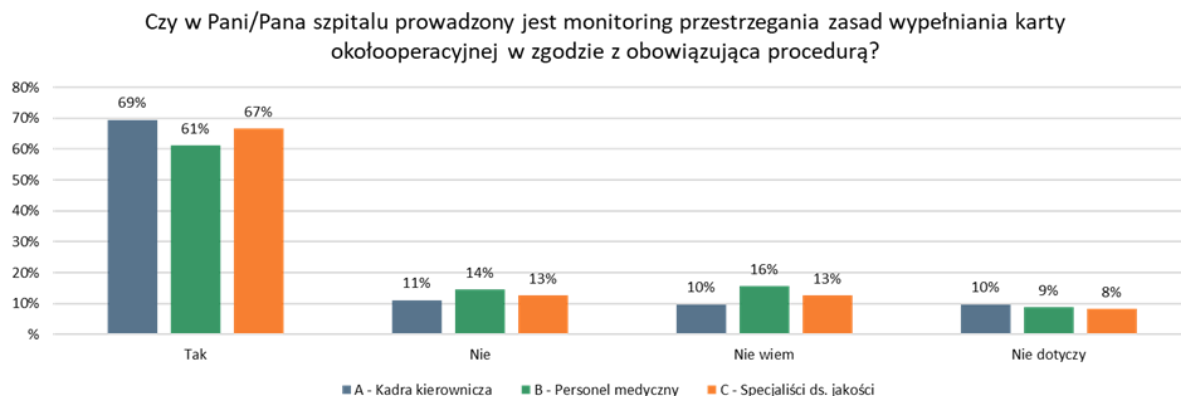
Kolejna spora rozbieżność odnotowana została w kwestii angażowania pacjentów do projektów poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia z punktu widzenia kadry kierowniczej i specjalistów ds. jakości a personelu medycznego. Tylko 22% personelu medycznego uważa, że w ich szpitalu angażuje się pacjentów do projektów poprawy jakości i bezpieczeństwa. Natomiast aż 43% twierdzi, że pacjenci nie są angażowani, a 34% nie ma o tym, żadnej wiedzy. Natomiast aż ok 47% kierownictwa i 46% specjalistów ds. jakości jest przekonanych, że zdanie pacjentów jest brane pod uwagę odnośnie jakości i bezpieczeństwa leczenia. Chodzi jednak o pełne zaangażowanie pacjentów, z zastosowaniem dostępnych narzędzi, takich jak mapowanie procesów czy udział w pracach zespołów projektowych. Natomiast aktualnie zaangażowanie pacjentów polega na wypełnianiu przez nich anonimowych ankiet satysfakcji pacjenta dostępnych w szpitalach.



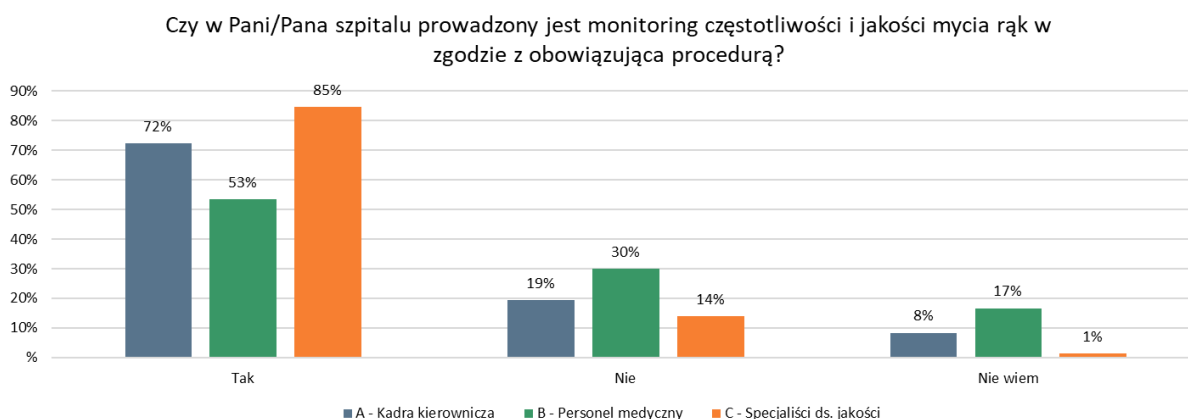
Bardzo duże różnice w postrzeganiu przez kadre kierowniczą i specjalistów ds. jakości a personelem medycznym w ocenie procesu zarządzania zdarzeniami niepożądanymi przez szpital. Ok 70% kadry zarządzającej i specjalistów uważa, że po wystąpieniu zdarzenia niepożądanego prowadzona jest analiza jego przyczyn oraz prowadzone są działania, których celem jest minimalizowanie ryzyka wystąpienia podobnych zdarzeń w przyszłości. Niestety zgadza się z tym tylko ok. 38% personelu medycznego. Niemal połowa kadry zarządzającej i specjalistów ds. jakości uważa, że personel jest informowany o wnioskach i podjętych działaniach zmierzających do poprawy, ale już tylko 17% personelu medycznego się z tym zgadza. Co więcej, tylko ok 25% , szpitali zdaniem kadry zarządzającej i specjalistów, a wg personelu medycznego jeszcze mniej bo tylko 14% prowadzi okresową walidację zgłaszania zdarzeń niepożądanych.-



Najbardziej spójną i jednoznacznie pozytywną jest, w odbiorze wszystkich badanych grup, kwestia oceny monitoringu przestrzegania zasad wypełniania karty okołoperacyjnej w zgodzie z obowiązującą procedurą. Wynik oscyluje pomiędzy 61% a 69%.



Również bardziej wyrównane są opinie personelu medycznego, kadry zarządzającej oraz specjalistów ds. jakości odnośnie monitoringu częstotliwości i jakości mycia rąk w zgodzie z obowiązującą procedurą. Nie mniej jednak prawie połowa personelu nie wie lub jest przekonana, że w ich szpitalu nie prowadzi się monitoringu przestrzegania procedury mycia rąk, a są też takie osoby wśród zarówno kadry zarządzającej jak i specjalistów ds. jakości. Choć trudno w to uwierzyć, ale jest to niewątpliwie kolejny przykład na nieskutecznie prowadzoną komunikację wewnętrzną w szpitalach.



W obu powyższych przypadkach bardziej zbliżone odpowiedzi pracowników szpitali wszystkich badanych grup mogą być efektem branżowych kampanii medialnych odnośnie prawidłowego stosowania karty okołoperacyjnej czy technik i zasad mycia rąk, a tej ostatniej również w mediach poza branżowych. Niestety nie wiemy jednak nic odnośnie wiarygodności prowadzonego monitoringu obu procedur tzn. czy potwierdza on stan faktyczny czy tylko życzeniowy przestrzegania procedur.

Główne wnioski:

- **Szpitala nie są w wystarczającym stopniu przygotowane do prawidłowego prowadzenia projektów poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia. Zbyt mała liczba szpitali prowadzi projekty poprawy w oparciu o zalecane i skuteczne metody.**
- **Poprawa jakości powinna odbywać się z udziałem personelu medycznego.** Należy przyjąć tezę, że to właśnie odpowiedzi personelu medycznego odzwierciedlają stan faktyczny, a nie życzeniowy charakter odpowiedzi kadry zarządzającej i specjalistycznej.
- Kadra zarządzająca musi wspierać w prawidłowy sposób projekty poprawy jakości. **Bez pełnego zaangażowania kadry zarządzającej nie można mówić o skutecznym prowadzeniu procesów poprawy jakości.**
- Przy tak dużych różnicach w odpowiedziach personelu medycznego w porównaniu z kierownictwem i specjalistami można uznać, że **poprawa jakości w ok. 2/3 szpitali prowadzona lub realizowana jest „dla dokumentacji”, a nie dla rzeczywistej poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia.**
- **Jakość komunikacji wewnętrznej nie zapewnia wystarczającego i skutecznego przekazywania informacji** co do efektów prowadzonych projektów poprawy. **Znikoma ilość szpitali informuje o projektach w sposób graficzny, który jest rekomendowanym sposobem prezentowania.**

Rekomendacje:

- Kadra zarządzająca i specjaliści ds. jakości powinni znać metody i umieć zastosować w praktyce narzędzia, które gwarantują skuteczne prowadzenie projektów poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia. Aby to było możliwe, szkolenia trzeba przenieść z sal konferencyjnych na oddziały szpitalne i przy pomocy specjalistów wdrożyć w praktyce skuteczne metody na przykładzie realizacji konkretnych projektów.
- Kadra zarządzająca musi wspierać prowadzenie projektów oraz kreować liderów zmian spośród personelu medycznego.
- Specjaliści ds. jakości muszą posiadać kompetencje pozwalające na skuteczne prowadzenie projektów poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia oraz znać metodologię i umieć stosować właściwe narzędzia gwarantujące efektywne ich prowadzenie w praktyce.
- Wprowadzana zmiana zyska aprobatę personelu medycznego, jeśli będzie prawidłowo i skutecznie komunikowana. Najlepszą metodą osiągnięcia tego rezultatu jest graficzno-plakatowa prezentacja zmierzonych efektów i korzyści wynikających z wprowadzanej zmiany.
- Ważną rolę mogą odegrać również organy założycielskie i właściciele szpitali, którzy mogą wpływać na odpowiednie zaangażowanie kadry zarządzającej w skuteczne prowadzenie projektów poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia. I nie ma tu znaczenia forma własności szpitala.⁴

⁴ Badanie przeprowadzono metodą CAWI (Computer-Assisted Web Interview). Samodzielnie wypełniana ankieta on-line była dostępna w dniach 10 luty – 10 marca 2017 roku.

Komentarze Eksperckie:

dr med. Paweł Grzesiowski, prezes Stowarzyszenia Higieny Lecznictwa i Fundacji Instytut Profilaktyki Zakażeń

Bezpieczeństwo to efekt doskonalenia jakości pracy, co oznacza ciągle działania ukierunkowane na poprawę efektywności na wszystkich szczeblach, w każdej komórce organizacyjnej szpitala. Jednak jakość nie może być traktowana instrumentalnie, biurokratycznie, ponieważ musi bazować na realnej zmianie mentalności pracowników szpitala, którzy mimo obiektywnych trudności zechcą doskonalić swoje umiejętności.

Jakość w polskich szpitalach często tonie w morzu dokumentacji, co wynika najczęściej z braku umiejętności wdrażania nowych procedur, a jednocześnie, konieczności rozliczenia się z wykonanych działań przed kierownictwem i organami kontrolnymi. Dlatego konieczne jest wprowadzanie nowoczesnych technik wdrażania procedur, ich dokumentowania oraz pomiarów efektywności. Jeśli ilość dokumentacji zastępuje jakość, brakuje czasu na nawiązanie relacji z pacjentem i jego bliskimi, a nawet na wykonanie wszystkich procedur.

Fundamentem budowy projakościowej kultury pracy jest w pierwszej kolejności, zmiana podejścia do rozwiązywania sytuacji trudnych, niepowodzeń czy błędów, które powinno bazować na szukaniu ich źródeł przede wszystkim w rzeczowej analizie własnego postępowania, a nie czynników zewnętrznych. Drugim niezbędnym warunkiem jest permanentne uczenie się, wdrażanie i zapamiętywanie wniosków wyciąganych z przeprowadzanych analiz. Jak wykazują liczne obserwacje, wysiłek włożony w rzetelne doskonalenie jakości to inwestycja, która zwraca się wielokrotnie dzięki obniżeniu kosztów leczenia, zmniejszeniu ryzyka zdarzeń niepożądanych i roszczeń.

dr Piotr Daniluk Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Ubezpieczeniowej:

W opinii Polskiego Towarzystwa Medycyny Ubezpieczeniowej wyniki przedstawionego badania pt. "Szpitalne projekty poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia" są bardzo interesujące. Niewiele jest podobnych inicjatyw na polskim rynku. Aktywność ta w bardzo dobry sposób wpisuje się w aktualną debatę społeczną na temat bezpieczeństwa diagnozowanych i leczonych pacjentów.

Warto jest takie inicjatywy prowadzić i w możliwie najszerszy sposób zaznajamiać z ich wynikami. W długofalowej perspektywie przyczyni się to niewątpliwie do zmniejszenia ryzyka medycznego w ochronie zdrowia, a tym samym do redukcji liczby roszczeń pacjentów. Bardzo ważnym elementem badania jest wskazanie najważniejszych obszarów, w których świadome zarządzające ryzykiem medycznym podmioty lecznicze powinny wprowadzać korekty dotychczasowego postępowania.

Obszary te to przede wszystkim komunikacja interpersonalna - pomiędzy członkami zespołów terapeutycznych oraz pomiędzy zarządzającymi szpitalem a osobami odpowiedzialnymi za jakość opieki medycznej. Celowe jest systematyczne powtarzanie tego badania. Umożliwi to obserwację trendów w przypadku równoległego wdrażania projektów edukacyjnych dla zarządzających i personelu np. takich jak prowadzony przez Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Polski Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych, prowadzony pod Honorowym Patronatem Ministra Zdrowia: „Program zmniejszający ryzyko medyczne i poprawiający bezpieczeństwo pacjentów.”

**Dr Agnieszka Sulikowska, Konsultant mikrobiologii klinicznej i kontroli zakażeń szpitalnych,
Członek Zarządu Stowarzyszenia Higieny Lecznictwa**

Odpowiedzialność za jakość leczenia, w moim przypadku związana z bezpieczeństwem epidemiologicznym pacjentów i personelu medycznego, może być niezwykle frustrująca szczególnie kiedy, pomimo naszego zaangażowania, nie widzimy poprawy na lepsze. Niestety zdarza się to bardzo często.

Często obserwujemy nieprzestrzeganie przez personel medyczny zasad stosowania środków ochrony osobistej pomimo opracowanych i obecnych na oddziałach procedur. Dbamy, aby personel podpisał, że zapoznał się z procedurami. Czy jednak w równie wysokim stopniu dbamy, aby je zrozumiał i zaakceptował? W sytuacji zaistniałego ryzyka (narażenie na kontakt z pacjentem chorym na gruźlicę) pomimo świadomości zagrożenia procedury nie zadziałały. W konsekwencji pracodawca poniósł wysokie koszty w związku z koniecznością podjęcia działań poekspozycyjnych (m.in. wykonanie testów IGRA).

*Dlaczego tak się stało? Jakie były prawdziwe, źródłowe powody takiej sytuacji? Zespół ds. zakażeń, przy współpracy z Panem Leszkiem Denkwiczem, zaprojektował program naprawczy w obszarze stosowania środków ochrony osobistej (ŚOO). **Przeprowadziliśmy pełny projekt poprawy jakości korzystając z metodologii Patient Experience Design. Analiza przyczyn źródłowych, opierająca się na wywiadach z personelem oraz mapowaniu procesu, pokazała prawdziwe przyczyny, co do których nie mieliśmy świadomości. Byliśmy przekonani, że procedury były dobre i takie pod względem merytorycznym w znacznym stopniu były rzeczywiście, ale nie były wprowadzone w sposób prawidłowy, praktycznie w niewielkim stopniu miały znaczenie dla personelu w sytuacji zagrożenia. Najczęściej podnoszone przez personel problemy ze stosowaniem procedur dotyczyły następujących obszarów:***

- *procedura jest nie do końca zrozumiała dla personelu, jest zbyt rozbudowana,*
- *nie wszyscy są zapoznani, nowi pracownicy nie są zapoznawani z procedurami,*
- *nie są ściśle określone wskazania do uruchomienia procedury, nie jest jasno określone kto uruchamia procedurę i decyduje o odwołaniu alertu,*
- *personel często nie wie co jest w procedurze choć twierdzi że stosuje się do procedury, a tak naprawdę bazuje na swoim doświadczeniu,*
- *środki ochrony osobistej personel stosuje wg własnego doświadczenia, nie w oparciu o istniejące w szpitalu zalecenia,*
- *personel nie wie od kiedy stosować ŚOO, nie wszyscy wiedzą gdzie one się znajdują (np. maski FFP3),*
- *personel wskazuje na brak komunikacji pomiędzy poszczególnymi oddziałami, między oddziałami a izbą przyjęć, postrzega w tym duże utrudnienie w prawidłowym postępowaniu z pacjentem zakażonym.*

Okazało się, że praktycznie ogromna większość niezbędnych do poprawy działań dotyczy samej formuły procedury oraz sposobu jej wdrażania. Razem z personelem medycznym ustaliliśmy działania, które powinny przynieść poprawę. Jednym z działań było wspólne z użytkownikiem (personelem) przygotowanie i umieszczenie w widocznym miejscu nowej plakatowej formy procedury, która dawała jednoznaczne odpowiedzi w opisanych powyżej obszarach. W ramach projektu wdrożyliśmy również zasady procentowej oceny stopnia przestrzegania procedury. Retrospektywna ocena historycznych przypadków wystąpienia zagrożenia oraz kilku nowych pojawiających się w trakcie wprowadzania zmian pokazała skok z ok. 14% do 65% przestrzegania zasad. Analiza ta została przekazana do

wiadomości personelu także w formie czytelnych plakatów, do których zostały dołączone informacje o poniesionych przez szpital kosztach w związku z niestosowaniem środków ochrony osobistej oraz kosztach niezbędnych badań wykonanych u personelu w związku z ekspozycją. Wykonano symulację kosztów, które poniósłby szpital w sytuacji postępowania zgodnego z procedurą. Różnica w kosztach była dwukrotna, stosowanie procedury było dwukrotnie tańsze niż wdrożenie postępowania poekspozycyjnego w związku z niestosowaniem się do procedury. Dzięki temu wiedzieliśmy jakie są efekty naszych działań zmierzających do poprawy jakości i nasza frustracja zamieniła się w satysfakcję z osiągniętego rezultatu. **Po raz pierwszy przeprowadziliśmy świadomie projekt poprawy jakości leczenia mierząc jego rezultaty.**

Nasuwa się jednak pytanie czy to my, lekarze i pielęgniarki epidemiologiczne taki projekt powinniśmy poprowadzić? Od strony medycznej na pewno tak, ale jestem przekonana, że cały proces, wywiady, mapowanie procesu, mierzenie rezultatów i przygotowanie plakatów powinien być przeprowadzony, oczywiście przy naszym medycznym wsparciu, przez odpowiednio przygotowanych specjalistów ds. jakości.

Leszek Denkiewicz, ekspert zarządzania projektami poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia, Prezes Next Medica:

Żeby można było mówić o skutecznym prowadzeniu poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia, niezbędne jest potraktowanie tego zadania nie jako kolejnego formalnego obowiązku, a jako część misji działania placówek leczniczych. W praktyce oznacza to podporządkowanie organizacji pracy wynikom monitorowania jakości i bezpieczeństwa leczenia tak, żeby w sposób ciągły podnosić jakość we wszystkich jej aspektach. Aby to było możliwe, konieczny jest aktywny udział wszystkich grup zawodowych w ramach swoich obowiązków i odpowiedzialności.

Kadra zarządzająca szpitalem i oddziałami powinna w swoich codziennych zadaniach uwzględniać jakość i bezpieczeństwo leczenia, być jej mentorem, kreować liderów jakości i aktywnie wskazywać tematy do poprawy. Zadaniem personelu medycznego jest wskazywanie obszarów do poprawy oraz sposobów na ich osiągnięcie. Specjaliści ds. jakości muszą mieć wiedzę, doświadczenie oraz umiejętności komunikacyjne, aby kierować procesami poprawy. A polegają one na prowadzeniu analizy przyczyn źródłowych niepowodzeń w poprawianym procesie, zaangażowaniu personelu medycznego w poszukiwania sposobów poprawy, przeprowadzaniu, przed wprowadzeniem zmiany w całej organizacji, cykli testowych dokonywanej zmiany, które potwierdzą osiągnięcie poprawy a następnie wprowadzeniu zmiany monitorując i prezentując całemu personelowi jej efekty i korzyści.

Poprawa jakości w powyższy sposób prowadzona jest w bardzo nielicznych przypadkach. Najistotniejszym powodem tej sytuacji jest niewystarczająca ilość oraz brak doświadczenia specjalistów ds. jakości, wywodzących się z grona personelu administracyjnego, którzy w każdym szpitalu powinni odpowiadać za prowadzenie procesów poprawy jakości zgodnie z określonymi standardami. W małym szpitalu pełnomocnikiem ds. jakości często jest naczelna pielęgniarka, która nie ma odpowiedniego przygotowania oraz czasu, który może przeznaczyć na prowadzenie faktycznej poprawy jakości. Natomiast w dużych szpitalach zespół ds. jakości to niejednokrotnie jeden pracownik, do którego obowiązku należy przede wszystkim prowadzenie szkoleń i przygotowywanie dokumentów do akredytacji lub ISO, a nie monitorowanie efektów prowadzonych projektów poprawy jakości.

Wprowadzenie projektowanej ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta, jest w moim przekonaniu, krokiem w odpowiednim kierunku. Żeby jednak wprowadzana zmiana nie stała się wyłącznie kolejnym biurokratycznym obowiązkiem, wszyscy uczestnicy procesu leczenia muszą zrozumieć jak skutecznie monitorować jego jakość. W pierwszej kolejności właściciele i nadzory

właścicielskie muszą poznać zasady skutecznego prowadzenia projektów poprawy jakości leczenia, tak żeby kadra zarządzająca szpitalami mogła zabezpieczyć odpowiednie środki w budżetach szpitali i właściwą ilość wykwalifikowanego personelu odpowiadającego za poprawę jakości.

Badanie prowadziła firma Next Medica przy współpracy ze Stowarzyszeniem Higieny Lecznictwa, Fundacją Instytut Profilaktyki Zakażeń oraz Polskim Towarzystwem Medycyny Ubezpieczeniowej.

Next Medica, opracowała przewodnik „Patient Experience Design – wprowadzenie do poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia w oparciu o doświadczenia pacjentów i personelu medycznego”, w którym krok po kroku przedstawia metody i narzędzia skutecznego prowadzenia projektów poprawy jakości. E-book można pobrać ze strony www.nextmedica.pl.