

Teresa Szczurek

Studia Doktoranckie Wydziału Zarządzania
Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie

Wykorzystanie metody akredytacji do kształtowania jakości i bezpieczeństwa usług medycznych

Streszczenie

W artykule przedstawiono akredytację szpitali jako uznaną metodę poprawy bezpieczeństwa i jakości świadczeń. Wyrazem dążenia do upowszechnienia idei akredytacji w Polsce był projekt współfinansowany ze środków UE pn. „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej” realizowany w latach 2008–2014. Głównym celem projektu było podniesienie jakości w ochronie zdrowia przez finansowe i merytoryczne wsparcie szpitali w procesie akredytacji. Uczestnikami projektu były podmioty realizujące świadczenia na podstawie umowy z płatnikiem publicznym. Ocenie poddano 243 szpitale, z czego 78,6% (191) uzyskało rekomendację Rady Akredytacyjnej, a 21,4% (52) jej nie uzyskało. Widoczne efekty organizacyjne w szpitalach to m.in.: standaryzacja działań i zachowań personelu, budowa systemu monitorowania jakości poprzez ustalenie mierzalnych wskaźników, uporządkowanie i reorganizacja działalności szpitala w zakresie przestrzegania praw pacjenta, poprawa zarządzania zasobami ludzkimi, uregulowanie kompetencji i odpowiedzialności, orientacja na pacjenta jako głównego podmiotu działań. Na tej podstawie można uznać, że sformułowana hipoteza robocza: narzędzie akredytacji w postaci aplikacyjnej jako projekt pn. „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej” stanowi skuteczny sposób weryfikacji i kształtowania jakości oraz bezpieczeństwa usług medycznych świadczonych w szpitalach, została pozytywnie zweryfikowana. Narzędzie akredytacji, które przybrało postać projektu, należy więc uznać za skuteczną metodę weryfikacji i kształtowania jakości oraz bezpieczeństwa usług medycznych.

Słowa kluczowe: akredytacja, system zapewnienia jakości, bezpieczeństwo usług medycznych, zdarzenia niepożądane.

1. Wprowadzenie

Usługi medyczne to profesjonalna forma świadczeń dla pacjentów poszukujących fachowej wiedzy, zaangażowania, bezpieczeństwa oraz efektywności. Świadczenia zdrowotne¹ [Dercz i Rek 2012, s. 13–14] realizowane są z wykorzystaniem coraz bardziej złożonych technologii, leków i zabiegów, a działania podejmowane są często w warunkach silnego stresu i przeciążenia psychicznego lub fizycznego. W takich okolicznościach pojawia się ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych², często tragicznych w swoich skutkach [World Alliance for Patient Safety..., s. 1], dlatego zapewnienie bezpieczeństwa leczonym pacjentom było i jest ważnym wyzwaniem dla większości szpitali na całym świecie. Pionierem działań w tym zakresie był węgierski lekarz Ignaz Philipp Semmelweis, który w latach 1844–1847 poszukiwał przyczyn wysokiej śmiertelności wśród kobiet w jednej z klinik położniczych i odkrył, że niewystarczająca higiena rąk u lekarzy i studentów medycyny była źródłem rozprzestrzeniania się śmiertelnych zarazków. Wprowadził obowiązek mycia rąk, co obniżyło śmiertelność wśród matek z 16% do 3,06% i zapoczątkowało proces dezynfekcji rąk oraz rozwój szpitalnej epidemiologii [Pitted i Boyce 2001, s. 9 i 10].

Kolejne materiały dowodowe powstały na podstawie badań przeprowadzonych w amerykańskich szpitalach. W 1999 r. Komitet Jakości Opieki Medycznej w Ameryce, Instytut Medycyny (Institute of Medicine) opublikował raport *To Err Is Human. Building a Safer Health System* (Błądzić jest rzeczą ludzką. Budowa bezpieczniejszego systemu opieki zdrowotnej), ujawniając szacunkowe dane dotyczące liczby zdarzeń niepożądanych. Raport wykazał, że w USA, w skali roku, z powodu błędów medycznych umiera od 44 000–98 000 pacjentów, a główną ich przyczyną jest zła organizacja systemu ochrony zdrowia [Pokorski 2008, s. 1]. Inne dane w tym zakresie ujawnił raport HOPE³, zgodnie z którym co dziesiąty pacjent w europejskich szpitalach doznaje szkody, której można byłoby zapobiec [Kutryba 2010, s. 190]. W Polsce Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej (TPJ) przeprowadziło anonimowy sondaż wśród 1200 pracowników służby zdrowia, ujawniając, że 78,5% lekarzy i pielęgniarek uczestniczyło w zdarzeniu niepożądanym [Wojtasiński 2005, s. 1]. Przytoczone informacje i dane liczbowe

¹ Świadczenie zdrowotne to działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia. Czynność może być uznana za świadczenie zdrowotne wykonywane przez podmiot leczniczy tylko wtedy, gdy została wykonana profesjonalnie.

² Zdarzenie niepożądane, czyli szkoda wywołana w trakcie, w efekcie leczenia, niezwiązana z naturalnym przebiegiem choroby czy stanem zdrowia pacjenta.

³ HOPE (European Hospital and Healthcare Federation) raport z badań na temat szkodliwych skutków ubocznych świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach UE, Bruksela, 12 kwietnia 2004.

obrazują wagę problemu, jakim jest bezpieczeństwo pacjenta w szpitalu oraz mobilizują do wprowadzania rozwiązań, które usprawniają funkcjonowanie organizacji i zmniejszają ryzyko związane z prowadzoną działalnością.

Pożądanym narzędziem służącym do redukcji ryzyka związanego z realizacją świadczeń medycznych jest zarządzanie jakością, które przyczynia się do większej przewidywalności procesów zachodzących wewnątrz organizacji [Opolski i Waśniewski 2011, s. 7]. Jedną z możliwych ścieżek doskonalenia działalności w podmiotach leczniczych jest akredytacja szpitali – metoda sprawdzona i uznana w wielu krajach na całym świecie. Zgodnie z definicją przyjętą na konferencji Accreditation and Quality w 1995 r., akredytacja jednostek zdrowotnych jest to „zewnętrzny proces oceny, który dotyczy instytucji opieki zdrowotnej dobrowolnie poddających się ocenie opartej na określeniu stopnia zgodności z wcześniej znanymi standardami akredytacyjnymi, wykonywanej przez bezstronną i niezależną w decyzjach placówkę akredytacyjną, która przyznając akredytację, wydaje stosowne świadectwo” [Kulikowski i Wójcik 2003, s. 6].

Celem artykułu jest ocena przebiegu i efektów wdrożenia metody akredytacji szpitali, kształtującej jakość i bezpieczeństwo usług medycznych, z wykorzystaniem informacji oraz danych liczbowych charakteryzujących projekt „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej”. Przedsięwzięcie realizowane było w latach 2008–2014 przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Udział zgłosiło 287 szpitali z całej Polski, ocenie poddano 243, z czego 191 uzyskało pozytywną rekomendację Rady Akredytacyjnej. Po przeanalizowaniu aktualnego stanu wiedzy oraz kierując się celem pracy przyjęto następującą hipotezę badawczą: narzędzie akredytacji w postaci aplikacyjnej jako projekt pn. „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej” stanowi skuteczny sposób weryfikacji i kształtowania jakości oraz bezpieczeństwa usług medycznych świadczonych w szpitalach.

Uogólniając, w niniejszym artykule podjęto zagadnienia dotyczące jakości i bezpieczeństwa usług medycznych. W ujęciu historycznym przedstawiono działania będące podstawą utworzenia i rozwoju systemu akredytacji szpitali w Polsce. Szczegółowo zaprezentowano cele, uwarunkowania i przebieg realizacji projektu, który przyczynił się do popularyzacji idei akredytacji oraz zainicjował zmiany organizacyjne mające bezpośredni wpływ na poprawę bezpieczeństwa w szpitalach.

2. Zarys rozwoju akredytacji szpitali w Polsce

Akredytacja to proces ukierunkowany na wzrost bezpieczeństwa opieki, czyli „stan, w którym pacjent nie doznaje niepotrzebnej rzeczywiście szkody ani nie

jest narażony na potencjalną szkodę w związku z opieką zdrowotną” [*Zalecenia Rady...* 2009]. Dr Ernest Codman z Massachusetts General Hospital w Bostonie, widząc złą jakość pracy i opieki nad pacjentem, w 1898 r. pierwszy wprowadził tzw. system rezultatów końcowych. Inicjatywę kontynuowało Amerykańskie Stowarzyszenie Chirurgów, które w 1917 r. wprowadziło tzw. standard minimum stanowiący kompendium dobrej praktyki [Chojnowska 2013, s. 1]. Wówczas było to nowatorskie rozwiązanie umożliwiało ocenę oddziałów chirurgicznych na podstawie jednolitych kryteriów, którymi były: posiadanie prawa wykonywania zawodu przez lekarzy i pielęgniarki, prowadzenie dla każdego pacjenta odrębnej dokumentacji medycznej, utrzymanie nadzoru nad sprawnością i konserwacją aparatury medycznej oraz ocena, czy lekarze chirurdzy i interniści stanowią zespół. Z czasem w opinii pacjentów jakość opieki w akredytowanych oddziałach osiągnęła wyższy poziom i model ten stał się podstawą do całościowej oceny szpitali. Obecnie w Stanach Zjednoczonych ponad 90% szpitali regularnie poddaje się ocenie akredytacyjnej, nie chcąc stracić pacjentów, możliwości prowadzenia specjalizacji i korzystnych kontraktów z ubezpieczycielami.

Polska była piątym z kolei europejskim krajem, który wprowadził system akredytacji szpitali [Kulikowski i Wójcik 2003, s. 6]. W 1994 r. Minister Zdrowia utworzył Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ) z siedzibą w Krakowie, a rok później nawiązano współpracę z amerykańskimi instytucjami, m.in.: United States Agency for International Development (USAID) i Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCACHO) [Kutaj-Wąsikowska 2009, s. 3]. Korzystając z gotowych rozwiązań, utworzono Zespół ds. Akredytacji, który w ciągu dwóch lat ustalił obszary i możliwości poprawy działań w szpitalach (tzw. faza wstępna), opracował zestaw standardów akredytacyjnych, przeszkolił wizytatorów oraz przeprowadził wizyty testowe (tzw. faza przygotowawcza) [Bedlicki 1997, s. 18–19]. Dzięki temu poddano weryfikacji założenia procesu akredytacji w polskich warunkach i pozyskano doświadczenia pozwalające na rozpoczęcie właściwych ocen akredytacyjnych. Jednym z pierwszych szpitali poddanych ocenie był Wojewódzki Szpital Dziecięcy w Olsztynie, który certyfikat akredytacyjny uzyskał we wrześniu 1997 r., a status „szpitala akredytowanego” utrzymuje do dziś [Labon 2014, s. 1].

Akredytacja posiada solidne umocowanie prawne, a zasady oraz tryb całego procesu określa ustawa o akredytacji z 2008 r. Samo przystąpienie do oceny akredytacyjnej stanowi dobrowolną decyzję każdej organizacji, a brak pozytywnej rekomendacji nie skutkuje żadną, negatywną, administracyjną decyzją. Standardy są tak sformułowane, że ich pozytywne spełnienie wymaga wprowadzenia istotnych zmian organizacyjnych na wszystkich szczeblach zarządzania szpitalem, począwszy od najwyższego kierownictwa, poprzez współpracę oddziałów różnych

specjalności, do poziomu jednego pracownika. Całościowo wymagania można podzielić na trzy grupy:

- skupiające się na opiece nad pacjentem (ciągłość opieki, prawa pacjenta, ocena stanu pacjenta, opieka nad pacjentem, kontrola zakażeń, zabiegi i znieczulenia, farmakoterapia, poprawa jakości i bezpieczeństwo pacjenta),
- odnoszące się do funkcjonowania szpitala i zarządzania (zarządzanie ogólne, zarządzanie zasobami ludzkimi, zarządzanie informacją, środowisko opieki),
- dotyczące podstawowych usług świadczonych pacjentowi przez szpital (laboratorium, diagnostyka obrazowa, odżywianie) [*Program akredytacji...* 2009, s. 5]. Zestaw standardów akredytacyjnych obecnie jest najważniejszym w Polsce zbiorem wytycznych w odniesieniu do jakości i bezpieczeństwa opieki, zaakceptowanym przez środowisko medyczne, Radę Akredytacyjną i zatwierdzony przez Ministra Zdrowia.

Szczegółowy sposób i tryb przeprowadzania procedury oceniającej oraz metodę oceny punktowej określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie procedury oceniającej z 31 sierpnia 2009 r., § 8.1. Jest to dość złożony proces. W zależności od wpływu na bezpieczeństwo pacjenta, każdy standard ma przypisaną wagę (1,0; 0,75; 0,5; 0,25) oraz oceniany jest w skali 1, 3 lub 5 pkt [Niżankowski 2011, s. 8]. Raport z wizyty przekazywany jest szpitalowi oraz Radzie Akredytacyjnej, która podsumowuje i podejmuje uchwałę w sprawie rekomendacji. Jeżeli suma uzyskanych punktów stanowi co najmniej 75% możliwych do uzyskania, Rada Akredytacyjna wnioskuje do Ministra Zdrowia o przyznanie statutu jednostki akredytowanej na trzy lata. Wynik poniżej 75% skutkuje odmową przyznania akredytacji. Do wiadomości publicznej podawane są tylko decyzje pozytywne [Kutryba i Kutaj-Wąsikowska 2012, s. 144].

W Polsce akredytacja szpitali została uznana za narzędzie pozwalające na budowę i utrzymanie wewnętrznych mechanizmów do ciągłej poprawy jakości i bezpieczeństwa leczonych pacjentów. Znalazło to wyraz w zapisach dwóch dokumentów, które miały istotny wpływ na kształtowanie polityki zdrowotnej państwa. Pierwszy z nich to *Strategia rozwoju ochrony zdrowia na lata 2007–2013*, gdzie jeden z głównych celów zakładał poprawę efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia przez rozwój programów oceny jakości w zakładach opieki zdrowotnej [*Strategia rozwoju...* 2005, s. 44]. Drugi, *Narodowy program zdrowia na lata 2007–2015* zakłada, że jednym z oczekiwanych efektów podejmowanych działań ma być sytuacja, w której do końca 2015 r. 85% szpitali, nieposiadających akredytacji, przystąpi do ubiegania się o nią, a w konsekwencji 31 grudnia 2015 r. 65% szpitali w Polsce będzie posiadało certyfikat akredytacyjny [*Narodowy program...* 2015, s. 49].

3. Cele, uwarunkowania i przebieg realizacji projektu akredytacji szpitali

Projekt „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej” budził wyjątkowo duże zainteresowanie, został zrealizowany z udziałem środków Unii Europejskiej⁴ i był przejawem konsekwentnego dążenia do popularyzacji procesu akredytacji w Polsce. Uczestnikami były szpitale odnawiające ważność certyfikatu akredytacyjnego lub przystępujące do oceny po raz pierwszy, ale pod warunkiem że udzielają świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy z publicznym płatnikiem. Publiczne placówki były całkowicie zwolnione z kosztów wizyty, a niepubliczne uzyskały wsparcie do wysokości kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Dofinansowanie można było uzyskać tylko raz.

Głównym celem projektu było podniesienie jakości w ochronie zdrowia przez finansowe i merytoryczne wsparcie szpitali w procedurze akredytacyjnej oraz propagowanie idei akredytacji szpitali [*Ocena działań...* 2009, s. 6]. Założono, że w okresie od 2008 do 2014 r. 188 szpitali uzyska certyfikat akredytacyjny [Kulikowski 2011, s. 18]. Realizacja przyjętych założeń była procesem trudnym, a bezpośredni wpływ na osiągnięcie określonego celu miało pięć czynników, do których zaliczono:

- wygasanie ważności certyfikatu po trzech latach od daty jego uzyskania (certyfikat akredytacyjny ważny jest trzy lata; po tym okresie, jeżeli szpital chce utrzymać status szpitala akredytowanego, musi ponownie przejść procedurę akredytacyjną),
- możliwość jednokrotnego uczestniczenia w projekcie przez dany szpital,
- czas trwania procedury akredytacyjnej,
- możliwości techniczne i personalne CMJ do przeprowadzania wizyt akredytacyjnych,
- poziom zainteresowania procesem akredytacyjnym.

Wstępnie planowano, że wsparciem zostanie objętych 230 szpitali, ale po rozpoczęciu rekrutacji zgłosiło się znacznie więcej, co wymagało sporządzenia rezerwowej listy uczestników. Realizacja projektu przebiegała w kilku etapach:

- pilotaż, zrealizowany w ośmiu szpitalach, respektujących wymagania akredytacyjne i zamierzających przystąpić do kolejnej oceny;
- badanie opinii kadry zarządzającej w szpitalach – na pytania odpowiadali dyrektorzy, pełnomocnicy ds. jakości i pielęgniarki naczelne. W efekcie wyróżniono czynniki, które miały istotny wpływ na podjęcie decyzji o zgłoszeniu szpi-

⁴ Program Operacyjny Kapitał Ludzki (PO KL), Działanie 2.3 Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, Poddziałanie 2.3.3 Podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia.

tala do projektu oraz jego pozytywną realizację. W opinii ankietowanych były to: problemy z pozyskaniem środków finansowych, niezbędnych do realizacji określonych standardów, mało oczywiste korzyści finansowe, zainteresowanie kadry uzyskaniem certyfikatu, współpraca pomiędzy grupami zawodowymi (lekarze, pielęgniarki, personel pomocniczy), niechęć do zmian w postępowaniu pracowników, bieżące prowadzenie dokumentacji medycznej [Rzemek 2011, s. 2];

– szkolenia – spotkania odbywały się cyklicznie, trwały od 2009 r. do listopada 2012 r. i stanowiły integralną część projektu. Łącznie zorganizowano 17 edycji dla 455 osób, każdy szpital mógł delegować tylko dwóch przedstawicieli. W trakcie szkoleń dokładnie prezentowano procedurę akredytacyjną oraz wymagania standardów ze szczególnym wyróżnieniem tych, które wiązały się z wprowadzeniem innowacyjnych rozwiązań. Pracownicy CMJ zachęcali do podjęcia wysiłku, ale równocześnie podkreślali, że proces wdrożenia musi zostać przeprowadzony z pełną odpowiedzialnością i zaangażowaniem całej załogi szpitala;

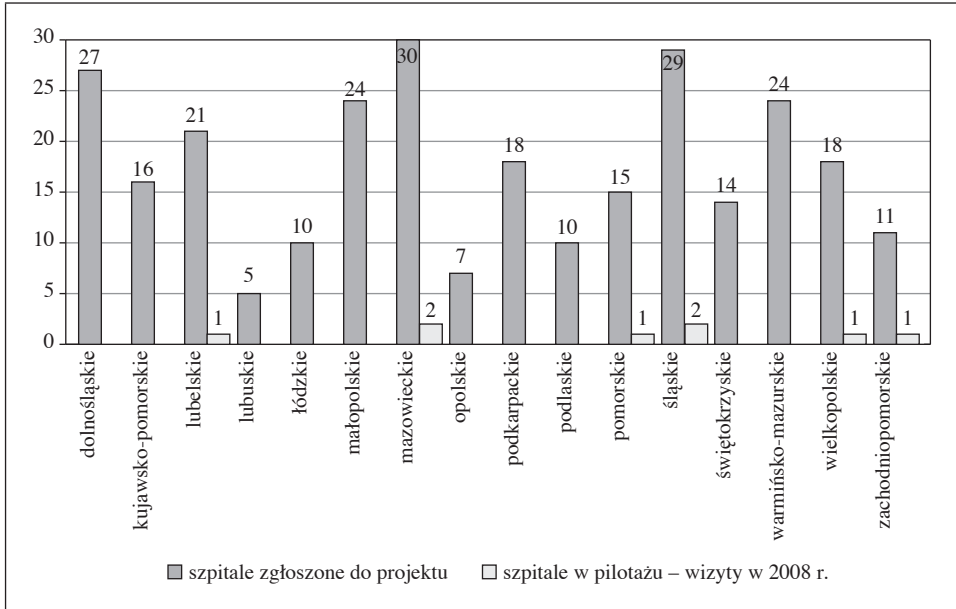
– realizacja wizyt.

4. Charakterystyka ilościowa, rezultaty, zakres i struktura uczestnictwa w projekcie akredytacyjnym

Projekt został zrealizowany, co stanowiło istotne wsparcie rozwoju systemu akredytacji w Polsce oraz dało możliwość indukowania przemian w opiece nad pacjentem poprzez zwiększenie bezpieczeństwa wykonywania świadczeń szpitalnych⁵. Posiłkując się wynikami szczegółowej analizy informacji i danych liczbowych charakteryzujących przebieg i efekty realizacji projektu „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej”, opracowano w ujęciu syntetycznym jego wyniki.

Udział w projekcie zadeklarowały szpitale z całej Polski. Rys. 1 obrazuje liczbę podmiotów zgłoszonych z poszczególnych województw i wskazuje na istotne różnice. Największą grupę stanowiły placówki z województw: mazowieckiego, śląskiego, dolnośląskiego, warmińsko-mazurskiego i małopolskiego, a najmniejszą z województw lubuskiego i opolskiego. Łącznie do projektu zakwalifikowano 287 szpitali, w tym 8 w formie pilotażu. Wartość całego projektu wyniosła 8 206 884,14 PLN [Europejski Fundusz... 2014].

⁵ Świadczenie szpitalne – wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin.



Rys. 1. Liczba szpitali zgłoszonych do projektu „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej” według województw

Źródło: http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/prezentacja2_04112010.pdf, dostęp: 24.01.2015.

Tabela 1. Charakterystyka ilościowa efektów projektu „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej”

Terminy wizyt	Liczba wizyt	Spełnienie wymagań powyżej 75%	Bak rekomendacji	Terminy wizyt	Liczba zrealizowanych wizyt	Spełnienie wymagań powyżej 75%	Bak rekomendacji
Pilotaż 2008	8	6	2	12.2011	3	1	2
I kw. 2009	6	6	–	01.2012	1	1	–
II kw. 2009	10	8	2	02.2012	3	3	–
III kw. 2009	3	2	1	03.2012	7	5	2
IV kw. 2009	9	8	1	04.2012	2	1	1
I kw. 2010	8	7	1	05.2012	1	1	–
04.2010	4	2	2	06.2012	2	1	1
05.2010	5	4	1	08.2012	2	1	1
06.2010	5	3	2	09.2012	4	2	2
07–08.2010	3	2	1	10.2012	4	2	2

cd. tabeli 1

Terminy wizyt	Liczba wizyt	Spełnienie wymagań powyżej 75%	Bak rekomendacji	Terminy wizyt	Liczba zrealizowanych wizyt	Spełnienie wymagań powyżej 75%	Bak rekomendacji
09.2010.	5	2	3	11.2012	9	7	2
10.2010	3	3	–	12.2012	3	3	–
11.2010	4	4	–	01.2013	1	1	–
12.2010	3	2	1	02.2013	5	4	1
01.2011	3	3	–	03.2013	2	2	–
02.2011	2	0	2	04.2013	5	4	1
03.2011	5	5	–	05.2013	2	2	–
04.2011	4	4	–	06–07.2013	9	8	1
05.2011	4	2	2	08.2013	2	2	–
06.2011	6	4	2	09.2013	4	3	1
07.2011	5	5	–	IV kw. 2013	14	10	4
08.2011	2	1	1	01.2014	4	3	1
09.2011	2	2	–	02.2014	4	4	–
10.2011	5	3	2	03.2014	2	2	–
11.2011	4	3	1	04.2014	6	6	–
				05–06.2014	24	21	3
Razem	118	91	27	Razem	125	100	25

Źródło: opracowanie własne na podstawie: <http://www.wsparcieakredytacji.cmj.org.pl>, dostęp: 8.11.2014.

Wizyty akredytacyjne realizowane były po formalnym zgłoszeniu gotowości do oceny przez każdą z organizacji i trwały od początku 2008 r. do połowy 2014 r. Mimo dużej liczby zgłoszeń oraz optymistycznego podejścia po uzyskaniu pierwszych wyników, z projektu wycofały się 44 szpitale, tracąc tym samym szansę na profesjonalną ocenę prowadzonej działalności. W efekcie do oceny akredytacyjnej przystąpiły 243 szpitale, z czego 78,6% (191) uzyskało rekomendację Rady Akredytacyjnej, a 21,4% (52) jej nie uzyskało. Rekomendacja oznaczała, że suma uzyskanych punktów stanowiła co najmniej 75% możliwych do uzyskania i w takim wypadku Minister Zdrowia udzielił akredytacji w postaci certyfikatu.

5. Efekty organizacyjne uczestniczenia w projekcie w zakresie poprawy bezpieczeństwa oraz podstawowe problemy szpitali

Spełnienie wymagań akredytacyjnych wymusiło zmiany organizacyjne⁶ [Klich 2013, s. 161] w każdym szpitalu, ale największy ich zakres zaobserwowano w placówkach, które po raz pierwszy podjęły decyzję o ich wdrożeniu. Każda organizacja po zapoznaniu się z wymaganiami 221 standardów akredytacyjnych dokonała analizy w odniesieniu do własnej działalności i oceniła, które standardy szpital już spełnia, które będzie spełniał, ale po inwestycjach rzeczowych lub po zmianie zasad funkcjonowania, i te, których nie jest w stanie spełnić ze względu na różne ograniczenia, np. finansowe, lokalowe czy kadrowe.

Akredytacja zainicjowała i stymulowała działania wewnątrz organizacji, w obszarach mających istotny wpływ na bezpieczeństwo realizowanych świadczeń. Wypracowano i wdrożono wiele rozwiązań, którym nadano status procedur, co uporządkowało oraz usystematyzowało postępowanie w sytuacjach szczególnych, np. zgłoszenie osób w stanie nagłego zagrożenia życia z powodu schorzeń nieodpowiadających profilowi jednostki, gwałtowne pogorszenie stanu zdrowia osoby hospitalizowanej, a możliwości jednostki się wyczerpały [*Program akredytacji...* 2009, s. 10]. Nastąpiło przełamanie pewnych stereotypów organizacyjnych, wprowadzono standardy i analizy działalności klinicznej, a ich wyniki stanowiły podstawę do podejmowania działań poprawiających jakość i bezpieczeństwo świadczeń. Proces zintegrował współpracę różnych medycznych komórek organizacyjnych, administracji i obsługi technicznej szpitala oraz wprowadził rozwiązania mające na celu ograniczenie występowania zdarzeń niepożądanych⁷. Jako przykład można podać wdrożenie Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej (OKK), która stanowiła narzędzie do weryfikacji czynności przed rozpoczęciem znieczulenia i zabiegu oraz przed przekazaniem pacjenta do oddziału [Kutaj-Wąsikowska i Kutryba 2010, s. 86]. Innymi istotnymi czynnikami pozytywnie wpływającymi na bezpieczeństwo pacjenta były: rozbudowa i usprawnienie systemu kontroli zakażeń szpitalnych⁸, opracowanie receptariusza szpitalnego⁹ i ustalenie zasad

⁶ Zmiana organizacyjna to każda istotna modyfikacja jakiejś części organizacji, na przykład stylu zarządzania, technologii, organizacji pracy, struktury organizacyjnej, kultury, wartości, podejścia czy przekonań.

⁷ Szkoda wywołana w trakcie/w efekcie leczenia, niezwiązana z naturalnym przebiegiem choroby, stanem zdrowia pacjenta lub ryzyko jej wystąpienia.

⁸ W polskiej terminologii zakażenie szpitalne definiuje się jako zakażenie, które nie występowało ani nie znajdowało się w okresie wylegania, gdy chory był przyjmowany do szpitala, a jego nabycie nastąpiło podczas jego pobytu w szpitalu.

⁹ Dokument, który racjonalizuje farmakoterapię i gospodarkę lekami w szpitalu oraz kształtuje prawidłową politykę antybiotykową. Receptariusz zawiera listę leków, listę antybiotyków

okołooperacyjnej profilaktyki antybiotykowej¹⁰. Zweryfikowano procedury przechowywania i dystrybucji leków w sposób właściwy i bezpieczny oraz ujednolicono zasady ich zlecenia i podawania, co przyczyniło się do racjonalizacji gospodarki lekami i ograniczyło prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzeń niepożądanych z tym związanych. Całościowej analizie poddano bezpieczeństwo pożarowe, zabezpieczenie w alternatywne źródła energii oraz utrzymanie nadzoru nad sprawnością urządzeń medycznych. Sprawdzono znajomość numerów alarmowych, miejsc składowania sprzętu gaśniczego oraz wiedzę na temat podstawowych zasad ewakuacji pacjentów. Dokonano oceny oraz uregulowano kompetencje i odpowiedzialność personelu, co zwiększyło zaangażowanie pracowników w ustalanie problemów oraz ich rozwiązywanie.

Akredytacja stanowiła duże wyzwanie dla kadry zarządzającej. W trakcie prac ujawniono problemy [Akredytacja... 1999, s. 115–120], których rozwiązanie wymagało istotnego wysiłku, zwłaszcza ze strony personelu medycznego. Główne trudności to:

- konieczność integracji działań poszczególnych oddziałów, wypracowanie jednoznacznych metod delegowania odpowiedzialności na średni szczebel zarządzania, zobowiązanie do sporządzania raportów z rad ordynatorów, wypracowanie trybu przekazywania informacji dotyczących kosztów i jakości funkcjonowania oddziałów;

- ocena stanu zatrudnienia w zakładzie opieki zdrowotnej i określenie minimalnych norm zatrudnienia, opracowanie opisu stanowisk pracy z uwzględnieniem szczegółowych kwalifikacji niezbędnych na danym stanowisku pracy;

- opracowanie i pełna realizacja programu adaptacji nowo przyjętych pracowników oraz ocena pracownika pod koniec okresu wstępnego, na podstawie wcześniej opracowanych i znanych wszystkim zainteresowanym kryteriów;

- ustalenie i realizacja programu szkoleń zakładowych dla grupy lekarskiej;

- brak należytej staranności i odpowiedzialności w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej, brak codziennych wpisów, czytelnych, autoryzowanych i datowanych, np. brak zgody na leczenie nieprzytomnego pacjenta i nieuzupełnienie tego wpisu po odzyskaniu przez pacjenta świadomości, brak włączenia do historii choroby dokumentacji dotyczącej znieczulenia;

wraz z zasadami ich stosowania, wykaz preparatów do żywienia dojelitowego i pozajelitowego oraz wykaz materiałów opatrunkowych z aktualnie obowiązującymi cenami. Leki podzielone są na dwie główne grupy: bezwzględnie dostępne w oddziałach oraz te, których zakup wymaga zgody zarządu.

¹⁰ Okołooperacyjna profilaktyka antybiotykowa to krótkie podanie choremu antybiotyków bezpośrednio przed zabiegiem operacyjnym, podczas indukcji znieczulenia, przed nacięciem skóry, w celu zmniejszenia śródoperacyjnej kontaminacji drobnoustrojami pochodzącymi z najbliższego otoczenia rany.

– wypracowanie spójności dokumentacji medycznej, ustalenie i wprowadzenie mechanizmów zapewniających systematyczne sprawdzanie kompletności dokumentacji i wykorzystanie wniosków z analiz dokumentacji na potrzeby przyszłego postępowania;

– brak zespołowego opracowania planu opieki i jego modyfikacja, w zależności od potrzeb, z zachowaniem określonych ram czasowych;

– brak systemu gromadzenia danych dotyczących pomiaru własnej działalności szpitala w obszarach uznanych jako istotne, np. przedłużone pobyty pacjentów, przyczyny zgonów pacjentów, w tym zgonów okołoperacyjnych, powtórne hospitalizacje, reoperacje. Konieczność opracowania metodologii, wyciąganie wniosków i określenie zmian jakie należy wprowadzić dla poprawy, ich wdrożenie i dokonanie kolejnego pomiaru w celu stwierdzenia, czy wprowadzona zmiana oznacza poprawę [*Program akredytacji...* 2009, s. 109];

– brak precyzyjnie zdefiniowanej polityki w zakresie stosowania antybiotyków celowanych, co mogło skutkować wzrostem oporności szpitalnych szczepów bakteryjnych;

– organizacja gospodarki lekami w sposób skuteczny i efektywny, w tym powołanie multidyscyplinarnego zespołu ds. farmakoterapii, który opracował receptariusz i monitorował jego skład;

– opracowanie procedur postępowania w zakresie przechowywania i dystrybucji leków w sposób właściwy i bezpieczny w aptece i oddziałach, określenie zasad niszczenia niewykorzystanych leków narkotycznych;

– brak połączenia działań z zakresu monitorowania zakażeń szpitalnych oraz monitorowania rodzaju i liczby zlecanych antybiotyków, brak konsekwentnego wypełniania „Kart zakażeń”, co można wytłumaczyć brakiem znajomości wśród personelu przyjętych definicji zakażeń szpitalnych oraz brak systematycznych szkoleń z zagadnień infekcji szpitalnych;

– niska znajomość wśród personelu planów bezpieczeństwa pożarowego oraz nieznanie numerów alarmowych, miejsc składowania sprzętu gaśniczego oraz znajomości podstawowych zasad ewakuacji pacjentów, np. brak wiedzy o liczbie pacjentów znajdujących się w zadymionej części oddziału, blokowanie linii telefonicznej uniemożliwiającej sprawne nadzorowanie akcji.

Konkludując, wdrożenie wymagań akredytacyjnych w szpitalach pozwoliło na weryfikację i zmianę licznych, wzajemnie na siebie oddziałujących podsystemów, takich jak: przyjęcie i opieka nad pacjentem, zarządzanie personelem, nadzór nad dokumentacją, farmakoterapia, postępowanie z lekami, kontrola zakażeń szpitalnych, proces sterylizacji, nadzór nad sprzętem medycznym i infrastrukturą, postępowanie z odpadami. W efekcie pacjent uzyskał zwiększenie bezpieczeństwa pobytu w szpitalu, kadra zarządzająca otrzymała informacje na temat problemów, które często w ogóle nie były brane pod uwagę w dotychczasowej działalności,

a instytucje zewnętrzne, zdobyły potwierdzenie, że organizacje stworzyły i uruchomiły mechanizmy na rzecz poprawy jakości i bezpieczeństwa realizowanych świadczeń.

6. Zakończenie

Oczekiwania społeczne wobec realizowanych świadczeń zdrowotnych dotyczą nie tylko wprowadzania nowych, skutecznych procedur medycznych, ale wymuszają działania poprawiające ich jakość. Jednym z możliwych i skutecznych rozwiązań jest akredytacja [*Program akredytacji...* 1998, s. 5], która jest znaną i sprawdzoną metodą zapewnienia jakości, a jej podstawę stanowi przegląd organizacji, z wykorzystaniem znanych i możliwych do wdrożenia standardów akredytacyjnych.

Wyrazem dążenia do upowszechnienia idei akredytacji w Polsce był projekt pn. „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej”, zrealizowany w latach 2008–2014, a głównym jego celem było podniesienie jakości w ochronie zdrowia poprzez finansowe i merytoryczne wsparcie szpitali. Uczestnikami były podmioty realizujące świadczenia na podstawie umowy z płatnikiem publicznym. W efekcie do oceny akredytacyjnej przystąpiły 243 szpitale, z czego 78,6% (191) uzyskało rekomendację Rady Akredytacyjnej, a 21,4% (52) jej nie uzyskało. W odniesieniu do danych z 2014 r. liczba szpitali w projekcie stanowiła 25,28% szpitali ogólnych w Polsce [Biuletyn Statystyczny... 2014, s. 69; *Zdrowie i ochrona zdrowia...* 2013, s. 72], a liczba uzyskanych certyfikatów wynosiła 94,55% z puli wszystkich aktualnych¹¹. Każda organizacja dokonała samooceny i poznała obszary, które w największym stopniu wpływają na bezpieczeństwo pacjentów oraz jakość udzielanych świadczeń.

Zatem opracowane i wdrożone rozwiązanie można uznać za pozytywnie wpływające na promowanie nowej kultury zarządzania oraz przyjmowania odpowiedzialności za jakość i bezpieczeństwo opieki szpitalnej. Jest ono rozwiązaniem uniwersalnym, zapewniającym porównywalność uzyskiwanych wyników, co może być także podstawą do tworzenia rankingów akredytowanych podmiotów leczniczych. Można uznać, że sformułowana hipoteza robocza została pozytywnie zweryfikowana. Tym samym narzędzie akredytacji, które przybrało postać omówionego projektu, należy uznać za skuteczną metodę weryfikacji i kształtowania jakości oraz bezpieczeństwa usług medycznych.

¹¹ Obliczenia własne na podstawie danych CMJ, na dzień 7 kwietnia 2015 r. 202 szpitale posiadały aktualny certyfikat akredytacyjny.

Literatura

- Akredytacja szpitali* [2014], Zespół Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków, <http://www.wsparcieakredytacji.cmj.org.pl/images/docs/akredytacja-szpitali.pdf> (dostęp: 25.10.2014).
- Akredytacja – wyzwanie dla ambitnych* [1999], Czwarta Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Zespół Akredytacji, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.
- Bedlicki M. [1997], *Akredytacja szpitali w Polsce – pierwsze doświadczenia* [w:] *Druga Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, 13–14 marca 1997 r.*, Komitet Organizacyjny Pierwszej Ogólnopolskiej Konferencji Jakość w Opiece Zdrowotnej, Kraków.
- Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia [2014], Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa, <http://www.csioz.gov.pl> (dostęp: 29.03.2015).
- Chojnowska A. [2013], *Akredytacja szpitali. Bezpieczny pacjent*, dodatek do „Gazety Wyborczej”, <http://www.wsparcieakredytacji.cmj.org.pl/images/docs/2013-10-30-%20wkkladka-gw.pdf> (dostęp: 3.11.2014).
- Dercz M., Rek T. [2012], *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa.
- Europejski Fundusz Społeczny na rzecz ochrony zdrowia. Ddotychczasowe efekty oraz działania planowane w nowej perspektywie* [2014], Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, http://www.zzp.wum.edu.pl/system/files/2_k.gorski (dostęp: 24.01.2015).
- Klich J. [2013], *Restrukturyzacja samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Współczesne wyzwania, procedury i narzędzia*, Wolters Kluwer Polska SA, Warszawa.
- Kulikowski J. [2011], *Po co nam ta akredytacja?*, „Rynek Zdrowia”, http://www.wsparcieakredytacji.cmj.org.pl/images/docs/arttykul_rynek_zdrowia_2011 (dostęp: 10.10.2014).
- Kulikowski J., Wójcik B. [2003], *Który system oceny zewnętrznej wybrać: akredytację czy ISO?*, „Zdrowie i Zarządzanie”, t. V, nr 6.
- Kutaj-Wąsikowska H. [2009], *Rozwój systemu akredytacji w Polsce*, konferencja „Akredytacja – jakość i bezpieczeństwo opieki”, Kraków, 21 maja 2009 r.
- Kutaj-Wąsikowska H., Kutryba B. [2010], *Jak zwiększyć bezpieczeństwo w chirurgii?* [w:] *Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne*, red. J. Pokorski, J. Pokorska, M. Złowodzki, Komitet Ergonomii przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk, Kraków.
- Kutryba B. [2010], *Bezpieczeństwo pacjenta w Unii Europejskiej* [w:] *Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne*, red. J. Pokorski, J. Pokorska, M. Złowodzki, Komitet Ergonomii przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk, Kraków.
- Kutryba B., Kutaj-Wąsikowska H. [2012], *Jakość i bezpieczeństwo opieki zdrowotnej w systemie akredytacji szpitali*, „Medycyna Praktyczna”, nr 10, <http://www.mp.pl/arttykul/75282> (dostęp: 20.08.2014).
- Labon M. [2014], *Opinie o akredytacji*, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, <http://www.wsparcieakredytacji.cmj.org.pl> (dostęp: 2.12.2015).
- Liczba szpitali z akredytacją* [2015], Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, stan na 7 kwietnia 2015 r., <http://www.cmj.org.pl/akredytacja/certyfikaty.php> (dostęp: 7.04.2015).
- Liczba szpitali z akredytacją w ramach projektu „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej”* [2014], <http://www.wsparcieakredytacji.cmj.org.pl> (dostęp: 1.11.2014).

- Narodowy program zdrowia na lata 2007–2014 [2015], Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007, http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf (dostęp: 30.01.2015).
- Nizankowski R. [2011], *Zarządzanie jakością w placówkach służby zdrowia. Rola motywacji w zarządzaniu pracownikami służby zdrowia*, Opinie i Ekspertyzy, OE-166, Kancelaria Senatu, Warszawa.
- Ocena działań informacyjno-promocyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Raport końcowy [2009], Katowice, http://zdrowie.gov.pl/aktualnosci/download/file_id/2847/aid/1079.html (dostęp: 30.01.2015).
- Opolski K., Waśniewski K. [2011], *Zarządzanie jakością i ryzykiem w usługach zdrowotnych*, Wydawnictwa Fachowe CeDeWu, Warszawa.
- Pittet D., Boyce J.M. [2001], *Hand Hygiene and Patient Care: Pursuing the Semmelweis Legacy*, „The Lancet Infectious Diseases”, vol. 1, supplement 1, [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(09\)70295-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(09)70295-6).
- Pokorski J. [2008], *Ergonomiczne uwarunkowania błędów medycznych*, ekspertyza przygotowana w ramach działalności Komitetu Ergonomii przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk, Kraków, http://www.kergon.pan.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=69&Itemid=58 (dostęp: 1.11.2014).
- Polskie szpitale z certyfikatem [2011], „Unijne Zdrowie”, wkładka Ministerstwa Zdrowia, http://www.wsparcieakredytacji.cmj.org.pl/images/docs/magazyn_unijne_zdrowie.pdf (dostęp: 15.12.2014).
- Program akredytacji szpitali. Zestaw standardów akredytacyjnych [2009], red. E. Dudzik-Urbaniak, H. Kutaj-Wąsikowska, B. Kutryba, M. Piotrowski, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.
- Program akredytacji szpitali. Zestaw standardów, przewodnik po procesie [1998], red. M. Bedlicki, H. Kutaj-Wąsikowska, J. Surowiec, wyd. 2 uzup., Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.
- Raport z badań na temat szkodliwych skutków ubocznych świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach UE [2004], HOPE (European Hospital and Healthcare Federation), Bruksela, http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/43_quality/43_quality_1996.pdf (dostęp: 16.01.2015).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnienie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie, Dz.U. z 2009 r., nr 150, poz. 1216.
- Rzemek C. [2011], *Odpowiedź podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia – z upoważnienia ministra – na interpelację nr 20812 w sprawie efektów działalności Rady Akredytacyjnej i CMJ w Ochronie Zdrowia*, <http://orka2.sejm.gov.pl/IZ6.nsf/main/717AB536> (dostęp: 6.12.2014).
- Sierocka A., Cianciara M. [2011], *Monitorowanie zakażeń szpitalnych jako element procesu zarządzania ryzykiem*, „Zakażenia”, nr 1, <http://www.zakazenia.org.pl> (dostęp: 28.01.2015).
- Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce na lata 2007–2013 [2005], Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, http://www.zdrowie.lodzkie.pl/sites/default/files/story/attachments/strategia_rozwoju_ochrony_zdrowia_w_polsce_na_lata_2007-2013.pdf (dostęp: 15.09.2014).
- Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia na wykonanie badania ewaluacyjnego, „Ocena możliwości osiągnięcia wskaźnika rezultatu w projekcie pn. Wsparcie procesu akre-

- dytacji zakładów opieki zdrowotnej, realizowanego w ramach Działania 2.3 PO KL* [2005], http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/za11_badanie_21012011.pdf (dostęp: 30.11.2014).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia, Dz.U. 2009, nr 52, poz. 418.
- Wizyty akredytacyjne przeprowadzone w ramach projektu „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej”* [2008–2014], Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków, http://www.wsparcieakredytacji.cmj.org.pl/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=2&Itemid=3&limitstart=45 (dostęp: 8.11.2014).
- Wojtasiński Z. [2005], *Plaga błędów medycznych*, „Tygodnik Wprost”, nr 1176.
- World Alliance for Patient Safety* [2005], World Health Organization, Geneva, http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf (dostęp: 7.04.2015).
- Zalecenia Rady z dnia 9 czerwca 2009 r. w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną* [2009], Dz.Urz. UE, C151/1, http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_pl.pdf (dostęp: 26.01.2015).
- Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 roku* [2013], Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Społecznych i Warunków Życia, Warszawa, <http://www.stat.gov.pl> (dostęp: 12.04.2015).

Using Accreditation to Ensure the Quality and Safety of Medical Services

(Abstract)

The article presents the accreditation of hospitals as a recognised method of improving the safety and quality of the services provided. The attempt to endeavour the idea of accreditation in Poland was originated by the project, co-funded by the European Union, called “Supporting the process of accreditation health service institutions”, which was implemented from 2008 to 2014. The main purpose of the project was to improve the quality of healthcare by providing financial and substantive support for hospitals during the process of accreditation. The project’s participants were entities that carried out the provision based on contract with a public payer. 243 hospitals were evaluated, of which 78.6% (191) received positive recommendations from the Accreditation Council, while 21.4% (52) received negative recommendations. The visible results of systematisation in hospitals are that: hospital operations and staff conduct are standardised, a quality monitoring system is constructed by establishing measurable indicators, hospital activities with regards to respecting patients’ rights are streamlined and reorganised, human resource management is created, competence and responsibility are regulated, and the patient is made the priority in all activities. Based on these results, this hypothesis was established: Accreditation in the project „Supporting the process of accreditation of health care institutions” is an effective means of verifying and developing the quality and safety of medical services provided in hospitals. Consequently, accreditation should be considered an effective means of verifying and developing the quality and safety of medical services.

Keywords: accreditation, the system of providing quality, safety of medical services, adverse events.