

Dobrze wyceniana jest liczba świadczeń, a nie ich jakość

Makdonaldyzacja medycyny



for: iStockphoto 5x

Szczególną refleksję powinno wzbudzić podpisanie w styczniu przez prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zarządzenia w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Uwzględniono w nim sugestię preferowania przy kontraktowaniu podmiotów mających certyfikaty ISO i certyfikat akredytacyjny ministra zdrowia. Czy systemy te są na tyle dojrzałe i dotykające istoty działalności medycznej, by były wyznacznikami budowania szpitali i poradni? Odpowiedź na to pytanie jest bardzo ważna dla bieżącego funkcjonowania medyków. Proszę o potraktowanie poniższych refleksji jako głosu w dyskusji – często wyrazistego – lecz nie roszącego sobie pra-

wa do nieomyślności i zakładającego możliwość pewnej ewolucji poglądów.

Pytanie o jakość

Przedstawianym motywem zarządzenia, wprowadzania w podmiotach ochrony zdrowia wspomnianych certyfikatów, jest zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów, a także możliwie optymalnej jakości udzielania świadczeń. Wypada się więc zastanowić, w jakiej mie-

rze proponowane rozwiązania rzeczywiście są wykładnikami poprawy bezpieczeństwa i jakości. Szczególnym impulsem do przedstawienia myśli jest lektura standardów programu akredytacji szpitali Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Celowo na marginesie chciałbym pozostawić sprawy certyfikacji ISO jako rzeczywistości – w mojej opinii – „obcej kulturowo” sprawom opieki medycznej, choć niektóre spośród uwag na pewno będą się odnosiły także do tego sposobu oglądu rzeczywistości.

Problem nadregulatora

Muszę ponadto wyrazić niezwykle zdziwienie, że refleksja dotycząca „regulatorów jakości” jest niezwykle rzadko podejmowana w głównym nurcie tematów środowiska lekarskiego. Byłaby ona ważna o tyle, że preferowane regulacje mogą wpływać w sposób niezwykle istotny na codzienne działanie naszych szpitali i poradni. Do tej pory – jak się wydaje – uczestniczymy jako lekarze tylko marginalnie w wypracowywaniu oblicza działalności w ochronie zdrowia w zmieniających się warunkach emancypacji innych zawodów medycznych i administracji.

Nie słychać więc zdecydowanej publicznej debaty zwłaszcza w środowiskach lekarskich na temat działań jakościowych w ochronie zdrowia. Sądzę, że wygodniej jest nam – lekarzom – unikać wyrażania opinii. Mamy przy tym nadzieję, że pewne, często sprzeczne z duchem działania lekarskiego, działania administracyjne uda się nam ominąć, jak udaje się unikać w wielu innych obszarach działalności medycznej. Trzeba zaznaczyć, że ostatnie lata są czasem zaciskania pewnej pętli opresji (tak to odczuwam) formalizacyjnej w stosunku do środowiska lekarskiego, co też ma wpływ na sposób wykonywania zawodu.

Sztandarowa procedura

Standardy akredytacji szpitali Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia są niezwykle obszernym zestawem szczegółowych wymogów przedstawionych w ponad 150-stronicowym dokumencie i podzielonym na kilkanaście kategorii (m.in. ciągłość opieki, prawa pacjenta, ocena stanu pacjenta, kontrola zakażeń, zabiegi i znieczulenia, zarządzanie zasobami ludzkimi itp.). Jako sztandarowy przykład standardu akredytacyjnego autorzy podają procedurę informowania bliskich pacjenta o nagłym pogorszeniu jego stanu zdrowia. Według twórców doktryny w szpitalu powinna być stworzona procedura zapewniająca wypełnienie tego postulatu ze względu na jakość i bezpieczeństwo. I tego typu bądź podobnych – w różnych obszarach – wymogów jest co najmniej kilkaset.

W zdumieniu swoim po lekturze opisu standardu zapytałem kilku kolegów lekarzy, co robi się w wypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta poddanego naszej pieczy, na przykład podczas dyżuru.

Wszyscy zgodnie i bez wahania udzielili racjonalnej odpowiedzi, potwierdzając, że działanie takie jest codziennością ich praktyki. Wynikało to jednak z formacji lekarskiej, z wewnętrznej powinności, która zapewne zrodziła się w kształtowaniu swego rodzaju etosu lekarskiego. Pytani o konieczność regulacji przy użyciu wewnętrznych zapisów szpitalnych spoglądali na mnie – delikatnie określając – z pewną dozą podejrzliwości.

Zaszufladkowanie

Wątpliwości budzi szczegółowość proponowanych procedur: konieczne jest odrębne określenie zasad dotyczących ofiar przemocy bądź zaniedbania (z uszczegółowieniem gwałtów, molestowania, maltretowania dzieci) (taka teraz moda?). Ta szczegółowość doprowadza do banalności (przypominając, że pacjenta mogą odwiedzać bliscy bądź też, że powinno się zabezpieczyć własność pacjentów). Irytację może budzić wchodzenie z butami w rzeczywistość przynależną logice postępowania medycznego: nawet wpływanie na zakres wywiadu i badania fizykalnego. I to, że rzeczywiście

„Irytację może budzić wchodzenie z butami w rzeczywistość przynależną logice postępowania medycznego: nawet wpływanie na zakres wywiadu i badania fizykalnego”

ktos nie miał już czego skomplikować albo chciał się wykazać nadaktywnością w tworzeniu regulaminów. Wpisano w nie, że pacjent ma być badany po przyjęciu do szpitala – co wygląda, jakby ktoś sześć wieków po odkryciu Ameryki postanowił zapisać ten fakt w odpowiednim przepisie.

To trochę tak, jakby ktoś w domu chciał opisać wszystko i wywiesił domownikom tabliczkę na ścianie, że mają zdejmować buty po wejściu, myć ręce przed obiadem, a po nim umyć zęby. Podobnie jest w wypadku wymogu opracowania planu opieki – to jakby pacjenci byli przyjmowani bez celu do szpitala i nie wierzyło się w lekarski zmysł logicznego postępowania. Nadto pouczenie, że parametry fizjologiczne są mierzone i oceniane w trakcie zabiegu operacyjnego. Dramatyczna szczegółowość. Jeśli wymogi te mają być dokumentem „wagi państwowej”, powinno się je solidnie zrewidować i odchudzić.

Dodatkowo w części dotyczącej zarządzania ogólnego przywołuje się – w mojej opinii – orwellowski wymóg zdefiniowania misji szpitala (wiem, że niektórzy



„Ciągłe mamy nadzieję, że często sprzeczne z duchem postępowania lekarskiego działania administracyjne uda się nam ominąć, jak udaje się unikać w wielu innych obszarach działalności medycznej”

się już z tym opatrzli i zubożętnieli na zasadzie kompromisu). Moim zdaniem jest to podstawowy wyraz zaśmiecania biurokratycznego. Nie wiemy, do czego służy szpital czy poradnia?

Wątpliwość budzi też kolejna papierowa deklaracja – konieczność „wdrożenia mechanizmów rozwiązywania zagadnień etycznych”. Te powinny być związane

z zasadami zachowania autonomii decyzji zależnych od sumienia człowieka – lekarza czy innego pracownika medycznego, a nie od standardowej procedury operacyjnej (określenie to – jak wiem – jest często przytaczane, jakbyśmy zapomnieli, że jest swego rodzaju biurokratyczną nowomową).

Razi niezwykle dramatyczną szczegółowością, wchodzenie w każdą najmniejszą szczelinę rzeczywistości. Tymczasem wymagania akredytacyjne powinny w praktyce zakładać pewną elastyczność dotyczącą poszczególnych elementów. Zdecydowana większość spośród ocenianych fragmentów rzeczywistości jest już dobrze zorganizowana w dużej części dobrze zarządzanych szpitali. Regulacje te są często zawarte w istnie-

jących już dokumentach wewnętrznych szpitali, które powinny być uszanowane. Dotyczy to przede wszystkim regulaminu organizacyjnego, który powinien pozostać – a nie odrębne standardy – podstawowym dokumentem normującym funkcjonowanie szpitala.

Warto skorzystać

Współzarządzając szpitalem, na pewno skorzystam z wielu cennych wskazówek. Zawsze warunkiem zmiany jest przecież rozsądne porównywanie się i szukanie najlepszych wzorców. Przykładem tego może być choćby wymaganie podkreślenia w opiece nad pacjentami zachowania zasad prywatności, wprowadzenie procedury oceny i skutecznego leczenia bólu, szkoleń resuscytacyjnych (choć i tak te czynności są prowadzone), analizy reoperacji.

W słabości ludzkiej kondycji racjonalne wymagania akredytacyjne mogłyby stawać się impulsem do zmian na lepsze – doświadczenie mówi, że często na pracowników wpływa lepiej regulacja prawna zaproponowana z zewnątrz niż nawet racjonalne wewnętrzne próby przeobrażania rzeczywistości.

Administracyjne samoograniczenie

Powraca jednak niezwykle istotne pytanie, jakie obszary działalności ściśle medycznej powinny być obwarowane zapisami określającymi je w sposób sformalizowany, by zapewnić rzeczywiste bezpieczeństwo pacjentów i tworzyć możliwie optymalną jakość udzielania świadczeń. W pierwszym odruchu chciałbym odpowiedzieć, że należałoby ograniczyć się do spraw kluczowych – o największej wadze. Stawiając zawsze pytanie, czy tworzenie danego wymagania nie jest nadmiernym obciążeniem administracyjnym (przewaga korzyści nad praktyczną uciążliwością z odwracaniem uwagi i odciąganiem od relacji z poddanym pieczy pacjentem), a także, czy nie jest zastępowaniem zdrowego rozsądku (regulującego przecież tak wiele obszarów życia) stertami papieru.

Odnosi się wrażenie, jakby standardy miały odzwierciedlać rzeczywistość, która jest określona zakresem wiedzy medycznej przynależnej statusowi lekarskiemu, pielęgniarskiemu czy farmaceutycznemu. Przy każdej z proponowanych regulacji nasuwa się pytanie, czy rzeczywiście jest ona potrzebna i czy coś (co?) wnosi, poprawia.

Papierowy rząd dusz

Rozmnożenie i rozdrobnienie poraża, nasuwając podejrzenie, że może chodzić o jakiś papierowy rząd dusz. Jakby już tradycyjnie ukształtowane zarządzenie – z potwierdzeniem w niej roli jednostki – przestawało być konieczne i stawało się archaiczne. Jakby akceptowany był coraz mniej „czynnik ludzki” w prowadzeniu naszej działalności, przesuwając się ku papierowej – z ryzykiem wyalienowania – rzeczywistości.

Proszę nie gniewać się na moje skojarzenia, ale zastanawiam się nawet, czy nie jesteśmy świadkami powstania swego rodzaju ideologii jakościowej, na kształt innych ideologii, jakich byliśmy świadkami bądź jakie znamy z przeszłości. W takich sytuacjach przypomina mi się jeden z filmów Machulskiego. A jednostka wprowadzająca „nowy ład” ryzykuje wizerunkiem współczesnego „politbiura”.

Ciekawe, że bodziec do wprowadzenia uregulowań nie wychodzi zazwyczaj ze środowiska lekarskiego czy praktykującego środowiska pielęgniarskiego, lecz z pewnych emancypujących się zawodów okołomedycznych bądź administracji.

„Celowo na marginesie chciałbym pozostawić sprawę certyfikacji ISO jako rzeczywistości – w mojej opinii – obcej kulturowo”

Nie ukrywam, że przekonującym argumentem za dobrymi intencjami wprowadzania systemu akredytacyjnego ponadto byłaby niezależność jego finansowania. Jeśli Ministerstwu Zdrowia rzeczywiście zależy na jakości, to nie powinno uzależniać procesu certyfikacji od bezpośredniego wnoszenia opłat dla jednostki certyfikującej.

Obawy

Trzeba wyrazić, jakie obawy mogą budzić w środowisku lekarskim preferowane standardy akredytacyjne. Wymieniłbym pięć spośród nich.

Pierwszym jest obawa formalizmu. Wydaje się, że proponowane rozwiązania związane są z wprowadzeniem niezwyklej biurokracji. Liczne postulowane procedury, przy których narzucaniu – jak się wydaje – brakuje zachowania administracyjnej zasady nienormowania spraw, które są regulowane zdrowym rozsądkiem. Olbrzymią pokusą jest zastępowanie właśnie zdrowego rozsądku dokumentami. Warto też postawić zawsze pytanie, na ile dana regulacja jest konieczna, tzn. czy rzeczywiście rozwiązuje problem, a nie go komplikuje.

Drugą obawą czy zagrożeniem jest ryzyko zajmowania się sprawami drugorzędnymi przy pominięciu najważniejszych spraw. Mnoży się procedury i wprowadza bardzo precyzyjne i absorbujące regulacje, ale one zmieniają tylko „wygodne” obszary, z pominięciem nieraz tych, które rzeczywiście wymagają przeobrażenia. Powstaje ogromne ryzyko nierozwiązywania rzeczywistych problemów szpitali i oddziałów. Generalnie łatwiej osobom prowadzącym „działania jakościowe”



„Certyfikacja to trochę tak, jakby ktoś w domu chciał opisać wszystko i wywiesił domownikom tabliczkę na ścianie, że mają zdejmować buty po wejściu, myć ręce przed obiadem, a po nim umyć zęby”

w szpitalu – z punktu widzenia strategicznego – zajmować się sprawami łatwiejszymi, nie ryzykując konfliktu z kierownikami jednostek czy całymi grupami zawodowymi.

Dlatego nieraz przyglądam się pewnym strukturom, w których – z punktu widzenia formalnego – jest wiele uregulowanych obszarów (i jest to przedmiotem swoistej dumy), choć nieuregulowane zostały sprawy o kardynalnym znaczeniu, na przykład związane z racjonalizacją zatrudnienia czy odpowiedzialnością za pacjentów poddanych pieczy.

W praktyce akredytacyjnej przyszło mi zauważyć rozwiązywanie problemów jakoby „obok” realnych wyzwań. Poprawa w zakresach obocznych prowadzi do uspokojenia pracujących na oddziale, a także poprawy samopoczucia zarządzających szpitalem. Pracujący na oddziale odczuwają zaś ulgę, że odciągnęli uwagę zarządzających od faktycznych problemów. Stąd prowadząc działania akredytacyjne, trzeba znać rzeczywistość medyczną na przestrzał.

Trzecią obawą związaną z systemami akredytacyjnymi jest używanie języka obcego językowi medycznemu, często przeniesionemu z obszarów przemysłu. Nie może dziwić nikogo, że środowisko medyczne,

które na przestrzeni wieków wypracowało swój własny język buntuje się przeciw obcym naleciałościom, które często określa się jako swego rodzaju nowomowę. Takim karykaturalnym przykładem jest używanie określeń typu „najwyższe kierownictwo” w strukturach certyfikacji ISO. Jeśli systemy akredytacyjne chcą w skuteczny sposób wniknąć w rzeczywistość świata medycznego i medyków, muszą mówić właściwym środowisku językiem.

Czwarty niepokój jest związany z koniecznością uszanowania pewnej – historycznie uwarunkowanej i uświęconej tradycją – autonomii zawodu lekarza, a także pielęgniarki czy też farmaceuty. Uszanowania pewnych mechanizmów związanych z dorastaniem do samodzielności zawodowej, kształtowania i rozwijania umiejętności, często niewymiernych. Te przestrzenie rozwijają się i są przekazywane przez medyków z pokolenia na pokolenia, najlepiej w relacji: mistrz – uczeń. Pozostaje pewna przestrzeń niewytłumaczalna, nieokreślona, której nie jest w stanie przeniknąć osoba (i regulacja) z zewnątrz. I należy to uszanować.

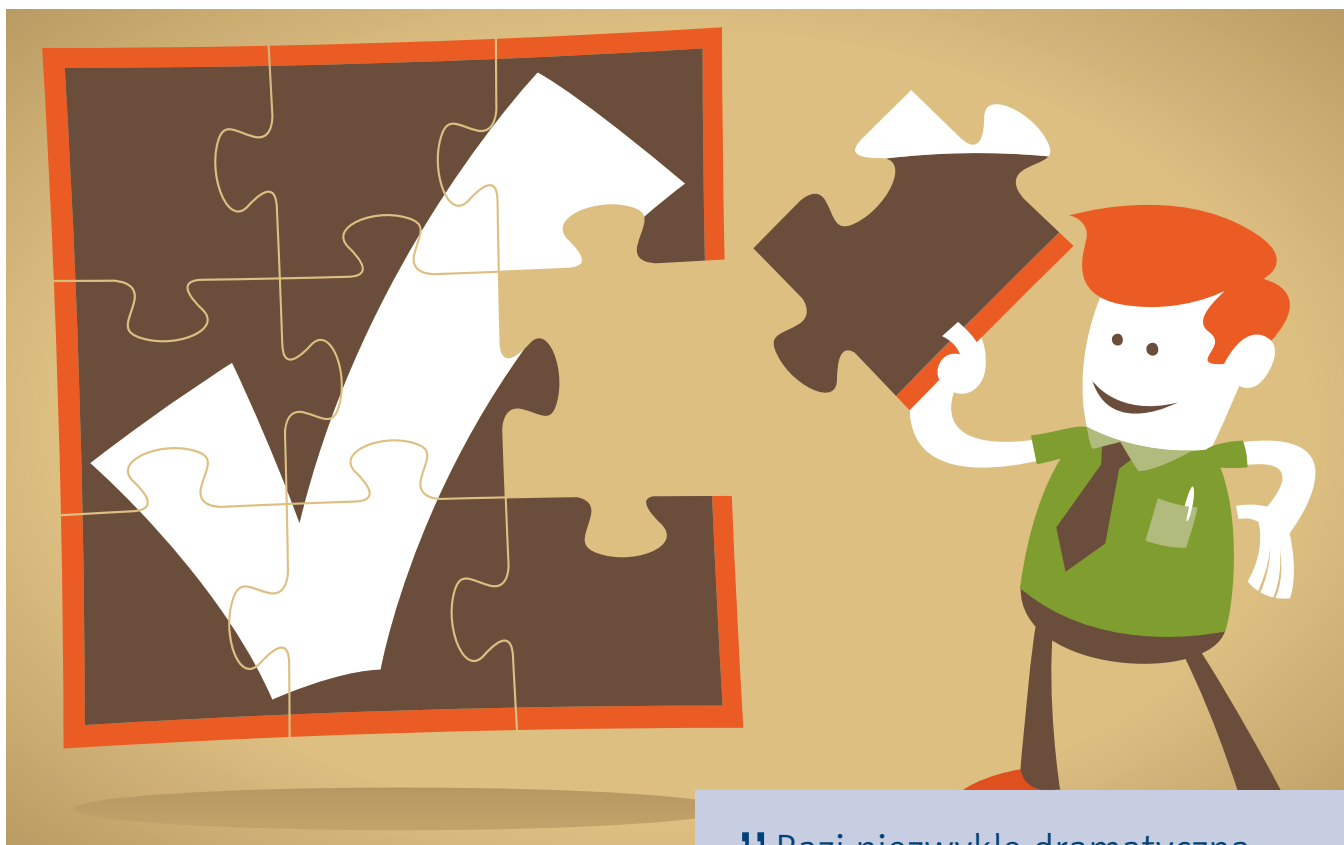
Trzeba też zastanowić się, czy proponowane regulacje akredytacyjne nie naruszają dobrze pojętej zawodowej autonomii, która jest szansą i powinna służyć dobru pacjenta. Należy pewne obszary pozostawić wolności pielęgniarskiej, farmaceutycznej, lekarskiej, licząc na własne mechanizmy regulacyjne dotyczące działania w poszczególnych zawodach.

Nie wyobrażam sobie, w jakiej mierze systemy akredytacyjne mogłyby oceniać to, co szczególnie istotne, a więc np. zdolności i sprawności operatora, pewnych cech osobowych związanych z umiejętnością podejmowania decyzji, umiejętności kontaktu z pacjentem rodzącym zaufanie i bezpieczeństwo. A przecież są to sprawy pierwszorzędne dla zapewnienia pacjentowi wysokiej jakości leczenia i bezpieczeństwa.

Piątą wątpliwością jest konieczność uświadomienia, że jesteśmy w stanie uregulować i ująć w standardy tylko niewielką część zdarzeń w szpitalu. Świadomość wielowymiarowości spraw implikuje konieczność zachowania niezwyklej pokory i delikatności. Olbrzymią pychą byłoby zawłaszczanie przez systemy akredytacyjne monopolu na pojęcie „jakość”. Stąd wyrasta mój osobisty sprzeciw wobec używania tego terminu w kontekście proponowanych działań formalizacyjnych. Niosą one oczywiście swego rodzaju cenny wkład, nie mogą jednak – w żadnej mierze – przypisywać sobie monopolu na wielowymiarowe zagwarantowanie faktycznej jakości. Stąd zajmowanie się sprawami „jakości” wymaga akceptacji i świadomości ograniczonej roli w uczestniczeniu w procesach dokonujących się w szpitalu.

Autorytet w praktyce

Warto się zastanowić, jakie jeszcze warunki powinny być spełnione, jeśli rzeczywiście myśli się o skutecznym



„Razi niezwykle dramatyczna szczegółowość, wchodzenie w każdą najmniejszą szczelinę rzeczywistości”

nym wprowadzaniu standardów, które mają realnie świadczyć o jakości jednostek i w sposób przekonujący zapewniać bezpieczeństwo pacjentom. Wydaje mi się, że niezbędnym warunkiem jest wprowadzanie ich przez osoby, które znają w praktyce wszystkie aspekty działalności czy to lekarza, pielęgniarki, farmaceuty, czy też diagnosty laboratoryjnego bądź fizjoterapeuty. I na przestrzał znają praktyczne wymiary codziennej działalności z zachowaniem praktycznego zrozumienia z tymi, wśród których pracują. Nigdy nie będzie przekonujące wprowadzanie standardów akredytacyjnych przez osoby, które nie sprawdziły się w swoich zawodach bądź od nich uciekły. Tylko wyjątkowo uzdolnione osoby o formacji teoretycznej są w stanie przeniknąć skutecznie do środowiska medycznego, ale z koniecznością wykazania niezwyklej inteligencji emocjonalnej i delikatności.

Żaden sprawny mechanik samochodowy – doświadczony, spracowany i zanurzony w smarach – nie będzie brał na serio wskazówek teoretyka stojącego nad jego plecami i pouczającego, w jaki sposób ma przeprowadzić naprawę.

Spór ideologiczny

I jeszcze jedna – nieśmiała – uwaga. Obawiam się, że dość istotnym tłem wątpliwości związanych z wprowadzeniem opresji formalizującej działania w obszarze medycyny są pewne fundamentalne różnice w sposobie oglądu świata i roli pełnionej przez osoby troszczące się

o zdrowie chorych. Dotąd działalność osób wykonujących zawody medyczne, a przede wszystkim lekarzy i pielęgniarek, oparta była na pewnym – przekazywanym z pokolenia na pokolenie – etosie zawodowym, najwyżej częściowo skodyfikowanym. Związana była z tym swego rodzaju szczególna formacja będąca niezwykle istotnym elementem kształtowania postaw, utwierdzania w merytorycznie optymalnych i ofiarnych sposobach działania.

Obawiam się, że u podstaw pokus związanych z kwestionowaniem dotychczasowego sposobu zarządzania jest swego rodzaju brak zaufania, który rodzi konieczność coraz bardziej szczegółowych regulacji. Tutaj ocieramy się chyba nawet o sprawy filozofii życia, spojrzenie na człowieka... Nie przesadzam, gdyż wyczuwam mocno, jak wprowadzane regulacje mogą wpłynąć na sposób wykonywania zawodu lekarza, pielęgniarki czy farmaceuty...

Z wewnętrznej powinności i doświadczenia mogę stwierdzić, że w przestrzeni postępowania medycznego nadmierne regulacje mogą okazać się niezwykle ryzykowane. Ponieważ: po pierwsze nie są w stanie regulacji doprowadzić do perfekcji i tylko eskalować będą spiralę następnych regulacji, a – po drugie – odciągną



przedmiot codziennego zaabsorbowania opiekujących się pacjentami ku rzeczywistości „zgodności papierowej” – tworząc swego rodzaju równoległy, wytworzony świat.

Konkludując: nie jestem pewny, czy nowy wykreowany świat akredytacyjnie zweryfikowany (z rozbudowaną machiną biurokratyczną) będzie dla pacjenta bezpieczniejszy niż jeszcze niedawny system funkcjonujących dwóch czy trzech lekarzy w szpitalu powiatowym (czy w niemal na każdym innym posterunku), oddanych do granic poświęcenia, wypełniających misję, których rzeczywistą ambicją było otoczenie opieką pacjentów swojego rejonu i zapewnienie im bezpieczeństwa.

Takiej też powinności uczyłem się jako młody chłopiec przed wyborem zawodu – spoglądający na wykonywanie zawodu lekarza przez mojego dziadka, który z heroizmem niestrudzenie – nawet jako niemalże dziewięćdziesięcioletni starzec – wędrował od chaty do chaty w wioskach, których mieszkańców otaczał swoją opieką.

Do refleksji czy rewizji

Wydaje się, że możliwe jest zaakceptowanie ośrodka wiodącego – akredytującego podmioty świadczące

usługi w zakresie zdrowia społeczeństwu, jednakże zasady przedstawiane przez jednostkę akredytacyjną powinny być – związku z jej uprzywilejowaniem – poddane refleksji i rewizji. Szczególnie z udziałem środowiska lekarskiego. Jeśli doszło do przyznania CMJ-owi statusu „narodowego przewoźnika” – swego rodzaju monopolisty, powinno się zachować możliwość wpływu na kształt proponowanych rozwiązań – w imię uzyskania ich możliwie optymalnej przydatności.

Zastanawiam się, dlaczego prezentowana lista szpitali akredytowanych przez CMJ w Ochronie Zdrowia jest dość skąpa. Prezentuje ona nawet ośrodki, które w przeszłości były akredytowane, choć nie ponowiły swojego trzyletniego „akcesu”. Dlaczego wśród nich są tylko pojedyncze szpitale kliniczne czy w większej części szpitale wiodące?

Na pewno kluczem do większego zainteresowania i akceptacji systemu byłoby rozważne przejrzanie listy standardów i ich urealnienie ze znaczącym odchudzeniem. Najgorszą formą jest – do czego asumpt stanowi opisywane zarządzenie prezesa NFZ – skierowanie sepek polskich szpitali na kontrowersyjną drogę akredy-

tacji z racji na wzbudzony lęk, że przy kontraktowaniu odstające (tzn. nieprawomyślne) szpitale dostaną o kilka punktów mniej.

Zasady przedstawiane przez jednostkę akredytującą powinny być – związku z jej uprzywilejowaniem – poddane szczególnej dyskusji i racjonalnej rewizji – jeśli rzeczywiście mają wpływać w sposób znaczący na funkcjonowanie polskiego systemu opieki zdrowotnej.

Konieczność świadomego wyboru

Decyzje dotyczące przystępowania do akredytacji powinny być podejmowane w szpitalach po racjonalnym rozważeniu, jakie korzyści przyniesie takie postępowanie. To znaczy po ukazaniu, co w szpitalu zmieni na dobre przystąpienie do systemu. Na ile rzeczywiście wymierne efekty będą przeważały nad kosztem ich wprowadzenia, a także jego sposobem. To po stronie dążących do prowadzenia akredytacji jest przedstawienie praktycznych argumentów i przekonanie do słuszności wprowadzania zmian.

Obawiam się, że w dużej części szpitale decyzje podejmowane są pod pewną presją i w pośpiechu, nie raz w sposób wymuszony. Wynika to, po pierwsze, z lęku przed utratą punktów przy nowym procesie kontraktowania (choć jednak jest to dość jeszcze mglista i niepewna sprawa), po drugie, z presji przyznania specjalnych funduszy proponowanych akredytującym się szpitalom. Po trzecie, z powodu pewnej naturalnej – częściowo zrozumiałej – presji komórek szpitala zajmujących się „jakością”. Problemem ich jest, że stanowią one często „teoretyczne” ciała stanowiące kontrapunkt dla wykonujących organiczną pracę jednostek organizacyjnych, na których barkach złożona jest codzienna odpowiedzialność za funkcjonowanie szpitala.

Łatwo przewidzieć powstanie w najbliższych miesiącach swego rodzaju narodowej trzęsączki akredytacyjnej. Trzeba będzie przekonać się, czy chodzi o rzeczywisty skok jakościowy naszych szpitali, czy raczej o modę bądź nawet chorobę.

Szpital, o jaki nam chodzi

W podtekście wybrzmiewa jednak pytanie, o jaki szpital nam chodzi? Czy uratujemy najlepsze i najlepsze wymiary myśli szpitalnej pomocy choremu diagnozowanemu czy leczonemu, czy staniami się twórcami papierowych cyborgów wypełniających wyalienowany świat bezdusznej korporacji.

Jest olbrzymie ryzyko, że wprowadzenie systemów akredytacyjnych poprawi samopoczucie zarządzających i wprowadzających standardy. Można jednak podejrzewać, że będzie to zabawa kosztem tych, którzy na co dzień – element po elemencie – organicznie opiekują się chorymi. Przywołuję element zabawy, gdyż usłyszałem od jednego z kolegów – lekarzy (niezwykle oddanego swym pacjentom) z obecnie akredytującego się

szpitala – właśnie taki opis sytuacji: chodzą po szpitalu, wskazują palcami i chyba dobrze się bawią naszym kosztem.

Trzeba być pewnym, że uniknie się takiego właśnie scenariusza, który – szczególnie w szpitalach akademickich, w których refleksja nad rzeczywistością akredytacyjną będzie pewnie wyraziście wyrażona – byłby porażką.

Jeśli wskazane wyżej obawy są płonne, jeśli – mimo wskazanych zagrożeń – są rzetelne argumenty, wtedy oczywiście do działa. Dołączę ze sztandarem do działania.

Jakie warunki muszą zostać spełnione, by systemy akredytacyjne były szerzej akceptowane i przyswojone w środowisku medycznym? Powinny spełnić co najmniej dwa podstawowe kryteria. Po pierwsze, powinno się udowodnić, że dążymy nie do formalizacji, tylko do zmniejszania obciążeń administracyjnych, upraszczania spraw, a nie ich komplikowania. Drugim warunkiem koniecznym jest zachowanie autonomii przynależnej medycznemu zawodom.

Czy grozi nam makdonaldyzacja szpitali? Być może są takie tendencje „światowe” (?), choć nie można zapomnieć, że nie tylko w szpitalach akademickich są miłośnicy włoskich czy francuskich win, kuchni lyońskiej i swego rodzaju wielowymiarowego artyzmu w codziennym wypełnianiu swych medycznych powinności.

Szczepan Cofta
Autor jest naczelnym lekarzem Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu.



D&G Consulting Sp. z o.o. - lider na rynku doradczo-szkoleniowym w branży ochrona zdrowia, specjalizujący się w szkoleniach personelu medycznego oraz w zakresie wdrażania standardów Programu Akredytacji Szpitali i systemów jakości

zaprasza
pracowników mazowieckich NZOZ-ów z sektora MMŚP,
które dotychczas nie korzystały ze wsparcia
w zakresie projektów szkoleniowych w ramach Poddziałania 8.1.1 POKL
(w ramach konkursów ogłoszonych w woj. mazowieckim w latach 2007-2011)
do udziału w projekcie szkoleniowym pt.

Mazowieckie NZOZ-y na szóstkę z plusem

współfinansowanym z Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Zakres szkoleń obejmuje następujące moduły tematyczne:

MODUŁ 1: JAKOŚĆ W NZOZ
MODUŁ 2: PROFESJONALNA OBSŁUGA PACJENTA W NZOZ
MODUŁ 3: BEZPIECZNY I PRZYJAZNY NZOZ

Szkolenia realizowane są w Warszawie, w weekendy. Osobom spoza Warszawy zapewniamy nocleg. Projekt objęty jest pomocą de minimis.

Uczestnicy nie ponoszą żadnych kosztów udziału w szkoleniach.
SERDECZNIE ZAPRASZAMY!

Szczegółowe informacje: www.dgc.pl, e-mail: projekty@dgc.pl

