

Raport Europejskiej Federacji Szpitali HOPE



Fot. Zx istockphoto.com

Dowody naukowe a zarządzanie ochroną zdrowia 2019

Eksperci omówili wyzwania i szanse związane z intensywniejszym wykorzystaniem dowodów naukowych w procesach decyzyjnych w zarządzaniu ochroną zdrowia. Przedstawiamy wnioski zaprezentowane przez badaczy, decydentów politycznych, menedżerów i innych interesariuszy, zestawiając je z doświadczeniami uczestników Programu Wymiany Menedżerów HOPE.

Od 2 do 4 czerwca 2019 r. słoweńska Federacja Instytucji Opieki Zdrowotnej gościła uczestników zorganizowanego w Lublanie Kongresu Europejskiej Federacji Szpitali HOPE – AGORA 2019, poświęconego wykorzystaniu dowodów naukowych w procesach decyzyjnych w zarządzaniu ochroną zdrowia (*Evidence-Informed Decision-Making in Healthcare Management*).

Kongres zakończył 38. edycję Programu Wymiany Menedżerów Europejskiej Federacji Szpitali HOPE, w którym udział wzięło 123 uczestników z 23 spośród 30 krajów zrzeszonych w HOPE. Jak zwykle uczestnicy programu przedłożyli sprawozdania z 4-tygodniowych pobytów za granicą w rozmaitych placówkach ochrony zdrowia, omawiając m.in. swój udział w realizowanych tam licznych projektach. Program Wymiany

Menedżerów odgrywa kluczową rolę w realizacji celu HOPE, jakim jest promowanie wiedzy oraz wymiana specjalistycznych kompetencji na terenie Unii Europejskiej i poza jej granicami. Stwarza on uczestnikom szansę zebrania bezcennych doświadczeń i udziału w szkoleniach organizowanych przez pracowników placówek szpitalnych i sektora opieki zdrowotnej z całej Europy. Dzięki temu zyskują oni lepsze zrozumienie mechanizmów funkcjonowania europejskich systemów opieki zdrowotnej i szpitalnej. Program umożliwia także wspólną naukę i wymianę informacji o najlepszych praktykach działania.

HOPE nawiązała współpracę z Uniwersytetem Amsterdamskim i badaczami zrzeszonymi w sieci szkoleniowej *Maria Skłodowska-Curie Innovative Training*

Network (ITN) for Healthcare Performance Intelligence Professionals – HealthPros. Celem współpracy jest badanie gromadzonych danych na temat wyników działań na potrzeby procesów kierowania i zarządzania instytucjami.

Przed rozpoczęciem programu wymiany menedżerów na rok 2019 jego uczestników (ale także uczestników poprzednich edycji) poproszono o wypełnienie internetowego kwestionariusza zawierającego pytania na temat wykorzystania danych o wynikach działań zdrowotnych w ich macierzystych placówkach. W trakcie programu uczestników poproszono o zwrócenie uwagi na praktyki w tym zakresie stosowane w goszczących ich krajach i instytucjach, a następnie krótkie omówienie swoich spostrzeżeń przed rozpoczęciem HOPE AGORA. Informacje zostały przedstawione w formie notatek sporządzonych według określonego wzoru. Obserwacje uczestników włączono też do poszczególnych prezentacji krajowych. Podczas Kongresu w Lublanie była możliwość zapoznania się ze wstępnymi wynikami przeprowadzonej ankiety i ich szczegółowym omówieniem.

W trakcie HOPE AGORA analizowano wyzwania i szanse związane z intensywniejszym wykorzystaniem dowodów naukowych w procesach decyzyjnych w zarządzaniu ochroną zdrowia. Celem prowadzonych dyskusji było zrozumienie różnych podejść do procesu decyzyjnego w ochronie zdrowia, prezentowanych przez menedżerów, badaczy, decydentów, pacjentów i inne zainteresowane strony. Rozmowy przyczyniły się do wymiany doświadczeń dotyczących wykorzystania dowodów naukowych w procesach decyzyjnych przez różne placówki opieki zdrowotnej w krajach europejskich.

Podczas trwającego dwa dni wydarzenia omówiono poglądy prezentowane przez badaczy, decydentów politycznych, menedżerów i innych interesariuszy, zestawiając je z doświadczeniami uczestników Programu Wymiany Menedżerów HOPE.

AUSTRIA

Koordinator krajowy Programu Wymiany

Menedżerów HOPE: Gertrud FRITZ

Uczestnicy wymiany w 2019 r.:

Antonia CASTELLANO (Hiszpania)

Haik DIJKHUIS (Holandia)

Milagros ESTRADA (Hiszpania)

Claire MARANDIN (Francja)

Annika STEMANN (Niemcy)

Katarina VOJVODIC (Serbia)

W krajowym raporcie dla Austrii przedstawiono trzy obszary dobrej praktyki, dotyczące oceny technologii medycznych (HTA), procesu współdecydowania oraz ankiety na temat doświadczeń pracowniczych. Ocena technologii medycznych jest procesem o charak-

” Celem oceny HTA jest przekazanie decydentom informacji potrzebnych do tworzenia bezpiecznych, skutecznych i możliwie najbardziej wartościowych programów polityki zdrowotnej, w których centrum znajduje się pacjent ”

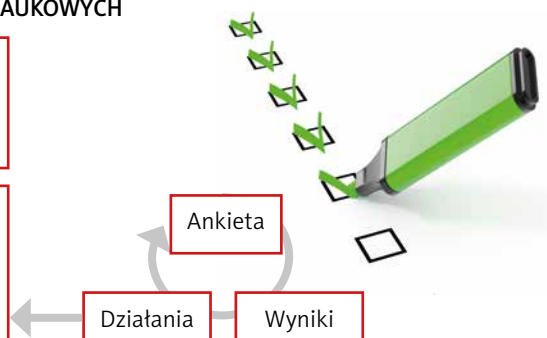
terze multidyscyplinarnym. W jej ramach dokonuje się podsumowania informacji na temat kwestii medycznych, społecznych, ekonomicznych i etycznych, które wiążą się z wykorzystaniem danej technologii medycznej w naukowy, systematyczny, przejrzysty, bezstronny i niezawodny sposób. Celem oceny HTA jest przekazanie decydentom informacji potrzebnych do tworzenia bezpiecznych, skutecznych i możliwie najbardziej wartościowych programów polityki zdrowotnej, w których centrum znajduje się pacjent. Uczestnicy programu wymiany menedżerów w Austrii w swoim raporcie odnieśli się do przykładu Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, prywatnej placówki o charakterze niezarobkowym, która wspiera decydentów w procesach podnoszenia wydajności i racjonalności wykorzystania dostępnych zasobów. Według doniesień uczestników w latach 2008–2019 Instytut przeprowadził 104 systematyczne oceny pojedynczych produktów medycznych ukierunkowanych na interwencje (ang. *single medical products targeting interventions*), w tym 75 nowych ocen i 29 aktualizacji ocen wcześniejszych. Rezultaty wskazują na rozbieżności pomiędzy zaleceniami wynikającymi z ocen HTA a ostatecznie podejmowanymi decyzjami. Jednym z przykładów uwzględnienia oceny HTA jest decyzja o zmianie wskazania, która w 2000 r. przyniosła oszczędności w Klinice Uniwersyteckiej w Grazu. Uczestnicy programu zwrócili uwagę na zagrożenia związane z oceną HTA, która może być źródłem konfliktów. Oceny tego rodzaju muszą jednak stanowić element krajowej kultury medycznej i politycznej.

Ze współdecydowaniem mamy do czynienia w sytuacji, gdy pracownicy ochrony zdrowia wspólnie z pacjentami podejmują decyzje o charakterze medycznym dotyczące wyboru najlepszego sposobu jego leczenia. Proces współdecydowania kształtują najlepsze źródła informacji o dowodach naukowych, wiedza i doświadczenie świadczeniodawcy oraz wartości i preferencje pacjenta. Stosowany w Austrii model udziału pacjenta w podejmowaniu decyzji opiera się na podejściu SHARE, obejmującym pięć elementów: 1) Zabiegaj

PROCESY DECYZYJNE OPARTE NA DOWODACH NAUKOWYCH

Menedżerowie winni korzystać z najlepszego stylu zarządzania w kontekście określonej kultury organizacyjnej oraz oczekiwań i potrzeb pracowników

- Posiedzenia zarządcze – rotacyjna wymiana pielęgniarek i lekarzy na oddziałach
- *Team day*
- Biuletyn informacyjny



o zaangażowanie ze strony pacjenta; 2) Pomóż pacjentowi zapoznać się z dostępnymi opcjami leczenia i je porównać; 3) Oceń wartości i preferencje pacjenta; 4) Podejmij decyzję wraz z pacjentem; 5) Oceń decyzję pacjenta. Opisane podejście daje pacjentom większe poczucie bezpieczeństwa, może także budować ich silne zaangażowanie w proces własnego zdrowienia. Poczucie sprawczości przekłada się także na większe upodmiotowienie pacjenta, przestrzeganie zaleceń terapeutycznych i lepsze wyniki. Ewentualne przeszkody we współdecydowaniu mogą wynikać z braku pewności po stronie pacjenta i jego niechęci do poddania się leczeniu, a także z tego, że dowody dotyczące zagrożeń i korzyści związanych z podejmowaną decyzją są niepewne lub nie ma ich w ogóle. Udział pacjenta w procesie decyzyjnym to nie kwestia wyboru, lecz imperatyw etyczny i podmiotowe prawo osoby chorej.

Ankieta pracownicza stanowi narzędzie badania poziomu zadowolenia wśród członków personelu medycznego – najważniejszego zasobu w systemie opieki zdrowotnej. Satysfakcja z pracy określa postawę pracownika wobec wykonywanych obowiązków. Zadowolonych pracowników cechują większa motywacja, lepsze wyniki i rzadsza nieobecność w miejscu pracy. Na satysfakcję z pracy wpływa szereg czynników, wśród których uczestnicy Programu Wymiany Menedżerów HOPE wskazują m.in. wynagrodzenie i otrzymywane świadczenia, uznanie, awanse zawodowe i wsparcie ze strony kolegów i koleżanek z pracy oraz kierownictwa, warunki i bezpieczeństwo pracy, a także czynniki o charakterze demograficznym, takie jak płeć, stan cywilny, poziom wykształcenia i wiek. W ramach ankiety badaniu poddano relacje z kierownictwem i współpracownikami, a także zajmowane stanowisko, koncentrując się na pięciu wymiarach: sprawiedliwości, wiarygodności, szacunku (zaufania do menedżerów), dumy z wykonywanej pracy oraz ducha zespołowego. Ankiety przeprowadza się zwykle co trzy lata i ma ona anonimowy i dobrowolny charakter. Informacje dotyczące ankiety i kwestionariusza przekazano do wszystkich członków personelu, a placówki szpitalne mogą je uzupełniać o inne pytania. Na podstawie uzyskanych wyników wdrożono kilka rozwiązań, m.in. w postaci

posiedzeń zarządczych i biuletynów dla pozostałych członków personelu w szpitalach.

DANIA

Koordynator krajowy Programu Wymiany Menedżerów

HOPE: Thomas ENGSIG-KARUP

Uczestnicy wymiany w 2019 r.:

Desmond CARTER (Wielka Brytania)

José Luis GARCÍA GARMENDIA (Hiszpania)

Gabriele KOCH (Austria)

Marieke KRAL (Holandia)

Anna-Kaisa PARKKILA (Finlandia)

Dangyra RUSECKIENE (Litwa)

Rahel Gabriele VONO (Niemcy)

W Danii wiele pracy wkłada się w tworzenie innowacyjnych rozwiązań i budowę zaufania. W proces ten zaangażowane są wszystkie zainteresowane strony. Poczucie zaufania przekłada się na innowacyjność w poszukiwaniu odpowiedzi na wyzwania związane z wdrażaniem nowych pomysłów. Przykładem działań, których celem jest budowa zaufania i tworzenie nowatorskich rozwiązań, jest aplikacja pod nazwą *dit forløb* dla osób oczekujących na poważne operacje w placówkach szpitalnych. Aplikacja dostarcza pacjentom, członkom ich rodzin i opiekunom wszystkie informacje dotyczące tego, co wydarzy się przed przyjęciem do szpitala, w trakcie przyjęcia oraz później. Wśród opisanych w raporcie przykładów można wskazać opracowany przez pracownika samorządowego odtwarzacz muzyki dla osób cierpiących na chorobę Alzheimera. Dla pacjentów z nowotworami stworzono aplikację, która łagodzi ich niepokój i zapewnia możliwość bezpośrednich konsultacji z lekarzami przed operacją. Dla chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc opracowano aplikację, która wspiera ich w środowisku domowym i umożliwia monitorowanie ich stanu.

Uczestnicy programu wymiany wskazali również przykłady wzmocnienia pozycji personelu pielęgniarskiego. Do obowiązków pielęgniarek należą działania koordynacyjne oraz związane z badaniami i rozwojem. Przykładem wzmocnienia roli pacjentów i obywateli jest projekt pod nazwą *Borgerdesign*, polegający na tym,

że systemy opieki zdrowotnej projektuje się stosownie do potrzeb obywateli. Upodmiotowienie pacjentów przejawia się również troską o ich uczucia przed wizytą lekarską i rozpoczęciem leczenia. Z pacjentami rozmawia się o ich stanie emocjonalnym i uwzględnia się ten stan w procesie decyzyjnym lekarzy klinicystów. Kolejnym przykładem podmiotowej roli pacjenta jest pozostawienie w gestii chorego decyzji o czasie przeprowadzenia konsultacji lekarskich. Wreszcie władze samorządowe kontaktują się z obywatelami w kwestiach związanych z jakością życia.

Kluczową rolę odgrywają dane, bez których nie byłoby możliwe nic. W Danii gromadzenie i wykorzystanie danych odbywa się na wszystkich szczeblach systemu (krajowym, regionalnym i szpitalnym), a dostęp do nich mają wszyscy obywatele. Poszczególne regiony gromadzą dane z placówek szpitalnych i wspierają je w realizacji zadań. Szpitale z kolei wykorzystują wskaźniki ogólnokrajowe na potrzeby bieżącej działalności zarządczej i rozwoju swoich procesów. Dane są dostępne w czasie rzeczywistym. Jednym z przykładów jest zaprezentowany przez uczestników wymiany wskaźnik wykorzystania łóżek na oddziałach szpitalnych. Rejestracji podlegają także dane dotyczące ścieżki leczenia pacjenta.

W konkluzji należy stwierdzić, że zaufanie stanowi podstawę budowy silniejszej pozycji personelu i pacjentów w procesie budowy lepszego zarządzania opieką zdrowotną.

FRANCJA

Koordinator krajowy Programu Wymiany Menedżerów

HOPE: Antoine MALONE

Uczestnicy wymiany w 2019 r.:

Bruno DESCOURS (Dania)

Xavier FRANCÀS BIS (Hiszpania)

Claire GAZZOTTI (Belgia)

Daniela IVANOV (Mołdawia)

Carla Sílvia NEVES DA NOVA FERNANDES (Portugalia)

Malin REX (Szwecja)

Carolien SWART (Holandia)

Kristina TISCHLER (Niemcy)

Giulia ZUMERLE (Włochy)

W celu poznania sposobów gromadzenia i wykorzystania danych w trakcie pobytu we Francji uczestnicy programu skierowali stosowną ankietę do pracowników różnych obszarów ochrony zdrowia. Odpowiedziały 43 osoby, spośród których 83 proc. zadeklarowało, że przeprowadzą porównanie posiadanych danych z danymi innych placówek szpitalnych lub danymi na szczeblu krajowym.

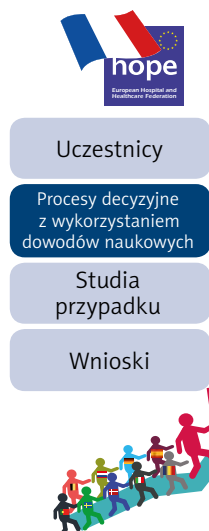
Zgodnie z celem przyjętym na 2022 r., zakładającym realizację 70 proc. świadczeń w warunkach opieki dziennej w ośrodku Centre Hospitalier Saint Briec, podjęto decyzję o przeznaczeniu jednego bloku szpi-

” Źródłem sukcesu szpitala jest nie tylko infrastruktura placówki. Z organizacyjnego punktu widzenia niezbędne są prawidłowo wdrożone procesy ”

tala na działalność ambulatoryjną. Decyzja ta dawała możliwość optymalizacji wykorzystania miejsc i procesów pracy oraz likwidacji nieefektywności w gospodarowaniu zasobami infrastruktury. Do oceny skali potencjalnego rozszerzenia działalności ambulatoryjnej ośrodek Saint Briec wykorzystał wyjątkowo przydatne narzędzie informatyczne, przekazane nieodpłatnie przez Agencję Techniczną ds. Informacji o Ochronie Zdrowia (*Technical Agency for Information on Healthcare*). Na stronie ośrodka można znaleźć informacje o procentowym udziale opieki dziennej we wszystkich świadczeniach na tle średnich wskaźników regionalnych i krajowych. Szczególne zainteresowanie uczestników wymiany wzbudziła oferowana przez omawiane narzędzie możliwość szacunkowego określenia liczby pacjentów hospitalizowanych, których można przenieść do leczenia w trybie jednego dnia. Narzędzie umożliwia także ogólną ocenę bieżących wyników i wskazuje potencjał poprawy.

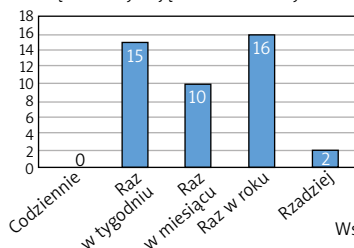
Po ustaleniu możliwości przygotowania nowego budynku szpital musiał podjąć decyzję o jego wielkości, kształcie i układzie wewnętrznym. W tym celu skorzystał z kolejnego narzędzia do podejmowania decyzji na podstawie dowodów naukowych, przekazanego przez Krajową Agencję Wspierania Działalności (*National Agency for Performance Support*). Narzędzie to pozwala prognozować skalę przyszłej działalności szpitala na podstawie danych bieżących. Następnie wskazuje optymalną powierzchnię nowego budynku oraz liczbę pomieszczeń każdego rodzaju. Przy pomocy architektów i licznych grup roboczych szpital Saint Briec podjął decyzję o sposobie organizacji przestrzeni, uzyskując w efekcie nowatorski blok szpitalny. Jego budowa została zatwierdzona przez COPERMO – krajowy organ właściwy do przeprowadzania tego rodzaju ewaluacji.

Źródłem sukcesu szpitala jest nie tylko infrastruktura placówki. Z organizacyjnego punktu widzenia niezbędne są prawidłowo wdrożone procesy. Jeszcze kilka lat temu szpital Saint Briec borykał się z niedoborami kadrowymi, długimi czasami oczekiwania i nieefektywnym transportem. Optymalizacji wymagały zwłaszcza wyjazdy w godzinach szczytu – wielokrotnie z konieczności odbywały się bez pacjentów, a załogi zawsze wracały do bazy. W przyjętej wizji zmian założono usprawnienie usługi polegające na skupieniu



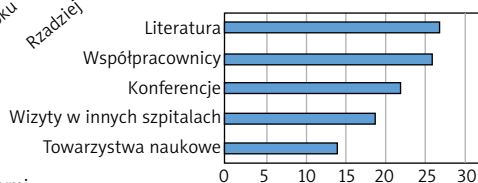
Ankieta: gromadzenie i wykorzystanie danych

Jak często korzystają Państwo z danych naukowych?



Większość personelu korzysta z literatury naukowej w ramach pełnionej funkcji

W jaki sposób aktualizują Państwo swoją wiedzę na temat najlepszych praktyk?



83% – porównanie z innymi placówkami szpitalnymi lub z danymi na szczeblu krajowym/regionalnym

wszystkich pracowników realizujących zadania transportowe w ramach centralnej struktury i jednocześnie digitalizacji systemu poprzez wdrożenie nowego oprogramowania. Każdorazowo przy wdrożeniu nowego oprogramowania w odpowiedni sposób opracowuje się wymagane parametry. Na przykład na potrzeby oceny procesu transportowego szpital Saint Briec gromadził stosowne dane przez 2 tygodnie, a jego przedstawiciele udali się także do innych placówek szpitalnych, w których już wykorzystywano podobne systemy. W celu określenia stosownych wymogów utworzono szereg zespołów roboczych, które przygotowały dokumentację.

Centralizacja i informatyzacja transportu przyniosły imponujące efekty. Przy tej samej liczbie pracowników szpital był w stanie wydłużyć godziny pracy obsługi transportowej, zapewniając ją również w weekendy. Nowe oprogramowanie udostępnia dane dotyczące codziennej aktywności, co umożliwia częste oceny wydajności i przesunięcia personelu w celu sprostania zapotrzebowaniu w okresach szczytowych. Planowanie zadań transportowych na podstawie obiektywnych danych ułatwiło ich realizację, zapewniając bezpieczne i terminowe przewozy pacjentów. Co więcej, widoczny jest bardzo wysoki poziom zaangażowania służb transportowych w wykonywaną pracę, która stała się uznanym zawodem.

W klinice Centre Hospitalier Universitaire Nancy problemem było planowanie i zarządzanie dostępnością łóżek szpitalnych w czasie rzeczywistym, a także prognozowanie wielkości zapotrzebowania kadrowego do zarządzania przepływami pacjentów (i uniknięcia przepełnienia na oddziałach). W tym celu wykorzystano aplikację internetową dostarczającą w czasie rzeczywistym dane o obłożeniu łóżek szpitalnych i planowanych przyjęciach. Dane statystyczne o przepływach pacjentów pozyskano na podstawie wcześniejszych informacji o hospitalizacjach w stanach ostrych i nagłych. Stosow-

ne dane pozyskano także na podstawie dokumentacji historycznej oraz średnich długości pobytu w zależności od przypadku chorobowego.

WŁOCHY

Koordynator krajowy Programu Wymiany

Menedżerów HOPE: Amleto CATTARIN

Uczestnicy wymiany w 2019 r.:

Zanda PUČUKA (Łotwa)

Ramón ROMERO SERRANO (Hiszpania)

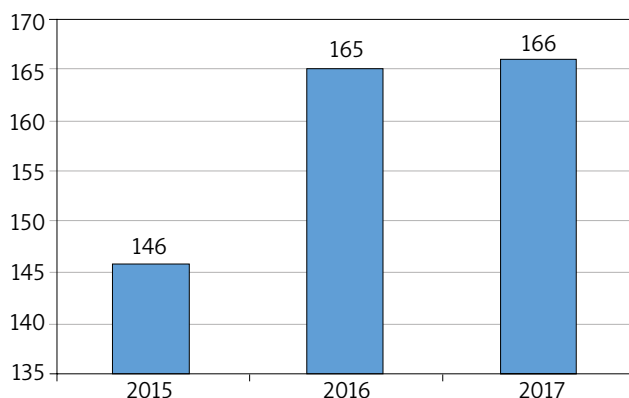
We Włoszech podstawę dobrych praktyk stanowi Krajowy Program Oceny Wyników (PNE), w ramach którego mierzone są uzyskiwane wyniki (kliniczne i organizacyjne) oraz wskaźniki hospitalizacji i działalności szpitali. Wyniki ocen są publikowane i wykorzystuje się je w charakterze wskaźników w procesach decyzyjnych. Ustalone wskaźniki następnie zapisuje się w ustawach regionalnych i na ich podstawie określa cele roczne dla placówek szpitalnych. Na potrzeby PNE wykorzystuje się sieci kliniczne i stosowane przez nie wytyczne. W ramach PNE mierzony jest m.in. poziom przestrzegania przez szpitale krajowego standardu jakości. Przyjęty cel dla pacjentów ze złamaniem kości biodrowej w wieku powyżej 65 lat zakłada przeprowadzenie operacji u 80 proc. hospitalizowanych osób w ciągu dwóch dni, co ma na celu zmniejszenie liczby powikłań i zgonów. Szpitale, w których wskaźnik pacjentów z wykonaną operacją w ciągu dwóch dni wynosi co najmniej 60 proc., otrzymują wynik częściowy. Inna z wytycznych programu PNE mówi, że liczba zgonów spowodowanych ostrym zawałem mięśnia sercowego zmniejszyłaby się o 834 w przypadku leczenia pacjentów w szpitalach mających co najmniej 100 tego rodzaju przypadków rocznie.

Uczestnicy programu przedstawili regionalne standardy dotyczące czasu (wyrażonego w minutach), jaki

Wykorzystanie dowodów naukowych w procesach decyzyjnych w zarządzaniu ochroną zdrowia

Główne narzędzia:
 – Standardy krajowe
 – Standardy regionalne
 – Krajowy Program
 Oceny Wyników (PNE)

AGENAS – Krajowa
 Agencja ds.
 Regionalnych Usług
 Zdrowotnych



pielęgniarka powinna poświęcić jednemu pacjentowi (TEMA), a także stosowne algorytmy liczenia. Uczestnicy zaprezentowali informacje na temat personelu i wyposażenia zapewniającego równy dostęp pacjentów do opieki zdrowotnej.

W dziedzinie onkologii uczestnicy wskazali wielodyscyplinarne zespoły onkologiczne (GOM), które określają ścieżkę leczenia pacjentów z nowotworami, mając na uwadze stosowanie najlepszych standardów terapii i konieczność zapewnienia zgodności z obowiązującymi wytycznymi klinicznymi.

Uczestnicy zaprezentowali także przykład Zero Trust – jednostki odpowiedzialnej za wykonywanie zadań o charakterze wyłącznie administracyjnym. Jej celem jest poprawa efektywności i produktywności poprzez skuteczniejsze wykorzystanie zasobów. Jednostka zapewnia obsługę innych lokalnych zarządów ds. zdrowia i opieki społecznej (a także zarządów szpitali klinicznych), przejmując i centralizując wykonywane przez nie wcześniej funkcje.

POLSKA

Koordinator krajowy Programu Wymiany Menedżerów:
 Bogusław BUDZIŃSKI (Polska Federacja Szpitali)

Uczestnicy wymiany w 2019 r.:

Olga BUKARICA (Serbia)

Maria J. MANTILLA (Hiszpania)

Ana M. MOROTE (Hiszpania)

Zastosowanie w środowisku pracy procesu zarządzania z wykorzystaniem informacji i dowodów naukowych wymaga szeregu zróżnicowanych działań, obejmujących identyfikację problemu, gromadzenie dowodów, korektę przyjętego planu i wdrożenie zmian. Dane mogą być pozyskiwane z różnych źródeł i oce-

niane z różnych perspektyw. Źródłem danych mogą być także zainteresowane strony (interesariusze). Po zgromadzeniu stosownych informacji i danych możliwe jest przełożenie ich na rzeczywistość. W ostatnim etapie następuje opracowanie planu, jego weryfikacja i ewentualne korekty.

Pierwszy z prezentowanych przykładów dotyczył decyzji podjętej przez niektóre polskie szpitale (Szpital Bielański w Warszawie, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie oraz Warszawski Szpital dla Dzieci) o wdrożeniu strategii Światowej Organizacji Zdrowia pod nazwą „Czysta opieka dla wszystkich jest w twoich rękach” (*Clean Care for All: It's in Your Hands*). W 2013 r. strategię tę, wspieraną przez polskie Ministerstwo Zdrowia, wdrożyło 165 placówek szpitalnych w kraju.

Higiena stanowi kluczowy element w procesie upowszechniania opieki zdrowotnej z trzech powodów: praktyka ta znajduje oparcie w dowodach naukowych, dowiedziono jej wpływu na jakość opieki i bezpieczeństwo pacjentów, a ponadto swoim zasięgiem obejmuje ona wszystkie poziomy opieki zdrowotnej. Działania w tym zakresie nie są kosztowne, a są bardzo efektywne. Od stuleci mycie rąk słusznie uznaje się za miarę higieny osobistej. Obecnie dostępnych jest wystarczająco dużo dowodów naukowych, z których wynika, że ta prosta i niedroga czynność przyczynia się do ograniczenia zakażeń. Na szczeblu instytucjonalnym menedżerowie zdrowia powinni uwzględnić higienę rąk jako jeden z celów jakościowych instytucji. Z danych przedstawionych przez uczestników wymiany wynika, że brak dbałości o higienę rąk naraża szpitale na problemy związane z bezpieczeństwem, problemy prawne oraz koszty.

Kolejna inicjatywa to „Pięć momentów higieny rąk”. Została ona wdrożona w 2019 r. Akcja stanowi kluczowy element działań mających na celu ochronę pacjentów, pracowników i placówek ochrony zdrowia przed rozprzestrzenianiem się czynników chorobotwórczych, a tym samym redukcję zakażeń nabywanych w związku z opieką zdrowotną. Pracowników ochrony zdrowia zachęca się do mycia rąk przed kontaktem z pacjentem i po takim kontakcie, przed wykonywaniem czystych (aseptycznych) zabiegów, po ekspozycji na płyny ustrojowe, a także po kontakcie z otoczeniem pacjenta.

W skrócie plan działania na rzecz poprawy higieny rąk obejmuje pięć kroków:

1. Zmiana systemowa – wymaga zapewnienia odpowiedniej infrastruktury umożliwiającej personelowi medycznemu stosowanie zasad higieny rąk w praktyce. Niezbędne jest zabezpieczenie dwóch podstawowych elementów: dostępu do bezpiecznego i stałego zaopatrzenia w wodę oraz środków myjących i ręczników, a także łatwo dostępnego preparatu do odkażania rąk na bazie alkoholu w miejscu opieki nad pacjentem.

2. Szkolenia i edukacja – zapewnienie wszystkim pracownikom ochrony zdrowia regularnego szkole-



„ Higiena stanowi kluczowy element w procesie upowszechniania opieki zdrowotnej z trzech powodów: praktyka ta znajduje oparcie w dowodach naukowych, dowiedziono jej wpływu na jakość opieki i bezpieczeństwo pacjentów, a ponadto swoim zasięgiem obejmuje ona wszystkie poziomy opieki zdrowotnej ”

nia na temat znaczenia higieny rąk zgodnie z metodą „Pięć momentów higieny rąk” oraz zgodnego z procedurami odkażania rąk preparatami alkoholowymi oraz mycia rąk.

3. Ewaluacja i informacja zwrotna – monitorowanie praktyki i infrastruktury higieny rąk oraz sposobu postrzegania i wiedzy na temat tych zagadnień wśród personelu ochrony zdrowia, a jednocześnie przekazywanie pracownikom zaobserwowanych wyników i informacji zwrotnej.

4. Przypomnienia w miejscu pracy – promowanie właściwej praktyki i przypominanie pracownikom ochrony zdrowia o tym, jak istotne jest zachowanie higieny rąk, a także o odpowiednich wskazaniach i procedurach.

5. Bezpieczeństwo instytucjonalne – stworzenie środowiska organizacji, które sprzyja podnoszeniu świadomości w zakresie bezpieczeństwa pacjentów, a jed-

nocześnie gwarantuje, że poprawa higieny rąk będzie traktowana na wszystkich szczeblach jako działanie priorytetowe.

Stosowanie wytycznych WHO dotyczących higieny rąk w opiece zdrowotnej wymaga działań w wielu obszarach. Istotne jest, aby w procesie ich wdrożenia uczestniczyły aktywnie osoby z kompetencjami do podejmowania najważniejszych decyzji. W ramach działań informacyjnych w celu zaangażowania personelu medycznego w proces zapobiegania zakażeniom nabywanym w związku z opieką zdrowotną dyrektor Szpitala Bielańskiego w Warszawie złożyła podpis i zamieściła swoje zdjęcie na każdym przypomnieniu. W Szpitalu Wojewódzkim na komputerze każdego pracownika wyświetlany jest wygaszacz ekranu przypominający o higienie rąk. Celem jest zapewnienie widocznego wzrostu higieny. Zgodnie z oczekiwaniami w 2020 r. kultura najwyższej higieny rąk ma trwale zagościć we wszystkich placówkach opieki zdrowotnej.

Drugim z przykładów jest wdrożony w Szpitalu Bielańskim w Warszawie proces segregacji medycznej (triaż), który zgodnie z wytycznymi systemu Manchester obejmuje pięć poziomów bezpieczeństwa pacjentów. Wdrożony system charakteryzują pewne specyficzne dla niego cechy. Zapewnienie jego prawidłowego funkcjonowania wiązało się z koniecznością zebrania stosownych danych i opracowania strategii postępowania dla osób korzystających z izb przyjęć. W związku ze zwiększającym się zapotrzebowaniem na świadczenia szpitalnych oddziałów ratunkowych wdrożono elektroniczny system segregacji medycznej, opracowany przez zespół ratownictwa medycznego przy wsparciu kierownictwa placówki. Przy wejściu na SOR zainstalowano urządzenie z ekranem dotykowym. Pacjent musi wskazać cel wizyty i wypełnić krótką ankietę. Dane z ankiet są przetwarzane zgodnie z przyjętym algorytmem, a pacjentom przypisywane są odpowiednie numery. Na innym ekranie wyświetlane są informacje o czasie oczekiwania dla poszczególnych numerów. Informacje te zmieniają się w zależności od powagi sytuacji.

Trzeci przykład dotyczy opieki nad osobami po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST (STEMI). Wskaźniki śmiertelności i zachorowalności w ostrym zawale serca są skorelowane z czasem, jaki upłynie od wystąpienia objawów do udrożnienia tętnicy. W tym zakresie bardzo przydatna jest telemedycyna i możliwość przesłania EKG pacjenta z pierwszego punktu opieki zdrowotnej w celu potwierdzenia diagnozy. W przypadku STEMI najbardziej zalecanym zabiegiem jest pierwotna przeszłonka interwencja wieńcowa (PCI). Optymalne leczenie pacjentów po STEMI wymaga współdziałania sieciowego na szczeblu regionalnym, w tym błyskawicznej koordynacji działań różnych służb. W Polsce funkcjonuje sieć szpitali wykonujących zabiegi PCI. W przypadku pacjentów z bólem w klatce piersiowej po zawiadomieniu służb ra-

townicznych wykonuje się i przesyła dalej badanie EKG. Z chwilą potwierdzenia diagnozy pracownia hemodynamiki szpitala referencyjnego przygotowuje wszystkie procedury i szykuje się na przyjęcie pacjenta i wykonanie zabiegu PCI.

PORTUGALIA

Koordinator krajowy Programu Wymiany Menedżerów

HOPE: Francisco Antonio MATOSO

Uczestnicy wymiany w 2019 r.:

Laureano FOLGAR ERADES (Hiszpania)

Linda FRIDENBERGA (Łotwa)

Calina LUNGU (Mołdawia)

Rebecca MASON (Wielka Brytania)

Sarah SCHRAML (Austria)

Mette JENSEN (Dania)

Robert ZACNIEWSKI (Polska)

Uczestnicy wymiany jako pierwszy przykład dobrej praktyki zaprezentowali sposób na skrócenie kolejek oczekujących na operację. Na mocy decyzji rządowej szpitale zostały zobowiązane do ujednoczenia sposobu gromadzenia danych. W efekcie na szczeblu regionalnym odnotowano skrócenie kolejek osób czekających na zabieg. Pacjenci mogą wybrać inną placówkę – prywatną lub publiczną, jeżeli nie jest przestrzegany docelowy czas oczekiwania zgodnie z przyjętymi standardami.

Drugi z przykładów dobrej praktyki dotyczy średniej długości pobytu w placówce, która skróciła się dzięki gromadzeniu i analizie danych. Główny nacisk w tym zakresie położono na procesy i ścieżki leczenia. Przed operacją i po jej wykonaniu przeprowadzano konsultacje z udziałem przedstawicieli wielu dyscyplin, dokonano także zmiany organizacji świadczeń zdrowotnych w taki sposób, by po wypisaniu ze szpitala pacjent otrzymywał je w domu.

Trzeci przykład dotyczy zarządzania leczeniem pacjentów ze złożonymi i przewlekłymi chorobami. W związku ze strukturą demograficzną populacji rośnie liczba osób cierpiących na schorzenia o skomplikowanym i przewlekłym charakterze. Podobny wzrost odnotowano również w przypadku liczby przyjęć na szpitalne oddziały ratunkowe. Aby pomóc pacjentom, na podstawie analizy danych statystycznych wdrożono skuteczny system koordynacji działań z pielęgniarkami środowiskowymi. W efekcie nastąpił spadek liczby osób korzystających z usług oddziałów ratunkowych.

Komentarz redaktora naukowego wydania polskiego

Z przyjemnością przedstawiamy wybrane fragmenty raportu Europejskiej Federacji Szpitali HOPE, który powstał w wyniku prac uczestników Europejskiego Programu Wymiany Menedżerów w roku 2019. Raport prezentuje przykłady dobrych praktyk, które za-



Wizja

$$\text{Wartość} = \frac{\text{Wynik leczenia pacjenta} \uparrow}{\text{Koszt związany z uzyskaniem wyniku} \downarrow}$$



obserwowali uczestnicy programu w różnych krajach europejskich. Prezentacja raportu odbywa się we właściwym czasie, bo całkiem niedawno Polska Federacja Szpitali oraz Centrala NFZ ogłosiły projekt kodeksu dobrych praktyk zarządczych w podmiotach leczniczych. Serdecznie zachęcam czytelników „Menedżera Zdrowia” do zapoznania się z dobrymi praktykami przedstawionymi w niniejszym opracowaniu. Pełną wersję w języku angielskim można znaleźć na stronie internetowej www.hope.be. Polscy menedżerowie ochrony zdrowia uczestniczą w Programie Wymiany Menedżerów HOPE od 2012 r. dzięki aktywności Polskiej Federacji Szpitali, która będąc pełnoprawnym członkiem HOPE i opłacając za polskie szpitale składki, organizuje nabór na poziomie krajowym, uczestniczy w procesie naboru na poziomie europejskim, a także koordynuje odbywanie stażu w ramach wymiany przez menedżerów zagranicznych w Polsce.

„Aby pomóc pacjentom, na podstawie analizy danych statystycznych wdrożono skuteczny system koordynacji działań z pielęgniarkami środowiskowymi”

Pragnę podziękować Bogusławowi Budzińskiemu, krajowemu koordinatorowi Programu HOPE Exchange w Polsce oraz wszystkim dyrektorom polskich szpitali, którzy przyjęli uczestników programu do zarządzanych przez siebie podmiotów. Program Wymiany Menedżerów HOPE jest unikalnym na skalę światową projektem z wieloletnią tradycją. Chciałbym nadmienić, że organizatorem bardzo udanego Kongresu HOPE w roku 2015 była Polska Federacja Szpitali.

Redakcja naukowa wersji polskiej:
Jarosław J. Fedorowski, prof. uniw., MD, PhD, MBA, gubernator
i członek prezydium HOPE, prezes Polskiej Federacji Szpitali