



Bezpieczeństwo Opieki Wkład i rola Towarzystw Naukowych

Barbara Kutryba

Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ)

Vice prezydent Europejskiego Towarzystwa Jakości w Ochronie Zdrowia
(ESQH)

Przewodnicząca Grupy Roboczej UE ds. Bezpieczeństwa Pacjenta i
Jakości Opieki

Warszawa, 12 grudnia 2011

- Opublikowano wiele opracowań naukowych dotyczących oceny i poprawy ochrony zdrowia w czasie ostatnich 30 lat.
- Odnotowuje się istotny postęp w opracowywaniu narzędzi stosowanych do pomiaru opieki, ich licznych aplikacji. Jednak problemy związane z jakością i bezpieczeństwem są nadal aktualne.
- Dyskusja na temat „przyspieszenia” i konsolidacji poprawy jakości pozostaje aktualna bardziej niż kiedykolwiek przedtem

Kłopoty z jakością (Prof. Richard Grol; WOK)

- Wielu pacjentów (30-45%) nie otrzymuje rekomendowanej (evidence -based) opieki
- 20-25% zabiegów operacyjnych, zleconych badań czy leków jest zbędne (i nie oparte o dowody naukowe)
- Zauważa się istotne, niewytłumaczalne różnicowania w jakości i bezpieczeństwie opieki
- Wielu pacjentów doznaje szkody w efekcie opieki i korzystania z usług zdrowotnych



quality assurance

patient satisfaction

quality improvement

total quality management

continuous quality improvement

clinical audit

clinical effectiveness

process management

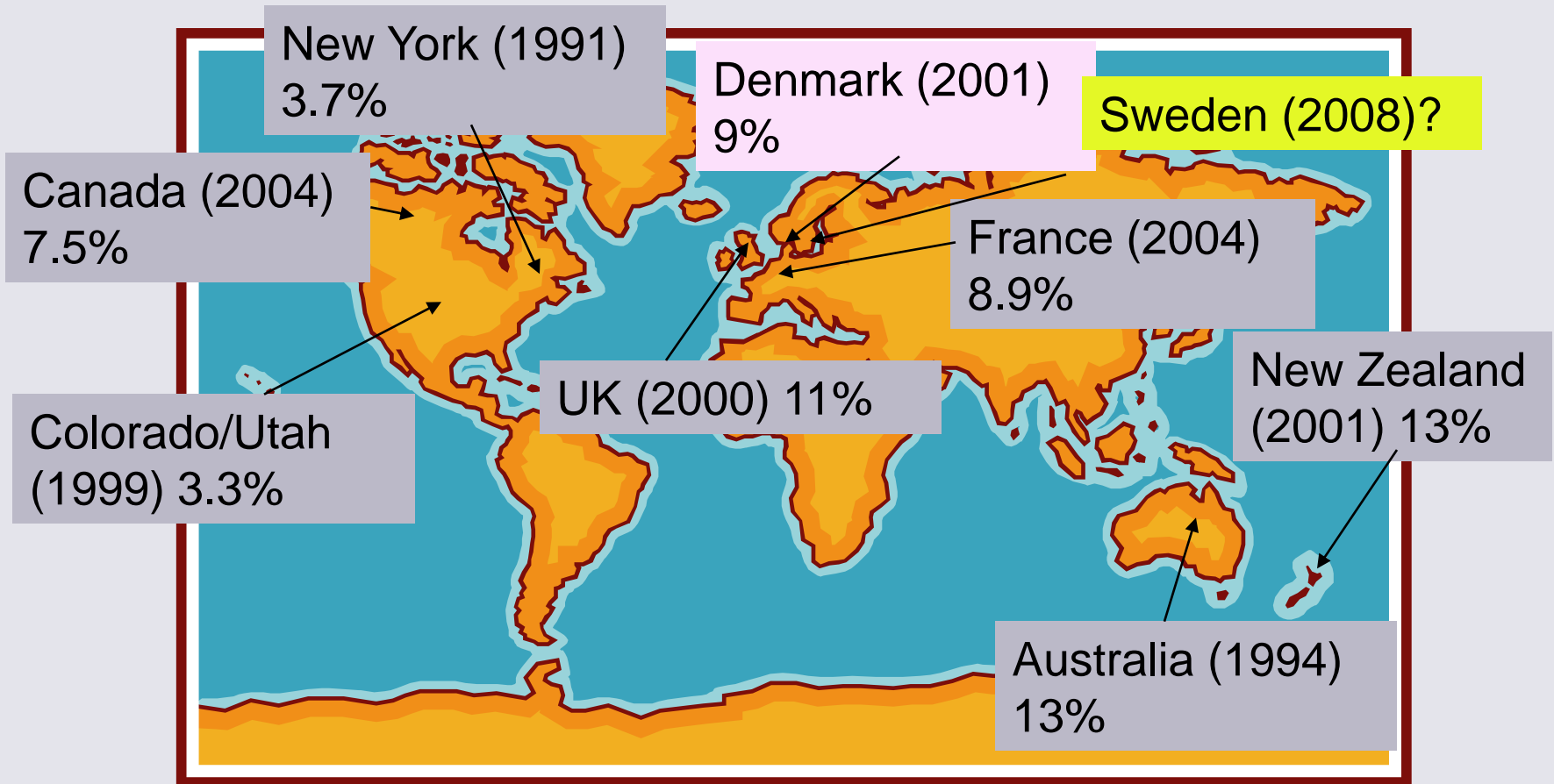
evidence-based medicine

clinical governance

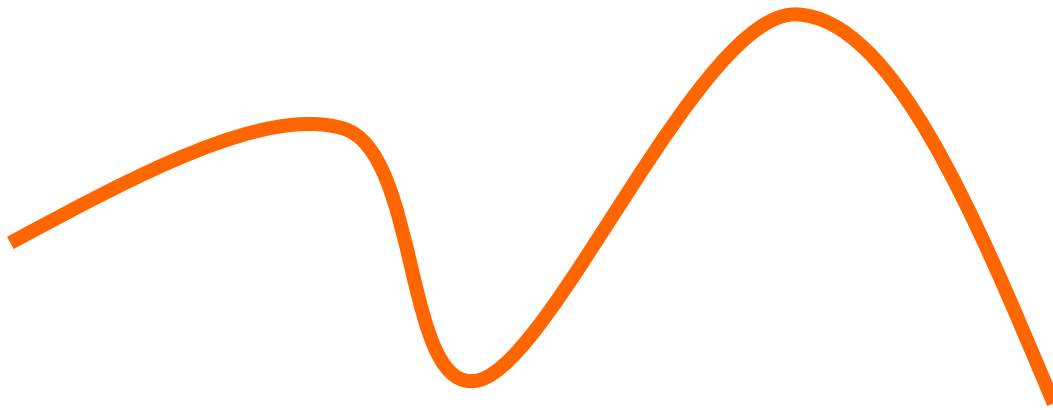
Patient safety

Patient Safety on the Healthcare Agenda

Danish Study published in 2001



Kiedy opieka zdrowotna zaliczy Orange Wire Test?



Sir Liam Donaldson The Lancet 2004; 364: 1567-1568

Strategia UE 2008-2013

eHealth



**Bezpieczeństwo
pacjenta**

**Wspólna
terminologia
+
Konsensus
co do narzędzi**

**Edukacja w jakości; np. komunikacja;
praca zespołowa; bezpieczna praktyka**



Grupa Robocza UE ds. Bezpieczeństwa Pacjenta i Jakości Opieki; 2005+

- Przewodniczący: Basia Kutryba
- Członkowie: przedstawiciele wszystkich 27 krajów UE
- Inne organizacje: WHO, OECD, Rada Europy, HOPE (European Hospital and Healthcare Federation), CPME (Standing Committee of European Doctors), Council of European Dentists, EFN (European Federation of Nurses Associations), PGEU (Pharmaceutical Group of the European Union), EPF (European Patients Forum), KOMISJA EUROPEJSKA; planowany udział Europejskiej Konsultacyjnej Grupy Konsumentów (ECCG).

Bruksela chce całkowitego otwarcia europejskiego rynku usług medycznych

Leczenie bez granic

Katarzyna Bartman
Katarzyna Wal

dziennikarki działu wydarzenia

To byłaby rewolucyjna zmiana: Komisja Europejska chce, by pacjenci mieli pełną swobodę w korzystaniu ze świadczeń medycznych na terenie całej Unii. Oznacza to, że leczylibyśmy się tam, gdzie byśmy chcieli.

Przygotowany przez unijnego komisarza ds. zdrowia Manuella Delors nowy projekt dyrektywy w sprawie usług medycznych ma być ogłoszony w Parlamencie Europejskim już 20 listopada.

Gdyby projekt wszedł w życie, chorzy nie musieliby już starać się o zgodę swojego kraju na leczenie za granicą. Aby dostać się na

zabieg w zagranicznej klinice wystarczyłby dowód, że są ubezpieczeni we własnym kraju, oraz zwykłe skierowanie od swojego lekarza. Rachunek za leczenie płaciłyby kraje, z których pochodzą pacjenci. I to po swoich stawkach. W przypadku Polaka byłby to Narodowy Fundusz Zdrowia. Zapłaciłby tyle, ile dany zabieg kosztuje u nas w kraju. Różnice obciążałyby budżety państw członkowskich. Chodzi o zasadę solidarności. Myśląc o Niemczech, Brytyjczyka, a Anglika o Polaków. Taki system z powodzeniem stosują między sobą np. Holandia, Niemcy i Francja. Jeśli nowe prawo wejdzie w życie, naden pacjent nie będzie się już obawiał o zapłatę za swoje leczenie – zapowiada w rozmowie z „Dziennikiem” Phi-

- Gdyby projekt Unii wszedł w życie, niepotrzebne będą zezwolenia na kurację za granicą
- Pacjent sam wybierałby klinikę, w której chce się leczyć
- Koszty terapii za granicą pokrywałby NFZ

lip Tod, rzecznik prasowy Markosa Kyprianou.

W projekcie jest jednak warunek: zabieg nie może być dostępny w swoim państwie. W ramach opieki medycznej. W rachubę nie wchodzi więc leczenie komplikowane i ryzykowne przez personel szpitalny czy operacje na otwartym sercu. Ale w opinia publicystów już tak. Reporterzy „Dziennika” sprawdzili, jak długo trzeba czekać na ta-

ki zabieg w Polsce, Wielkiej Brytanii, Francji i Niemczech. W Polsce – ponad 3 miesiące, tyle samo w brytyjskim London Hospital. Co innego w Francji. W największym szpitalu Lezardria, w miejscowości St. petiere, termin oczekiwania to ledwie 3 tygodnie. Jeszcze szybciej odbywa się w Berlinie. W Akademickim Szpitalu Charit'e Laura operacja byłaby już za 2 tygodnie.

Unijny projekt musi zostać najpierw zaakceptowany przez większość spośród 27 członkowskich państw. Po 20 listopada w Europie rozpocznie się wielka dyskusja na ten temat. Zmianą najbardziej zainteresowani są Brytyjczycy. Wysyłając pacjentów do innych państw UE, rozładują u siebie gigantyczne, dużo większe niż w Polsce kolejki do zabiegów. Nowe prawo trudniej będzie to zaakceptować w Wielkiej Brytanii, Belgii czy Hiszpanii. Budżety tych państw mogą nie udźwignąć kosztów turystyki szpitalnej. Brytyjski minister zdrowia, już zapowiada, że zamiast wysyłać pacjentów za granicę, będzie się starała, żeby pieniądze te zostały w kiesze-

niach polskich lekarzy. – Na zabieg zagraniczny powinni decydować się jedynie ci, którzy nie mają innego wyjścia – twierdzi Kopez.

Bolesław Piecha, były wiceminister zdrowia z PiS, idzie dalej. Uważa, że wprowadzenie dyrektywy będzie katastrofą, bo dysproporcje w kosztach świadczeń pomiędzy poszczególnymi krajami UE są ogromne. – Polscy podatnicy nie powinni płacić za leczenie Brytyjczyków czy Niemców. Zaprotestujemy przeciwko temu – zapowiada.

Bogusław Sonik, eurodeputowany z europejskiej komisji zdrowia, przypomina jednak, że filarem Unii jest swobodny przepływ ludzi, towarów i usług. I propozycja komisarza ds. zdrowia odwołuje się do tej zasady.

Dyrektywa w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej przyjęta przez Parlament Europejski 9 marca 2011 przez Radę UE 28 lutego 2011



Rekomendacja Rady UE w zakresie Bezpieczeństwa Pacjenta i Zakazań związanych z Ochroną Zdrowia

Do przyjęcia przez wszystkie kraje członkowskie; zawiera apel o wdrożenie:

Na poziomie krajowym:

- Wspieranie rozwoju narodowej polityki i programów;
- Upodmiotowienie obywateli i pacjentów;
- Tworzenie i rozwijanie kultury bezpieczeństwa pacjenta, przywództwa i nadzoru klinicznego na poziomie lokalnym (jednostek ochrony zdrowia);
- **Promowanie edukacji i szkolenia profesjonalistów medycznych, zarządzających i pozostałego personelu medycznego;**
- Utworzenie skutecznych mechanizmów raportowania błędów medycznych;
- Opracowanie i wspieranie mechanizmów kompensacji dla pacjentów poszkodowanych w wyniku zdarzeń niepożądanych.

Na poziomie europejskim:

- Poszerzanie wiedzy i prowadzenie badań w kierunku bezpieczeństwa pacjenta;
- Wykorzystanie bazy danych w celu wdrażania zmian dla bezpiecznej opieki;
- Angażowanie i stymulowanie wszystkich zaangażowanych

http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_en.htm

Nowe standardy akredytacyjne: 15 lipca 2009

Nakierowane na dokonywanie pomiaru działalności klinicznej i bezpieczeństwo pacjenta:

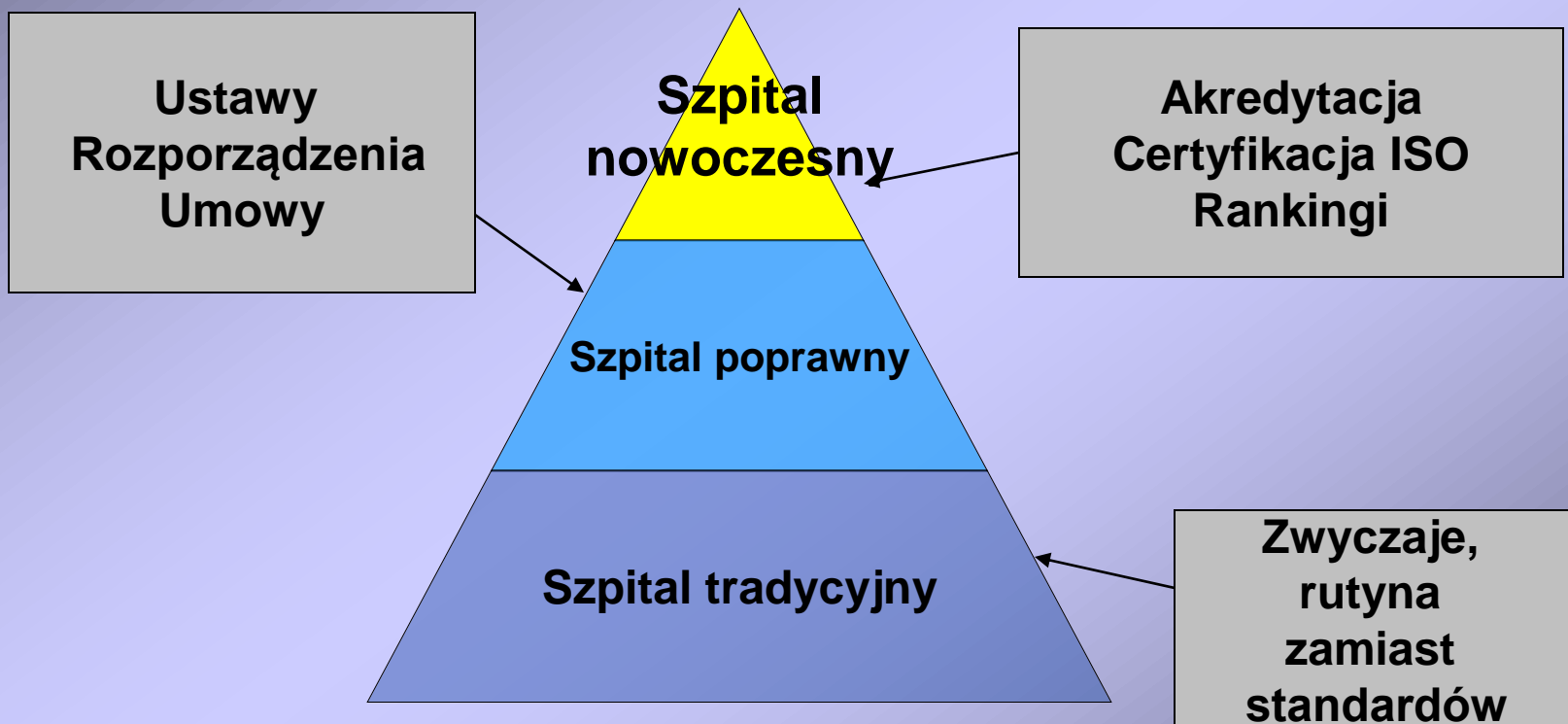
- readmisje
- rehospitalizacje
- LOS – średni czas pobytu
- monitorowanie zdarzeń niepożądanych
- monitorowanie wyników odległych

Upodmiotowienie pacjenta:

- dostęp do informacji / dokumentacji medycznej
- zachowanie prywatności chorych
- opieka terminalna



Jakość na miarę XXI wieku w polskim szpitalu





Przed znieczuleniem, Przed nacięciem, Zanim pacjent opuści blok operacyjny. Includes sections for patient identification, allergies, and consent.

SURGICAL SAFETY CHECKLIST. Includes sections for Anesthesia induction, Before skin incision, and Before patient leaves OR.

WHO Surgical Safety Checklist. Includes sections for Time out, Before skin incision, and Before patient leaves operating room.

*Zestaw standardów Programu Akredytacji Szpitali, Ośrodek Akredytacji CMJ, Kraków 2009



Checklista för säkerhet vid operationer

Checklistan är inte avsedd att vara heltäckande. Tillägg och modifieringar för att anpassa den till lokala rutiner uppmuntras.

Före inledning av anestesi, Före inscison, Innan patienten lämnar operations salen. Includes sections for patient identification, allergies, and consent.

Checklist Sicurezza Chirurgica. Includes sections for Prima dell'induzione dell'anestesia, Prima dell'incisione della cute, and Uscita.

BEFORE INDUCTION OF ANESTHESIA, BEFORE SKIN INCISION, BEFORE PATIENT LEAVES ROOM. Includes sections for patient identification, allergies, and consent.

Blue Safety Checklist Surgical Safety. Includes sections for Sign In, Time Out, and Sign Out.

WHO Surgical Safety Checklist. Includes sections for Time out, Before skin incision, and Before patient leaves operating room.

Checklist Sicurezza Chirurgica. Includes sections for Prima dell'induzione dell'anestesia, Prima dell'incisione della cute, and Uscita.

234.000 000 operacji wykonywanych
rocznie na całym świecie

Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, et al. Lancet
2008;372:139-144.

Wskaźnik komplikacji 3%-17%

Wskaźnik zgonów 0.4%-0.8%

Kable AK, Gibberd RW, Spigelman AD. Int J Qual Health Care
2002;14:269-276.

World Health Organization's Safe Surgery Saves Lives program

A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population, NEJM, Volume 360:491-499 January 29, 2009 Number 5 ; Alex B. Haynes et all

Badanie: październik 2007-wrzesień 2008;
zabiegi operacyjne (z wyłączeniem zabiegów kardiochirurgicznych); pacjenci powyżej 16 r.ż.

Rezultaty stosowania listy:

Powikłania: redukcja z 11% do 7%

Zgony: redukcja z 1.5% do 0.8%



Pilotaż PL

- 5 szpitali: Elbląg; Warszawa (2); Sucha Beskidzka; Inowrocław
- Zabiegi z udziałem: chirurga, anestezjologa, instrumentariuszki, pielęgniarki anestezyjologicznej
- Czas trwania badania 10.10- 4.11.2009
- Liczba wszystkich zabiegów w tym okresie- 938
- z użyciem OKK: 465
- Średni czas trwania zabiegów: 25 min - 4h
- Koordynator Karty: Anestezjolog, Instrumentariuszka
- Wykluczono: rewizje jamy macicy, zabiegi endoskopowe, (krótsze niż 30min).

Przed znieczuleniem

ROZPOCZĘCIE	
Zabieg:	<input type="checkbox"/> planowy <input type="checkbox"/> nagły
<input type="checkbox"/> Potwierdzono:	<ul style="list-style-type: none"> tożsamość pacjenta miejsce operowane procedurę operacyjną zgody na zabieg operacyjny rodzaj znieczulenia
Oznaczono miejsce operowane	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> Oceniono bezpieczeństwo przebiegu znieczulenia	
<input type="checkbox"/> Zapewniono monitorowanie:	<ul style="list-style-type: none"> EKG* pulsoksymetrii ciśnienia tętniczego krwi* kapnometrii*
Alergie:	<input type="checkbox"/> Tak (jakie?.....) <input type="checkbox"/> Nie
Przewidywane trudności w utrzymaniu drożności dróg oddechowych / ryzyko aspiracji treści żołądkowej do płuc	<input type="checkbox"/> Tak i zapewniono właściwy sprzęt <input type="checkbox"/> Nie
Ryzyko krwawienia: >500 ml u dorosłych >7ml/kg m.c. u dzieci	<input type="checkbox"/> Tak, zabezpieczono płyny i preparaty krwio pochodne <input type="checkbox"/> Nie
DANE PACJENTA	
IMIĘ:	<input type="text"/>
NAZWISKO:	<input type="text"/>
DATA ZABIEGU:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
ODDZIAŁ / KS.GŁ:	<input type="text"/>

Przed nacięciem

ODLICZANIE	
Nowa osoba w zespole operacyjnym	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
jeśli tak:	
Wszyscy członkowie zespołu operacyjnego dokonują prezentacji	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> Chirurg, anestezjolog, pielęgniarka anest. i operacyjna potwierdzili: tożsamość pacjenta, miejsce operowane, procedurę operacyjną	
<input type="checkbox"/> Właściwe ułożenie pacjenta	
<input type="checkbox"/> Pielęgniarka operacyjna: właściwy zestaw narzędzi	
Określono możliwe odstępstwa od zaplanowanej procedury operacyjnej tj.: zmiana typu/techniki operacji, wydłużenie czasu zabiegu, zmiana rodzaju znieczulenia, oczekiwana utrata krwi, uzupełnienie, zmiana zestawu narzędzi, itp.	
<i>ze strony chirurga</i>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<i>ze strony anestezjologa</i>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<i>ze strony pielęgniarki operacyjnej</i>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Zastosowano i udokumentowano okołoperacyjną profilaktykę antybiotykową do 60 min. przed zabiegiem	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Zastosowano profilaktykę przeciwzakrzepową*	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Kiedy? Data / godzina	<input type="text"/>
Przygotowano wyniki badań obrazowych	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
STOP!	
PYTANIA? WĄTPLIWOŚCI?	

Zanim pacjent opuści blok operacyjny

ZAKOŃCZENIE	
Pielęgniarka operacyjna i zespół potwierdzają ustnie:	<input type="checkbox"/> nazwę procedury wykonanej <input type="checkbox"/> zgodność liczby użytych narzędzi i materiałów
Oznaczono materiał pobrany do badań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Wystąpiły powikłania w trakcie zabiegu*	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Wystąpiły problemy ze sprzętem lub trudności techniczne	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Chirurg i anestezjolog określili ewentualne problemy związane z przebiegiem pooperacyjnym	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Wypisano zlecenia pooperacyjne*	<i>ze strony chirurga</i> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>ze strony anestezjologa</i> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Udokumentowano ocenę stanu pacjenta przed przekazaniem z bloku operacyjnego do oddziału / sali pooperacyjnej*	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="text"/>	
Podpis Koordynatora Karty	

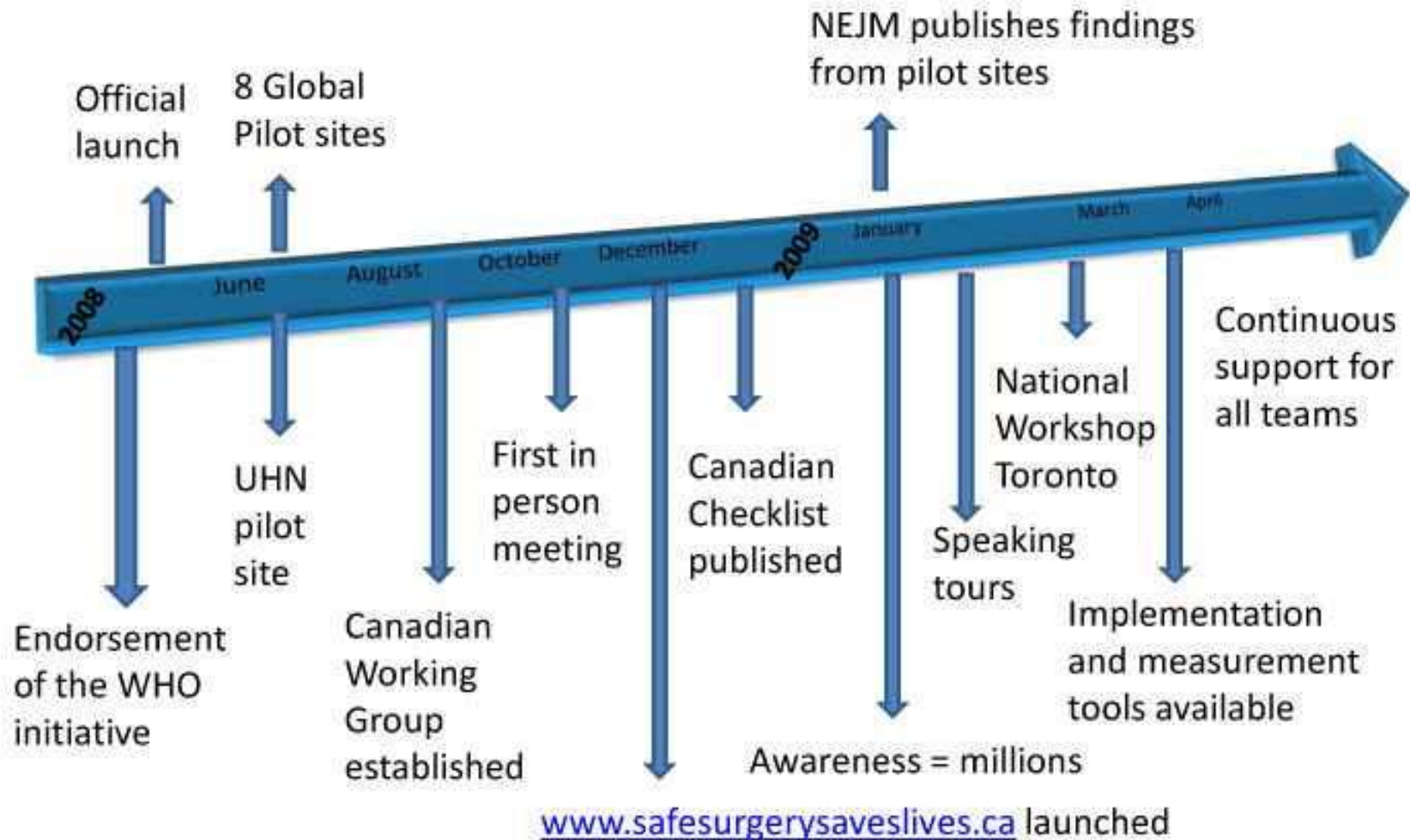
Praca zespołowa

- „Współpraca stanowi podstawę poprawy” [Clemmer et al; *Ann Int Med* 1998;128;1004-09]
- „Działanie zespołowe oznacza więcej, niż suma rezultatów działań poszczególnych osób” [R Flin et al; *QSHC* 2004;13;s;80-84]
- “Zespół ekspertów nie zawsze oznacza zespół ekspercki” [Burke S; *QSHC* 2004;13;s;96-104]
- „Istnieje pozytywna korelacja pomiędzy kulturą pracy zespołowej a satysfakcją pacjenta” [M Meterko et al; *Med Care* 2004;42;492-98]

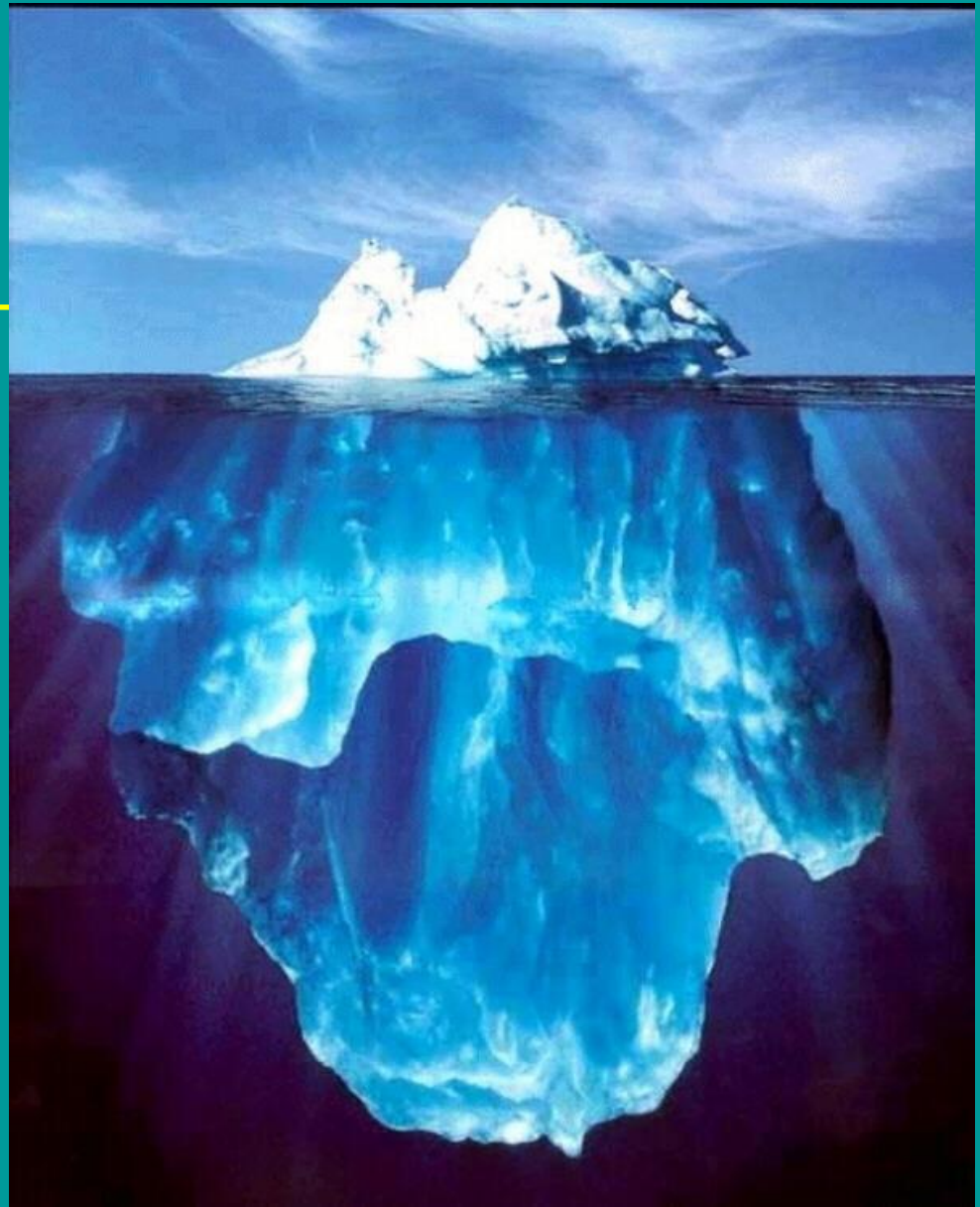


Zespół profesjonalistów medycznych
wspólnie odpowiada za opiekę nad pacjentem

Safe Surgery Timeline



- UDZIAŁ W ZDARZENIACH
- NIEPOŻĄDANYCH:
- **78,5%**

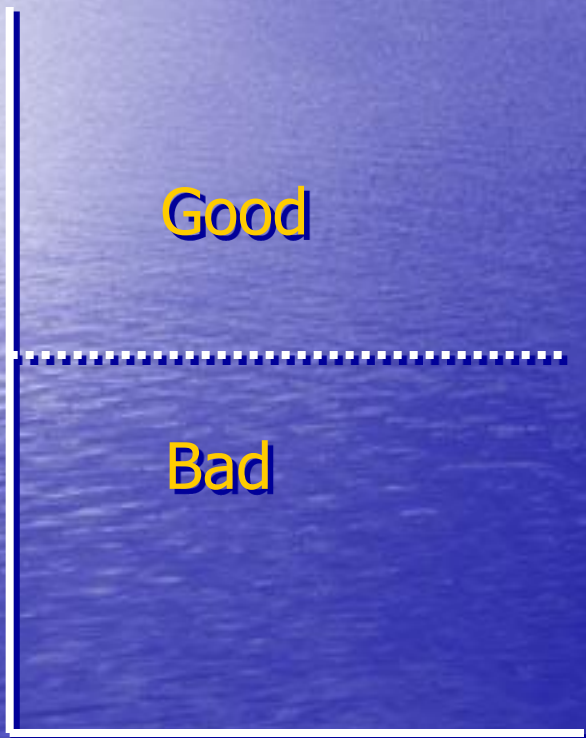


Badanie TPJ, 2004

St John, Nowa Funlandia, około 300,000,000 ton

Evaluating professional
performance in the Netherlands:
external peer review (visitatie)
of medical specialists

1. Primary goal of visitatie: QI



2. Visitation focuses on the professional group

- Collective responsibility of the quality of patient care delivered by the group and each of its members
- Group of good doctors, is not self-evidently a good group!
- Individual performance assessment is organised by the hospital's medical staff (and not the professional bodies)

3. Visitation: professional Q domains and Q aspects

Quality domain	Quality aspects
Evaluation of patient care	Evaluation of patient care outcomes Evaluation of patient care processes Evaluation of management of care processes
Patient perspective	Patient satisfaction Patient complaint management
Professional development of medical specialists	CME Research and Innovation Teaching and training Individual performance and feedback
Spec group functioning	Specialist group performance

„Potrzebny nam nowy typ profesjonalizmu” (D. Irvine, prezydent GMC, UK)

- Wartości profesjonalistów kompatybilne z oczekiwaniem społecznym
- Stosowanie standardowego postępowania medycznego
- Kolektywna i osobista odpowiedzialność za monitorowanie i nadzorowanie terapii
- Systematyczny przekaz skierowany do opinii publicznej, o praktyce zgodnej z aktualną wiedzą medyczną
- Funkcjonowanie jawnych i efektywnych mechanizmów postępowania w potwierdzonych przypadkach jednostek problematycznych

Wnioski

- Wyraźnie identyfikuje pacjenta, miejsce operowane;
- Ujednolica postępowanie z pacjentami niezależnie od zespołu zabiegowego;
- Wprowadzenie Karty zwraca uwagę na bezpieczeństwo pacjenta;
- Karta może stanowić element historii choroby;
- Wskazana adaptacja: The Lancet, Volume 375, Issue 9713, Pages 433-524 (6 February 2010-12 February 2010)

Statut Profesjonalizmu w Medycynie

- Lekarze muszą **zaangażować się w ciągłą poprawę jakości opieki...współdziałanie z innymi profesjonalistami** by redukować błędy medyczne, zwiększać bezpieczeństwo pacjenta, minimalizować zbędne wykorzystywanie zasobów i optymalizować wyniki opieki.
- Lekarze, indywidualnie i poprzez stowarzyszenia lekarskie, muszą przyjąć **odpowiedzialność za stworzenie i wdrożenie mechanizmów ciągłej poprawy jakości opieki**



Expert Conference on Education in Quality Care and Patient Safety, Krakow, 9th September 2011

Press Release

Polish Presidency has organized on 9th September, 2011 in Krakow Expert Conference on *Education in Quality Care and Patient Safety*.

Conference hosted by the National Center for Quality Assessment in Health Care in Krakow was attended by delegates from Ministries of Health of EU Member States, European Commission, Council of Europe, European Society for Quality in Healthcare, Standing Committee of European Doctors, European Federation of Nurses Associations, European Patients' Forum, European Society of Surgery, European Society of Anesthesiology, European Society of Cardiology, Danish Society for Patient Safety, Polish Society for Quality Promotion in Healthcare, Committee on Ergonomics of the Polish Academy of Sciences and representatives of polish medical universities.

Conference participants expressed opinion that healthcare safety is important and still too rarely analyzed issue. The focus was made on fact that studies and analysis conducted and published in European Union (UK, Denmark, Spain, France) reveal considerable defects in

[Latest news](#)

[Press Release](#)

[Krakow Statement](#)

[Registration](#)

[Venue](#)

[Program](#)

[Transportation](#)

[Accommodation](#)

[About Krakow](#)

[Contact](#)

5
days since
Expert Conference



Bezpieczeństwo Pacjenta & Poprawa Jakości

w programie AM Uniwersytetu Oslo

Program AM Uniwersytetu Oslo i Norweskiej Naczelnej Rady
Lekarskiej

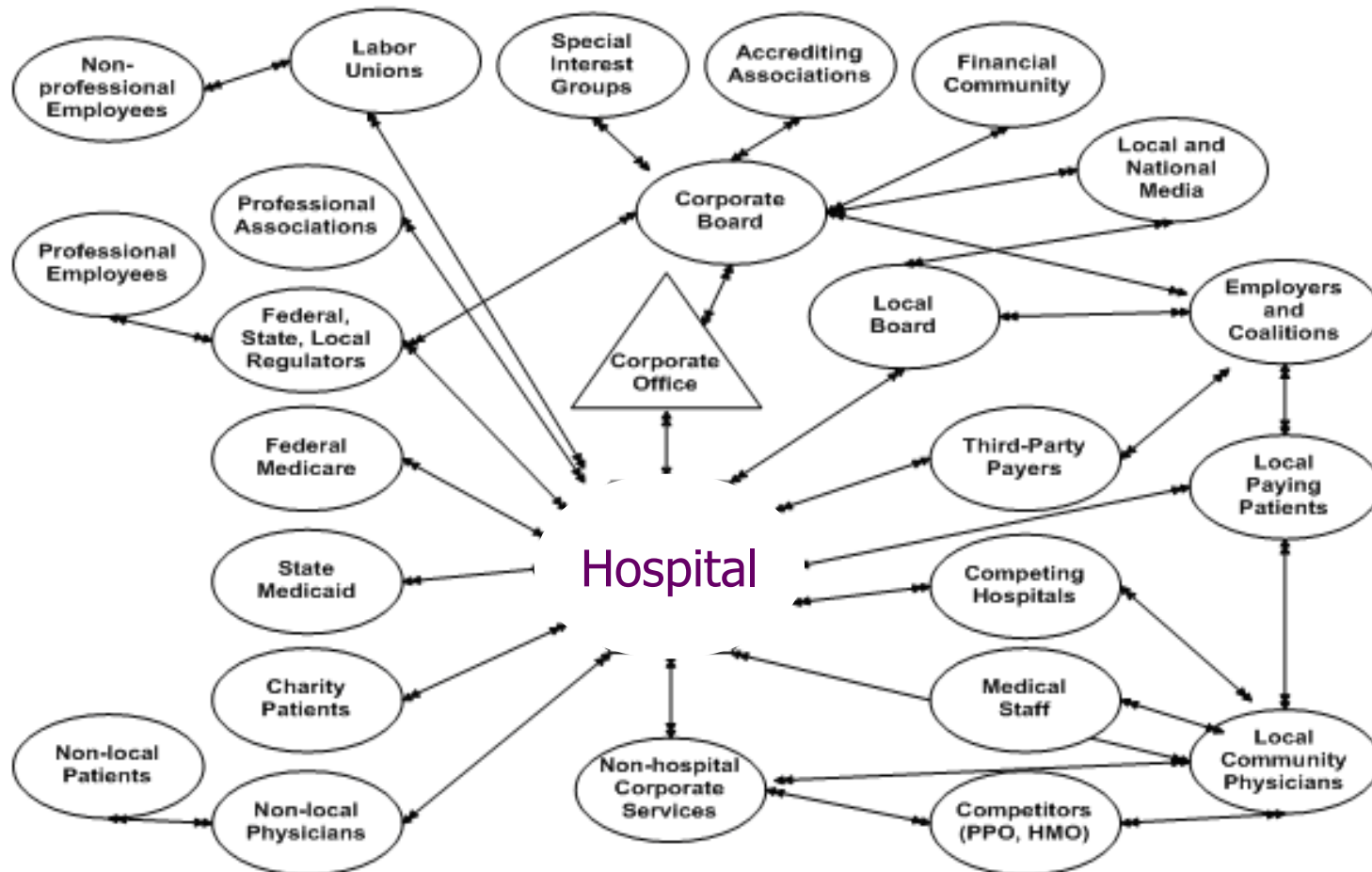
J. Frederik Frøen (chair), Per Brodal, Marit Eskeland,
Per Hjortdahl, Per Lagerløv

Cel: Integracja zagadnień dotyczących bezpieczeństwa i poprawy jakości w
program nauczania akademii medycznej

Healthcare Stakeholder Map



Current





The Patient Will Become the Nucleus of Healthcare

