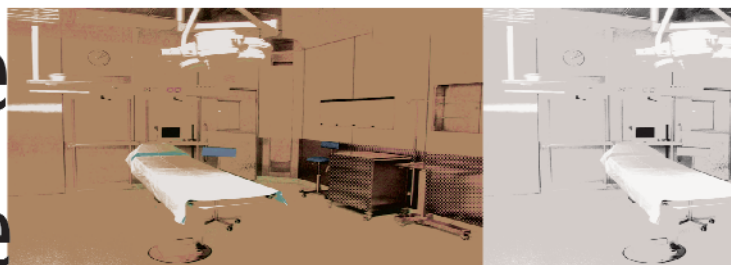


Niebezpieczne Szpitale



Marek Labon

Publikowane są niepokojące informacje mówiące o tym, że więcej ludzi zginęło z powodu błędów lekarskich niż od postrzałów z broni palnej. Przytacza się statystyki, z których wynika, że w czasie generalnego strajku lekarzy spadła liczba zgonów. Znane są twierdzenia, że w ochronie zdrowia podaż kształtuje popyt, a każde łóżko oddane do dyspozycji lecznictwa będzie łóżkiem zajęтым. Sugerowane jest marnotrawstwo wynikające z samej istoty medycyny. Twierdzi się, że dowolnie duże pieniądze zostaną skonsumowane w szczytnym celu ratowania życia, ale jednocześnie efekty lecznicze nie zależą wprost od poniesionych nakładów. W USA szacuje się, że z powodu błędów medycznych umiera rocznie ok. 180 tys. osób. Oznaczałoby to, że w Polsce można się spodziewać nie mniej niż 36 tys. zgonów spowodowanych niewłaściwym postępowaniem wobec pacjentów. Liczba ta wydaje się zaniżona, bo nikt nie zakłada, że poziom polskich usług medycznych jest tak wysoki, jak w Stanach Zjednoczonych, a kontrola wszystkich procedur związanych z bezpieczeństwem leczenia również precyzyjna. **Uważamy więc, że należałoby wprowadzić Narodowy Program Bezpieczeństwa Pacjentów.**

Znakomita większość niepokojących zdarzeń występuje w instytucjach o największym stopniu złożoności organizacyjnej, wykonujących zadania interdyscyplinarne – w szpitalach.

Szczególna pozycja szpitali w skomplikowanym świecie usług medycznych wynika z połączenia olbrzymich pieniędzy, którymi obracają te instytucje, ze spektakularnymi, oddziałyującymi na wyobraźnię możliwościami leczenia. Niezaspokojenie oczekiwań jest w tym sektorze usług odczuwane szczególnie dotkliwie.

Specyfika leczenia szpitalnego w warunkach polskich

W systemie ochrony zdrowia szpital jest postrzegany jako miejsce ostatniego ratunku w stanie zagrożenia życia i zdrowia. Jeżeli nie można rozpoznać lub leczyć choroby inaczej, pozostaje odwołanie do autorytetu szpitala. Formalny autorytet instytucji, będąc wartością dla chorych i dla lekarzy, jest w dużym stopniu oparty na przeświadczeniu, że wyczerpano inne możliwości pomocy. Towarzysząca słabość podstawowej opieki zdrowotnej, manifestująca się gwałtownym wzrostem liczby hospitalizacji i interwencji w szpitalnych izbach przyjęć, wzmacnia to odczucie.

Świadomość braku alternatywy w tak istotnej sprawie, jak ratowanie zdrowia jest oczywiście źródłem rynkowej siły organizacji, z czego doskonale zdają sobie sprawę zatrudnieni w niej pracownicy.

Swoisty przymus, jakim jest dla chorych konieczność leczenia szpitalnego, ma wpływ na opinie personelu na temat ważności własnej pracy, bez względu na to, jak byłaby wykonana.

Dodatkowa wartość, jaką bywa monopol na określony typ usług w ramach świadczeń zarezerwowanych dla szpitali, w jeszcze większym stopniu może utrwalać nieuzasadnione przeświadczenie o wysokiej jakości własnej pracy. Taka postawa nie sprzyja refleksjom nad tym, jak prowadzi się leczenie, uwaga jest raczej skupiona na wynikach końcowych. Publikuje się zatem dane, przedstawiające odsetki wyleczeń w określonych grupach chorób. Oznacza to przedmiotowe traktowanie pacjentów, nawet jeżeli założymy, że wyniki są istotnie tak dobre, jak przedstawiają to statystyki.

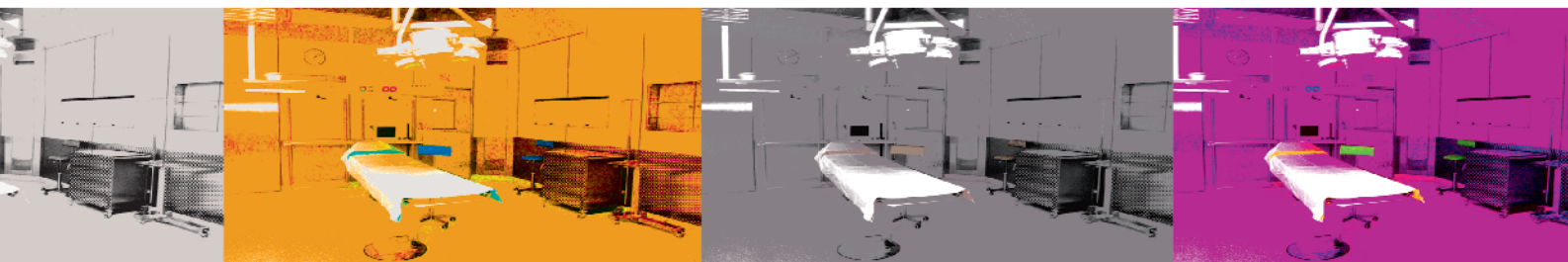
(Pożądane podejście podmiotowe zakłada, że pacjent nie będąc zbiorem narządów do kolejnych amputacji, ma określone potrzeby i oczekiwania wobec procesu leczenia i pielęgnowania. Ważne jest wszystko, co zawiera się pomiędzy przyjęciem i wypisem do domu, a nie tylko to, co zawiera karta wypisowa).

Pacjenci – konsumenci usług

Już istota bycia pacjentem, z której wynika, że usługodawca cieszy się z reguły lepszym zdrowiem niż usługobiorca, zaburza wizję wolnego rynku w tej dziedzinie gospodarki. Często z chorobą wiąże się utrudnienie swobody poruszania, co w konsekwencji wpływa na wybór miejsca leczenia i obserwowane zjawisko geograficznego uzależnienia pacjentów od szpitala położonego najbliżej miejsca zamieszkania.

Jest to zależność o podłożu nie tylko medycznym i ekonomicznym, ale też socjologicznym.

Rynkowy dowód potrzeby istnienia szpitala, jakim jest stała podaż chorych, nie musi być zatem świadectwem



prawidłowej pracy tej instytucji, ale wspomnianej wcześniej słabości poz-u, czy braku możliwości dojazdu do innego ośrodka leczniczego. Należy dodać, że bycie pacjentem charakteryzuje się szeregiem cech nietypowych dla konsumenta innych usług. Rola chorego ma charakter przymusowy, jest odgrywana w nieoczekiwanym terminie, miejsce akcji też jest przypadkowe, podobnie jak usługodawcy.

Na przeszkodzie w podjęciu racjonalnej decyzji, jakiej wymaga się od typowego konsumenta dowolnej usługi stoi ponadto brak rzetelnej informacji o wynikach uzyskiwanych przez zakłady lecznicze, dostępne na rynku.

Im poważniejsza choroba, tym wpływ na miejsce i czas leczenia jest mniejszy, a zawieszenie dotychczasowej roli społecznej przez chorego bardziej odczuwalne.

Leczenie szpitalne zawiera więc w swej istocie elementy przymusu, upośledzenia możliwości samoobrony ze strony usługobiorcy, nierówność w wiedzy o przedmiocie świadczonej usługi. Każda nierówność w relacjach sprzyja arogancji strony silniejszej. Pytanie, dlaczego w szpitalnictwie miałyby być inaczej? Brak krajowych badań pozwalających na zdefiniowanie głównych zagrożeń dla chorych występujących w szpitalach, nie świadczy o nieistnieniu problemu.

Pomiędzy normą postępowania a błędem medycznym

Zgony, spowodowane błędami postępowania są najbardziej tragiczną wskazówką mówiącą o tym, że instytucja powołana do ratowania życia nie działa prawidłowo. Trzeba zdawać sobie sprawę, że w każdym przypadku popełnienia błędu odpowiedzialność spoczywa na całej instytucji. Przeoczenie, pozornie niewielka pomyłka mają swoje źródło w systemie organizacyjnym. Klasyczny przykład pozostawienia w organizmie chorego narzędzia chirurgicznego jest przecież skutkiem złej rekrutacji pracowników, braku mechanizmów motywujących do dobrej pracy, bałaganu na sali operacyjnej. Często wszystkie czynniki grupują się w jednej sprawie, dając niepożądany efekt końcowy.

W każdej grupie specjalistów można usłyszeć makabryczne opowiadania o zadziwiających powikłaniach w miejscu ich pracy.

Stół operacyjny, porażający prądem ze skutkiem śmiertelnym chorego przygotowanego do zabiegu, lampa operacyjna, która urywając się z sufitu rani pacjenta oczekującego czegoś zupełnie innego, czy chore ulegające poparzeniu w trakcie radioterapii to tylko niektóre przykłady.

Zdarzenia te funkcjonują w środowisku, pełniąc funkcje przypowieści, skupiając uwagę słuchaczy na pojedynczej anegdocie. Często w roli fatum występuje złowróżbna, karząca postać prokuratora. Brakuje racjonalnego mechanizmu zmiany zachowań w organizacji na poprawne, bo cytowany wyżej zbiór anegdot ma cechy kazuistyki.

Skoro spektakularne, tragiczne awarie są traktowane jak kliniczna kazuistyka, personel umacnia się w przekonaniu o ich wyjątkowym charakterze, wierząc, że pracuje w mało złożonym, oczywistym systemie organizacyjnym, nawiedzonym rzadko niedającymi się przewidzieć niepożądanymi zdarzeniami. Brak wiedzy o złożoności procedur administracyjnych, pozwalających funkcjonować oddziałowi szpitalnemu także sprzyja opisywanej wcześniej arogancji w pojmowaniu własnej roli w systemie leczenia.

Nie jest znana liczba przypadków, które wprawdzie nie zakończyły się śmiercią pacjenta, ale pogorszenie zdrowia w istotny, negatywny sposób wpłynęło na jego dalsze losy. Niekorzystne następstwa leczenia mogą być wprawdzie spowodowane naturą choroby i aktualnego stanu wiedzy o jej leczeniu, ale trzeba krytycznie brać pod rozwagę błąd medyczny. Opisany przez E. Barana i wsp. w 1984 r. na łamach *Przeglądu Lekarskiego* zawierał 3 składowe:

- błąd lekarski,
- błąd techniczny,
- błąd organizacyjny.

W końcu lat 80. ubiegłego wieku zaproponowano zmianę klasyfikacji błędów medycznych na:

- błąd decyzyjny,
- błąd wykonawczy,
- błąd organizacyjny,
- błąd opiniodawczy.

W tak skonstruowanych podziałach błąd lekarski i błąd decyzyjny zależą od pojedynczej osoby – lekarza. Pozostałe grupy błędów wynikają z niskiej sprawności zespołów wykonujących podjętą wcześniej decyzję.

Ważne, że oba proponowane podziały zakładają istnienie składowej organizacyjnej w generowaniu błędów postępowania. Nieuwzględnianie wymogów dobrej organizacji pracy jest najprawdopodobniej powodem większości tragedii pacjentów.

Decydujący o całym postępowaniu lekarze są przygotowani do pracy indywidualnej. Jedynym naturalnym dla absolwentów akademii medycznej miejscem interdyscyplinarnej pracy zespołowej jest blok operacyjny. Oddział szpitalny nie jest przez nich traktowany jako węzeł skomplikowanych zależności organizacyjnych, a raczej jako miejsce przechowywania niezbędnych do pracy chorych.

Błąd opiniodawczy jest opisywany jako nieświadome formułowanie opinii wbrew zasadom wiedzy medycznej, lub postępowanie niezgodne z obowiązującą doktryną. Stopień komplikacji procedur medycznych sprawia, że trudno ocenić granicę pomiędzy czystą encyklopedyczną wiedzą medyczną, a wiedzą z zakresu organizacji środowiska niezbędnego do uzyskania prawidłowej diagnozy lub leczenia. Przykładem ilustrującym ten nowy problem jest opisanie przez radiologa zdjęcia wykonanego źle skalibrowanym aparatem. Używanie do stawiania diagnozy urządzenia niesprawnego technicznie, w nieznanym odsetku przypadków sprzyja błędowi opiniotwórczemu. Nie wynika on, jak zakładano pierwotnie, z niedostatku wiedzy o chorobach i ich objawach, a z niedoszacowania wpływu technologii na wnioskowanie lekarskie. Doktryna postępowania w radiologii zakłada wprawdzie używanie sprawnych aparatów, w praktyce nie jest to jednak oczywiste.

Nieoczekiwane dodatkowe źródła błędów

Poza problemami typowymi dla szpitalnictwa w krajach rozwiniętych, w Polsce występują inne zagrożenia dla chorych, w skali niespotykanej w państwach, z którymi zwyczajowo nasi lekarze próbują porównywać swoje wyniki. Są one zależne od niestabilności zasad polityki zdrowotnej, niekonsekwentnego prawa, chaotycznych działań naprawczych.

Należy też rozróżnić złą organizację realizacji rutynowego zadania, jakim jest np. identyfikacja chorego przed zabiegiem operacyjnym, od nieudolności projektowania nowych przedsięwzięć, zanim zostaną z błędami wdrożone.

Nie udało mi się np. znaleźć analizy mówiącej, co w rzeczywistości dla chorych oznaczała słynna ustawa 203. Rozpatrywanie tej decyzji wyłącznie w kategoriach dyscypliny budżetowej jest prymitywnym uproszczeniem. Żeby znaleźć pieniądze dla spełnienia wymogu prawnego, przekraczano jakiegokolwiek granice bezpieczeństwa, oszczędzając na środkach dezynfekcyjnych, myjących, naprawach aparatury lub jej przeglądach, redukuje się też personel, nie używając narzędzi obiektywizujących nakład niezbędnej pracy.

Aktualna rzeczywistość ekonomiczna jest dodatkowym źródłem ogromnego zagrożenia dla pacjentów, związanego z podejmowanymi codziennie kompromisami pomiędzy teoretyczną wiedzą profesjonalistów medycznych, założeniami planów leczenia dostosowanych do realiów kraju, który przeznaczają na leczenie jednego obywatela mniej niż połowę środków potrzebnych innym państwom europejskim i postępującą zapaścią rynku dostaw środków leczniczych i leków.

Kryterium doraźnej dostępności modyfikuje postępowanie wobec chorego w sposób nieoczekiwany, chaotyczny, niebezpieczny. Problem nie dotyczy oczywiście wyłącznie leków, ale także środków higieny, żywienia, usług pralniczych, czy zmian asortymentu możliwych do wykonania badań dodatkowych.

Nie jest tajemnicą, że teatrem działań w lecznictwie zamkniętym są instytucje w większości zdekapitalizowane, eksploatujące sprzęt o niejasnej sprawności technicznej, a oszczędności dokonywane wewnątrz funduszu przeznaczanego na przeglądy aparatury są udziałem każdego dyrektora szpitala w kraju.

Obecne trudności ekonomiczne szpitali należy traktować jako smutny dodatek do całego ciągu niepokojących zdarzeń, nękających pacjenta – od zachorowania do zakończenia hospitalizacji. W ich wyniku systematycznie naruszane jest elementarne bezpieczeństwo chorych, także poza obszarami tradycyjnych zagrożeń, stwarzanych zwyczajowo przez personel i organizację szpitalną.

Brak w ewidencji powikłań okołoperacyjnych, zakażeń, zgonów w wyniku działalności medycznej, niepożądanego działania leków, to oczywiście dowód na złą, a nie dobrą pracę oddziałów szpitalnych. Samokrytycznie należy też przyznać, że szpitale polskie nie stanowią wzoru organizacyjnego godnego polecenia poza granicami kraju. Nie jest to tajemnicą nawet dla miejscowych polityków, sugerujących znaczące zmiany w tym sektorze usług. Trudno sobie więc wyobrazić, aby w trudnej, frustrującej sytuacji wieloaspektowy problem bezpieczeństwa chorych był rozwiązany lepiej niż w ustabilizowanych krajach, kojarzących się powszechnie z dobrobytem, tradycją i postępem w medycynie.

Bezpieczeństwo a prawa pacjenta

Należy rozróżnić prawa chorych od praw pacjentów. Chory staje się pacjentem przez kontakt z systemem ochrony zdrowia. Podstawowym prawem chorych jest więc możliwość uzyskania pomocy medycznej i to gwarantują zapisy prawne. Znaczna część interwencji płatnika publicznego w szpitalach i przychodniach, a także wypowiedzi rzeczników praw pacjentów wskazują na problem związany z dostępem do usług manifestujący się na przykład tworzeniem, tzw. kolejki. Mówiąc po prostu, trudno jest stać się pacjentem wybranej przez siebie instytucji.

Nie jest tajemnicą, że teatrem działań w lecznictwie zamkniętym są instytucje w większości zdekapitalizowane, eksploatujące sprzęt o niejasnej sprawności technicznej, a oszczędności dokonywane wewnątrz funduszu przeznaczanego na przeglądy aparatury są udziałem każdego dyrektora szpitala w kraju

Dla pacjenta czyli osoby, która już korzysta z pomocy, istotne jest, aby zdrowie nie uległo pogorszeniu przez kontakt z profesjonalistami medycznymi. Poprawa zdrowia jest oczywistym celem kontaktów pacjent – lekarz. Nie zawsze jednak jest to cel możliwy do osiągnięcia. W bliżej nieokreślonym odsetku przypadków powstaje problem zawinienia błędu przez osobę decydującą o wyborze sposobu leczenia.

Należy dodać, że przeszkodą w poznaniu epidemiologii zjawisk niepożądanych jest ich incydentalny charakter. Procent takich zdarzeń jest na tyle mały, że charakterem odpowiadają pojęciu kazuistyki medycznej i tak są czasem opisywane w piśmiennictwie specjalistycznym. Nawet jeżeli błąd organizacyjny występuje stale, to tragedia w jego wyniku jest statystycznie trudna do opracowania.

Na przykład brak kwalifikowanej opieki nad chorym przewożonym po zabiegu z bloku operacyjnego na oddział jest błędem organizacyjnym, mogącym zakończyć się śmiercią w wyniku nieskutecznej reanimacji. Konieczność korzystania po drodze z windy stwarza dodatkowe zagrożenie. Oczywiście, niezbędnym warunkiem wzrostu tego zagrożenia jest zablokowanie windy w momencie, gdy zajdzie potrzeba udzielania niezwłocznej pomocy, co zdarza się jeszcze rzadziej.

Wśród tysięcy pacjentów przewożonych w niewłaściwej obstawie, tylko w pojedynczych przypadkach dojdzie do powikłania w postaci zatrzymania krążenia.

Udana akcja ratunkowa, nawet jeżeli zostanie wykonana niezgodnie z regułami, nie przyczyni się do wdrożenia działań naprawczych. Personel uzna uratowanie życia za niewątpliwą sukces. Podobnie będzie myślał uratowany, jeżeli dowie się o zdarzeniu.

Incydent nieudanej interwencji jest trudny do wykrycia przez rodzinę zmarłego, nie jest też raportowany jako szczególne zdarzenie niepożądane. Interwencja zmieniająca w tej kwestii zasady opieki na chorym jest więc mało prawdopodobna. Nie ma bodźca do poprawy jakości.

Pośrednio odpowiedzią na pytanie, jak często występuje błąd decyzyjny, czyli dedykowany osobom, zajmują się sądy powszechne i sądy korporacyjne w trakcie swojego postępowania. Istnieje oficjalna statystyka spraw sądowych, dająca nadzieję na ich syntetyczne opracowanie. Błędy powstałe w wyniku złej organizacji pracy mają jednak charakter rozproszony, odpowiedzialność personalna jest rozmyta, co wynika właśnie z defektów organizacyjnych. Jednoznaczne przypisanie winy wykonawcom jest więc niemożliwe, w konsekwencji przeniesienie odpowiedzialności na całą instytucję staje się formalną koniecznością. Celem staje się uzyskanie odszkodowania, lub innej formy zaspokojenia roszczenia przedstawiciela poszkodowanego, a nie poprawa organizacji w instytucji.

Dostępne narzędzia regulacyjne

Realizacja zasad konsumeryzmu, lub wolnego rynku, jak wolą to nazywać ekonomiści, okazuje się nieskutecznym gwarantem bezpieczeństwa pacjentów w ich kontaktach z organizacjami leczniczymi. Wprowadzenie tzw.

ubezpieczenia zdrowotnego, które miało samo z siebie poprawić jakość usług medycznych także okazało się niebezpiecznym mitem. Szkoda tylko, że tak mało osób słuchało głosów wskazujących, iż rynek ubezpieczeń nigdzie na świecie nie wpłynął pozytywnie na jakość. Ostatnio dużo mówi się, że prywatyzacja zakładów opieki zdrowotnej rozwiąże problem złej pracy zatrudnionych w nich profesjonalistów.

Można próbować tą metodą porządkować niektóre segmenty usług, pozostaje jednak najbardziej skomplikowana część zadań, wykonywanych w publicznych szpitalach, nieprzystająca do takiej doktryny.

Klasycznym przykładem są procedury wysokiego ryzyka, stanowiące istotę bytu większości szpitali. Procedury takie są z reguły niedoszacowane przez płatników trzeciej strony. Są zbyt drogie do bezpośredniego zakupu przez chorych, a przede wszystkim stwarzają wysoki poziom zagrożenia dla pacjentów. Wymogi bezpieczeństwa są szczególnie duże, a więc organizacja zakładów świadczących kwalifikowaną pomoc nie może być kachektyczna, co stoi w sprzeczności do wspomnianej niewielkiej chęci zapłaceniu za wykonaną pracę.

Należy wspomnieć o szerokiej gamie instytucji finansowanych z pieniędzy podatników, mającej w ich imieniu dbać o interesy najstabszej grupy z płacących podatki obywateli – chorych wymagających hospitalizacji. Badane jest spełnianie wymogów bezpieczeństwa przeciwpożarowego, czystość oddziałów, kaloryczność posiłków, natężenie oświetlenia w salach chorych, czy liczba wymian powietrza w pracowniach rentgenowskich. Niestety, stale pojawiają się informacje o dramatycznych uchybieniach grożących nie tylko zdrowiu, ale i życiu personelu i chorych.

Ponad 20 organizacji w naszym kraju dba o techniczną poprawność usług zdrowotnych. Na świecie obszary zainteresowań są jeszcze szersze. Wyspecjalizowane, duże organizacje badają takie problemy, jak ocena satysfakcji pacjentów, jakości ich życia, czy wieloaspektowej ochrony ich dóbr osobistych w kontaktach z profesjonalistami medycznymi.

Instytucje rządowe publikują informacje pozwalające obywatelom, lub ich doradcom porównywać wyniki leczenia z różnych ośrodków, czyli w razie konieczności zmniejszyć ryzyko błędów medycznych.

Istnieją tradycyjne formy chronienia interesów osób leczonych, takie jak np. kodeksy etyczne lekarzy i pielęgniarek. Rola kodeksów nie jest jednak jednoznaczna i publikowano zarzuty wskazując, że grupy, budując korporacyjny system wartości stawiają się ponad prawem powszechnym. Stąd już krótka droga do zarzutów stawianych np. lekarzom, że w swoim środowisku są niepokojąco pobłażliwi dla błędów kolegów.

Po latach doświadczeń można przyjąć, że nie istnieje idealny mechanizm ekonomiczny, jednoznacznie pozytywnie modyfikujący zachowania personelu medycznego na rzecz dobra chorych. Niezależnie od rozwiązań narzuconych przez systemy finansowania ochrony zdrowia błędy medyczne istnieją. Znacząca ich część daje się zaszerego-

Incydent nieudanej interwencji jest trudny do wykrycia przez rodzinę zmarłego, nie jest też raportowany jako szczególne zdarzenie niepożądane. Interwencja zmieniająca w tej kwestii zasady opieki na chorym jest mało prawdopodobna. Nie ma bodźca do poprawy jakości

wać jako trywialne pomyłki, polegające na zamianie leków konfekcjonowanych w podobne ampułki, pomyleniu chorych lub ich stron, błędach językowych.

Te, zdawałoby się proste do uniknięcia, wady organizacyjne są przedmiotem poważnych dyskusji. Przykładem są publikowane w źródłach JCAHO rozważania o tym, jaką techniką posługiwać się, zaznaczając stronę ciała, po której leży narząd przeznaczony do operacji.

Podobnie, jak w przypadku zakażeń szpitalnych, które są problemem we Francji, Niemczech, ale nie na Białorusi, błędy medyczne poddaje się analizie w krajach o długoletniej tradycji związanej z istnieniem wolnego rynku i dojrzałego kapitalizmu. W kraju przeżywającym krótki kurs gospodarki wolnorynkowej, jakim jest Polska, zjawisko naruszania bezpieczeństwa chorych znane jest głównie z doniesień o sprawach sądowych i aktywności organizacji broniących praw pacjentów. Jedynym dojrzałym, zastosowanym w polskiej praktyce programem uwzględniającym istotne elementy tzw. *patient safety*, jest akredytacja szpitali, oparta na założeniach systemu amerykańskiego. Niestety, brak pozytywnego zainteresowania ze strony resortu zdrowia nie ułatwia zadania zespołowi z CMJ w Krakowie. Materiały z wizyt akredytacyjnych są opracowywane w formie artykułów do pism medycznych i tylko w ten sposób pośrednio wpływają na rzeczywistość.

Tymczasem w USA dane takie są jednym z elementów systemu zbierania informacji o zagrożeniach, jakie powstają we wzajemnych relacjach pomiędzy chorymi i personelem leczącym. Polski kłopot polega na posiadaniu uznanego narzędzia badawczego, przeszkolonego personelu, ustalonego sposobu finansowania przedsięwzięcia i braku rządowego zapotrzebowania na produkt końcowy. Należy podkreślić, że produktem tym nie jest wyłącznie certyfikat uzyskany przez ten czy inny szpital. Równie cenna byłaby

możliwość wyciągania syntetycznych wniosków ze stwierdzonego stanu faktycznego. Interesujące materiały są być może zgromadzone w archiwach nieistniejącego UNUZ. Biura rzeczników praw pacjentów przy oddziałach NFZ dysponują zapewne informacjami wykraczającymi poza zagadnienie utrudnień dostępu do usług medycznych. Brakuje pomysłu na wykorzystanie takich i podobnych materiałów, aby od powtarzających się indywidualnych interwencji przejść do analiz słabych ogniw usług medycznych.

Skoro administracja rządowa czeka, aż inicjatywę przejmą kancelarie adwokackie w ramach swojej działalności komercyjnej, należało rozważyć celowość podjęcia kroków przez instytucję pozarządową o charakterze *non profit*. Jest nią Towarzystwo Promocji Jakości, proponujące na początek szkolenie, poświęcone wstydliwie pomijanemu aspektowi jakości usług medycznych. Wstępna publikacja na temat bezpieczeństwa chorych ukazała się w *Menedżerze Zdrowia* w czerwcu. Należy mieć nadzieję, że próba informowania o zagrożeniach dla zdrowia stwarzanych przez organizacje powołane do jego ratowania będzie elementem poprawy systemu. Nie zastąpi mechanizmów ekonomicznych, tak jak one nie zastąpiły programów na rzecz praw chorych i ich bezpieczeństwa w krajach o gospodarce rynkowej. Trzeba zrozumieć, że tak jak wiedzę o lekach buduje się dzięki badaniom wieloosrodkowym, wiedzę o zagrożeniach stwarzanych przez system szpitalny tworzy się przy pomocy podobnych metod. Profesjonalne spojrzenie uczy, że działania niepożądane, naruszające bezpieczeństwo są też częścią medycyny, jak postępowanie zakończone sukcesem.

Marek Labon
– prezydent Towarzystwa Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej
w Polsce,
dyrektor ds. medycznych
SP SK nr 1 ACK AMG w Gdańsku