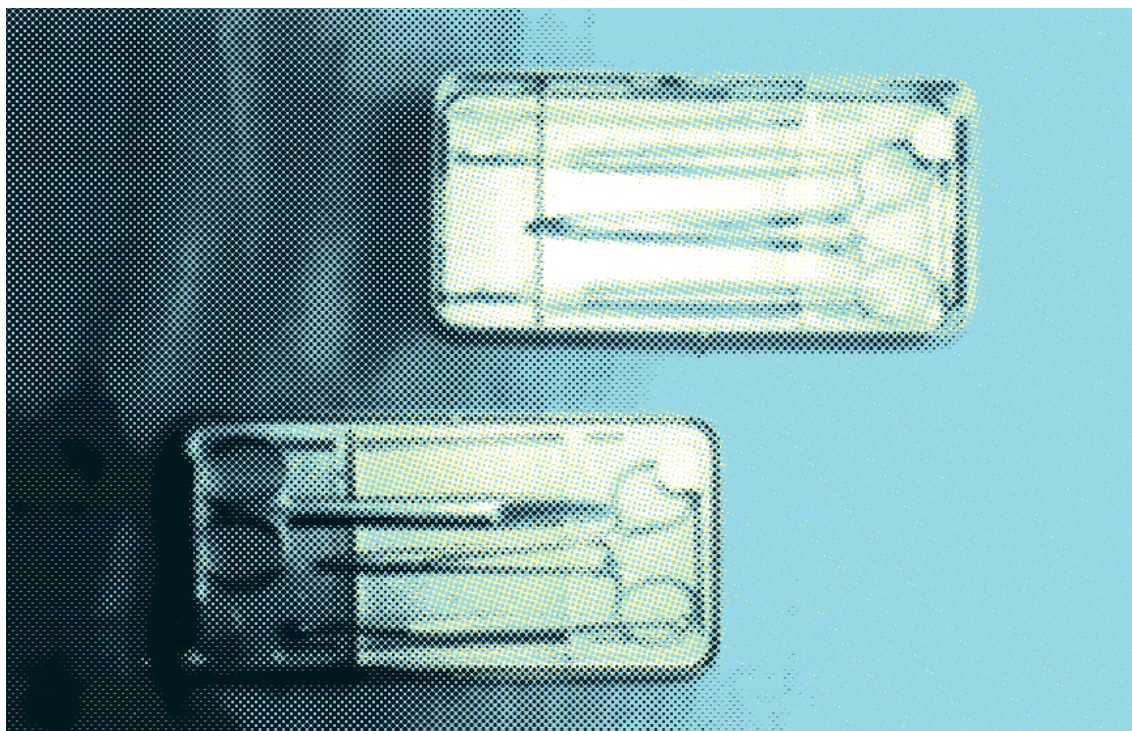


Szacowanie zastanego ryzyka i tworzenie hierarchii jego elementów
to określenie sytuacji wyjściowej czyli początkowego punktu odniesienia



Redukcja ryzyka w szpitalu

– program działania

Dariusz R. Hajdukiewicz

W ostatnim dziesięcioleciu dokonał się w Polsce prawdziwy przełom w zakresie poprawy jakości świadczeń medycznych. Można uznać, że początkiem przełomu na skalę krajową było utworzenie w listopadzie 1993 r. Towarzystwa Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce i krótko później, w 1994 r., Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. W odpowiedzi na propozycję CMJ poddania się dobrowolnej akredytacji, w wielu szpitalach powstały komórki (zespoły, sekcje, komitety) do spraw kontroli jakości i jej ustawicznej poprawy.

Zagrożenia i ryzyko – definicje

Administrator szpitala, dążąc do eliminacji zagrożeń i minimalizacji ryzyka, chcąc zaofero-

wać swoim klientom maksymalnie bezpieczną usługę, musi znać podstawowe pojęcia, którymi posługiwać się będzie na drodze poprawy jako-

ści świadczeń i poprawy bezpieczeństwa klientów. Pojęcia te, jako określenia uniwersalne, są stosowane powszechnie w różnych zakładach i instytucjach, nie tylko związanych z ochroną zdrowia. Według definicji europejskiej normy jakości OHSAS 18001 zagrożenie to czynnik lub sytuacja potencjalnie niebezpieczna, mogąca spowodować urazy, choroby, uszkodzenie własności, zniszczenie mienia, środowiska pracy lub kombinację tych możliwości. Ryzyko to połączenie prawdopodobieństwa i konsekwencji wystąpienia zdarzenia wypadkowego czyli sytuacji, która spowodowała wypadek lub mogła go potencjalnie spowodować. Zdarzeniem wypadkowym jest więc zarówno zaistniały wypadek, jak i zdarzenie potencjalnie wypadkowe. Wypadek zdefiniowany jest jako *niepożądane zdarzenie powodujące śmierć, chorobę, uraz, szkodę lub innego rodzaju stratę*, zaś zdarzenie potencjalnie wypadkowe to takie zdarzenie wypadkowe, które nie powoduje tych strat. I wreszcie niezgodność to *każde odstępstwo od standardów pracy, procedur, przepisów, efektów działania systemu zarządzania itp., które może bezpośrednio lub pośrednio prowadzić do wypadku*. Tyle definicje opublikowane w materiałach BSi i DNV pt. *Wytyczne do wdrożenia OHSAS 18001*.¹ Z kolei wg Towarzystwa Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce *zdarzenie niepożądane to uszczerbek na zdrowiu pacjenta wywołany w trakcie diagnostyki i/lub leczenia, nie związany z naturalnym przebiegiem choroby lub stanem zdrowia pacjenta, a także ryzyko jego wystąpienia. Zdarzenie takie najczęściej spowodowane jest błędem organizacyjnym lecz także i ludzkim*.² *Zdarzenie strażnicze (sentinel event) to zdarzenie zakończone nieoczekiwanym zgonem pacjenta lub trwałym uszczerbkiem na zdrowiu, nie związane z naturalnym przebiegiem choroby lub stanem zdrowia pacjenta*.³ Według definicji *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations*, największej organizacji akredytującej organizacje ochrony zdrowia, przyczyny zdarzeń niepożądanych to: 1) wadliwe procesy, 2) profesjonalści medyczni, 3) wola Boża (wg B. Kutryba).⁴ Ale do tych przyczyn zaliczyć też trzeba zbyt liczne zespoły lekarskie, np. chirurgiczne lub za małą liczbę profesjonalistów, a także za mało czasu dla pacjentów, za dużo obowiązków profesjonalistów, stosowanie zbyt licznych procedur u tego samego pacjenta (część z nich zlecana jest wyłącznie z powodu strachu przed oskarżeniem o zaniedbanie – tzw. medycyna asekuracyjna, albo defensywna medycyna).⁵ Istnieje jeszcze wiele innych definicji ryzyka i zarządzania nim. Za najciekawszą uważam definicję zamieszczoną w internetowych materiałach Abacus: *zarządzanie ryzykiem to*

twórcze wyciąganie wniosków z własnych błędów, albo po prostu podejmowanie decyzji w sposób zapewniający najwyższy poziom bezpieczeństwa, realizowany poprzez ograniczanie wpływu przewidywalnych czynników na funkcjonujący podmiot gospodarczy.⁶ Aby można było mówić o ryzyku, trzeba najpierw określić zagrożenie. Ryzyko jest bowiem pochodną zagrożenia i w pewnym uproszczeniu możemy przyjąć, że jest do niego wprost proporcjonalne, co w praktyce oznacza po prostu tyle, że im większe (w sensie ilościowym lub jakościowym) jest zagrożenie, tym większe ryzyko negatywnych konsekwencji tegoż zagrożenia. Ale bez względu na wielkość zagrożenia, ryzyko jest zawsze odwrotnie proporcjonalne do zakresu i intensywności działań zapobiegających wystąpieniu zagrożeń i ich skutkom.

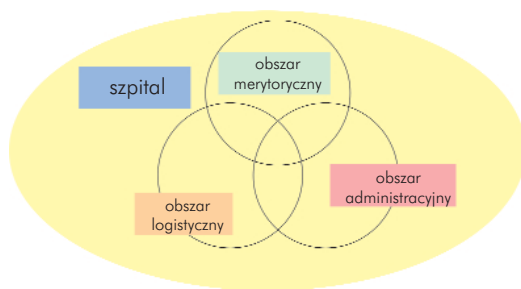
Próba systematyzacji

Zagrożenia można podzielić na:

- nieuniknione (ale i niezbędne dla prawidłowego toku zamierzonych działań), a więc te, które są konsekwencją prowadzenia określonego rodzaju działalności (np. działalności polegającej na świadczeniu usług zdrowotnych w placówkach medycznych) i z tą działalnością wiążą się nierozdzielnie, są jakby jej integralną częścią;
- niechciane (ale możliwe do usunięcia), a więc te, które są konsekwencją zaniedbań, niefrasobliwości czy braku przewidywania, a nie zależą zupełnie od charakteru i rodzaju prowadzonej działalności – innymi słowy są one artefaktem, zanieczyszczeniem prawidłowego toku tej działalności.

Ryzyko praktycznie stale towarzyszy każdemu z nas, w każdej działalności i w codziennym życiu. W normalnym funkcjonowaniu każdego człowieka, wielokrotnie w ciągu dnia, pojawiają się przecież oba podstawowe rodzaje zagrożeń. Te nieuniknione, niemożliwe do wyeliminowania, wynikają chociażby z konieczności przejścia przez ulicę, zjechania windą czy przejścia przy starym budynku w drodze do pracy. Te niechciane, możliwe do usunięcia, wiążą się, np. z trybem życia (późne wstawanie skutkuje pośpiechem w drodze do pracy, co może się skończyć wypadkiem, zawałem, a w najlepszym wypadku reprimendą przełożonych z powodu spóźnienia), a także z nawykami, nałogami, wychowaniem i z wieloma innymi czynnikami.

W prowadzonej działalności należy zawsze bardzo starannie określić, gdzie występują zagrożenia, z których aktualnym istnieniem lub potencjalnym pojawieniem się należy się liczyć, ocenić ich rodzaje. Następnie trzeba określić



Ryc. 1. Podstawowe obszary zagrożeń
Materiały źródłowe: opracowanie własne

wielkość ryzyka wynikającego ze zidentyfikowanych rzeczywistych i prawdopodobnych zagrożeń, a także wpływ tego ryzyka na placówkę. Wreszcie trzeba zaplanować i podjąć działania, aby wyeliminować lub zminimalizować te zagrożenia do poziomu akceptowalnego ryzyka (ryzyko tolerowane), by w efekcie móc prowadzić bezpieczną działalność. Ryzyko tolerowane to taki rodzaj ryzyka, którego poziom został obniżony do stopnia tolerowanego w organizacji, z punktu widzenia jej zobowiązań prawnych i własnej polityki BHP, dlatego ocena ryzyka to nie tylko ocena jego wielkości, ale też podjęcie decyzji, czy może być ono tolerowane. Z kolei bezpieczeństwo to po prostu brak nieakceptowanego ryzyka wystąpienia strat.⁷

Prowadzenie działalności bezpiecznej nie jest równoznaczne z gwarancją niewystąpienia żadnych niezgodności i żadnych zdarzeń niepożądanych – zdarzeń potencjalnie wypadkowych, a tym bardziej wypadków. Prowadzenie działalności bezpiecznej oznacza jedynie tylko to, że organizacja zrobiła i nadal robi wszystko, co jest w jej mocy, by zidentyfikować i ocenić zagrożenia, określić związane z nimi ryzyko i wdrożyć działania zapobiegające negatywnym skutkom tych zagrożeń.

Program redukcji ryzyka w szpitalu

Podstawowy schemat programu redukcji ryzyka przedstawia się następująco:

1. Identyfikacja obszarów zagrożeń, a w nich identyfikacja aktualnych i potencjalnych zagrożeń.
2. Segregacja – katalogi zagrożeń; systematyka – ocena ilościowa i jakościowa zagrożeń.
3. Wartościowanie – ocena skutków zagrożeń (i ryzyka).
4. Określenie punktów odniesienia – wyjściowego i wyznaczającego dopuszczalność ryzyka; tolerancja ryzyka lub jej brak – budowa map zagrożeń.

5. Ocena możliwości eliminacji lub minimalizacji zagrożeń do poziomu ryzyka tolerowanego.
6. Analiza korzyści zamiany złych kosztów na dobre.
7. Wdrożenie działań zapobiegawczych.
8. Stały nadzór nad sytuacją szpitala – zgodnie z cyklem Deminga.
9. Ubezpieczenie ryzyka.

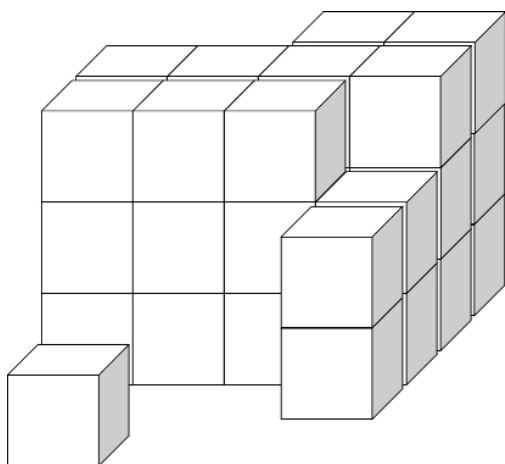
Dochodzenie do oceny ryzyka jest – jak widać – wieloetapowe. Rozpoczynać się powinno zawsze od zebrania maksymalnie pełnej informacji o strukturze organizacyjnej, stosowanych w zakładzie technologiach i procesach, a także o wszelkich zasobach organizacji. Z tych zasobów najważniejszym jest oczywiście kadra i to nie tylko medyczna. Niekompletność informacji grozi niezidentyfikowaniem zagrożeń, a co za tym idzie – niedoszacowaniem ryzyka. Określenie obszarów zagrożeń, bez względu na metodę zastosowaną w tym celu, służyć ma późniejszej identyfikacji potencjalnych i rzeczywistych zagrożeń, a także konstruowaniu map ryzyka. Na tej podstawie ustalenia zostaną adresaci działań zapobiegawczych.

Określenie obszarów zagrożeń

Obszary zagrożeń należy określać, uwzględniając kilka kryteriów. Kto jest narażony? Kto lub co naraża? Jak jest miejsce zagrożenia? Dlatego najprostszy podział składać się mógłby z trzech zaledwie obszarów (patrz ryc. 1.) przy bardzo ogólnym założeniu, że miejscem zagrożenia jest po prostu placówka medyczna, np. szpital.

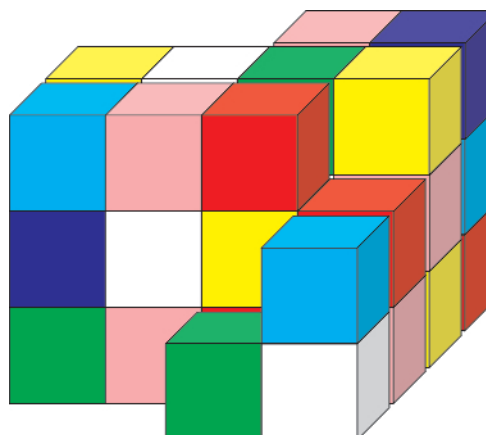
Obszar merytoryczny to po prostu zasadnicza sfera działań medycznych w zakładzie opieki zdrowotnej, wynikających z jego statutowych zadań w zakresie diagnostyki, terapii, pielęgnacji, rehabilitacji, profilaktyki, ale też promocji zdrowia, diety czy świadczeń opiekuńczych. Ten obszar można zróżnicować też zgodnie z charakterystyką komórek organizacyjnych, występujących w danej jednostce. Nawet jeżeli te same zagrożenia wystąpią zarówno w oddziałach zachowawczych, jak i w zabiegowych, to z pewnością w innej proporcji. Specyfika tych oddziałów związana jest także z wiekiem pacjentów. Inne jest także zagrożenie zakażeniami szpitalnymi na oddziale psychiatrycznym, a inne na oddziale anestezjologii, z kolei prawdopodobieństwo wystąpienia odleżyn jest nieporównywalnie mniejsze w krótkoterminowym oddziale ratunkowym czy dziecięcym, niż na oddziale wewnętrznym.

Obszar logistyczny i obszar administracyjny to sfery działań pozamedycznych pomocniczych (logistyka) i zarządczych – koordynujących (administracja). Obszar logistyczny to m.in. przygotowanie przetargów, zaopatrzenie, magazyno-



Ryc. 2. Budowanie schematu obszarów zagrożeń na podstawie informacji o strukturze organizacyjnej lub zasobach

Materiał źródłowy: opracowanie własne



Ryc. 3. Barwienie zagrożeń – różnicowanie

Materiał źródłowy: Opracowanie własne

wanie, serwisowanie, bieżąca konserwacja, dostawa mediów, a także ochrona, sprzątnięcie, kuchnia, pralnia i *outsourcing* tych usług. Obszar administracyjny to chociażby kadry, księgowość, statystyka medyczna, ochrona danych osobowych i tajemnicy medycznej, ale też organizacja obszarów: merytorycznego (sfery medycznej) i logistycznego (sfery pomocniczej). W zależności od potrzeb, instytucja może wprowadzić do obszaru administracyjnego pewne priorytetowe, z jej punktu widzenia, zagrożenia, np. pożarowe czy dotyczące sfery gospodarowania lekiem, mimo że zagadnienia te często zlokalizowane są w obszarze logistycznym (przeciwpożarowe) albo merytorycznym (apteka).

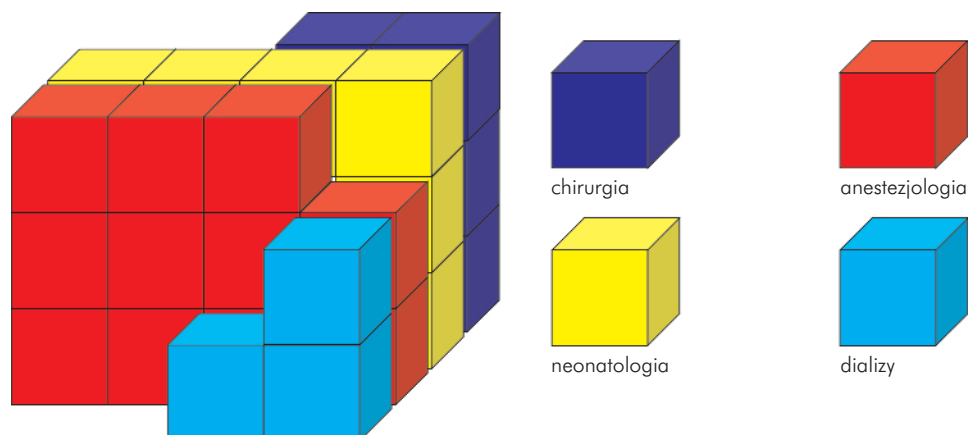
Ryc. 2., przedstawiająca bryłę zbudowaną z kostek może symbolizować zbudowany z jednostek i komórek organizacyjnych zakład, ale można też wyobrazić sobie, że zakład ten jest zbudowany z potencjalnie niebezpiecznych zasobów organizacji. Patrząc jednak na tę bryłę z perspektywy skutecznej zobaczymy, że rozrzucone chaotycznie kostki to następstwa potencjalnych zagrożeń. Pokolorowanie tych kostek (*zabarwienie zagrożeń*), różnicuje je między sobą, choć jeszcze nie klasyfikuje ich. Pierwszy etap identyfikacji zagrożeń polega więc na zapoznaniu się (poprzez przegląd dokumentacji, lustrację obiektów, wywiady z personelem) ze strukturą i z organizacją szpitala. Etap drugi – *zabarwienie bryły*, możliwy jest do dokonania dzięki analizie zaistniałych w przeszłości wypadków i innych zdarzeń niepożądanych: rzeczywistych i potencjalnych. Warto też wstępnie przeanalizować skutki tych sytuacji. Jeśli jednak w przeszłości w szpitalu nie działał

żaden system rejestracji tych zdarzeń, to analiza ta może być zawodna i o tym niebezpieczeństwie należy stale pamiętać. W przyszłości przy kolejnym obrocie w cyklu Deminga niedoskonałości te można będzie usunąć. Należy jeszcze zwrócić uwagę na wyraźne zaznaczenie obszarów, w których strata spowodowana zagrożeniem może być bardzo dotkliwa. Obszary takie nazywane są najślabzszymi ogniwami. Zawsze też należy zastanowić się, czy tym najślabszym ogniwem nie są pracownicy.

Ze względu na to, jak postrzegamy zakład – można rozróżnić kilka propozycji wstępnej klasyfikacji zagrożeń, czyli podziałów zagrożeń:

1. Podział wg kompetencji – np. zagrożenia na oddziałach (związane z procedurami medycznymi) – zabiegowych, zachowawczych, a także charakteryzujących się własną specyfiką: w pogotowiu, neonatologii, dializoterapii czy onkologii. Niewątpliwie istotną rolę w ocenie ryzyka w szpitalu pełni identyfikacja punktów krytycznych w procesie hospitalizacji. Jest ich wiele, a za najistotniejsze należy uznać:

- izbę przyjęć i oddział ratunkowy (miejsce pierwszego kontaktu i możliwości wykorzystania tzw. *złotej godziny*),
- typowe pracownie diagnostyczne (z zagrożeniami przedlaboratoryjnymi, w trakcie analizy i po niej, a także z potencjalnym niebezpieczeństwem związanym z wykorzystywaniem aparatury RTG czy endoskopii),
- oddziały szpitalne (z ich specyfiką wynikającą z profilu leczenia i ze szczególnym uwzględnieniem oddziałów intensywnej terapii),



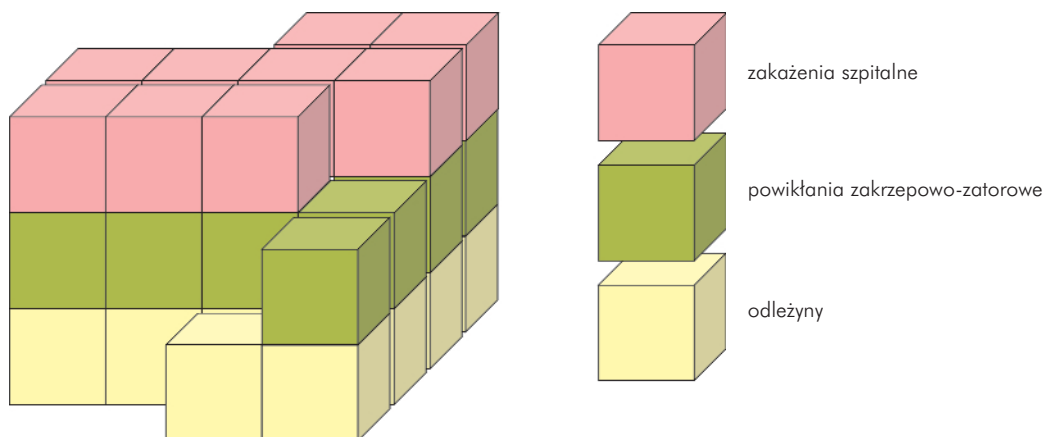
Ryc. 4. Podział wg kompetencji
Materiał źródłowy: opracowanie własne

- blok operacyjny i trakt porodowy (z zagrożeniami wynikającymi również z anestezjologii),
- centralną sterylizację i dezynfektornię,
- aptekę szpitalną,
- pracownię fizykoterapii i rehabilitacji,
- i inne komórki organizacyjne wynikające ze specyfiki danej placówki medycznej, jak np. stacja dializ, pracownię diagnostyki inwazyjnej, oddziały dzienne, oddziały i zakłady dla chorych przewlekłe (ZOL, ZPO) itp.

Powyższa klasyfikacja zagrożeń nie będzie pełna, jeśli nie uwzględni się specyfiki oddziałów i związanych z nią rodzajów terapii. Inne bowiem zagrożenia niesie za sobą leczenie operacyjne (oddziały operacyjne, blok operacyjny

i anestezjologia), często związane dodatkowo z zagrożeniami wynikającymi z leczenia krwią, a inne leczenie psychiatryczne. Specyfika oddziałów i związanych z nimi zagrożeń różni się także w zależności od wieku pacjentów – inne zagrożenia występują na oddziałach pediatrycznych i noworodkowych, a inne na geriatrici.

Dla zarządzającego placówką medyczną ważna jest znajomość wszystkich obszarów potencjalnych zagrożeń, bez względu na miejsce ich powstania. Dla lepszego ich rozpoznania zarządzający powinien mieć wiedzę dotyczącą zagrożeń pochodzącą z różnych źródeł – od profesjonalistów (aby ustrzec się błędów organizacyjnych), a także od pacjentów (aby ustrzec się pozostałych błędów).



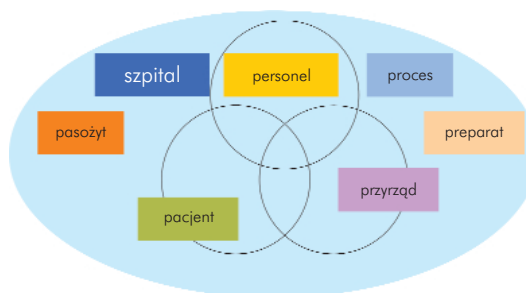
Ryc. 5. Podział wg konsekwencji
Materiał źródłowy: opracowanie własne

2. Podział wg konsekwencji – np. powikłań, takich jak:

- zakażenia szpitalne,
- powikłania zakrzepowo-zatorowe,
- powikłania wrzodowe,
- odleżyny,
- uczulenia,
- niedożywienie,
- inne.

Zakładając, że cięcia w płaszczyźnie czołowej dzielą bryłę organizacji na oddziały, pracownie i inne komórki organizacyjne, to obecnie prowadzone poziomo cięcia kwalifikują warstwy do określonych skutków. Właśnie w oparciu o ten podział warto rozważyć budowę programu poprawy jakości.

3. Podział wg etiologii – np. profesjonalista lub personel pomocniczy, preparat, procedura, przyrząd, pasożyt, a także pacjent. Ta koncepcja identyfikacji obszarów zagrożeń opiera się na zasadzie przyczynowości. Przyczynami zagrożeń w szpitalu są przede wszystkim ludzie – personel medyczny (profesjonaliści) i pomocniczy, a także pacjenci i osoby odwiedzające. Inne przyczyny zagrożeń to przyrządy (aparatura medyczna i pomocnicza np. windy, kotły itp.), pasożyty (przede wszystkim bakterie, wirusy i grzyby odpowiedzialne za zakażenia szpitalne), preparaty (leki, odczynniki diagnostyczne, środki dezynfekcyjne, środki czystości i inne) i wreszcie procesy (sposoby, metody, algorytmy, techniki i technologie) postępowania, związane z organizacją i udzielaniem wszystkich świadczeń medycznych w szpitalu.

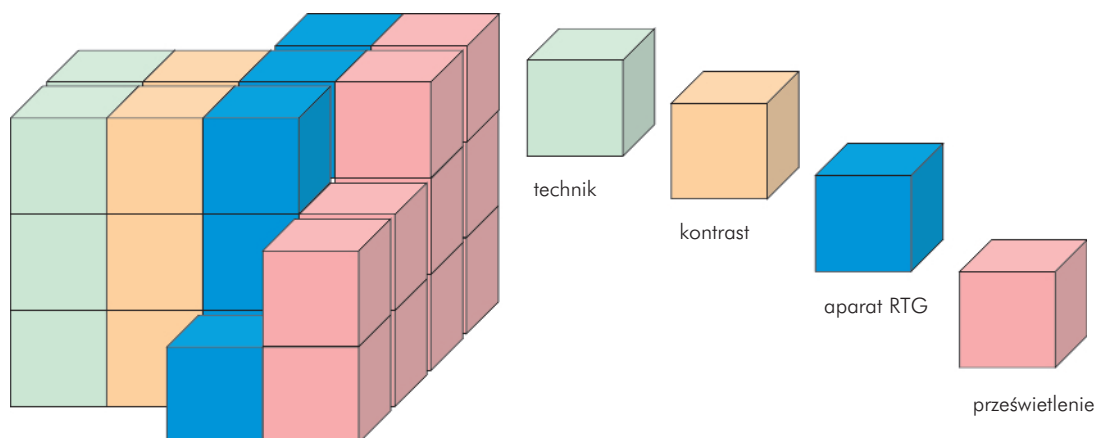


Ryc. 6. Podstawowe obszary zagrożeń

Materiały źródłowe: opracowanie własne

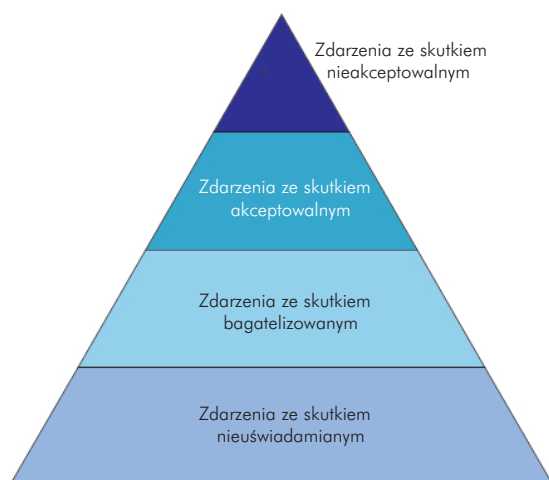
Bardziej szczegółowo można jednak stwierdzić, że zagrożenia w szpitalu są wzajemne. Pacjent jest oczywiście zagrożony przez personel (nie tylko medyczny) i sprzęt, ale także przez innych pacjentów. Personel zagrożony jest przez innych pracowników, pacjentów i sprzęt. A także pacjenci i personel zagrażają sprzętowi. Tak więc wszystkie trzy czynniki (pacjenci, personel i przyrządy) mogą być zarówno źródłem zagrożeń, jak i ich obiektami. Na te wzajemne relacje nakładają się dodatkowo czynniki, związane ze specyfiką środowiska, a więc mikroorganizmy w nim bytujące oraz środki służące ich eliminacji – środki czystości i dezynfekujące. I wreszcie całość relacji zachodzących w szpitalu powiązana jest w procesy, które na ogół wykonywane są przez personel, przy pomocy preparatów i przyrządów, dla pacjentów i często na nich.

Skutki zdarzeń niepożądanych w szpitalu mogą być tak małe, że bez specjalnych starań o ich



Ryc. 7. Podział wg etiologii

Materiał źródłowy: opracowanie własne



Ryc. 8. Piramida zagrożeń
Materiał źródłowy: opracowanie własne

identyfikację będą one wręcz niezauważalne. Ale właśnie w placówkach medycznych, częściej niż gdzie indziej, zdarzają się następstwa zagrożeń, których skutkiem jest śmierć albo trwałe inwalidztwo. Najcięższe skutki występują najrzadziej, a najczęstsze zdarzenia cechują się niewielkimi skutkami (ryc. 8.).

Etap identyfikacji zagrożeń jako poznawcza część programu redukcji ryzyka w szpitalu kończy się stworzeniem katalogu zagrożeń zidentyfikowanych. Katalog ten ułatwia dokonanie systematyki ze względu na ilość zdarzeń i prawdopodobny ich skutek, a więc techniczną część programu. Podstawowym kryterium tej systematyki jest akceptacja (zarówno ilości, jak i skutków) lub jej brak. Kolejnym etapem ilościowej i jakościowej oceny zagrożeń jest więc po prostu wartościowanie zagrożeń, służące stworzeniu map zidentyfikowanych, rzeczywistych i potencjalnych, zagrożeń.

Szacowanie ryzyka zastanego (aktualnego) i tworzenie hierarchii tego ryzyka to określenie sytuacji wyjściowej, czyli początkowego punktu odniesienia. Ale należy też szybko określić drugi punkt odniesienia – punkt wyznaczający dopusz-

czalność ryzyka. Ułatwi on dążenie do osiągnięcia poziomu ryzyka tolerowanego poprzez stosowanie działań korygujących i zapobiegawczych – przeciwdziałających skutkom zagrożeń.

Minimalizacja ryzyka

Należy też umieć ocenić ryzyko z perspektywy szkody wywołanej przez zdarzenie. Szkada może mieć charakter materialny (wartość utraconego majątku) albo/i charakter odpowiedzialności cywilnej. Prawdopodobieństwo zaistnienia szkody ocenia się poprzez analizę zdarzeń, które wystąpiły w przeszłości. Analizę taką prowadzi się w oparciu o informację, pochodzącą z danych szpitalnych i z danych z innych szpitali, poszukując informacji pozwalających na określenie ilości zdarzeń rzeczywiście i potencjalnie prowadzących do szkód oraz ilości szkód o różnym stopniu wartości, spowodowanych rzeczywiście przez te zdarzenia. Z racji polskiej specyfiki dostęp do danych zewnętrznych jest bardzo trudny, a często niemożliwy, gdyż wiele szpitali nie prowadzi w tym kierunku żadnych badań, a te ujawnione instytucjom ubezpieczeniowym są przez nie ściśle chronione. W praktyce analizy prowadzone są więc w oparciu o własne dane szpitala, często obciążone błędami.

Okresowa ocena efektów prewencji ryzyka z zastosowaniem pełnego cyklu Deminga (*zaplenuj, wykonaj, sprawdź, popraw*) czyni proces oceny ryzyka i ograniczenia wystąpienia zdarzeń niepożądanых, żywym i ciągle się udoskonalającym. Na tym jednak polega stałe dążenie organizacji do minimalizacji ryzyka.

Dodatkowym elementem minimalizacji ryzyka jest jego ubezpieczenie. Mimo iż z pozoru jest to działanie, polegające jedynie na przeniesieniu odpowiedzialności za wystąpienie zdarzenia niepożądanego, to faktycznie także i ono wpływa na dalszą poprawę bezpieczeństwa w szpitalu, z tej prostej przyczyny, że w trosce o obniżenie składek zakład poddaje się na ogół woli ubezpieczyciela i dokonuje z roku na rok nowych udoskonaleń i zabezpieczeń, w efekcie czego

Tab. Szacowanie ryzyka

Ilość \ Skutki	Akceptowalna ilość	Niedopuszczalna ilość
akceptowalne skutki	akceptowalna ilość (małe prawdopodobieństwo zdarzenia) akceptowalne skutki <i>nie ma konieczności chronienia ryzyka – nie ma zagrożenia dla firmy i jej klientów</i>	niedopuszczalna ilość (duże prawdopodobieństwo zdarzenia) akceptowane skutki <i>należy dążyć do zmniejszenia ilości</i>
niedopuszczalne skutki	niedopuszczalne skutki w akceptowalnej ilości <i>ryzyko musi być chronione – sytuacja niebezpieczna dla firmy i jej klientów</i>	niedopuszczalne skutki niedopuszczalna ilość <i>niezbędna ochrona ryzyka, albo zaprzestanie działalności</i>

następuje dalsza poprawa w zapewnieniu bezpieczeństwa.

Z punktu widzenia administratora ryzyko szpitala ma wymiar szerszy niż wynikający z prostych podziałów zagrożeń, np. wg kompetencji, konsekwencji czy przyczyn zdarzeń. Powszechnie wiadomo, że problemy zakażeń szpitalnych, powikłań zakrzepowo-zatorowych czy odleżyn to zasadnicze zagrożenia dla pacjentów placówek medycznych. Administrator musi jednak analizować także okoliczności najczęściej zdarzających się wypadków, do których należy zaliczyć chociażby upadki z łóżka, potknięcia, ale też przytraśnięcia rąk, czy utknięcia pacjentów (albo jedynego na dyżurze specjalisty, np. anestezjologa) w windzie. Zdarzenia te są bowiem potencjalnie brzemienne w bardzo groźne skutki. Administrator musi pamiętać, że w szpitalu wcale nierzadko zdarzają się napaści, gwałty, zabójstwa i samobójstwa i tzw. *szpitalny program poprawy bezpieczeństwa* powinien być nastawiony na zapobieganie także im. Ale dla administratora ryzyko w szpitalu to także ryzyko śmierci pacjenta na skutek wypadku podczas samowolnego oddalenia się z placówki medycznej, ryzyko śmierci w szpitalu pacjentów pijanych, wobec których zastosowano niewłaściwie przymus bezpośredni, albo zlekceważono ich skargi i objawy.

Z podobnym obszarem zagrożeń związane jest dla administratora ryzyko błędów, wynikających z lekceważenia przez personel swoich obowiązków (alkohol, nieobecność na stanowisku pracy itp.). Z punktu widzenia administratora ogromne ryzyko stwarza też problem dni wolnych i długich weekendów, a także problem nieprawidłowej (albo wręcz żadnej) identyfikacji pacjentów, nieczytelnych zapisów specjalistów i błędnej ich interpretacji. W tej grupie zdarzeń niepożądanych znajduje się także tzw. *ryzyko dyspozytorki* czyli nieprzyjęcie zgłoszenia, albo złe rozdysponowanie karettek i w efekcie śmierć oczekującego na pomoc.

Oddzielną grupę stanowi ryzyko zatruc pokarmowych wśród chorych, uczuleń na środki czystości, preparaty dezynfekcyjne czy odczynniki.

Wreszcie ryzyko ujawnienia danych chronionych, utraty danych gromadzonych, zniszczenia mienia w wyniku pożaru, awarii sieci energetycznej, uszkodzenia instalacji sygnalizacji alarmowej czy przyzywowej ze wszystkimi tych zdarzeń konsekwencjami. To tylko niektóre obszary zagrożeń (bogate w zdarzenia niepożądane i strażnicze), których regularne raportowanie i analizowanie ich przyczyn, stanowi zasadniczy element minimalizacji ryzyka szpitala.

Wnioski

- Dążąc do poprawy jakości i bezpieczeństwa w szpitalu należy umieć ocenić i zredukować ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych;
- aby ocenić ryzyko należy umieć zidentyfikować obszary i poszczególne zagrożenia (dla pacjentów, klientów, personelu, środowiska, samego szpitala), a także poklasyfikować je w kategorie, postępując się ilościowymi i jakościowymi kryteriami, tak by wyznaczyć tolerowany poziom ryzyka dla każdej z kategorii;
- redukcja ryzyka powinna polegać przede wszystkim na budowaniu szpitalnych programów poprawy bezpieczeństwa, ale także na ubezpieczeniu ryzyka.

Dariusz R. Hajdukiewicz
dyrektor SPZOZ-ZZ w Makowie Mazowieckim
specjalista chirurg, interesuje się nowoczesnymi metodami
zarządzania w ochronie zdrowia i problematyką
poprawy jakości

Przypisy

1. Wytyczne do wdrożenia OHSAS 18001 – materiały dotyczące wdrażania europejskiej normy jakości 18001:1999, BS i DNV2003.
2. Materiały TPJ – ankieta dotycząca zdarzeń niepożądanych
3. Kutryba B, Wąsikowska-Kutaj H. *Zdrowie i zarządzanie*. Tom V, 6/2003.
4. Kutryba B. *Materiały szkoleniowe Konferencji IIR Zarządzanie w ochronie zdrowia – perspektywy, finanse, jakość*. I Forum Menedżerów Opieki Zdrowotnej, 9–10.06.2003, Warszawa.
5. Dobska M, Dobski P. *TQM zarządzanie przez jakość w zakładach opieki zdrowotnej*. Zakład Poligraficzny MARS GRAF; Poznań, 145.
6. patrz więcej: www.abacus.edu.pl
7. Wytyczne do wdrożenia OHSAS 18001, op. cit.

Zapewnienie jakości, *Quality Assurance (QA)*, to zbiór czynności dotyczących kontroli, oceny, poprawy i wreszcie zapewnienia jakości, którymi zajmują się w szpitalach te komórki, by w efekcie stworzyć system zarządzania przez jakość (*TQM*). *Risk Management (RM)*, to z kolei nazwa komórki i jednocześnie zbiór jej zadań, związanych z identyfikacją zdarzeń niebezpiecznych, korygowaniem zaistniałych niedociągnięć, analizowaniem wydarzeń i wypadków stanowiących potencjalne zagrożenie, zapobieganiem im, czy wreszcie koordynacją czynności zapobiegających oskarżeniom szpitala ze strony pacjentów o zaniedbania w działalności leczniczej. Często uważa się, że sekcja QA nastawiona jest na ochronę pacjenta, podczas gdy na ochronę szpitala i jego interesów nastawiona jest sekcja RM. Tymczasem obie sekcje powinny wzajemnie się uzupełniać w budowie jednolitego systemu TQM.