

Spotkanie BQMM – co to i po co?



Fot. istockphoto.com

TOMASZ STEFANIAK, ANNA TYBIŃKOWSKA

Ocena wyników leczenia prowadzona jest na świecie od lat. Obejmuje ona zazwyczaj aspekty związane ze śmiertelnością (*mortality*) oraz powikłaniami (*morbidity*). Nowoczesne zarządzanie w środowisku medycznym implikuje pełne wdrożenie podejścia procesowego, głęboką znajomość realizowanych procesów oraz prawideł, które nimi rządzą. W tym zakresie znajduje się także zdefiniowanie parametrów kluczowych dla przebiegu procesu. Dotychczasowe podejście (*mortality & morbidity*) akcentowało ważne klinicznie, ale jednostronne spojrzenie z perspektywy tzw. parametrów produktowych (definiowanie odsetka przypadków powikłanych), z pobieżnym i subiektywnym spojrzeniem na elementy procesu, które mogą wpływać na efekt końcowy.

Współczesne zarządzanie oddziałem szpitalnym to nie tylko kompetencje kliniczne, technika chirurgicz-

na i wiedza w zakresie diagnostyki i terapii, lecz także ważką odpowiedzialność w zakresie działań zarządczych – tak związanych z optymalizacją zasobową, kosztową i przychodową, jak i z przywództwem. Niestety dotychczas przyjęty w Polsce paradygmat pracy ordynatora jako „głównego, najbardziej szanowanego lekarza – klinicysty” jest już dziś dalece nieadekwatny do oczekiwań otoczenia. Nowoczesny ordynator to nie tylko znawca problematyki klinicznej, lecz także sprawny menedżer oraz lider świadomy narzędzi psychologicznych i zarządczych. Osoba taka podpira się danymi z realizowanych procesów, potrafi identyfikować i monitorować niedoskonałości w zakresie zadań realizowanych przez własny zespół, jak i zespoły współpracujące – zazwyczaj podwykonawcze w znaczeniu procesowym (konsultacje, anestezjolo-

Tabela 1. Zakres danych oraz źródła analityczne wymagane do przygotowania spotkań BQMM

Zakres danych	Źródło	Wyjaśnienie
liczba hospitalizacji	raport przypadków powikłanych (MyHospital SGA)	
liczba pacjentów w poradni specjalistycznej	symulator pracy poradni	
liczba operacji	raport przypadków powikłanych (MyHospital SGA)	
liczba zgonów	raport przypadków powikłanych (MyHospital SGA)	omówienie wszystkich przypadków określenie przypadków tzw. zgonów nie do uniknięcia (paliatywne, terminalne, przewlekłe)
liczba zgonów okołoperacyjnych	raport przypadków powikłanych (MyHospital SGA)	omówienie wszystkich przypadków
liczba reoperacji	raport przypadków powikłanych (MyHospital SGA)	omówienie wybranych przypadków odrzuć przypadków zakwalifikowanych przypadkowo – z krótkim uzasadnieniem (ocena ilościowa grup odrzuconych)
liczba rehospitalizacji	raport przypadków powikłanych (MyHospital SGA)	omówienie wybranych przypadków odrzuć przypadków zakwalifikowanych przypadkowo, np. rehospitalizacje planowe – z krótkim uzasadnieniem (ocena ilościowa grup odrzuconych)
liczba hospitalizacji przedłużonych	raport przypadków powikłanych (MyHospital SGA)	omówienie wybranych przypadków
liczba odmów hospitalizacji	źródła własne Kliniki	ocena ilościowa grup pacjentów, u których wymagana była zmiana terminu hospitalizacji planowej z przyczyn zawnionych przez pacjenta lub Klinikę
liczba zakażeń	raport zakażeń CliniNet	ocena ilościowa grup zakażeń (rodzaje zakażeń, pochodzenie) omówienie wybranych przypadków
liczba zdarzeń niepożądanych medycznych	system niezgodności	omówienie zdarzeń krytycznych ocena grup oraz omówienie wybranych przypadków
liczba zdarzeń niepożądanych lekowych	system niezgodności	omówienie zdarzeń ocena grup oraz omówienie wybranych przypadków
liczba niezgodności w obszarze	system niezgodności UCK	omówienie grup niezgodności omówienie wybranych przypadków wskazanie własnych podjętych działań korygujących – określenie metodyki działań, oceny skuteczności (jak? kiedy?) oraz osób odpowiedzialnych za ich realizację, opracowanie lokalnych projektów poprawy jakości – zespół lekarski i pielęgniarski
liczba zastosowań przymusu bezpośredniego	CliniNet, raport pielęgniarki oddziałowej	omówienie wszystkich przypadków – zespół pielęgniarski
liczba nowo powstałych odleżyn	raport pielęgniarki oddziałowej	omówienie ogólne oraz omówienie wybranych przypadków – zespół pielęgniarski
skuteczność postępowania przeciwbólowego	dokumentacja medyczna indywidualna	omówienie, na ile realizowane są założenia programu „Szpital bez bólu”: informacja dla pacjentów, karta leczenia bólu, czy są przypadki bólu powyżej 6? czy utrzymują się przez dwa pomiary lub więcej pomimo stosowanego leczenia?

gia, blok operacyjny, radiologia, apteka itp.). Dotarcie do tak wysokiego i złożonego poziomu kompetencji wymaga od osoby kandydującej na stanowisko ordynatora dużej wiedzy oraz otwartości. Z kolei zarząd szpitala, w którym akcent położony jest na rozproszo-

ne kompetencje zarządcze na poziomie ordynatorów, musi dostarczać im wiarygodnych danych, podanych w sposób przejrzysty i umożliwiający szybką interpretację ogromnych ilości informacji oraz opracowanie konstruktywnych wniosków.

„ Razem koszty szpitala UCK (32 kliniki, 1200 łóżek) związane z prowadzeniem działań projakościowych i probiznesowych w metodyce BQMM to ok. 500 tys. zł rocznie ”



Fot. istockphoto.com

W 2017 r. w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku (UCK) zaproponowano metodykę regularnej oceny działania poszczególnych klinik, oddziałów i unitów merytorycznych, którą roboczo określono akronimem QMM (*quality mortality morbidity*) dla komórek klinicznych oraz QM (*quality meeting*) dla komórek wsparcia. W pierwszym etapie ocena dotyczyła głównie elementów klinicznych związanych z parametrami produktowymi, ale sukcesywnie uzupełniano dane wejściowe do QMM o elementy charakterystyki realizowanych procesów. Jednocześnie prowadzono ustawiczne szkolenie zarządzającego personelu medycznego mające na celu upowszechnianie wiedzy w zakresie znaczenia poszczególnych wskaźników procesowych oraz ich wpływu na wynik ekonomiczny kliniki, prawidłowość postępowania medycznego i satysfakcję pacjentów. Aktualnie w zakresie danych wejściowych omawianych w trakcie QMM (w najnowszej wersji BQMM – *business quality mortality morbidity*) znajdują się między innymi:

- dane kliniczne pochodzące z indywidualnej dokumentacji medycznej wybranych przypadków oraz raportów dyżurowych lekarskich i pielęgniarskich, walidowane na podstawie ekstraktora danych klinicznych, pozyskiwane według zaplanowanych scenariuszy z całości szpitalnego systemu informatycznego (HIS); należą do nich: zgony, powikłania, pobyty przedłużone, reoperacje nieplanowane, rehospitalizacje nieplanowane, zastosowanie przymusu bezpośredniego, konkluzywność konsultacji;
- dane pochodzące z systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych i niezgodności, w tym wszelkie zaburzenia realizacji procesów klinicznych i administracyjnych;
- dane pochodzące z analizy satysfakcji pacjenta;
- dane dotyczące kontroli zakażeń;
- dane dotyczące wykorzystania bloku operacyjnego, w tym szczegółowo omawiane są ważne odstępstwa od planu zabiegowego, które w sposób znaczący wpłynęły na organizację pracy bloku operacyjnego.

Dane dotyczące poszczególnych przypadków klinicznych są analizowane szczegółowo w trakcie tzw. pre-QMM w celu walidacji uzyskanych informacji drogą

ekstrakcji z systemu HIS. Dodatkowym źródłem danych dotyczących przypadków powikłanych są raporty dyżurowe lekarskie i pielęgniarskie, które w UCK są przygotowywane w wersji cyfrowej na wspólnej platformie System UCK, co pozwala na łatwy dostęp do nich w dowolnej chwili oraz ekstrakcje i agregowanie wedle złożonych algorytmów.

Kolejna grupa danych odnosi się do przebiegu procesów dla poszczególnych JGP, z tym że w trakcie BQMM omawiane jest 5 grup mających największy udział w przychodach kliniki lub oddziału. W tym kontekście analiza ma wymiar ilościowy, zwraca się uwagę na medianę czasu trwania hospitalizacji, odsetek hospitalizacji, zużycie preparatów krwi, wykorzystanie oddziału intensywnej terapii, jak również prawidłowość kodowania grup oraz rachunek zysków i strat. Możliwe jest także odniesienie się w tym zakresie do danych pochodzących z innych szpitali (*benchmarking*) i własnych danych historycznych.

W okresie pandemii COVID-19 niemożliwe było organizowanie spotkań o charakterze plenarnym. W związku z tym zaproponowano wykorzystanie platformy wideokomunikacyjnej. Dzięki temu spotkania można było rejestrować, co pozwoliło na późniejsze udostępnienie ich nieobecny członkom zespołu oraz ponowne omówienie najważniejszych wniosków na spotkaniu zespołu ds. jakości z udziałem przedstawicieli zarządu szpitala.

Ile kosztuje jakość?

Wszystkie koszty związane z opracowaniem oraz wdrożeniem opisywanego działania zostały poniesione całkowicie przez UCK. Złożyły się na nie:

- koszt zakupu i licencjonowania ekstraktora danych – opracowanie zestawień ważnych aspektów procesowych i produktowych, *benchmarking* – ok. 150 tys. zł rocznie,
- koszt wytworzenia, rozwoju i podtrzymywania Systemu UCK – rejestr i zestawienia zdarzeń niepożądanych i niezgodności, rejestr sygnałów klinicznych wynikających z zapisów raportów dyżurowych lekarskich i pielęgniarskich – ok. 50 tys. zł rocznie,

Tabela 2. Elementy składowe współtworzące spotkanie BQMM

Etap	Ekstrakcja danych
	przygotowanie danych za pomocą ekstraktorów informatycznych bazujących na danych z HIS
zespół wsparcia BQMM (administracja)	+
klinicysta wskazany do przygotowania BQMM	
ordynator	
zespół kliniki/oddziału	
pełnomocnik ds. jakości klinicznej (doświadczony klinicysta)	
zespół ds. jakości (w tym dyrektor ds. lecznictwa)	

- koszt każdorazowego przygotowania danych (pre-QMM) przez analityka z zespołu szpitala – ok. 4 tys. zł rocznie na klinikę, ok. 120 tys. zł w przeliczeniu na cały szpital,
- koszt czasu pracy zespołu klinicznego (ok. 1,5 godz. na kwartał) – ok. 4 tys. zł rocznie na klinikę, ok. 120 tys. zł w przeliczeniu na cały szpital,
- koszt dostępu do platformy komunikacyjnej – ok. 1000 zł rocznie,
- koszt przygotowania materiałów do wieczoru QMM – ok. 30 tys. zł rocznie,
- koszt czasu pracy zespołu ds. jakości (ok. 1,5 godz. na tydzień) – ok. 30 tys. zł rocznie.

Razem koszty UCK (32 kliniki, 1200 łóżek) związane z prowadzeniem działań projakościowych i probiznesowych w metodyce BQMM to ok. 500 tys. zł rocznie.

Po co tyle zachodu?

Isotą proponowanego podejścia, prowadzącego do rozproszenia świadomości procesowej wśród personelu zarządzającego klinikami (ordynatorów), jak też rzeczywistego powiązania zarządzania klinicznego, biznesowego z wynagrodzeniem, jest dostarczenie ordynatorom danych oraz umiejętności ich interpretacji. UCK zmierza do uzyskania stabilnej i świadomej rentowności w zakresie możliwie dużej liczby realizowanych procesów (klinik, unitów), do czego służą opisane powyżej spotkania BQMM. Analizując porównawczo okresy lat 2018, 2019 i 2020, wykazano, że w 2019 r. poprawę rentowności uzyskano w 20 z 32 klinik (62,5 proc.), co znacząco wpłynęło na korzystny wynik ekonomiczny całego szpitala, a w kolejnych 3 była ona bliska wartości 0. W 14 spośród tych 20 rentownych klinik (70 proc.) prowadzone są spotkania BQMM wedle przyjętego scenariusza, a w 8 spośród 9 (89 proc.), które nie uzyskały rentowności bliskiej lub wyższej niż 0, nie prowadzono spotkań BQMM lub realizowało je wedle własnej koncepcji, zazwyczaj skoncentrowanej głównie na analizie zgonów.

Przedstawiony powyżej przykład zasadniczej zmiany zarządczej i biznesowej opartej na zrozumieniu procesu

realizowanego świadczenia medycznego wyrastającym z koncepcji oceny powikłań i śmiertelności jest w warunkach polskich unikatowy. Pomimo prób dostosowania postępowania w tym kontekście do oczekiwań wynikających ze standardów akredytacyjnych CMJ, bardzo niewiele szpitali realizuje to podejście na poziomie poszczególnych oddziałów, a następnie globalnie na poziomie szpitala. Co więcej, powiązanie tych informacji z kontekstem przebiegu procesu klinicznego, optymalizacji kodowania oraz polepszenia komunikacji w znaczeniu podwykonawstwa w procesach nie jest wedle wiedzy zgłaszających realizowane w żadnym polskim szpitalu. Nasza koncepcja oparta na wykorzystaniu technologii wideokonferencji, a następnie reewaluacji przebiegu spotkania BQMM na poziomie zarządu szpitala wydaje się unikalna także na poziomie światowym. Dzięki takiemu podejściu możliwe jest wydobywanie z przebie-

„Metodyka przygotowania danych do spotkania BQMM opiera się na analizie dokumentacji medycznej, narzędzi związanych z kodowaniem wykonanych świadczeń, raportów dyżurowych lekarskich i pielęgniarskich oraz zapisów systemu zgłaszania niezgodności i zdarzeń niepożądanych, a zatem może i powinna być wdrożona w każdym polskim szpitalu”

Pre-BQMM	BQMM	Wieczór QMM
interpretacja wstępnie przygotowanych danych surowych w kontekście klinicznym	omówienie prezentacji BQMM wedle schematu, propozycja rozwiązań (PPJ)	omówienie najważniejszych wniosków z poszczególnych BQMM, stratyfikacja i rankingowanie PPJ
+	+	+
+	+	
+/-	+	
	+	
	+	+
		+

gu spotkań BQMM najciekawszych rozwiązań, które zastosowane na poziomie poszczególnych klinik mogą być uogólnione na cały szpital. Z drugiej strony niektóre z zauważonych w trakcie spotkania w klinikach problemów mogą być rozwiązane jedynie z wykorzystaniem perspektywy ogólnoszpitalnej. Rejestrowanie przebiegu spotkań pozwala również na późniejszy dostęp do przeprowadzonych analiz przyczynowych oraz zaproponowanych rozwiązań. Daje to szansę na weryfikację podjętych zobowiązań przez przedstawicieli klinik oraz zarząd, a także na wykorzystanie tego materiału do dydaktyki podejścia pro jakościowego nacelowanej na personel dopiero rozpoczynający pracę w UCK. Sama metodyka przygotowania kwantum danych do spotkania BQMM opiera się na analizie dokumentacji medycznej z przebiegu hospitalizacji, narzędzi związanych z kodowaniem wykonanych świadczeń, raportów dyżurowych lekar-

skich i pielęgniarskich oraz zapisów systemu zgłaszania niezgodności i zdarzeń niepożądanych, a zatem może i powinna być wdrożona w każdym polskim szpitalu. Na bazie tych danych możliwe jest odzwierciedlenie realizowanych procesów klinicznych oraz zwrócenie uwagi na ważne odstępstwa od przyjętych dróg postępowania. Wykorzystanie zaawansowanych ekstraktorów danych z systemu dokumentacji medycznej pozwala na uproszczenie pozyskiwania danych oraz przyspiesza proces przygotowania spotkania BQMM. Z doświadczenia naszego szpitala wynika, że niezbędne są dodatkowe spotkania poprzedzające BQMM, w trakcie których analityk szpitalny przygotowuje wraz z osobą wskazaną przez ordynatora prezentację obejmującą tematykę, która będzie omawiana w trakcie spotkania plenarnego lub wideosesji. Pozwala to podczas samego spotkania na szybszą i bardziej rzeczową dyskusję odnoszącą się do rzeczywistych problemów, które zaistniały w placówce.

Reasumując – zaproponowana przez nas metodyka jest możliwa do prostej implementacji we wszystkich polskich szpitalach, które rzetelnie prowadzą dokumentację medyczną oraz posiadają szeroki i wiarygodny system gromadzenia danych dotyczących zaistniałych zdarzeń niepożądanych i niezgodności procesowych. Posiadanie odpowiedniej klasy ekstraktora danych znacząco przyspiesza i upraszcza ten proces, pozwalając dodatkowo na odniesienie się do danych z innych szpitali (*benchmarking*). Uważamy, że wszystkie szpitale akredytowane powinny zmierzać do prowadzenia swoich spotkań związanych z analizą jakości w zaproponowanej przez nas formule, szczególnie uwzględniając metodykę wideokonferencyjną. Pozwala to nie tylko na ponowny wygląd do prowadzonych działań, lecz także w sposób niekwestionowany stanowi dokumentację prawidłowo prowadzonych działań pro jakościowych, co jest bardzo wysoko oceniane przez wizytatorów CMJ w trakcie wizyt akredytacyjnych.

Tomasz Stefaniak, dyrektor do spraw lecznictwa i lekarz naczelny
Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku
Anna Tybińkowska, pełnomocnik lekarza naczelnego UCK ds. ekonomicznych

