

Zarządzanie ryzykiem – wyzwanie dla polskich szpitali

# Krok po kroku

Bartłomiej Leśniewski



W szpitalu ryzyko czai się wszędzie. Jest zatem ryzyko medyczne, popełnienia błędu lekarskiego, higieniczne, a także pozamedyczne, np. związane z zachowaniem pacjentów lub prawne. Temat „jak zarządzać szpitalnym ryzykiem” to lekcja, której polskie szpitale jeszcze nie odrobiły.

Odrabia ją natomiast przemysł spożywczy i stamtąd mogą trafić do polskich szpitali najlepsze wnioski i metody zarządzania ryzykiem. Najważniejszy jest stosowany tam program HACCP (*Hazard Analysis and Critical Control Points*). Polega on na nieustannym analizowaniu i odkrywaniu punktów krytycznych w procesie produkcji i dystrybucji żywności. Odkrycie punktu krytycznego powoduje podjęcie działań naprawczych i wyeliminowanie kolejnego zagrożenia, po czym trwa dalsza obserwacja, następuje wytropienie kolejnego uchybienia, jego eliminacja – i tak bez końca. Zarządzanie ryzykiem to proces nieustannego doskonalenia, który powinien trwać stale.

### Zagraniczne wzorce

W Polsce zarządzaniem ryzykiem w praktyce nie zajmują się wyspecjalizowane instytucje. Inaczej jest za granicą, tam tego typu komórki tworzone są przy szpitalach i coraz częściej na poziomie wyższym, na przykład sieci. – *Dzięki temu po zauważeniu nieprawidłowości w jednym szpitalu natychmiast można zwrócić uwagę na to, czy nie powtarza się ona w innym, i reagować na niebezpieczeństwo nie w jednym miejscu, a w kilku czy kilkunastu naraz* – mówi Jeffrey F. Driver z Korporacji Zarządzania Ryzykiem Uniwersytetu Stanforda (dr Driver będzie gościem konferencji *Hospital Management*). W hierarchiach szpitali i sieci szpitalnych funkcjonuje *chief risk officer* (CRO).

Dodatkową rolę we właściwym funkcjonowaniu zarządzania ryzykiem odgrywają płatnicy. W ich wyspecjalizowanych komórkach na bieżąco gromadzone i analizowane są dane na temat rozmaitych ryzyk ze wszystkich współpracujących z nimi szpitalami. Wnioski zaś są przekazywane w postaci zaleceń.

### Stłucz termometr

Stosunek do kwestii zarządzania ryzykiem w polskich szpitalach można zobrazować powiedzeniem „stłucz termometr, nie będziesz miał gorączki”. Przekonał się o tym choćby Jacek Domejko w czasie, gdy kierował świdnickim szpitalem „Latawiec”. Z jego inicjatywy rozpoczęto „mapowanie czarnych punktów”, czyli właśnie punktów krytycznych. – *Nastuchałem się wtedy wielu ostrzeżeń: po co to robić, przecież w ten sposób szpital dostarcza argumentów swoim potencjalnym przeciwnikom z sali sądowej* – mówi Domejko.

Problem zauważa również Paweł Grzesiowski ze Stowarzyszenia Higieny Lecznictwa, który w rozmowie z „Menedżerem Zdrowia” mówi: – *Nasilają się obawy przed rzetelnym raportowaniem działań niepożądanych ze względu na odpowiedzialność prawną. Rosnąca liczba pozwów przeciw szpitalom skłania wiele zakładów do unikania monitorowania swojej działalności – w myśl zasady, że brak danych jest najskuteczniejszą formą obrony*.

Polski system prawny nie chroni więc instytucji starających się zauważyć błędy w swoim postępowaniu. Premiuje natomiast te, które o to nie dbają i starają się zamiać śmieci pod dywan.

### Kwadratura koła

Problem jest poważniejszy, niż mogłoby się wydawać na pierwszy rzut oka, i nie dotyczy wyłącznie Polski. Dostrzega go również Rada Europy. – *Przygotowana została odpowiednia rekomendacja RE, zalecająca krajom członkowskim, by w swoich systemach prawnych nie przewidywały drakońskich kar dla tych, którzy starają się sami dostrzegać i eliminować nieprawidłowości* – mówi Marek Balicki, były minister zdrowia. Inaczej nawet najbardziej

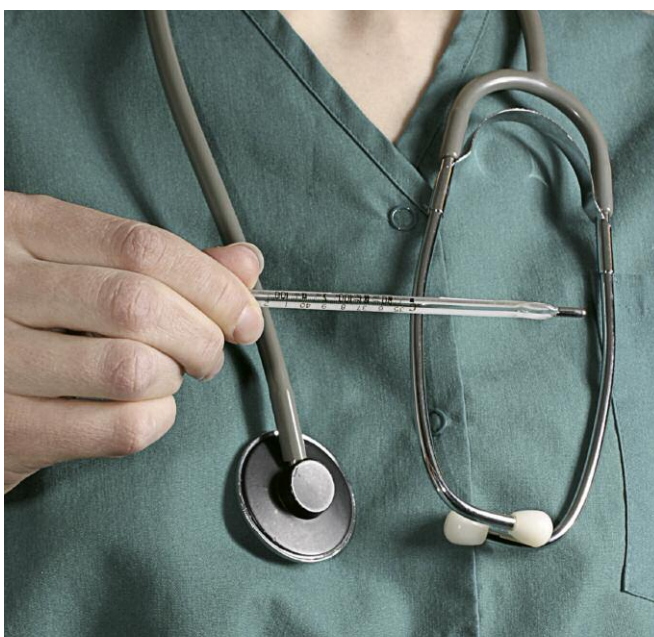


foto: iStockphoto

„ Stosunek do kwestii zarządzania ryzykiem w polskich szpitalach można zobrazować powiedzeniem: *stłucz termometr, nie będziesz miał gorączki* „

rażące uchybienia będą ukrywane, a nie usuwane. Tyle że rekomendacja sformułowana siedem lat temu nie ma mocy wiążącej, a polski system pozostał mocno represyjny. Nadal zatem opłaca się u nas ukrywać nieprawidłowości, a nie ujawniać je i eliminować.

Polityka taka jest oczywiście krótkowzroczna. Ale istnieje rozwiązanie tej kwadratury koła: kontrole płatnika, kontrole ministerstwa, starania o certyfikaty i akredytacje, czyli dobrowolne lub przymusowe godzenie się na kontrole i audyt zewnętrzny. Prędzej czy później taki nastąpi. – *Nie polecałbym zatem szpitalom uprawiania strusiej polityki w kwestii własnych niedociągnięć. Ale co im pora-*

*dzic – nie wiem. To musi rozważyć każdy szpital z osobna, uwzględniając specyficzne warunki, w których przyszło mu działać – mówi Balicki.*

### Zacząć od audytu

Procedury dotyczące zarządzania ryzykiem warto zacząć od audytu wewnętrznego i powołania odpowiedniej komórki. Menedżer do spraw zarządzania ryzykiem nie powinien być obciążony całą odpowiedzialnością za eliminację wszelkich ryzyk związanych z prowadzoną przez szpitale działalnością. Przeciwnie: według stowarzyszenia menedżerów ryzyka POLRISK powinien raczej motywować innych menedżerów do eliminacji ryzyka na powierzonych im odcinkach, pozostając w ścisłym kontakcie zarówno z płanikiem, jak i z obsługującą szpital kancelarią. Według POLRISK podejście typu „powołamy CRO i będziemy mieli problem z głową” z reguły prowadzi do niepowodzenia.

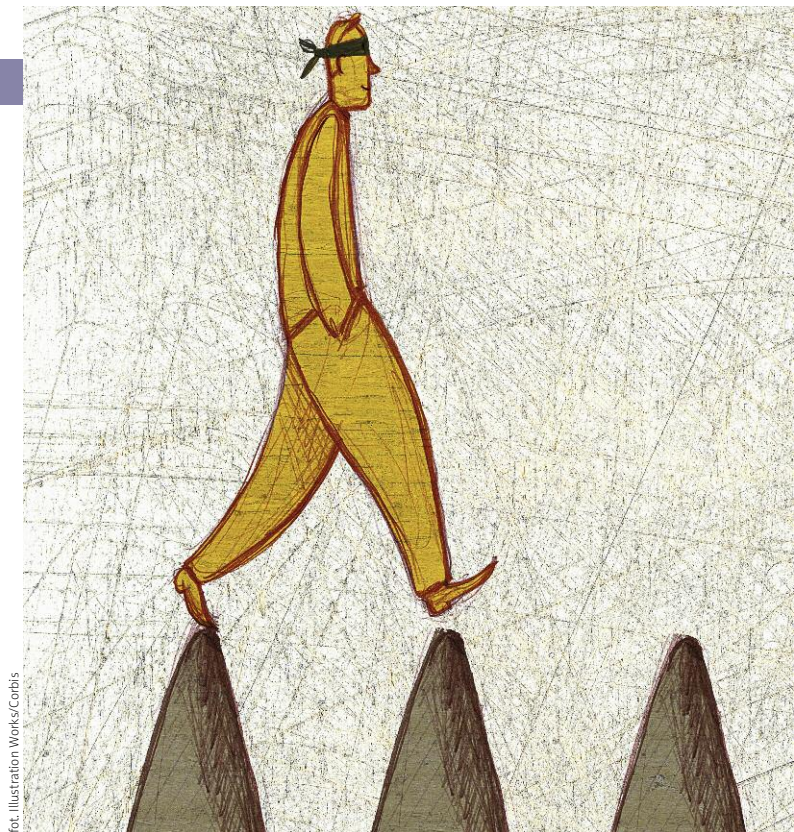


foto: Illustration Works/Corbis

### Andrzej Koronkiewicz ekspert Narodowego Instytutu Ochrony Zdrowia – PZH

W polskich warunkach zarządzanie ryzykiem najłatwiej wdrożyć poprzez właściwe wprowadzenie kontroli zarządczej. To znaczy – można wierzyć w zdrowy rozsądek samych szpitali, które odnajdą i wyeliminują własne błędy. Tę wiarę warto jednak podeprzeć, narzucając im odpowiednio sformułowane standardy, coś w rodzaju listy warunków, które muszą spełnić. Z tego, co wiem, na szczęście każdy z samorządów próbuje takie listy przygotować i przedstawić szpitalom z poleceniem ścisłego wypełnienia. Najlepiej znam taki program prowadzony przez prezydent



foto: Jakub Ostalowski/Fotorepa

Warszawy. Odpowiedni dokument dotyczący zarządzania ryzykiem warszawski ratusz narzucił wszystkim podległym mu placówkom, dając im też czas na wykonanie zadania. Szpitale zapoznały się z nim i wdrażają, trudno jednak oceniać pierwsze efekty – dokument funkcjonuje za krótko. Nie jest on także zbyt szczegółowy, a wypełnienie wszystkich warunków

nie wyczerpuje listy spraw szpitalnych, które trzeba ułatwić, by zarządzanie ryzykiem było właściwe i kompletne. Jest to jednak krok we właściwą stronę. Aby postawić następny, szpital powinien przyjąć za cel wypełnienie któregoś z programów oceny jakości.

### Andrzej Sokołowski prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych

Mamy poważny problem z odpowiednim dokumentowaniem i raportowaniem rozpoznanych ryzyk szpitalnych. Ale nie oznacza to, że polskie szpitale zupełnie sobie nie radzą z zarządzaniem ryzykiem. Czynią to w sposób nieformalny, raporty o zauważanych nieprawidłowościach albo mają charakter poufny, albo przekazywane są ustnie. To jednak sposób dość ułomny, gdy porównać go z tym, jakim postępują organizacje szpitalne z innych krajów.



foto: Renata Dąbrowska/Agencja Gazeta

Sprawa byłaby o wiele lepiej załatwiana, gdyby polskie szpitale poddały się weryfikacji w ramach jednego z pięciu globalnych systemów oceny jakości. Każdy z nich zakłada konieczność właściwego zarządzania ryzykiem, eliminowanie krytycznych punktów i zagrożeń. W praktyce unięj udało się wprowadzić obowiązek raportowania o jakości w każdym

państwie – z wyjątkiem Polski. Nie robimy tego już od kilku dobrych lat. A to wielka szkoda, bo nie wszystkie szpitale chcą właściwie zarządzać ryzykiem, w wielu wypadkach ten obowiązek trzeba im narzucić.

„ Im więcej kar, im większa ich dolegliwość – tym większa pokusa ukrywania nieprawidłowości „

Audyt wewnętrzny warto uzupełnić zewnętrznym. – *Nie tylko do dobrego, ale i do złego człowiek się przyzwyczaja. I dlatego, przechodząc przez lata obok ewidentnej nieprawidłowości, przestaje ją zauważać, zaczyna nienormalność traktować jak normalność* – mówi Maciej Murkowski, ekspert w dziedzinie zarządzania szpitalami.

### Światło w tunelu

Nadzieję na poprawę funkcjonowania zarządzania ryzykiem w Polsce dają przekształcenia własnościowe. Wszystko wskazuje na to, że znaczną część polskich szpitali przejmą nowi właściciele, w tym duże sieci szpitalne. Nowy właściciel to nowa miotła, nowe porządki – nowy początek. W jego ramach uda się zatem przeprowadzić wiele pożądanych zmian, choć nie wszystkie. A szpitalni menedżerowie staną przed koniecznością uporańia się z problemem zarządzania ryzykiem – jeśli nie od dziś, to od jutra. ■

#### Jerzy Gryglewicz ekspert Akademii Łazarskiego

Gdyby wierzyć oficjalnym danym, mamy mniej zakażeń wewnątrzszpitalnych niż państwa zachodniej Europy. A przy tym znacznie gorsze procedury zapobiegające tym zakażeniom, starsze i mniej dostosowane budynki. Jak wyjaśnić ten cud? Po prostu szpitale nie raportują o zakażeniach. W zachodnim państwie po samodzielnym wykryciu zagrożenia i podjęciu działań w celu jego eliminacji instytucja przygotowuje raport, w którym może się pochwalić właściwie prowadzoną profilaktyką. W Polsce taki raport nie byłby odczytany w ten sposób, szpital, który by go sporządził, naraziłby się na szwank. Mamy bowiem niewłaściwy system kontroli, na-



for. Bojaciński Roman/fotoregapa

stawiony nie na rozwiązywanie problemu, lecz na karanie, poszukiwanie winnych – kozłów ofiarnych.

Czy można to zmienić? Owszem, można myśleć na przykład o zmianie prawa na takie, które uniemożliwiłoby wykorzystanie przeciw szpitalowi jego dokumentów wewnętrznych powstałych na użytek lepszego zarządzania ryzykiem. Ale sama zmiana

prawa nie poprawi sytuacji, potrzeba też zmiany mentalności.

Każdy ekspert wie, że dobre zarządzanie ryzykiem, odnajdywanie, ujawnianie własnych błędów i ich poprawianie – to dobra robota, warta pochwały. To wie ekspert, ale jak to oceni sąd i opinia publiczna, gdy odpowiedni dokument ujawni dziennikarz i opatrzy złośliwym komentarzem?

#### Krzysztof Kordel prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Na co jest nastawiony polski system kontroli placówek medycznych? Na szukanie winnych i ich przykładowe ukaranie. Trudno się w tej sytuacji dziwić, że nikt nie chce na piśmie zostawić dowodu ułatwiającego zadanie poszukiwaczom winnych. Każdy, kto taki dokument po sobie pozostawi, narazi się czy to na karę NFZ, czy zasądzoną przez sąd, komisję ds. zdarzeń medycznych, a nawet reprimendę szefa: „Nic na piśmie, sprawę załatwimy po cichu”.



for. Archiwum

Na dłuższą metę taka polityka i takie postępowanie nie może się sprawdzić. Ale wiedza o tym jest tym większa, im większy poziom wiedzy eksperckiej. To znaczy: gdy ktoś wie o medycynie odpowiednio dużo, wie również, że prowadzenie szpitala zawsze wiąże się z ryzykiem i że w szpitalach, jak w każdej innej instytucji, zawsze zdarzają się niedociągnięcia. I warto je eli-

minować. Tego nie rozumieją ani decydenci, ani opinia publiczna, skłonna traktować uchybienia niemal jak zdradę stanu. Ze strachu przed podobnym osądem niedociągnięcia są ukrywane.