



AKREDYTACJA
SZPITALI

Akredytacja
organizacji opieki zdrowotnej
to dobrowolny,
usystematyzowany proces oceny
nakierowany
na stymulowanie poprawy jakości
i bezpieczeństwa opieki,
prowadzony przez
niezależnych wizytatorów.



Drodzy i Mili Państwo,

Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, powołane Zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 marca 1994 r. jest instytucją o zasięgu ogólnopolskim, działającą w zakresie inspirowania i wspierania placówek medycznych w dążeniu do poprawy jakości opieki i świadczeń zdrowotnych. W chwili powstania była to jedyna tego typu jednostka w Europie Środkowo-Wschodniej. Głównym jej zadaniem było opracowanie, przeprowadzenie pilotażu, a następnie wprowadzenie systemu akredytacji dla jednostek ochrony zdrowia. Prace w tym zakresie oparto na założeniach systemów akredytacji jednostek ochrony zdrowia funkcjonujących na świecie. W tym celu nawiązano współpracę z USAID (United States Agency for International Development) oraz Komisją Wspólną ds. Akredytacji Organizacji Opieki Zdrowotnej (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO). Zdecydowano wówczas o wprowadzeniu tak zwanego koalicyjnego typu akredytacji, co oznaczało, że w swojej ostatecznej formie akredytacja jest realizowana pod auspicjami Rady Akredytacyjnej, reprezentującej znaczące i wpływowe organizacje medyczne, które sprzyjają wiarygodności systemu oceny, oferując istotne poparcie dla idei akredytacji. Model ten dobrze sprawdzał się w krajach posiadających dojrzałe systemy akredytacyjne.

Wdrażanie systemu akredytacji rozpoczęto od opracowywania modelu dla szpitali. Przemawiały za tym względy merytoryczne i historyczne. Tam, gdzie opieka medyczna wiąże się ze znacznym ryzykiem, wszelkie niedomogi w postępowaniu rzutują na zdrowie i życie pacjentów. Dlatego za najważniejsze uznano wprowadzenie oceny jakości dla szpitali.

Trzeba było ustalić podstawowe zasady funkcjonowania systemu, opracować standardy akredytacyjne, procedurę akredytacyjną, zainspirować i przygotować zespół specjalistów, tzw. wizytatorów którzy, pod kierunkiem liderów z Ośrodka Akredytacyjnego CMJ przeprowadzą przeglądy akredytacyjne w szpitalach. Zarówno standardy akredytacyjne, jak i procedura, podlegały szerokiej dyskusji, opiniowaniu przez organizacje i stowarzyszenia medyczne, wielokrotnej modyfikacji i pilotażowi. Pierwsze przeglądy akredytacyjne rozpoczęły się w 1997 roku od wizyt pilotażowych i była to progowa data w polskim systemie ochrony zdrowia, gdyż zapoczątkowała wprowadzenie usystematyzowanego modelu poprawy jakości opieki i bezpieczeństwa pacjentów leczonych w szpitalach. Prawne urzeczywistnienie znalazło zapis w postaci art. 18c znowelizowanej w 1997 roku ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Jerzy Hennig Dyrektor Centrum Monitorowania jakości w Ochronie Zdrowia

o akredytacji Jerzy Hennig

o akredytacji

O akredytacji – perspektywa europejska

Agnieszka Daval-Cichoń

Paulina Miśkiewicz

Niek Klazinga

O akredytacji – perspektywa Polska

Krystyna Barbara Kozłowska

Sławomir Neumann

Agnieszka Pachciarz

Piotr Warczyński

Tomasz Pękański

Piotr Daniluk

O akredytacji – perspektywa szpitali

Wojciech Puzyra

Irena Kierzkowska

Marian Przylepa

Ryszard Rudnik

Edward Schmidt

O akredytacji w liczbach

Przeglądy akredytacyjne

Poziom spełniania standardów akredytacyjnych



Obecnie akredytacja prowadzona jest w oparciu o ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia i towarzyszące jej dwa rozporządzenia, a akredytacji udziela oraz przyznaje certyfikat akredytacyjny Minister Zdrowia w oparciu o rekomendacje Rady Akredytacyjnej.

W mojej ocenie, akredytacja wprowadza możliwość indukowania przemian w opiece nad pacjentem, proponując model świadczeń oparty na tzw. dobrej praktyce zawartej w standardach akredytacyjnych. Ich wymogi stanowią poważne wyzwanie dla zarządzających placówkami medycznymi, a realizacja przekracza początkowo możliwości jednostki, bez względu na liczbę łóżek, typ szpitala, zakres usług, stosowane technologie i kwalifikacje zatrudnionych osób. Dlatego dostosowanie funkcjonowania szpitala do poziomu standardów akredytacyjnych wymaga prężnej kadry zarządzającej, istotnego wysiłku całego zespołu i stosownego czasu. Po to, aby rozwijać system akredytacji i wprowadzać nowoczesne, sprawdzone w innych krajach rozwiązania, CMJ należy do Europejskiego Stowarzyszenia dla Akredytacji (European Accreditation Network – EAN), które zrzesza europejskie organizacje akredytujące w ochronie zdrowia. Jesteśmy obecni w Europejskim Komitecie Doradczym JCI (JCI European Advisory). Reprezentujemy też Ministerstwo Zdrowia w pracach Grupy Roboczej UE dla Bezpieczeństwa Pacjentów i Jakości Opieki (of EU Working Group on Patient Safety and Quality of Care).

System akredytacji zawiera kwintesencję zasad etycznej opieki nad pacjentem i jego rodziną, zasad minimalizujących ryzyko zarówno diagnostyki, jak i terapii. Wprowadzanie nowych sposobów funkcjonowania placówki i pracy zespołowej implikuje zasadnicze korzystne zmiany w zakresie postaw i zachowań personelu szpitala. Akredytacja jest modelem, który zdecydowanie determinuje i ukierunkowuje dążenia szpitali, zmierzające do poprawy jakości opieki, w zgodzie z oczekiwaniami społecznymi.

Strona internetowa CMJ (www.cmj.org.pl) zawiera wszelkie informacje o naszych aktywnościach. Liczba odwiedzających ją internautów świadczy o zainteresowaniu zagadnieniami, którymi się zajmujemy i do realizacji których zostaliśmy powołani.

Z wyrazami szacunku i życzeniami dobrej lektury

o akredytacji

Akredytacja jest formą oceny zewnętrznej pracy szpitali. Na początku XX wieku Amerykańskie Kolegium Chirurgów (American College of Surgeons – ACS) nazwało „akredytacją” ocenę oddziałów chirurgicznych. Od 1953 roku termin „akredytacja” był stosowany w odniesieniu do organizacji świadczących opiekę zdrowotną (głównie szpitali) przez Komisję Wspólną ds. Akredytacji Szpitali (Joint Commission on Accreditation of Hospitals) i oznaczał dobrowolny, usystematyzowany proces oceny, nakierowany na stymulowanie poprawy jakości i bezpieczeństwa opieki prowadzony przez niezależnych wizytatorów.

Taką interpretację oddaje etymologia wyrazu: *accredito* (łac.) – zawierzać, zaufać; *credo* (łac.) – wiara, oznaczając, iż jest to uwierzytelnienie i udzielenie dowodu zaufania przez instytucję akredytującą, że jednostka akredytowana świadczy usługi na poziomie, określonym wymogami standardów akredytacyjnych.

Cechy większości programów akredytacyjnych:

Dobrowolność: zgłoszenie woli poprawy funkcjonowania jest dobrowolne (choć akredytacja jest mandatoryczna np. we Francji).

Niezależność i autonomia decyzji akredytacyjnej: ocena jest oparta na znanych, opublikowanych, multidyscyplinarnych standardach akredytacyjnych, a decyzje przyznania lub odmowy akredytacji podejmowane są zazwyczaj przez autonomiczne organy decyzyjne.

Standardy powinny spełniać określone kryteria: istotność (dotyczą obszarów, mających istotny wpływ na jakość i bezpieczeństwo opieki), zrozumiałość, mierzalność i charakter edukacyjny (ukierunkowujący praktykę). Nieliczne standardy dotyczą struktury, znaczna ich większość odnosi się do procesu i wyniku opieki.

Przegląd rówieśniczy (peer review): wizytatorzy akredytacyjni to praktykujący lekarze, pielęgniarki, administratorzy. Istotna jest wymiana doświadczeń, nakierowana na poprawę i edukację.

o akredytacji Jerzy Hennig

o akredytacji

O akredytacji – perspektywa europejska

Agnieszka Daval-Cichoń

Paulina Miśkiewicz

Niek Klazinga

O akredytacji – perspektywa Polska

Krystyna Barbara Kozłowska

Sławomir Neumann

Agnieszka Pachciarz

Piotr Warczyński

Tomasz Pękalski

Piotr Daniluk

O akredytacji – perspektywa szpitali

Wojciech Puzyra

Irena Kierzkowska

Marian Przylepa

Ryszard Rudnik

Edward Schmidt

O akredytacji w liczbach

Przeglądy akredytacyjne

Poziom spełniania standardów akredytacyjnych



Cykliczność oceny: poprawa zakłada ciągłe doskonalenie, dlatego model akredytacji oparty jest na regularnie planowanych i cyklicznie przeprowadzanych przeglądach.

Samooceńca funkcjonuje w wielu programach. Służy do identyfikacji obszarów poprawy, określa poziom dostosowania do wymogów standardów akredytacyjnych. Użyteczna w fazie przygotowawczej.

Zgodność z procedurą akredytacyjną, ustaloną i jawną, która określa tryb zgłoszenia, zasady przygotowania do przeglądu, przebieg wizytacji, kryteria oceny, metodologię procesu decyzyjnego w zakresie przyznawania lub odmowy akredytacji dla szpitali.

Zauważa się globalną tendencję wzrostu liczby programów akredytacyjnych: najbardziej dojrzały system funkcjonuje w USA, Kanadzie i Australii. Akredytację wprowadzono też w krajach Ameryki Południowej, bogatych krajach arabskich, w Japonii, na Tajwanie i w Indiach – obszarach gwałtownie rozwijającego się przemysłu turystyki medycznej. W Europie pierwsze programy akredytacyjne powstały w Wielkiej Brytanii (King's Fund i CASPE) oraz w hiszpańskiej Katalonii na początku lat 90. W Europie akredytacja jest najbardziej rozpowszechniona we Francji i w Danii, gdzie są to systemy obligatoryjne.

W 2009 roku przy European Society for Quality in Healthcare (www.esqh.net) powstał European Accreditation Network (EAN), który zrzesza programy akredytacyjne w Europie. Prowadzona jest też akredytacja międzynarodowa z uwzględnieniem regionalnej i kulturowej specyfiki, głównie przez Międzynarodową Komisję Wspólną (Joint Commission International – JCI), która powołała regionalne Komitety Konsultacyjne, tzw. Regional Advisory Councils na całym świecie. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia uczestniczyło w wypracowaniu pierwszej edycji standardów JCI dla Europy i jest członkiem Europejskiego Komitetu Doradczego JCI. Akredytację międzynarodową prowadzą też australijska ACHS, Kanada, Niemcy, DNVHC USA, TJC Tajwan, RPA.

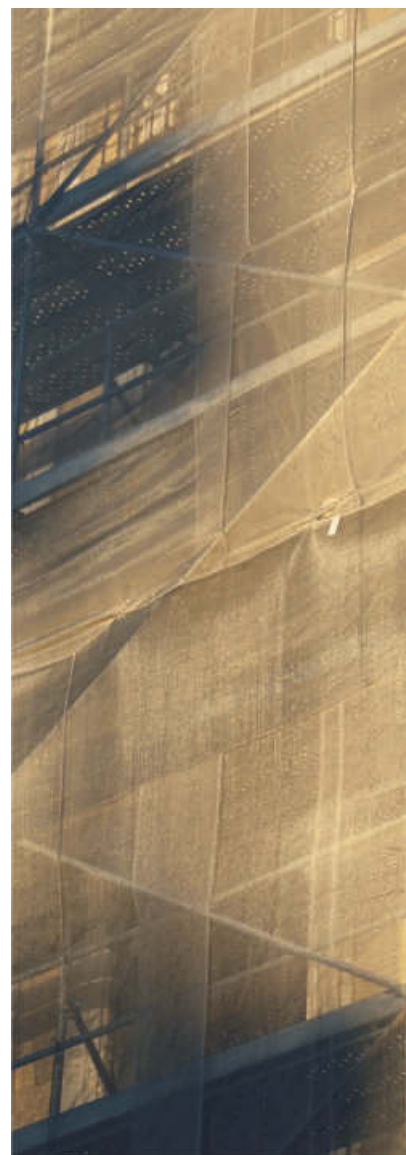
W większości krajów akredytacja jest elementem strategii polityki zdrowotnej – tak jest i w Polsce.

Od 2009 roku akredytacja jest prowadzona na podstawie Ustawy o akredytacji w ochronie zdrowia z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418 i Nr 76, poz. 641). Zasady procedury akredytacyjnej reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokość opłat za jej przeprowadzenie (Dz.U. Nr 150, poz. 1216). Akredytacji udziela Minister Zdrowia, w oparciu o rekomendację Rady Akredytacyjnej, w skład której wchodzi obecnie przedstawiciele: Ministra Zdrowia, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, Naczelnej Izby Aptekarskiej, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Towarzystwa Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce, Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej, Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Rekomendacja Rady jest wydawana po zapoznaniu się z dokumentami przedstawionymi przez Ośrodek Akredytacyjny – Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, który przeprowadza przegląd jednostki pod kątem spełniania standardów akredytacyjnych. Minister Zdrowia może udzielić akredytacji na okres 3 lat lub odmówić udzielenia akredytacji. Akredytacja przyznawana jest po uzyskaniu co najmniej 75% możliwej do uzyskania punktacji; wynik poniżej 75% skutkuje odmową przyznania akredytacji. Do wiadomości publicznej podawane są jedynie decyzje pozytywne.

Akredytacja wiąże się bezpośrednio z redukowaniem ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych i wzrostem bezpieczeństwa opieki nad pacjentem. Jednak pełne korzyści z wprowadzenia systemu uzyskają tylko te szpitale, które świadomie prze projektują funkcjonowanie, dostosowując je do standardów jakości i bezpieczeństwa opieki (standardów akredytacyjnych) z pełnym zrozumieniem dobra pacjenta i szacunku dla wykonywanej przez siebie pracy.

Akredytacja opieki szpitalnej wpisuje się w aktualną politykę Unii Europejskiej, skierowaną na bezpieczeństwo pacjentów oraz wdrażanie modeli opieki, które wysoce akcentują włączanie pacjentów w procesy diagnostyczno-terapeutyczne. Służy temu wzorzec oparty na „good practice” zawarty w standardach akredytacyjnych.

Akredytacja, w odróżnieniu od innych form oceny, koncentruje się na poszczególnych obszarach działalności szpitala, ma charakter kompleksowy i dotyczy ogółu funkcjonowania szpitala poprzez ocenę licznych, wysoce zintegrowanych i wzajemnie na siebie oddziałujących mikrosystemów. Wynika z tego brak możliwości akredytowania poszczególnych oddziałów, np. hemodynamiki lub typu usług, np. chirurgii bariatrycznej.





Akredytacja oznacza przyjmowanie nowych modeli postaw i zachowań oraz schematów działania, co implikuje konieczność zmiany lub negacji dotychczas obowiązujących zachowań, przyzwyczajzeń i tradycyjnych rozwiązań.

W opinii kadry kierowniczej szpitali, prezentowanych w tej publikacji, akredytacja stanowi użyteczne narzędzie w promowaniu nowej kultury zarządzania i przyjmowania odpowiedzialności za jakość i bezpieczeństwo opieki szpitalnej, a standardy akredytacyjne stanowią potężne narzędzie, jakie otrzymali profesjonaliści i zarządzający, by kształtować środowisko opieki i rezultaty swego funkcjonowania.



PERSPEKTYWA EUROPEJSKA

PERSPEKTYWA
EUROPEJSKA



Dostęp do wysokiej jakości opieki zdrowotnej jest jedną z najistotniejszych wartości systemów opieki zdrowotnej Unii Europejskiej.¹

Obecnie systemy opieki zdrowotnej UE stają przed nowymi wyzwaniami, takimi jak: rosnące koszty opieki zdrowotnej, starzejąca się populacja i związana z tym większa liczba osób cierpiących na choroby przewlekłe, współwystępowanie wielu chorób, a także nieodpowiednie rozmieszczenie pracowników medycznych, czasami wzmożone migracją z powodów ekonomicznych, nierówności w zakresie ochrony zdrowia. Należy także uwzględnić fakt, że niektóre z systemów funkcjonują obecnie w warunkach kryzysu gospodarczego. W powyższym kontekście zapewnienie obywatelom UE wysokiej jakości opieki zdrowotnej staje się jeszcze bardziej istotne.

Bezpieczeństwo pacjentów, definiowane jako „stan, w którym pacjent nie dozna niepotrzebnej szkody ani nie jest narażony na potencjalną szkodę w związku z opieką zdrowotną”², jest uważane za kluczowy obszar jakości opieki zdrowotnej. W opublikowanym ostatnio raporcie na temat bezpieczeństwa pacjentów³ Komisja Europejska podsumowała dotychczasowe działania Krajów Członkowskich podjęte zgodnie z wymaganiami Zalecenia Rady 2009/C 151/01.

Z raportu wynika, że jakkolwiek niektóre z zaleceń zostały w większości krajów wdrożone w planowanym terminie (na przykład uwzględnienie bezpieczeństwa pacjentów jako priorytetu w polityce zdrowotnej, czy wyznaczenie instytucji odpowiedzialnej za bezpieczeństwo pacjentów), wiele pozostaje do zrobienia w zakresie upodmiotowienia pacjentów, w tym wdrożenia procedur informowania pacjentów o obowiązujących standardach. Kolejnym obszarem wymagającym wsparcia jest kształcenie i szkolenie pracowników opieki zdrowotnej w zakresie bezpieczeństwa pacjentów.

Według raportu, działania Krajów Członkowskich obejmują przede wszystkim starania o zapewnienie bezpieczeństwa opieki szpitalnej – wiadomo jednak, że pacjenci doznają szkody na wszystkich szczeblach opieki zdrowotnej. Dlatego też raport Komisji zaleca, aby władze odpowiedzialne za opiekę zdrowotną kierowały działania w jednakowym stopniu na opiekę pozaszpitalną.

Agnieszka Daval-Cichoń
Dyrekcja
ds. Zdrowia i Konsumentów
Komisja Europejska

o akredytacji Jerzy Hennig

o akredytacji

O akredytacji – perspektywa europejska
Agnieszka Daval-Cichoń

Paulina Miśkiewicz

Niek Klazinga

O akredytacji – perspektywa Polska

Krystyna Barbara Kozłowska

Sławomir Neumann

Agnieszka Pachciarz

Piotr Warczyński

Tomasz Pękalski

Piotr Daniluk

O akredytacji – perspektywa szpitali

Wojciech Puzyra

Irena Kierzkowska

Marian Przyłepa

Ryszard Rudnik

Edward Schmidt

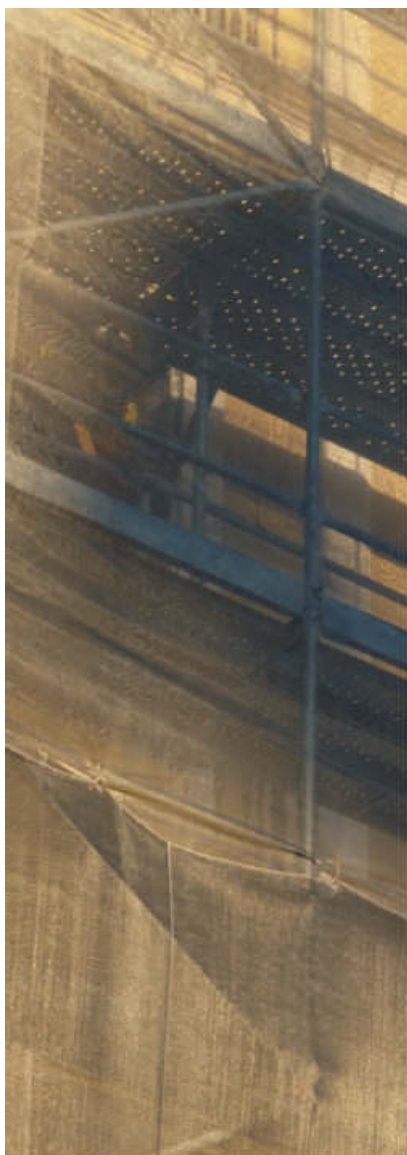
O akredytacji w liczbach

Przeglądy akredytacyjne

Poziom spełniania standardów akredytacyjnych

Aby pomóc we wdrażaniu Zalecenia Rady, Komisja Europejska proponuje Krajom Członkowskim udział w różnych forach, mających na celu wymianę doświadczeń w dziedzinie jakości opieki zdrowotnej, w tym bezpieczeństwa pacjentów. Przykładem takiej inicjatywy jest tak zwane wspólne działanie w dziedzinie bezpieczeństwa pacjentów i jakości opieki zdrowotnej (joint action on patient safety and quality of care – PaSQ).⁴ Wspólne działanie łączy władze Krajów Członkowskich, organizacje międzynarodowe (takie jak OECD czy WHO), organizacje pozarządowe i Komisję Europejską. Celem tej współpracy jest wypracowanie programu wzajemnego uczenia się o bezpiecznych procedurach klinicznych i skutecznych programach zapewniania jakości. Uczestnicy PaSQ pracują także nad propozycją mechanizmu stałej współpracy na poziomie UE w zakresie jakości opieki zdrowotnej. Współpraca ta zapewniłaby kontynuację działań po 2015 roku.

Należy także uwzględnić fakt, że niektóre z systemów funkcjonują obecnie w warunkach kryzysu gospodarczego. W powyższym kontekście zapewnienie obywatelom UE wysokiej jakości opieki zdrowotnej staje się jeszcze bardziej istotne.



1 Konkluzje Rady w sprawie wspólnych wartości i zasad systemów opieki zdrowotnej Unii Europejskiej (2006/C 146/01)
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:PL:PDF>

2 Zalecenie Rady z dnia 9 czerwca 2009 r. w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną (2009/C 151/01)
http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_pl.pdf

3 Sprawozdanie Komisji dla Rady na podstawie sprawozdań państw członkowskich dotyczących wdrażania zalecenia Rady (2009/C 151/01) w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną
http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_report_pl.pdf

4 <http://www.pasq.eu/>

*Dane z krajów EU wskazują,
że błędy medyczne i zdarzenia niepożądane
występują u 8% do 12% hospitalizowanych.
Większości tych zdarzeń można uniknąć
poprzez wprowadzanie konkretnych działań dla poprawy.*



Paulina Miśkiewicz
Dyrektor
Biura WHO w Polsce

Bezpieczeństwo pacjentów jest jednym z priorytetowych obszarów działania Światowej Organizacji Zdrowia. Już w 2002 roku Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjęło rezolucję dotyczącą bezpieczeństwa opieki (WHA 55.18); dwa lata później powstał Światowy Sojusz Na Rzecz Bezpieczeństwa Pacjentów – flagowa inicjatywa WHO, zrzeszająca zarówno organizacje naukowe, kraje, jak i organizacje pacjentów.

Szacuje się, że w Europie co 10. pacjent doświadcza zdarzeń niepożądanych, których można było uniknąć. Dane z krajów EU wskazują, że błędy medyczne i zdarzenia niepożądane występują u 8% do 12% hospitalizowanych. Większości tych zdarzeń można uniknąć poprzez wprowadzanie konkretnych działań dla poprawy. Jednym z nich jest bez wątpienia akredytacja szpitali, czyli „mierzenie” działalności szpitali pod względem spójności ich funkcjonowania z uznanymi i opublikowanymi standardami akredytacyjnymi: organizacyjnymi i klinicznymi.

Akredytacja podejmuje się trudnego, ale efektywnego zadania, dokonywania pomiaru jakości i bezpieczeństwa opieki w poszczególnych jednostkach ochrony zdrowia. Jest kluczowa nie tylko dla zapewnienia, ale i stałego podnoszenia poziomu bezpieczeństwa pacjentów.

Wszystkie szpitale powinny dążyć do stałego podnoszenia bezpieczeństwa pacjentów i jakości udzielanych świadczeń. Akredytacja daje możliwość osiągnięcia tego w sposób usystematyzowany, spójny i wiarygodny. Jest to także dynamiczny proces, który wpisuje się w strategiczne wzmacnianie systemu ochrony zdrowia.

Akredytacja szpitali w Polsce jest realizowana przede wszystkim przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, które już od 2006 roku ma status Centrum Współpracującego ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO Collaborating Center). Centrum stale bierze udział w inicjatywach WHO dotyczących jakości w ochronie zdrowia, adaptuje je i wdraża na gruncie polskim. Fakt desygnowania CMJ jako WHO Collaborating Center jest dowodem wysokich naukowych i organizacyjnych osiągnięć tej Instytucji dla rozwoju zdrowia publicznego w danym kraju i na świecie.

Wśród inicjatyw WHO, jakie zostały podjęte przez Centrum, należy wymienić przede wszystkim adaptację i wdrożenie w Polsce Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej (Surgical Safety Check List), której celem jest zwiększenie bezpieczeństwa chirurgicznego pacjentów oraz Program „Higiena Rąk to Bezpieczeństwo Opieki”. Ten program skierowany jest na redukcję liczby zakażeń poprzez promowanie higieny rąk w instytucjach ochrony zdrowia.

o akredytacji Jerzy Hennig

o akredytacji

O akredytacji – perspektywa europejska

Agnieszka Dawał-Cichoń

Paulina Miśkiewicz

Niek Klazinga

O akredytacji – perspektywa Polska

Krystyna Barbara Kozłowska

Sławomir Neumann

Agnieszka Pachciarz

Piotr Warczyński

Tomasz Pękalski

Piotr Daniluk

O akredytacji – perspektywa szpitali

Wojciech Puzyra

Irena Kierzkowska

Marian Przylepa

Ryszard Rudnik

Edward Schmidt

O akredytacji w liczbach

Przeglądy akredytacyjne

Poziom spełniania standardów akredytacyjnych



Jeżeli chcemy utrzymać i poprawiać efektywność oddziaływania akredytacji, należy dążyć do harmonizacji wymogów akredytacyjnych z programem inicjatyw wewnątrzorganizacyjnej poprawy jakości funkcjonowania. Istotne jest, by wdrażając program akredytacji, nie popaść w biurokrację.

Niek Klazinga
Dyrektor
OECD Europe Health Care
Quality Indicators Project,
OECD

o akredytacji Jerzy Hennig

o akredytacji

O akredytacji – perspektywa europejska

Agnieszka Davał-Cichoń

Paulina Miśkiewicz

Niek Klazinga

O akredytacji – perspektywa Polska

Krystyna Barbara Kozłowska

Sławomir Neumann

Agnieszka Pachciarz

Piotr Warczyński

Tomasz Pękalski

Piotr Daniluk

O akredytacji – perspektywa szpitali

Wojciech Puzyra

Irena Kierzkowska

Marian Przylepa

Ryszard Rudnik

Edward Schmidt

O akredytacji w liczbach

Przeglądy akredytacyjne

Poziom spełniania standardów akredytacyjnych

Rola zarządzania funkcjonowaniem klinicznym, czyli opieką nad pacjentem (performance management) jest nie do przecenienia. Jeżeli oczekujemy informacji na temat funkcjonowania świadczeniodawców, musimy znać parametry ich działania. Dlatego też dane dotyczące wskaźników jakości opieki i opinii pacjentów i ich doświadczeń dotyczących sektora usług zdrowotnych, a także efektywności klinicznej, są kluczowe dla zrozumienia jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej. Zasadniczym pytaniem jest więc, jak zamierzamy wprowadzać poprawę, skoro nie wiemy na jakim etapie aktualnie się znajdujemy.

Istnieje wiele schematów akredytacyjnych. Patrząc na piśmiennictwo opublikowane na temat efektywności systemu akredytacji, nie można pominąć faktu, że tzw. external pressure, czyli zewnętrzna presja i oczekiwania zmiany dla poprawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia może przejawiać się także poprzez akredytację. Wiemy, że ten system stymuluje liczne wewnętrzne inicjatywy poprawy jakości. Toteż, jeżeli chcemy utrzymać i poprawiać efektywność oddziaływania akredytacji, należy dążyć do harmonizacji wymogów akredytacyjnych z programem inicjatyw wewnątrz – organizacyjnej poprawy jakości funkcjonowania. Istotne jest, by wdrażając program akredytacji, nie popaść w biurokrację. Należy podkreślić rolę i znaczenie akredytacji podczas ewentualnego kwestionowania przebiegu opieki nad pacjentem np. w trakcie hospitalizacji.

Istotną wartością dodaną akredytacji jest podnoszenie świadomości osób zatrudnionych w szpitalu na temat tych obszarów, które należy poprawić, stymulowanie do podejmowania poprawy wyników opieki.

Organizacja systemowej oceny zewnętrznej jest różna w różnych krajach: w Holandii działalność taką, w imieniu rządu, prowadzi tzw. inspektorat zdrowia (health inspectorate). W niektórych krajach jest to niezależny system akredytacji, jeszcze gdzie indziej akredytacja stanowi element polityki zdrowotnej danego kraju. Wszystkie takie systemy służą pomocą i wsparciem systemom ochrony zdrowia.

Istotne jest, aby istniał mechanizm, który systematycznie odnosi się do funkcjonowania i rezultatów usług zdrowotnych np. w szpitalach.

Planując rozwój takich systemów należy pamiętać, by obejmowały one poprawę jakości całego systemu ochrony zdrowia i prócz komponentów organizacyjnych uwzględniały także działalność kliniczną i bezpieczeństwo pacjentów.



PERSPEKTYWA POLSKA

PERSPEKTYWA
POLSKA



Krystyna Barbara Kozłowska
Rzecznik Praw Pacjenta

Fakt posiadania przez szpital bądź przychodnię certyfikatu akredytacyjnego jest poświadczeniem stosowanych w danej placówce wysokich standardów, wpływających przede wszystkim na jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych. Placówki medyczne posiadające akredytację są elitarną grupą. Choć jest ich jeszcze niewiele, to wyznaczają także innym świadczeniodawcom zasady i kierunki działań, zgodnie z którymi warto postępować. Warto – ponieważ pacjent w akredytowanej placówce czuje się bezpiecznie, wie, że może liczyć na fachowe i profesjonalne postępowanie personelu medycznego.

Z punktu widzenia Rzecznika Praw Pacjenta, akredytacja oznacza pośrednio większą szansę na zminimalizowanie ewentualnych naruszeń praw pacjenta. Pacjenci, jeśli trafiają do szpitala nagle, nie zawsze są świadomi, czy akurat ta placówka posiada certyfikat akredytacyjny. Po prostu w tym momencie jest to sprawa mniejszej wagi. Jednak znaczna większość pacjentów korzysta z zaplanowanych świadczeń zdrowotnych w przychodniach i szpitalach, wtedy też może chcieć w pierwszej kolejności udać się do tzw. placówki „sprawdzonej”, czyli z certyfikatem.

To, czy pacjent odróżni z łatwością taką placówkę od innych, zależy w ogromnej mierze od świadczeniodawców i ich inicjatywy. Jeśli o fakcie przyznania akredytacji będą informowali pacjentów na wiele sposobów, np. poprzez informację na stronie internetowej, jak też, przede wszystkim, wywieszenie w widocznym miejscu certyfikatu – istnieje duża szansa, że pacjenci zwrócą na ten fakt szczególną uwagę.

*Placówki medyczne posiadające akredytację
są elitarną grupą.*

o akredytacji Jerzy Hennig

o akredytacji

O akredytacji – perspektywa europejska

Agnieszka Davał-Cichoń

Paulina Miśkiewicz

Niek Klazinga

O akredytacji – perspektywa Polska

Krystyna Barbara Kozłowska

Sławomir Neumann

Agnieszka Pachciarz

Piotr Warczyński

Tomasz Pękalski

Piotr Daniluk

O akredytacji – perspektywa szpitali

Wojciech Puzyra

Irena Kierzkowska

Marian Przyłepa

Ryszard Rudnik

Edward Schmidt

O akredytacji w liczbach

Przeglądy akredytacyjne

Poziom spełniania standardów akredytacyjnych



Sławomir Neumann
Sekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia

o akredytacji Jerzy Hennig

o akredytacji

O akredytacji – perspektywa europejska

Agnieszka Davał-Cichoń

Paulina Miśkiewicz

Niek Klazinga

O akredytacji – perspektywa Polska

Krystyna Barbara Kozłowska

Sławomir Neumann

Agnieszka Pachciarz

Piotr Warczyński

Tomasz Pękalski

Piotr Daniluk

O akredytacji – perspektywa szpitali

Wojciech Puzyra

Irena Kierzkowska

Marian Przylepa

Ryszard Rudnik

Edward Schmidt

O akredytacji w liczbach

Przeglądy akredytacyjne

Poziom spełniania standardów akredytacyjnych

Standardy akredytacyjne wprowadzają ważne z punktu widzenia polityki zdrowotnej wymagania dotyczące m.in. monitorowania i redukcji zakażeń szpitalnych, analizy zdarzeń niepożądanych, w tym analizy zgonów okołoooperacyjnych, redukcji ryzyka związanego z zabiegami chirurgicznymi, bezpiecznej farmakoterapii. Promują rozwiązania i narzędzia na rzecz bezpiecznej i efektywnej opieki, która spełnia oczekiwania pacjentów i jest wyrazem ich satysfakcji.

Przykładem takiego rozwiązania, którego zastosowanie jest oceniane przez standardy akredytacyjne, jest Okołooperacyjna Karta Kontrolna (OKK). OKK została opracowana przez WHO jako element kampanii na rzecz bezpiecznej chirurgii. Szacuje się, że w przypadku 10-12% hospitalizacji dochodzi do zdarzeń niepożądanych, którymi może być podanie niewłaściwego leku, zakażenie bądź też zgon. Dostępne badania wskazują, że nawet 70% z tych zdarzeń można uniknąć. Celem Karty jest zwiększenie bezpieczeństwa zabiegów chirurgicznych. W dniu 10 grudnia 2012 r. w Ministerstwie Zdrowia odbyło się spotkanie inicjujące adaptację Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej (OKK) w wybranych specjalnościach zabiegowych. Spotkanie zostało zorganizowane przez Ministerstwo Zdrowia, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia oraz Biuro Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce. Karta zostanie zaadaptowana do specyfiki wybranych specjalności zabiegowych, takich jak: ortopedia, kardiochirurgia, okulistyka, ginekologia, neurochirurgia.

Procesowi oceny spełnienia standardów akredytacyjnych poddają się te jednostki, które dostrzegają konieczność stałej poprawy standardów udzielania świadczeń oraz korzyści z profesjonalnego zarządzania jednostką uzyskiwane przez kadre zarządzającą i cały personel. Akredytacja jest procesem dobrowolnej oceny zewnętrznej, nie każdy szpital musi z tej opcji skorzystać dla potwierdzenia jakości swoich świadczeń – zwłaszcza jeśli jego reputacja jest uznana przez pacjentów. Z pewnością natomiast szpitale, które poddały się przeglądowi akredytacyjnemu zakończonemu uzyskaniem certyfikatu akredytacyjnego są to szpitale bezpieczne i przyjazne dla pacjentów.

Certyfikat akredytacyjny dowodzi, że szpital dokłada wszelkiej staranności, aby opieka dostarczana pacjentom była najwyższej jakości – bezpieczna i skuteczna. Potwierdza również posiadanie dużej wiedzy i doświadczenia kadry zarządzającej w prowadzeniu jednostki oraz dowodzi profesjonalnego działania pozostałego personelu w realizacji codziennych obowiązków.

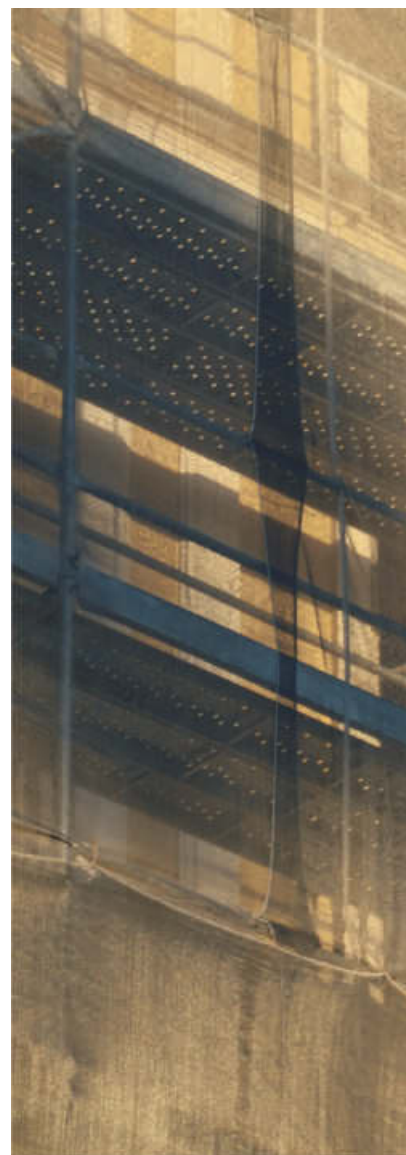
Standardy akredytacyjne (w ramach działu poprawa jakości i bezpieczeństwo pacjenta) wprowadzają wymagania dla jednostki do prowadzenia stałej oceny satysfakcji pacjentów. Ocena opinii pacjentów powinna być prowadzona regularnie, przynajmniej raz do roku. Takie badanie służy uzyskaniu wiedzy na temat oczekiwań, preferencji i doświadczeń hospitalizowanych pacjentów.

Ponadto, standardy wprowadzają wymagania do prowadzenia przez szpitale programu działań dla poprawy jakości i jego aktualizację oraz wykorzystywanie wyników monitorowania jakości do poprawy pracy szpitala. Szereg standardów wprowadza wymagania mające na celu ograniczenie występowania zdarzeń niepożądanych w szpitalach. Szpitale akredytowane prowadzą działania redukujące ryzyko zakażeń i monitorujące ich poziom, opracowują i wdrażają standardowe procedury postępowania, które systematyzują procesy w szpitalu.

*Szpitale, które poddały się przeglądowi
akredytacyjnemu zakończonemu uzyskaniem
certyfikatu akredytacyjnego
są to szpitale bezpieczne i przyjazne dla pacjentów.*

W celu wsparcia polskich szpitali w dążeniu do poprawy jakości udzielanej opieki został ustanowiony program wsparcia akredytacji współfinansowany ze środków unijnych. Na realizację zadania „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej” zarezerwowano środki w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. W ramach nowej perspektywy finansowej planuje się również przekazanie środków na wsparcie procesu akredytacji w Polsce.

Projekt rozpoczęty w 2008 roku ma się zakończyć 31 sierpnia 2014. Założeniem projektu jest upowszechnienie systemu akredytacji i zwiększenie liczby szpitali z certyfikatem akredytacyjnym. W latach 2008-2014 z dofinansowania działań związanych z akredytacją skorzysta 230 szpitali. Uczestnikami projektu są zarówno szpitale, które zamierzają odnowić certyfikat akredytacyjny, jak i te, które przystępują do procesu po raz pierwszy. W projekcie uczestniczą szpitale posiadające umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia albo udzielające świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów. Każdy szpital może jednorazowo uzyskać wsparcie finansowe ze środków projektowych. Minister Zdrowia decyzją z dnia 31 lipca 2008 r. (i kolejne z dnia 26 marca 2009 r. i 6 lipca 2012 r.) przeznaczył na ten cel łącznie 8 206 884,14 PLN.





Agnieszka Pachciarz
Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia

o akredytacji Jerzy Hennig

o akredytacji

O akredytacji – perspektywa europejska

Agnieszka Davał-Cichoń

Paulina Miśkiewicz

Niek Klazinga

O akredytacji – perspektywa Polska

Krystyna Barbara Kozłowska

Sławomir Neumann

Agnieszka Pachciarz

Piotr Warczyński

Tomasz Pękalski

Piotr Daniluk

O akredytacji – perspektywa szpitali

Wojciech Puzyna

Irena Kierzkowska

Marian Przylepa

Ryszard Rudnik

Edward Schmidt

O akredytacji w liczbach

Przeglądy akredytacyjne

Poziom spełniania standardów akredytacyjnych

Szpitaly akredytowane wpisują się w politykę projakościową NFZ. Posiadanie akredytacji jest dla nas sygnałem, że wysiłek świadczeniodawcy na rzecz podniesienia jakości usług jest większy od przeciętnej. W związku z tym w zarządzeniach wydanych jesienią 2012 r, w ocenie jakościowej placówek szpitalnych podnieśliśmy o jeden punkt rolę akredytacji w stosunku do posiadania certyfikatu ISO.

Wskazujemy tym samym, że akredytacja medyczna ma dla płatnika publicznego większe znaczenie. Planujemy jeszcze bardziej wyodrębnić w ocenie NFZ elementy jakościowe związane z akredytacją. Jest to już możliwe w przypadku zakażeń szpitalnych. W procesie akredytacji przywiązuje się do tego kryterium dużą wagę. Liczymy też, że powstaną dane dotyczące zgonów okołoperacyjnych czy rejestry powikłań, bo to dane, które będą wskazywały na poziom jakości świadczeń danego szpitala. Oczywiście wiemy, że trzeba to wyważyć, bo bywa tak, że szpital leczy najtrudniejsze przypadki i ma w związku z tym więcej trudnych sytuacji, jak choćby zgony. Sama liczba zgonów może jeszcze o niczym nie świadczyć, ale już zgony okołoperacyjne jak najbardziej.

*Posiadanie akredytacji jest dla nas sygnałem,
że wysiłek świadczeniodawcy
na rzecz podniesienia jakości usług
jest większy od przeciętnej.*

Podsumowując: szpital akredytowany jest dla NFZ partnerem, który wydaje pieniądze publiczne ze szczególną dbałością. Nie mamy wprawdzie badań na ten temat, ale takie wnioski wynikają z praktyki. Wiemy, że zespoły oceniające ponowne hospitalizacje, reoperacje czy zgony, wnoszą do działania szpitala akredytowanego dodatkową jakość. Z pewnością, jeśli szpital posiada akredytację, otwierają się przestrzeń do rozmowy z NFZ na temat wyższego kontraktu.

*Będę chciał leczyć się
tylko w jednostkach
z certyfikatem akredytacyjnym.*



W 1997 roku bez fanfar i fajerwerków, bez wielkich przemów i artykułów prasowych wydarzyło się coś przełomowego. Co to było? Oczywiście – powiedzą znawcy win – to był świetny rocznik dla win francuskich, ciepłe, suche lato, pewnie otworzyli jakąś wyjątkową butelkę. Skądże – oburzą się miłośnicy motoryzacji – w 1997 roku po raz pierwszy Aston Martin zaprezentował perfekcyjny, wyglądający jak wiecznie głodny rekin ludojad, nowy model. Ten cudowny potwór z 7-litrowym, 12-cylindrowym sercem przeszedł z powodzeniem mordercze, jakościowe testy w ekstremalnych warunkach na pustyni w Newadzie. Jeden z moich znajomych, farmakolog kliniczny, stwierdził natomiast, że 1997 rok był przełomowy z zupełnie innych względów: właśnie w tym roku rozpoczęto testy kliniczne nad grupą leków zwanych statynami, które dzisiaj pozostają podstawowymi lekami z wyboru zarówno w profilaktyce jak i w leczeniu chorób układu sercowo-naczyniowego. Mój syn zapytany o ten rok powiedział – Tata! miałem wtedy ledwie 10 lat, niewiele pamiętam. Ale do dzisiaj kocham Cię za pojawienie się w tym roku PC AT w naszym domu.

Jednak ja nie te wszystkie wydarzenia miałem na myśli. Otóż w 1997 roku wdrożono program akredytacji szpitali i pojawił się pierwszy w Polsce szpital z certyfikatem akredytacyjnym. Wtedy działo się to jeszcze bez podstawy prawnej.

Dzisiaj jest inaczej. Minister Zdrowia na podstawie rekomendacji Rady Akredytacyjnej nadaje ustawowo umocowane certyfikaty jakości podmiotom wykonującym działalność leczniczą. Jednak wszystko to mogło się wydarzyć dopiero po kilku legislacyjnych próbach, które miały miejsce za rządów UW, AWS, SLD, PIS i PO. W niektórych systemach, takich jak np. francuski, akredytacja jest obowiązkowa dla wszystkich podmiotów korzystających ze środków publicznych. Także w projektach Komisji Europejskiej obiektywna ocena jakościowa świadczeniodawców zaczyna mieć wiodące znaczenie dla pacjentów i decydentów, zwłaszcza w aspekcie konieczności wprowadzenia dyrektywy transgranicznej.

Ja również, pozostając wierny swojej miłości do wina, samochodów i niektórych leków, skutki swojej miłości będę chciał leczyć tylko w jednostkach z certyfikatem akredytacyjnym.

Piotr Warczyński
Dyrektor
Departamentu Organizacji
Ochrony Zdrowia
w Ministerstwie Zdrowia

o akredytacji Jerzy Hennig

o akredytacji

O akredytacji – perspektywa europejska

Agnieszka Davał-Cichoń

Paulina Miśkiewicz

Niek Klazinga

O akredytacji – perspektywa Polska

Krystyna Barbara Kozłowska

Sławomir Neumann

Agnieszka Pachciarz

Piotr Warczyński

Tomasz Pękalski

Piotr Daniluk

O akredytacji – perspektywa szpitali

Wojciech Puzyra

Irena Kierzkowska

Marian Przylepa

Ryszard Rudnik

Edward Schmidt

O akredytacji w liczbach

Przeglądy akredytacyjne

Poziom spełniania standardów akredytacyjnych



Tomasz Pękalski Vice Marszałek Województwa Lubelskiego

o akredytacji Jerzy Hennig

o akredytacji

O akredytacji – perspektywa europejska

Agnieszka Davał-Cichoń

Paulina Miśkiewicz

Niek Klazinga

O akredytacji – perspektywa Polska

Krystyna Barbara Kozłowska

Sławomir Neumann

Agnieszka Pachciarz

Piotr Warczyński

Tomasz Pękalski

Piotr Daniluk

O akredytacji – perspektywa szpitali

Wojciech Puzyra

Irena Kierzkowska

Marian Przylepa

Ryszard Rudnik

Edward Schmidt

O akredytacji w liczbach

Przeglądy akredytacyjne

Poziom spełniania standardów akredytacyjnych

*Uzyskanie akredytacji
jest celem wszystkich jednostek ochrony zdrowia,
podległych Samorządowi Województwa Lubelskiego.*

Spośród 108 szpitali w Polsce, posiadających certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia, 8 znajduje się w województwie lubelskim. Z satysfakcją przyjmują tę informację, choć w tej grupie są tylko 2 szpitale podległe Samorządowi Województwa Lubelskiego – Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu oraz Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej. Kolejne 3 zakłady są w trakcie procesu akredytacji. Uzyskanie akredytacji jest celem wszystkich jednostek ochrony zdrowia, podległych Samorządowi Województwa Lubelskiego.

Akredytacja stanowi podstawowy, choć nie wystarczający, warunek sukcesu podmiotu leczniczego. Niewątpliwie ułatwia prowadzenie skutecznej i efektywnej gospodarki finansowej podmiotu leczniczego. Uzyskanie certyfikatu akredytacyjnego potwierdza wzrost jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych na terenie województwa lubelskiego. Świadczy o dochowaniu standardów i procedur leczniczych, dbałości o zdrowie pacjentów i ich prawa. Potwierdzeniem wartości akredytacji podmiotów leczniczych są obiektywne oceny szpitali, zarówno w wymiarze ilościowym jak i merytorycznym. Jednostki akredytowane uzyskują dodatnie wyniki finansowe, są konkurencyjne w procesie kontraktowania świadczeń, a uzyskany przez nie wzrost wartości kontraktu jest wyższy od przeciętnej w województwie. Szpitale te cieszą się również pozytywną opinią pacjentów i ekspertów, czego dowodem są czołowe lokaty w rankingu Rzeczpospolitej „Bezpieczny Szpital 2012”.

Uwzględniając atuty akredytacji, Zarząd Województwa Lubelskiego z największym przekonaniem planuje zrealizować założenia wynikające z Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015, czyli dokonać akredytacji szpitali.

Proces akredytacyjny jednostek ochrony zdrowia sprzyja budowaniu misji szpitali oraz tworzeniu specjalistycznych zespołów, stale poprawiających wyniki swojej pracy w tych zakładach. Kultura obsługi pacjenta, tworzenia dokumentacji, standardy postępowania oraz wszelkie następstwa, wynikające z procesu leczenia, a będące przedmiotem oceny, tworzą odpowiedzialność i najwyższą jakość.

Negatywna opinia na temat jakości jednostek ochrony zdrowia w Polsce, wyrażana powszechnie przez społeczeństwo, stanowi ogromny problem, który został ukazany w corocznym rankingu konsumenckim krajowych systemów służby zdrowia w Europie. Budowanie zaufania społecznego do służby zdrowia jest wyzwaniem, któremu chcemy sprostać wraz z Centrum Monitorowania Jakości i wojewódzką ochroną zdrowia.

Zmiana utrwalonej w społeczeństwie krytycznej opinii o systemie ochrony zdrowia w Polsce jest jednym z najważniejszych wyzwań. W moim odczuciu jest to również jeden z najbardziej skutecznie realizowanych celów.



Piotr Daniluk
Vice Prezes
Polskiego Towarzystwa
Medycyny Ubezpieczeniowej

Uzyskanie akredytacji przez placówkę medyczną wymaga od dyrekcji oraz personelu determinacji i zaangażowania. Jest to proces wieloetapowy, długi, wymagający zrozumienia potrzeby prowadzenia oceny działalności własnej oraz konsekwentnego wdrażania działań w zakresie poprawy jakości świadczonych usług medycznych, pozytywnie wpływających na bezpieczeństwo leczonych pacjentów.

W zdecydowanej większości przypadków placówki uzyskujące certyfikat z wyprzedzeniem planują i realizują działania poprawiające jakość świadczonych usług medycznych. Z tego względu, zakłady ubezpieczeń mają podstawy do traktowania tych podmiotów jako partnerów o ugruntowanej świadomości ubezpieczeniowej i o większej skłonności do wprowadzania działań zapewniających wykonywanie bezpiecznych dla pacjentów procesów diagnostycznych i terapeutycznych. Na uwagę zasługuje fakt, że zaangażowanie w proces akredytacyjny personelu lekarskiego i pielęgniarskiego powoduje wykształcenie odpowiednich nawyków i aktywności u osób mających bezpośredni kontakt z pacjentem. Kluczowe przy efektywnym wprowadzaniu korekt w zakresie procesów diagnostyczno – terapeutycznych jest zaangażowanie tych grup zawodowych.

Szpitala posiadające akredytację powinny w sposób systematyczny podchodzić do problematyki ryzyka medycznego, starannie prowadząc wyważone działania w zakresie opisywanym w Standardach Akredytacyjnych. W opinii Polskiego Towarzystwa Medycyny Ubezpieczeniowej, szczególnie istotne jest spełnianie przez placówki medyczne standardów w zakresie następujących obszarów: Poprawy Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta, Ciągłości Opieki, Praw Pacjenta, Zarządzania Informacją, Opieki nad Pacjentem, Oceny Stanu Pacjenta, a w szczególności obszaru Kontroli Zakażeń. Prawidłowe prowadzenie działań w wymienionych obszarach związane jest nierozłącznie z koniecznością właściwego zarządzania ryzykiem prowadzenia działalności medycznej. Proces ten polega na definiowaniu, rejestrowaniu, analizowaniu i ewentualnym wdrażaniu koniecznych działań naprawczych. Dotyczy to zwłaszcza oceny zdarzeń niepożądanych, zgonów, w tym zgonów okołoperacyjnych, kontroli zakażeń szpitalnych, itp. Szpitale aktywnie prowadzące te działania postrzegane są jako placówki o relatywnie wyższej świadomości ubezpieczeniowej.

o akredytacji Jerzy Hennig

o akredytacji

O akredytacji – perspektywa europejska

Agnieszka Dawał-Cichoń

Paulina Miśkiewicz

Niek Klazinga

O akredytacji – perspektywa Polska

Krystyna Barbara Kozłowska

Sławomir Neumann

Agnieszka Pachciarz

Piotr Warczyński

Tomasz Pękalski

Piotr Daniluk

O akredytacji – perspektywa szpitali

Wojciech Puzyra

Irena Kierzkowska

Marian Przyłepa

Ryszard Rudnik

Edward Schmidt

O akredytacji w liczbach

Przeglądy akredytacyjne

Poziom spełniania standardów akredytacyjnych

Ubezpieczenia placówek medycznych obarczone są dużym ryzykiem dla zakładów ubezpieczeniowych. Ryzyko wynika przede wszystkim z niemożności precyzyjnego oszacowania liczby i wartości wypłacanych odszkodowań oraz – z uwagi na w praktyce nieograniczony czas zgłaszania roszczeń – na konieczność zakładania wysokich rezerw ubezpieczeniowych, dodatkowo pogarszających rentowność tego typu ubezpieczeń. W Polsce nie ma spójnych i wiarygodnych statystyk w zakresie częstości występowania zdarzeń medycznych w placówkach.

Wykorzystywanie danych z rynków zachodnioeuropejskich i amerykańskich obarczone jest ryzykiem niedoszacowania przede wszystkim z uwagi na brak w naszym kraju powszechności stosowania standardów terapii oraz nie zawsze wystarczający poziom świadomości ubezpieczeniowej u zarządzających w sektorze zdrowotnym.

Ocena ryzyka dla ubezpieczeń placówek medycznych jest skomplikowana i wieloaspektowa. Posiadanie Certyfikatu Akredytacyjnego powinno być uwzględniane przez ubezpieczycieli w procesie zawierania umowy ubezpieczeniowej, albowiem potwierdza fakt, że kadra zarządzająca i personel medyczny placówki w sposób świadomy podchodzą do zagadnień ryzyka medycznego. Wpływa to w pozytywny sposób na obraz danego szpitala.



***Posiadanie Certyfikatu Akredytacyjnego
powinno być uwzględniane przez ubezpieczycieli
w procesie zawierania umowy ubezpieczeniowej.***



PERSPEKTYWA SZPITALI

PERSPEKTYWA
SZPITALI

*W mojej ocenie
obecnie akredytacja
jest najlepszym narzędziem merytorycznej oceny
jakości usług medycznych w Polsce.*



Wojciech Puzyra
Prezes
Centrum Medycznego
„Żelazna” Sp. z o.o.

Uzyskanie akredytacji przez nasz szpital z pewnością miało wpływ na jeszcze większe ukierunkowanie działań na pacjenta, na uświadomienie sobie, iż satysfakcja pacjenta to nie tylko jego zadowolenie z leczenia, ale że wpływa na nią także wiele innych czynników: czystość, jakość posiłków, przestrzeganie praw pacjenta itd. – równie istotnych, o które należy dbać i mieć na uwadze podczas pobytu pacjenta w szpitalu. Dostrzegliśmy wcześniej niż większość usługodawców w sektorze ochrony zdrowia, że „całkowita wartość wyrobu dla klienta jest sumą korzyści jakich oczekuje on od danego produktu czy usługi” (Philip Kotler).

Takie postrzeganie i podejmowanie w tym kierunku działań przełożyło się na bardziej efektywne zarządzanie placówką.

Od początku pracy na stanowisku dyrektora moim marzeniem było stworzenie placówki przyjaznej pacjentowi, w której jakość obsługi pacjenta byłaby jednym z kluczowych elementów wyróżniających ją na rynku usług medycznych. Jednym z priorytetów całego Zespołu stało się osiągnięcie wśród szpitali o profilu położniczo-ginekologicznym pozycji lidera, który „zna drogę, idzie drogą i pokazuje drogę” (John Maxwell), który wyznacza standardy jakości, obsługi pacjenta dla pozostałych jednostek. Na Sesji Strategicznej w 1996 roku sformułowaliśmy następującą opinię: „Nasze przetrwanie zależy od tego, na ile będziemy atrakcyjni dla pacjentek, musimy być w czołówce, albo nie będzie nas wcale”.

Dzisiaj mogę powiedzieć, że chyba to się nam udało, a jednym z narzędzi, które pomogło nam zrealizować te zamierzenia była i jest akredytacja.

Wyniki analiz działalności klinicznej, które znajdują się wśród wymogów akredytacyjnych, w wielu wypadkach przekładają się na wypracowanie właściwych standardów postępowania (np. sposób przygotowania pacjenta do operacji, zasady antybiotykoterapii w poszczególnych przypadkach), co zwiększa powodzenie leczenia oraz skuteczność określonych procedur medycznych. Monitorowane efekty najczęściej dowodzą trafności tych działań i jednocześnie – w aspekcie długofalowym – obniżają koszty funkcjonowania placówki. Przykładem tego jest wdrożenie w szpitalu standardów profilaktyki antybiotykowej dla pacjentek do cięć cesarskich, w wyniku czego wskaźnik pacjentek z zakażeniem miejsca operowanego spadł z 5,6/100 zabiegów w 2010 r. do 2,2 pacjentek z ZMO na 100 zabiegów w 2012 roku.

o akredytacji Jerzy Hennig

o akredytacji

O akredytacji – perspektywa europejska

Agnieszka Davał-Cichoń

Paulina Miśkiewicz

Niek Klazinga

O akredytacji – perspektywa Polska

Krystyna Barbara Kozłowska

Sławomir Neumann

Agnieszka Pachciarz

Piotr Warczyński

Tomasz Pękalski

Piotr Daniluk

O akredytacji – perspektywa szpitali

Wojciech Puzyra

Irena Kierzkowska

Marian Przyłepa

Ryszard Rudnik

Edward Schmidt

O akredytacji w liczbach

Przeglądy akredytacyjne

Poziom spełniania standardów akredytacyjnych

Akredytacja wyraźnie zwiększa bezpieczeństwo pacjenta. Inicjuje i stymuluje działania wewnątrz organizacji podejmowane w celu ograniczania prawdopodobieństwa wystąpienia niepożądanych zdarzeń medycznych, eliminowania przyczyn już zaistniałych zdarzeń oraz identyfikowania zagrożeń związanych z pobytom pacjenta i przełożenia ich na konkretne działania; skłania do chwili refleksji, zastanowienia się i wyciągnięcia wniosków z różnych sytuacji.

Istotna jest kompleksowość standardów akredytacyjnych. Obejmują i regulują one nie tylko medyczne aspekty bezpieczeństwa, ale także np. techniczne (zabezpieczenia w razie awarii), dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy, obsady kadrowej itd.

Ponieważ jesteśmy placówką z dużym „doświadczeniem akredytacyjnym” (pierwszy certyfikat otrzymaliśmy w 2000 roku), możemy ocenić długofalowe efekty wdrożenia akredytacji. Obserwujemy umocnienie wiarygodności i wizerunku Centrum Medycznego „Żelazna” Sp. z o.o. (do końca 2012 roku – Szpital Specjalistyczny św. Zofii w Warszawie) jako placówki profesjonalnej, leczącej skutecznie, a przede wszystkim – bezpiecznie! To z kolei przekłada się na większą liczbę nowych pacjentów korzystających z naszych usług.

Pacjent w szpitalu akredytowanym zyskuje przede wszystkim poczucie bezpieczeństwa i pewność, że podczas pobytu jego prawa będą w pełni respektowane, sam proces obsługi klienta będzie na najwyższym poziomie, a opieka medyczna i sposób leczenia – zgodny z określonymi standardami.

Pacjent zyskuje przede wszystkim poczucie bezpieczeństwa i pewność, że podczas pobytu jego prawa będą w pełni respektowane.

W rezultacie spodziewamy się, że pacjent wyjdzie ze szpitala zadowolony i taki komunikat odnośnie placówki przekaże dalej. Taką prawidłowość potwierdzają wyniki ankiet przeprowadzanych wśród naszych pacjentów: w 2012 roku odsetek pacjentów bardzo dobrze i dobrze oceniających pobyt w placówce wyniósł 99%.

Są też konkretne korzyści dla personelu medycznego. Akredytacja uporządkowała i usystematyzowała wiele elementów, także z obszaru zarządzania. Wszystkie te działania przełożyły się na poprawę organizacji pracy oraz wzrost bezpieczeństwa pracowników. Jednocześnie pracownik ma jasność, jak ma postąpić w danej sytuacji. Ta przejrzystość daje mu pewność i poczucie bezpieczeństwa w codziennej pracy.

Wartość dodaną stanowi także fakt, iż po tylu latach od początku akredytacji pracownicy stali się otwarci na dążenie do coraz wyższej jakości, poszukiwanie innowacyjnych rozwiązań i możliwości.

Zawsze podkreślam, iż warto było podjąć wysiłek uzyskania akredytacji. W mojej ocenie akredytacja jest obecnie najlepszym narzędziem merytorycznej oceny jakości usług medycznych w Polsce.

Jednocześnie curiosum stanowi fakt, iż akredytowane szpitale w ogóle nie są dostrzegane przez płatnika. Jakość zła, przeciętna i wysoka jest wrzucona do jednego worka i według jednego klucza opłacana. Niezwykle konsekwentnie NFZ obiecuje zmienić tę sytuację, aby potem z tych obietnic się nie wywiązać.



Warto dodać, że proces pozyskiwania akredytacji konsoliduje zespół szpitala. Początkowo lekarze w procesie przygotowania do akredytacji uczestniczyli w niewielkim zakresie, w wielu przypadkach – bez przekonania. Sukcesywnie sytuacja ta ulegała zmianie m.in. ze względu na widoczne efekty wprowadzanych działań. Konsekwencją tego była też zmiana świadomości. W tej chwili lekarze aktywnie uczestniczą w całym procesie, kierują z zaangażowaniem większością zespołów problemowych, opracowują standardy leczenia, sami poszukują rozwiązań w celu zwiększenia efektywności leczenia i bezpieczeństwa pacjenta.

Początkowo poważną przeszkodą było też nastawienie tych pracowników, którzy nie wierzyli w sens całego przedsięwzięcia. W związku z tym należało znaleźć sposób na zmianę postaw i ich przekonań. Świetnie się sprawdziło aktywne włączenie pracowników we wspólne wypracowywanie rozwiązań, opracowywanie dokumentacji itd. Dało to bezcenny efekt i dzięki temu zmiany wprowadzane były z energią i chęcią, aczkolwiek wymagały ogromnego wysiłku ze strony Zespołu, który ciężko pracował na ten sukces.

Certyfikat trzeba odnawiać co 3 lata. Z perspektywy kilkunastu lat jego posiadania z całą pewnością mogę powiedzieć, iż paradoksalnie, najłatwiej było go uzyskać za pierwszym razem. Oznacza to, że nie można spocząć na laurach. Posiadanie certyfikatu zobowiązuje nas do ciągłego doskonalenia, wyłożonej pracy i dbania o jakość. Już przeszliśmy długą drogę, a jeszcze wiele pracy przed nami.

Ponadto akredytacja wciąż daje nam szansę na sprawdzenie nas przez zewnętrznych ekspertów – dotychczas jesteśmy z siebie zadowoleni i mamy z czego być dumni.

*Początkowo lekarze
w procesie przygotowania do akredytacji
uczestniczyli w niewielkim zakresie,
w wielu przypadkach – bez przekonania.
Sukcesywnie sytuacja ta ulegała zmianie m.in. ze względu
na widoczne efekty wprowadzanych działań.*





*Szpital uzyskuje
wiele precyzyjnych danych dotyczących procesu leczenia,
w tym bardzo istotnych elementów leczenia
jakimi są efekty zabiegów operacyjnych.*

Irena Kierzkowska
Dyrektor
Wojewódzkiego
Szpitala Specjalistycznego
w Olsztynie

o akredytacji Jerzy Hennig

o akredytacji

O akredytacji – perspektywa europejska

Agnieszka Davał-Cichoń

Paulina Miśkiewicz

Niek Klazinga

O akredytacji – perspektywa Polska

Krystyna Barbara Kozłowska

Sławomir Neumann

Agnieszka Pachciarz

Piotr Warczyński

Tomasz Pękalski

Piotr Daniluk

O akredytacji – perspektywa szpitali

Wojciech Puzyna

Irena Kierzkowska

Marian Przylepa

Ryszard Rudnik

Edward Schmidt

O akredytacji w liczbach

Przeglądy akredytacyjne

Poziom spełniania standardów akredytacyjnych

Bardzo zależy nam na tym – i mam wrażenie, że tak jest – aby pacjent odczuwał różnicę pomiędzy szpitalem akredytowanym, a tym bez akredytacji. Przecież akredytujemy szpital przede wszystkim dla pacjentów, chociaż niekoniecznie pacjenci zdają sobie sprawę ile szpital akredytowany podejmuje działań, aby zapewnić bezpieczne warunki do leczenia. Mówiąc o bezpiecznych warunkach mam na myśli dobrze wykształcony personel, świadomy swoich obowiązków, systematycznie nadzorowany sprzęt medyczny, bezpiecznie przygotowywane i podawane leki oraz stałe doskonalenie metod i organizacji pracy, eliminujące ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych.

Największą przeszkodą dla personelu medycznego przy wdrażaniu standardów akredytacyjnych jest każda dodatkowa karta do wypełnienia, rozszerzająca dokumentację medyczną, która w sposób odruchowy rodzi niechęć. Korzyścią natomiast jest pewna standaryzacja działań czy zachowań personelu, która z czasem ułatwia pracę. Dlatego tak ważne jest przekonanie personelu do celowości tych działań i przełamanie biernego oporu.

Wykrzesanie odrobiny entuzjazmu do nowych działań, przekonanie do nowych standardów, poznanie sensu i potrzeby ich wdrożenia, no i oczywiście wyegzekwowanie na czas założonego harmonogramu działań – to problemy, jakie wiążą się z każdym przeglądem akredytacyjnym. Przełamanie pewnych stereotypów organizacyjnych nigdy nie jest łatwe. Trudnym, ale zarazem bardzo ważnym, stało się wprowadzenie standardów obligujących do prowadzenia analiz działalności klinicznej. Wyniki tych analiz są podstawą do podejmowania działań poprawiających jakość opieki oraz stały się ewidentnym dowodem powiązania jakości i ekonomii.

Warto podkreślić, że wymogi akredytacyjne modyfikują i będą modyfikowały sposób postępowania z pacjentem jak długo będziemy doskonalić jakość, korzystając z tych narzędzi. Szpital uzyskuje wiele precyzyjnych danych dotyczących procesu leczenia, w tym bardzo istotnych elementów leczenia jakimi są efekty zabiegów operacyjnych. Myślę, że w tym obszarze pacjent zyska najwięcej, to ważny trend, który rozwinie jakość w sposób naturalny i ewolucyjny, wskaże nowe kierunki rozwoju. Będziemy doskonalić kwalifikacje do zabiegów, wydzielać grupy ryzyka pacjentów, indywidualizować techniki operacyjne, słowem, poprawiać jakość wykonywanych świadczeń dla maksymalizacji bezpieczeństwa pacjentów.

Bezpieczeństwo to bowiem podstawowy kanon jakości, który jest wypadkową wielu standardów akredytacyjnych. Akredytacja wpływa bezpośrednio na poczucie bezpieczeństwa pacjenta i skupia wiele procesów przy pacjencie, dla pacjenta i na pacjencie. Myślę, że bardzo świadome znaczenia akredytacji na rzecz bezpieczeństwa pacjentów są firmy ubezpieczeniowe, które przyjęły wymagania wielu standardów akredytacyjnych do kryteriów oceny ryzyka.

Trzeba podkreślić, że odnawialność certyfikatu to sedno procesu doskonalenia jakości, ma nieocenioną wartość starej jak świat, skutecznej metody nauczania przez powtarzanie, to jak dobry kurs doskonalący z warsztatami dla wszystkich pracowników. Poza tym okres przygotowywania się do akredytacji tworzy dobrą atmosferę w szpitalu, mobilizuje, integruje środowisko, to bardzo cenna wartość dodana.





*Szpitaly Kliniczne
są w szczególności predysponowane
do stosowania standardów zarządzania
w oparciu o bezpieczeństwo pacjentów.*

Marian Przylepa
Dyrektor
Samodzielnego Publicznego
Szpitala Klinicznego nr 4
w Lublinie

o akredytacji Jerzy Hennig

o akredytacji

O akredytacji – perspektywa europejska

Agnieszka Davał-Cichoń

Paulina Miśkiewicz

Niek Klazinga

O akredytacji – perspektywa Polska

Krystyna Barbara Kozłowska

Sławomir Neumann

Agnieszka Pachciarz

Piotr Warczyński

Tomasz Pękalski

Piotr Daniluk

O akredytacji – perspektywa szpitali

Wojciech Puzyna

Irena Kierzkowska

Marian Przylepa

Ryszard Rudnik

Edward Schmidt

O akredytacji w liczbach

Przeglądy akredytacyjne

Poziom spełniania standardów akredytacyjnych

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie to największy wielospecjalistyczny szpital w województwie lubelskim. Do wdrożenia procedury akredytacyjnej szpital przystąpił jako jeden z pierwszych w Polsce, uzyskując w roku 2000 pełną akredytację. Taka perspektywa daje możliwość oceny długofalowego efektu przystąpienia szpitala do procedury akredytacyjnej. Sprostanie określonym przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia standardom akredytacyjnym wymagało podjęcia działań ukierunkowujących szpital na jakość i dążenie do ciągłego doskonalenia metod zarządzania i procedur medycznych, po to, aby osiągnąć jak największy poziom satysfakcji naszych pacjentów. Założenie było bowiem takie, iż zadowolenie pacjenta jest najważniejszym miernikiem spełnienia wymogów jakościowych. Dzięki procesowi wdrażania standardów akredytacyjnych udało się uporządkować wiele obszarów działalności szpitala, a przede wszystkim zintegrować ukierunkowaną na podnoszenie jakości udzielnych świadczeń zdrowotnych współpracę różnych komórek organizacyjnych – poczynając od oddziałów/klinik, poprzez administrację szpitala, kończąc na obsłudze technicznej. Wprowadzono wiele rozwiązań, którym nadano status procedur, np. procedury przyjęć, wypisów pacjentów, uproszczono obieg dokumentacji medycznej, formalizując równocześnie pobyt pacjenta w szpitalu poprzez dokumentowanie decyzyjności pacjenta przy wyborze metody leczenia i wyrażaniu zgody na zabiegi operacyjne i diagnostykę podwyższonego ryzyka. Z długoletniej perspektywy przystąpienia przez SPSK-4 w Lublinie do procedury akredytacyjnej należy powiedzieć, iż posiadanie statusu jednostki akredytowanej wiąże się z prestiżem i rozpoznawalnością na rynku usług medycznych. Jest to szczególnie ważne dla jednostki klinicznej, która z założenia ma stanowić wzorzec postępowania pod względem standardów medycznych i zarządzania jakością. Akredytacja jest również czynnikiem odgrywającym istotną rolę w wielu prestiżowych rankingach, w których nasza jednostka niejednokrotnie była zwycięzcą.

Dodatkowo, liczymy na wymierną korzyść, jaką będzie obniżenie stawki obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej z tytułu zdarzeń medycznych począwszy od 2014 r., zgodnie z obowiązującym unormowaniem prawnym. Mówiąc o akredytacji, nie można pominąć faktu, iż utrzymanie wymaganych standardów jakościowych wiąże się ze wzrostem kosztów funkcjonowania szpitala. Wydatki na polepszenie standardu nie zwracają się w korzystniejszym finansowaniu przez NFZ, a wzrost zainteresowania pacjentów usługami szpitala posiadającego certyfikaty jakości skutkuje – „nadwykonaniami” świadczeń zdrowotnych ponad limity, nie refundowanych przez NFZ. Od lat oczekujemy spełnienia priorytetu, o którym mówi się od początku reformy ochrony zdrowia, aby pieniądze szły za jakością.

Istotnym jest, iż wszystkie obowiązujące procedury postępowania w procesie diagnostyczno-lecznym mają na celu zwiększenie poziomu bezpieczeństwa pacjenta w różnych aspektach, m.in. w odniesieniu do bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego. Pacjent ma dostęp do wykwalifikowanej kadry medycznej, którą stanowią w większości samodzielni pracownicy naukowcy, niejednokrotnie będący konsultantami wojewódzkimi w swoich dziedzinach i uznanymi autorytetami medycznymi, a dodatkowo stosowane standardy postępowania medycznego i pozamedycznego gwarantują wysoką jakość świadczeń. Wraz ze wzrostem świadomości pacjentów, dotyczącej ich uprawnień, wzrosły wymagania pacjentów i możliwość ich egzekwowania. Certyfikat akredytacyjny oznacza dla pacjentów prestiż jednostki i wysoką jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych. Po stronie szpitala istnieje obowiązek sprostania tym oczekiwaniom i wyzwaniom.

Procedura odnowienia certyfikatu akredytacyjnego jest czynnikiem mobilizującym do kontynuacji wszystkich rozpoczętych i realizowanych procedur wpływających na jakość świadczeń zdrowotnych i wysoki poziom zadowolenia pacjentów. Warto utrzymać znak jakości i móc się nim legitymować na konkurencyjnym rynku usług zdrowotnych. Wyrażamy nadzieję, iż niebawem posiadanie certyfikatu akredytacyjnego będzie miało również przełożenie finansowe – nie tylko w odniesieniu do niższej składki OC z tytułu zdarzeń medycznych, ale również w odniesieniu do sposobu finansowania świadczeń przez NFZ i umów zawieranych przez szpital z towarzystwami prowadzącymi dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne.

Wiele obszarów działalności szpitala zostało zmodyfikowanych w oparciu o analizę działalności klinicznej. Przede wszystkim położono większy nacisk na ułatwienie pacjentowi „poruszania” się w obszarze związanym z jego przyjęciem do szpitala, stwarzając system pisemnej informacji, co do sposobu przygotowania się przez pacjenta do planowanych świadczeń zdrowotnych oraz proponowanych metod leczenia, przewidywanych korzyściach zdrowotnych i ryzyka powikłań. Pacjent stał się pełnoprawnym uczestnikiem procesu decyzyjnego, a jego pisemna zgoda na zabiegi i diagnostykę ma charakter zgody uświadomionej. Sformalizowano zgodnie z obowiązującymi przepisami procedurę uczestniczenia pacjenta w eksperymencie medycznym. Rozszerzono katalog pisemnych procedur medycznych i procedur organizacyjnych, mających zastosowanie w relacji z pacjentami. Nacisk, jaki położono na budowanie właściwych relacji pomiędzy personelem szpitala a pacjentem, zaowocował postrzeganiem szpitala jako przyjaznego. Pomimo, że system opieki zdrowotnej nie sprzyja budowaniu zaufania i zadowolenia pacjenta, w naszej jednostce nie obserwujemy wzrostu liczby skarg pacjentów i interwencji zewnętrznych.



Wszystkie działania szpitala w ramach akredytacji ukierunkowane są na zwiększenie bezpieczeństwa pacjenta. Pacjent bezpieczny to pacjent zadowolony. Wzrost bezpieczeństwa pacjenta przejawia się m.in. w malejącej liczbie niepożądanych zdarzeń medycznych i skarg pacjentów dotyczących przebiegu leczenia. Nie możemy natomiast mówić o spadku liczby roszczeń pacjentów, bowiem ich wzrost jest wynikiem aktywności podmiotów na rynku usług prawnych na przestrzeni ostatnich lat. Nie jest to zatem miarodajne kryterium w odniesieniu do badania poziomu bezpieczeństwa pacjenta.

Szpitala kliniczne są w szczególności predysponowane do stosowania standardów zarządzania w oparciu o bezpieczeństwo pacjentów. Jednostki kliniczne prowadzą działalność dydaktyczną, kształcąc kadry medyczne. Proces dydaktyczny musi mieć oparcie w dobrych wzorcach i wysokich standardach jakościowych świadczeń medycznych.

W szpitalu akredytowanym prowadzone są szkolenia właśnie w zakresie skutecznego świadczenia usług, a wiedza ta przekazywana jest studentom, stażystom, specjalizującym się lekarzom. Jednocześnie przeprowadzona przez obiektywne zespoły zewnętrzne procedura akredytacyjna, polegająca na ocenie stanu faktycznego, często obala panujący jeszcze mit genialności i nieomylności uniwersyteckiej, zmuszając do modyfikacji i korekty postępowania. Dla lekarzy klinicystów znak jakości i jego rozpoznawalność na rynku usług zdrowotnych jest też swoistą miarą prestiżu, za którym nie idą niestety zwiększone środki finansowe. Należałoby oczekiwać, iż przyznanie certyfikatu akredytacyjnego szpitalowi klinicznemu, realizującemu ogólnopolskie programy naukowo-badawcze, dydaktyczne, promocję zdrowia i inne programy sprzyjające postępowi w medycynie wiązać się będzie z możliwością pozyskania dodatkowych środków finansowych. Wyrażamy nadzieję, iż nastąpi to w nieodległej perspektywie czasowej.



*Coraz większa część personelu
dostrzega korzyści dla pacjentów i szpitala
wynikające z wprowadzonych standardów.*

*W istotny sposób wpływa to na poprawę wzajemnych relacji,
uświadamia wzajemną współzależność
i całościową kompatybilność wprowadzonych norm.*



Ryszard Rudnik
Dyrektor
Szpitala Rejonowego
im. dr. Józefa Rostka
w Raciborzu

Szpital nasz przystąpił do programu akredytacji, mając na uwadze zapewnienie stałej, wysokiej jakości udzielanych świadczeń. Dotychczasowe doświadczenia światowe wskazują, że właśnie proces akredytacji jest metodą szeroko sprawdzoną i skuteczną w uzyskaniu tego celu.

Zgodnie z tymi doświadczeniami, wprowadzenie akredytacji potwierdza, że szpital skutecznie rozpoznał i rozwiązał zagadnienia, które w najistotniejszy sposób wpływają na optymalizację jakości świadczeń i bezpieczeństwa pacjenta.

Dużą wagę miał również aspekt znaczenia akredytacji dla umocnienia pozycji szpitala na szeroko rozumianym rynku usług medycznych, na którym poprawa konkurencyjności szpitala jest jednym z najistotniejszych elementów w pozyskaniu pacjenta i przychylności płatnika świadczeń.

Udział w projekcie wspierającym akredytację miał dla naszej placówki istotne znaczenie mobilizujące. W naszej sytuacji silna mobilizacja determinowana czasem była czynnikiem zdecydowanie sprzyjającym realizacji projektu. Koncentracja całego zespołu wokół prac nad opracowaniem i wdrożeniem akredytacji w ramach projektu okazała się w realiach szpitala możliwa i efektywna.

Akredytacja poprzez wdrożone standardy postępowania, w sposób trwały zmieniła dotychczasowe podejście do pacjenta i jego bezpieczeństwa. Coraz większa część personelu dostrzega korzyści dla pacjentów i szpitala, wynikające z wprowadzonych standardów. W istotny sposób wpływa to na poprawę wzajemnych relacji, uświadamia wzajemną współzależność i całościową kompatybilność wprowadzonych norm.

Poprzez akredytację szpital uzyskał narzędzie wieloaspektowej samooceny, wytycznej przez standardy akredytacyjne i tym samym uzyskał możliwość stałej optymalizacji uzyskiwanych efektów.

Należy podkreślić, że już na etapie planowania była pełna determinacja do uzyskania akredytacji, niezależnie od sposobu finansowania. Dlatego też podjęto działania zmierzające do jej osiągnięcia. Celem nadrzędnym było ustabilizowanie wysokiej jakości świadczeń i bezpieczeństwa pacjenta. Brak finansowania tego celu z projektu nie wpłynąłby na realizację programu.

o akredytacji Jerzy Hennig

o akredytacji

O akredytacji – perspektywa europejska

Agnieszka Dawał-Cichoń

Paulina Miśkiewicz

Niek Klazinga

O akredytacji – perspektywa Polska

Krystyna Barbara Kozłowska

Sławomir Neumann

Agnieszka Pachciarz

Piotr Warczyński

Tomasz Pękalski

Piotr Daniluk

O akredytacji – perspektywa szpitali

Wojciech Puzyra

Irena Kierzkowska

Marian Przylepa

Ryszard Rudnik

Edward Schmidt

O akredytacji w liczbach

Przeglądy akredytacyjne

Poziom spełniania standardów akredytacyjnych

Najwięcej trudności w procesie przygotowania do akredytacji sprawiło zmobilizowanie i przekonanie, szczególnie kadry lekarskiej, do celowości prac nad opracowaniem standardów, ich wdrożeniem i właściwą realizacją. Szczególną trudnością dodatkową było pozyskanie spośród kadry lekarskiej liderów do właściwego opracowania merytorycznego realizacji standardów akredytacyjnych i standardowych procedur operacyjnych.

Natomiast największą przeszkodą we wdrażaniu akredytacji były historycznie utrwalone w mentalności personelu przyzwyczajenia i schematy postępowania.

Inne przeszkody nie miały istotnego znaczenia i jeśli się pojawiały to nie miały istotnego wpływu na proces wdrażania akredytacji.

Nie ma jakichkolwiek wątpliwości co do tego, że akredytacja wpływa na bezpieczeństwo pacjenta. Przyjęte standardy zapewniają każdemu pacjentowi stosowanie wobec niego właściwych merytorycznie zasad oceny, leczenia i profilaktyki oraz prawidłowe monitorowanie bezpieczeństwa przebiegu leczenia.

Wybierając szpital akredytowany pacjent istotnie ogranicza wobec siebie ryzyko związane z wyborem miejsca leczenia i tzw. „kontaktem ze służbą zdrowia”. Bezpieczeństwo pacjenta jest gwarantowane nie tylko poprzez stosowane standardowe procedury kliniczne, ale również przyjęte standardy techniczne gwarantujące bezpieczeństwo pacjenta w czasie udzielania świadczenia przez szpital. Przyjęte standardy zapewniają pacjentowi wszystko to co jest związane z szeroko rozumianym bezpieczeństwem w procesie leczenia, szpital jako organizacja staje się gwarantem tego bezpieczeństwa na znacznie wyższym poziomie.

Wieloaspektowe korzyści odnosi także personel medyczny. Stosując przyjęte standardy, eliminuje ryzyko niedopełnienia obowiązków wobec pacjenta. Okresowe analizy kliniczne przyjętych standardów pozwalają na modyfikowanie stosowanych metod, eliminowanie błędów, doskonalenie jakości leczenia. W efekcie, akredytacja jest narzędziem umożliwiającym obiektywną ocenę własnych działań, która pozwala na stymulowanie w kierunku stałej poprawy jakości leczenia.

Trzeba pamiętać, że wymogi akredytacyjne w zakresie analiz działalności klinicznej są narzędziem pozwalającym na ocenę w sposób obiektywny i merytoryczny wyników własnych. Eliminują dotychczas występujący subiektywizm ocen lekarskich. Są cennym źródłem informacji o efektach działalności klinicznej szpitala, pozwalającym na wdrażanie i modyfikację zasad postępowania.





Edward Schmidt
Prezes Zarządu
– Dyrektor Naczelny
„Miedziowego Centrum
Zdrowia” S.A.
w Lubinie

Akredytacja była kolejnym etapem działań naszej placówki w kierunku podnoszenia jakości usług i standaryzacji stosowanych procedur. Początkowo doskonalone były metody zarządzania, a pracownicy szkoleni w zakresie skuteczniejszego świadczenia usług medycznych, co pozwoliło uzyskać spółce certyfikat ISSO 9001/2008. Na tym nie poprzestaliśmy, mając świadomość coraz większej konkurencji na rynku medycznym, a także wzrastających oczekiwań pacjentów, poddaliśmy się weryfikacji i ocenie polegającej na porównaniu się z wzorcami, standardami postępowania akredytacyjnych. Wymusiło to zmianę orientacji i uznania, że to właśnie pacjent jest ostateczną instancją oceniającą jakość, a na jego satysfakcję i bezpieczeństwo składa się nie tylko skuteczność przeprowadzonego leczenia i zastosowania procedur medycznych, ale szereg innych aspektów, m.in. zachowania personelu, atmosfera panująca w szpitalu, dostępność do informacji, zdolność do spełniania indywidualnych życzeń i wymagań. Akredytacja nieodwołalnie zmieniła orientację szpitala i ukierunkowała go na jakość i dążenie do ciągłego doskonalenia. Stworzyła pracownikom szansę profesjonalnego działania w każdej sytuacji, zgodnego z opisaną procedurą, dała możliwość obiektywnej oceny działań przez różne służby, a tym samym uniknięcia roszczeń i oskarżeń.

Uzyskanie akredytacji potwierdziło, że MCZ jako uznana w regionie placówka medyczna, jest na rynku dobrą marką nie tylko ze względu na posiadany wysokiej klasy nowoczesny sprzęt medyczny i aparaturę diagnostyczną, ale spełnia najwyższe wymagania i można jej zaufać. Przekonaliśmy się, że warto ubiegać się o akredytację, bo im trudniej ją uzyskać, tym jest bardziej prestiżowa, to podnosi jej rangę, a nam pozwala znaleźć się w elitarnej grupie szpitali akredytowanych w Polsce.

Najtrudniejszym zadaniem dla zarządzających placówką medyczną na etapie decyzji o przystąpieniu do procedury akredytacji jest przekonanie pracowników do słuszności wybranego kierunku działania. Tylko pełna akceptacja personelu i świadomość ważności celu, do którego zmierzamy, daje szansę na powodzenie przedsięwzięcia. Nie da się ukryć, że złożone i pracochłonne procedury akredytacyjne wiążą się ze znacznym nakładem czasu i pracy. Bardzo ważnym czynnikiem jest wybranie liderów procesu, którzy mocno się zaangażują w działania i skutecznie przeprowadzą placówkę przez trudny i skomplikowany proces akredytacyjny. Mimo, że cała procedura jest kosztowna i wymaga wprowadzenia wielu często trudnych zmian, to warto w nią zainwestować. Szkoda tylko, że do tej pory posiadanie certyfikatu nie przekłada się na lepsze finansowanie szpitala przez płatnika.

o akredytacji Jerzy Hennig

o akredytacji

O akredytacji – perspektywa europejska

Agnieszka Daval-Cichoń

Paulina Miśkiewicz

Niek Klazinga

O akredytacji – perspektywa Polska

Krystyna Barbara Kozłowska

Sławomir Neumann

Agnieszka Pachciarz

Piotr Warczyński

Tomasz Pękalski

Piotr Daniluk

O akredytacji – perspektywa szpitali

Wojciech Puzyra

Irena Kierzkowska

Marian Przylepa

Ryszard Rudnik

Edward Schmidt

O akredytacji w liczbach

Przeglądy akredytacyjne

Poziom spełniania standardów akredytacyjnych



Wiodącą ideą akredytacji jest bezpieczeństwo pacjenta we wszystkich obszarach działalności medycznej. Uzyskanie przez szpital certyfikatu daje więc pacjentowi pewność, że placówka, w której zechce się leczyć, spełnia wysokie standardy jakości świadczonych usług i norm bezpieczeństwa. Zostały one sprawdzone, ocenione i potwierdzone przez niezależnych audytorów. Normy i standardy, które wypełnia akredytowany szpital, są akceptowane i obowiązują w wiodących krajach europejskich.

*Przekonaliśmy się, że warto ubiegać się o akredytację,
bo im trudniej ją uzyskać, tym jest bardziej prestiżowa.*



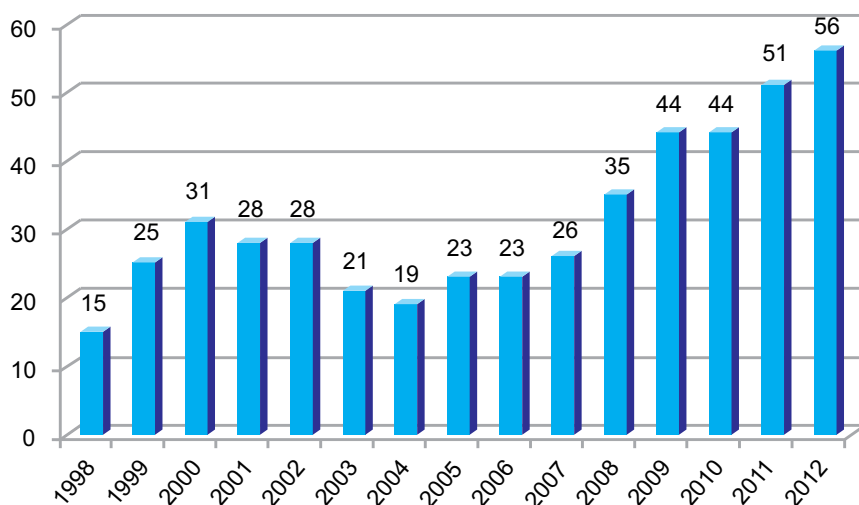
O AKREDYTACJI W LICZBACH

O AKREDYTACJI W LICZBACH

Przeglądy akredytacyjne

W latach 1998-2012 przeprowadzono 469 przeglądów akredytacyjnych na ich podstawie wydano 366 decyzji o akredytacji pełnej, 45 decyzji o akredytacji warunkowej (przyznawanej do roku 2009) oraz 58 decyzji odmownych.

Od rozpoczęcia przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia realizacji programu „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej” stale rośnie liczba przeglądów akredytacyjnych – w ostatnich trzech latach przeprowadzono ich 151.



Liczba przeglądów akredytacyjnych w latach 1998 – 2012

o akredytacji Jerzy Hennig

o akredytacji

O akredytacji – perspektywa europejska

Agnieszka Daval-Cichoń

Paulina Miśkiewicz

Niek Klazinga

O akredytacji – perspektywa Polska

Krystyna Barbara Kozłowska

Sławomir Neumann

Agnieszka Pachciarz

Piotr Warczyński

Tomasz Pękalski

Piotr Daniluk

O akredytacji – perspektywa szpitali

Wojciech Puzyra

Irena Kierzkowska

Marian Przyłepa

Ryszard Rudnik

Edward Schmidt

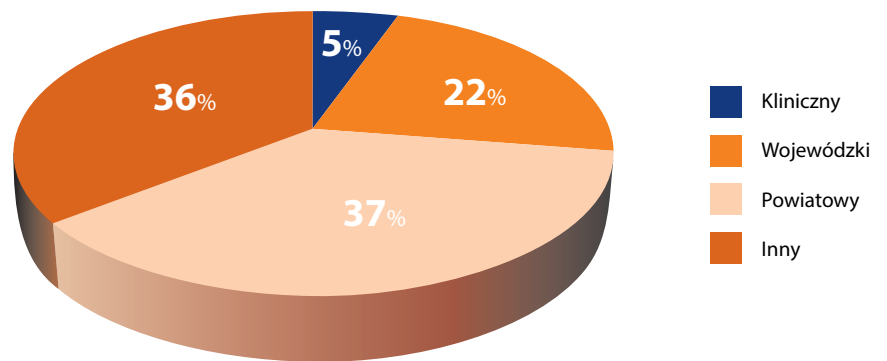
O akredytacji w liczbach

Przeglądy akredytacyjne

Poziom spełniania standardów akredytacyjnych

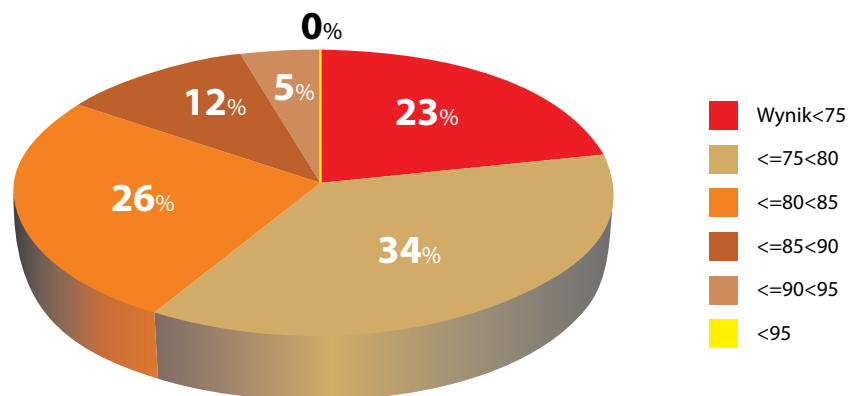


Wśród wizytowanych w latach 2010-2012 szpitali największą grupę stanowią szpitale powiatowe 37%, a najmniejszą szpitale kliniczne 5%.



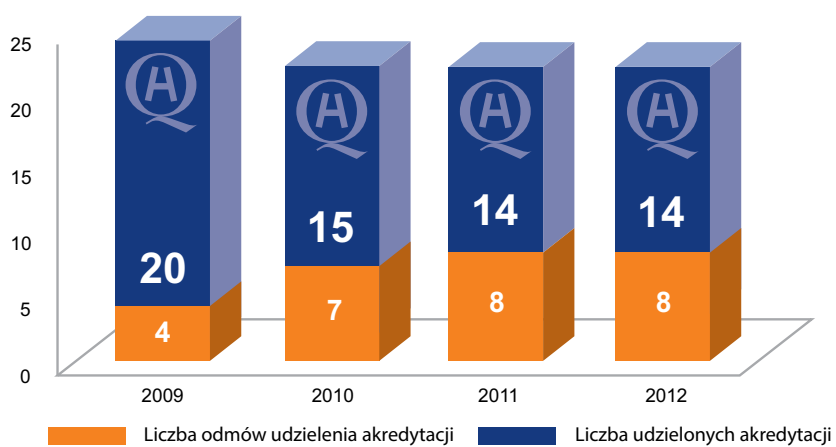
Typ wizytowanych szpitali w latach 2010 - 2012

W latach 2010-2012 77% wizyt zakończyło się uzyskaniem statusu szpitala akredytowanego. 34% szpitali uzyskało wynik 75-80% poziomu spełniania standardów akredytacyjnych. Poziom 80-85% spełniło 26% podmiotów, 12% jednostek uzyskało poziom 85-90%, a wynik powyżej 90% osiągnęło 5% jednostek.

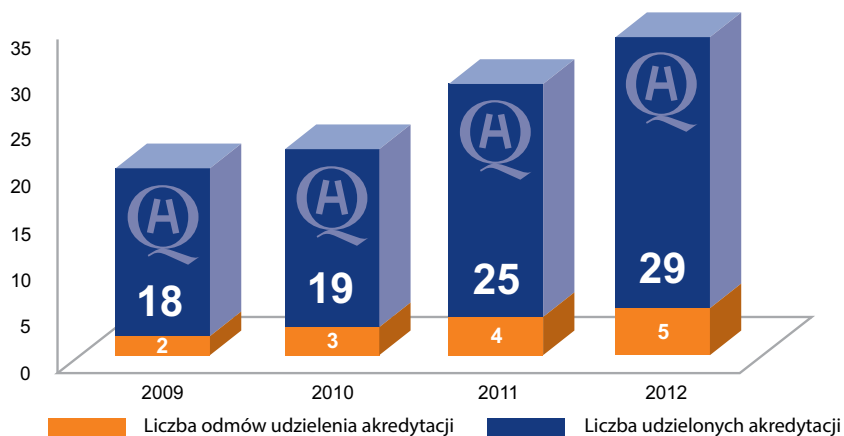


Poziom spełniania standardów akredytacyjnych w latach 2010-2012

Uzyskanie statusu szpitala akredytowanego zdecydowanie łatwiej przychodzi szpitalom, które po raz kolejny poddają się ocenie. 87% szpitali, które po raz kolejny poddawały się ocenie, uzyskiwało pozytywny wynik przeglądu, natomiast taką ocenę otrzymało 70% szpitali poddających się ocenie po raz pierwszy.



Liczba przyznanych certyfikatów – szpitale wizytowane po raz pierwszy



Liczba przyznanych certyfikatów – szpitale wizytowane po raz kolejny



Poziom spełniania standardów akredytacyjnych

Aby uzyskać status szpitala akredytowanego, konieczne jest uzyskanie poziomu 75% spełniania standardów akredytacyjnych.

Zestaw standardów akredytacyjnych obejmuje 221 standardów ujętych w 15 działach. Standardy są wszechstronne, określone na poziomie optymalnym. Ich celem jest stymulowanie działań na rzecz bezpieczeństwa i jakości opieki.

o akredytacji Jerzy Hennig

o akredytacji

O akredytacji – perspektywa europejska

Agnieszka Daval-Cichoń

Paulina Miśkiewicz

Niek Klazinga

O akredytacji – perspektywa Polska

Krystyna Barbara Kozłowska

Sławomir Neumann

Agnieszka Pachciarz

Piotr Warczyński

Tomasz Pękalski

Piotr Daniluk

O akredytacji – perspektywa szpitali

Wojciech Pużyna

Irena Kierzkowska

Marian Przylepa

Ryszard Rudnik

Edward Schmidt

O akredytacji w liczbach

Przeglądy akredytacyjne

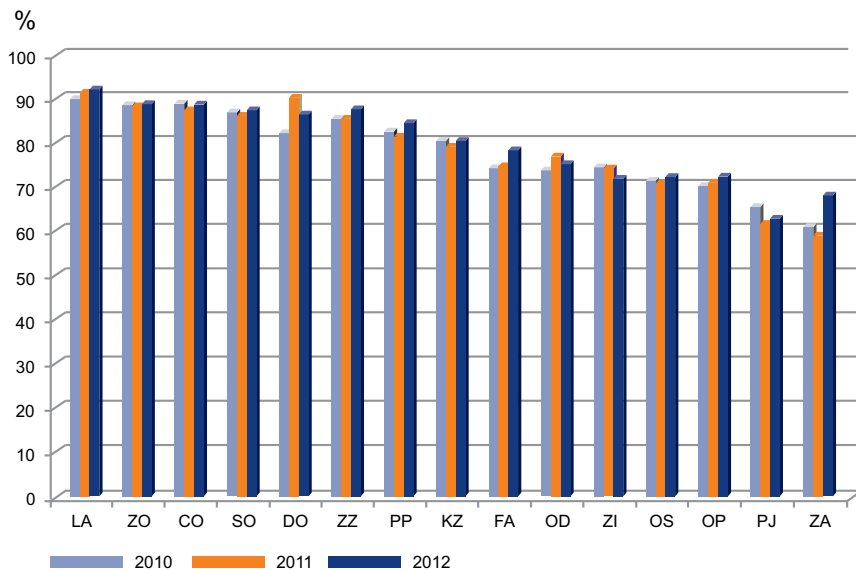
Poziom spełniania standardów akredytacyjnych

Symbol	Nazwa działu
CO	Ciągłość Opieki
PP	Prawa Pacjenta
OS	Ocena Stanu Pacjenta
OP	Opieka nad Pacjentem
KZ	Kontrola Zakażeń
ZA	Zabiegi i Znieczulenia
FA	Farmakoterapia
LA	Laboratorium
DO	Diagnostyka Obrazowa
OD	Odżywianie
PJ	Poprawa Jakości i Bezpieczeństwo Pacjenta
ZO	Zarządzanie Ogólne
ZZ	Zarządzanie Zasobami Ludzkimi
ZI	Zarządzanie Informacją
ŚO	Zarządzanie Środowiskiem Opieki

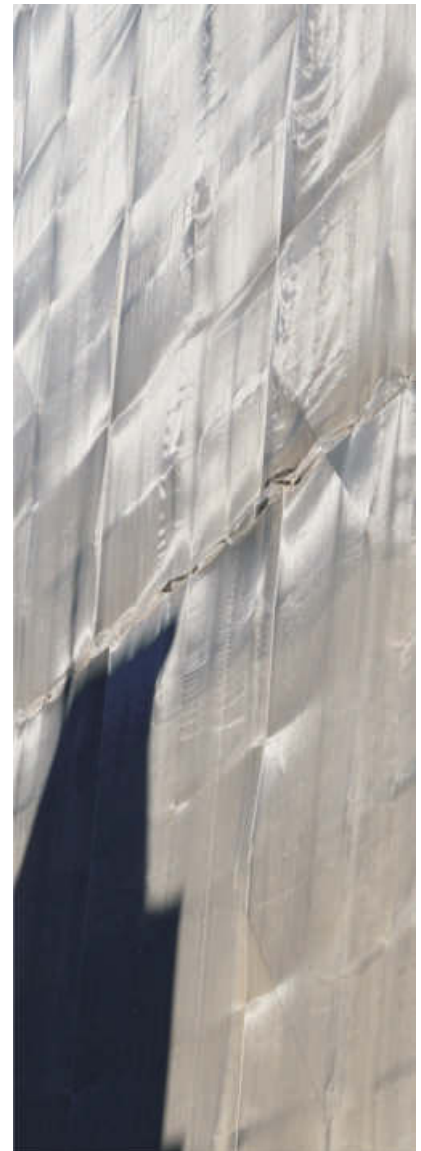
Działy zestawu standardów

Najlepszą ocenę w latach 2010-2012 uzyskały działy Laboratorium, Zarządzanie Ogólne, Ciągłość Opieki, uzyskując odpowiednio 91,28%, 88,63%, 88,30% poziomu spełnienia standardów. Najgorzej oceniono w tych latach standardy z działów Zabiegi i Znieczulenia 63,01%, Poprawa Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta 63,3%, Opieka nad Pacjentem 71,41% i Ocena Stanu Pacjenta 71,55%.

Dział Zabiegi i Znieczulenia w roku 2012 osiągnął jednak znaczącą poprawę uzyskiwanego wyniku. Natomiast dział Poprawa Jakości, związany z monitorowaniem działalności klinicznej jednostki, pozostaje na jednym z najniższych poziomów.



Średnia ocen działów standardów w latach 2010-2012





W odniesieniu do pojedynczych standardów, trudno wskazać na trendy związane z ich spełnieniem. Można jednak wskazać takie standardy, które były spełnione w większości szpitali poddawanych ocenie oraz standardy znajdujące się na przeciwległym biegunie – trudne do spełnienia przez większość szpitali. Spośród 221 standardów najlepiej ocenione zostały standardy PJ1.2, ZO 11.1, ZZ2, DO6, LA3.

Nazwa standardu	Średnia ocen
PJ 1.2: W szpitalu funkcjonuje zespół ds. jakości.	4,97
ZO 11.1: Zarządzenia, plany i procedury są przechowywane w katalogu, który jest łatwo dostępny.	4,97
ZZ 2: Wszystkie osoby udzielające świadczeń zdrowotnych pacjentom mają prawo wykonywania zawodu, a szpital posiada na to dowód.	4,97
DO 6: W szpitalu regularnie wykonuje się podstawowe testy kontroli jakości.	4,97
LA 3: W szpitalu opracowano listę wykonywanych badań laboratoryjnych.	4,94

Najlepiej oceniane standardy

Do najgorzej ocenianych standardów zaliczono standardy OD5, ZI4, OS5.7, OP1.1, ZA12.3. Większość z nich odnosi się do udokumentowania wykonywanych przez personel medyczny działań, co niejednokrotnie jest piętą achillesową naszych szpitali.

Nazwa standardu	Średnia ocen
OD 5: Pacjenci otrzymują informację na temat żywienia w okresie poszpitalnym.	1,13
ZI 4: Dokumentacja medyczna jest czytelna, kompletna i autoryzowana.	1,18
OS 5.7: Dokumentacja medyczna pacjenta zawiera ocenę potrzeb żywieniowych każdego pacjenta.	1,25
OP 1.1: Plan opieki jest modyfikowany w zależności od potrzeb.	1,31
ZA 12.3: Odległe skutki wykonywanych zabiegów są analizowane.	1,53

Najgorzej oceniane standardy

Projekt systemowy: Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej



*Chęć włączenia się do procesu akredytacji
i poddania się ocenie zewnętrznej
zgłosiło ponad 330 szpitali.*

Okres realizacji:
1 czerwca 2008 – 31 sierpnia 2014

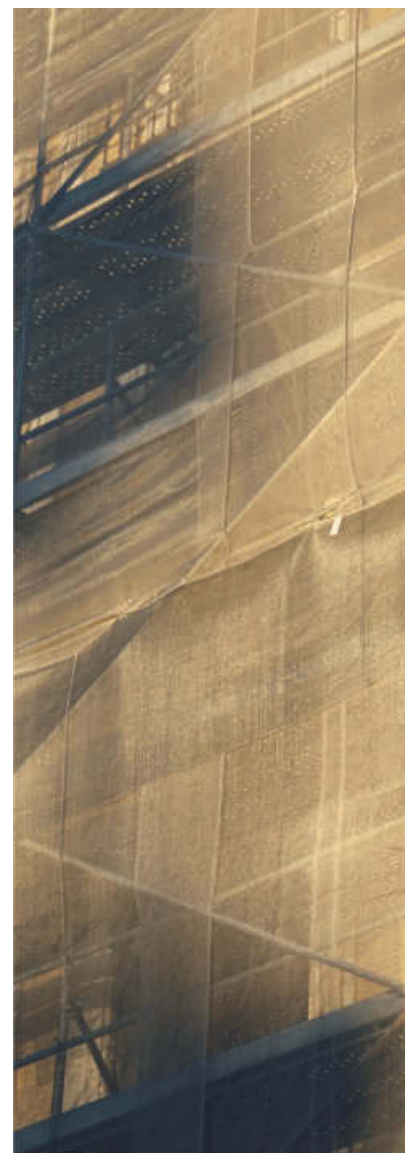
Strona internetowa:
www.wsparcieakredytacji.cmj.org.pl

Znacznym wsparciem dla rozwoju systemu akredytacji w Polsce jest realizowany przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia **projekt systemowy „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej”** w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Działanie 2.3. Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, Poddziałanie 2.3.3 Podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia. Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Założeniem projektu jest upowszechnienie programu akredytacji i jej roli w stymulowaniu poprawy jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej, a głównym celem zwiększenie liczby szpitali akredytowanych. W latach 2008-2014 z dofinansowania działań związanych z akredytacją skorzysta 230 szpitali posiadających umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z NFZ albo udzielających świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów. Uczestnikami projektu są zarówno szpitale, które zamierzają odnowić certyfikat akredytacyjny, jak i te, które przystępują do procesu po raz pierwszy. Każdy szpital może jednorazowo uzyskać wsparcie finansowe ze środków projektowych. Publiczne zakłady opieki zdrowotnej są w 100% zwolnione z kosztów przeglądu akredytacyjnego, natomiast w niepublicznych placówkach dofinansowanie jest obniżone proporcjonalnie do udziału środków pochodzących z kontraktu z płatnikiem publicznym. Dodatkowo dwie osoby ze szpitala ubiegającego się o akredytację uczestniczą nieodpłatnie w szkoleniu nt. standardów akredytacyjnych i procedury oceniającej poprzedzającej uzyskanie certyfikatu.

Projekt i możliwość dofinansowania przeglądów akredytacyjnych ze środków unijnych wzbudziły bardzo duże zainteresowanie wśród kadry zarządzającej szpitalami. Chęć włączenia się do procesu akredytacji i poddania się ocenie zewnętrznej zgłosiło ponad 330 szpitali. Do końca 2012 roku przeprowadzono 159 przeglądów akredytacyjnych w szpitalach. Ze wsparcia środków unijnych skorzystało 135 SPZOZ-ów i 24 NZOZ-y. Status szpitala akredytowanego w ramach projektu uzyskało 116 jednostek, w tym m.in. 7 szpitali klinicznych i 37 powiatowych. W siedemnastu edycjach szkoleń dla przedstawicieli szpitali uczestniczyło 455 osób.

Realizacja projektu zgodnie z planem, osiągnięcie założonych wskaźników oraz poziom wydatkowania przyznanych środków zostało dostrzeżone przez instytucje nadzorujące. Projekt dwukrotnie otrzymał tytuł „Najlepiej zarządzanego projektu Działania 2.3 POKL”, w latach 2009, 2010, a w roku 2011 zajął drugie miejsce.





 Centrum
Monitorowania
Jakości w Ochronie Zdrowia



WHO Collaborating Center for Development
of Quality and Safety in Health Systems

Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia
ul. Kapelanka 60
30-347 Kraków
www.cmj.org.pl

Opracował Zespół Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

Projekt „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej”
www.wsparcieakredytacji.cmj.org.pl

Proj. graf., DTP: Piotr Kutryba

Egzemplarz bezpłatny



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



