

Topografia „czarnych punktów” szpitalnictwa

Możemy zapobiec tysiącom zgonów

Większe bezpieczeństwo pacjentów i oszczędności dla szpitali – to główne założenia nowatorskiego projektu zarządzania ryzykiem, nad którym pracuje interdyscyplinarna grupa specjalistów. Pierwszą placówką wprowadzającą ten system będzie SPZOZ Łatawiec w Świdnicy.

Świdnicki szpital po raz kolejny wyznacza trendy. Kilka lat temu jako pierwszy w Polsce wprowadził program antykorupcyjny, a teraz pracuje nad stworzeniem mapy „czarnych punktów”. Celem przedsięwzięcia jest identyfikacja zdarzeń niepożądanych najczęściej powodujących zgony i wydłużających hospitalizację.

Gdzie dzieje się źle

Dyrektor szpitala w Świdnicy, Jacek Domejko, przekonuje, że projekt opracowania „czarnych punktów” to coś więcej niż obowiązkowa kontrola zarządca. – Obecnie nie ma skutecznego systemu obligatoryjnych analiz. To, co istnieje, jest papierową sprawozdawczością nawet poniżej poziomu audytu wewnętrznego – ocenia.

„ W polskim systemie ochrony zdrowia zarządzanie ryzykiem ogranicza się do korzystania z usług firm ubezpieczeniowych. To bierna i najbardziej kosztochłonna metoda ”

Realizacja projektu ma zmniejszyć co najmniej o 10 proc. niebezpieczeństwo wystąpienia zdarzeń niepożądanych przy wykorzystaniu czynnych metod zarządzania ryzykiem. Oprócz efektu medycznego ma przynieść zyski ekonomiczne i poprawę logistyki. System będzie się opierał na potencjale kadrowym i organizacyjnym szpitala.

Dyrektor Domejko nie chce wyważać otwartych drzwi – posiłkuje się sprawdzonymi rozwiązaniami i dlatego rozpoczął ścisłą współpracę z grupą specjalistów z Łodzi.

Koniec z biernością

Profesor Michał Marczak z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi to jeden z nielicznych w Polsce specjalistów w zarządzaniu ryzykiem. Początkowo zajmował się badaniami ryzyka w ruchu drogowym. To właśnie z branży komunikacyjnej zaczerpnął metodę „czarnych punktów”. – W polskim systemie ochrony zdrowia zarządzanie ryzykiem wciąż ogranicza się do korzystania z usług firm ubezpieczeniowych. To bierna i najbardziej kosztochłonna metoda. Metody czynne są bardziej pracochłonne i trudne, ale dają realne efekty – podkreśla prof. Michał Marczak. – Dlatego chętnie zgodziłem się wesprzeć dyrektora Domejkę.

„Czarny punkt” w opiece zdrowotnej to miejsce szczególnie niebezpieczne, które odpowiada zdarzeniu punktowemu, np. oddział, blok operacyjny, centralna sterylizatornia lub apteka. Może to być również określona procedura medyczna, podczas której odnotowano znaczną liczbę powikłań lub miejsce szczególnej koncentracji zdarzeń niepożądanych. – Na każdym oddziale możliwe są setki zdarzeń niepożądanych, każda procedura obciążona jest ryzykiem. W metodzie „czarnych punktów” staramy się ustalić kilka najistotniejszych i dążyć do zminimalizowania ryzyka – wyjaśnia prof. Michał Marczak.

Metoda jest cykliczna i ma strukturę algometryczno-blokową, czyli po likwidacji najgroźniejszych i możliwych do usunięcia „czarnych punktów” następuje ponowna analiza ryzyka i selekcja kolejnych. – Wyniki analizuje się w pierw model prognostycznym i oceną trafności prognozy w badaniach typu „po”. Prościej mówiąc: szybkim potwierdzeniem efektywności medycznej jest analiza statystyczna. Nieco bardziej nowatorskie jest ocenienie efektywności ekonomicznej i logistycznej. Na wyjściu powinien być konkret, liczbowa ocena zmniejszenia ryzyka zdarzeń niepożądanych i „czysty” efekt ekonomiczny, czyli oszczędności finansowe – tłumaczy specjalista.

Stopniowanie ryzyka

Michał Marczak był promotorem pracy Aleksandry Sierockiej na temat wykorzystania metody „czarnych punktów” w zarządzaniu ryzykiem zdarzeń niepożądanych. Doktor Sierocka swoje badania oparła na 450 historiach choroby pacjentów leczonych w łódzkim szpitalu klinicznym w latach 2006–2007. Ograniczyła się do kilku zabiegów: usunięcia zaćmy i jaskry, usunięcia guza mózgu, korekcji plastycznej nosa oraz hemodializy, i oceniła, które spośród potencjalnych zdarzeń niepożądanych mogą być uznane za „czarne punkty”.

Na przykład pacjent przyjęty na operację korekcji nosa może podczas hospitalizacji złapać infekcję czy po prostu się zaziębić. Możliwymi powikłaniami są zmiany w miejscu wklucia, wymioty czy w końcu konieczność reoperacji w celu wyprostowania przegrody nosa. Panel ekspercki ocenia wagę zdarzeń niepożądanych. Średnia ocen, częstość występowania danego powikłania i jego koszt pozwala je hierarchizować.

Doktor Sierocka wyznaczyła „czarne punkty” z uwzględnieniem poziomów klasyfikacji oraz rankingu zdarzeń niepożądanych. Poziom I obejmuje głównie zgony i niektóre zakażenia szpitalne, II – zdarzenia o wysokim ryzyku, które występują co najmniej w 5 proc. przypadków, a III – powikłania rzadsze, ale istotne ze względu na kosztowność.

Zmniejszenie częstości zdarzeń kwalifikowanych pierwotnie do poziomu II lub III „czarnych punktów” likwiduje je lub przesuwają na niższy poziom albo też zmienia kolejność w rankingu.

Pół tysiąca zgonów, którym można zapobiec

Docent Mariusz Piechota, anestezjolog z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Łodzi, spojrzął na problem z innej strony. Znalazł narzędzie pozwalające szybko diagnozować potencjalny problem i podjąć działania, które będą mu zapobiegać.

„Celem programu jest identyfikacja zdarzeń niepożądanych, które najczęściej powodują zgony i wydłużają hospitalizację”

„ Czarny punkt w opiece zdrowotnej to miejsce szczególnie niebezpieczne, które odpowiada zdarzeniu punktowemu, np. oddział, blok operacyjny, centralna sterylizatornia lub apteka ”



fot. iStockphoto

Opracował prosty system identyfikacji chorych należących do grupy podwyższonego ryzyka hospitalizowanych na oddziałach chirurgii ogólnej. Następnie przedstawił postępowanie pozwalające na zmniejszenie liczby zgonów w tej grupie.

Badaniem objął ponad 32 tys. pacjentów leczonych na oddziałach chirurgii ogólnej w trzech łódzkich szpitalach klinicznych w latach 2003–2007. W grupie podwyższonego ryzyka znalazło się prawie 5,9 tys. osób. Na podstawie 11 czynników ryzyka (9 czynników ryzyka zgonu występujących w treści rozpoznania zasadniczego według ICD-10 oraz dwóch czynników ryzyka zgonu związanych z trybem skierowania) zaliczono do niej chorych, którzy mieli np. ostre zapalenie otrzewnej, niedrożność porażenną jelit, ostre naczyniowe zaburzenie jelit, nowotwór złośliwy, ostre zapalenie trzustki czy byli przyjęci z innego oddziału. W analizowanym okresie zmarło aż 512 z tych osób.

– Z analiz wynika, że dzięki odpowiedniej opiece okołoperacyjnej wielu zgonom można by zapobiec. Jakość opieki okołoperacyjnej to najistotniejszy czynnik decydujący o odsetku zgonów – podkreśla dr hab. n. med. Mariusz Piechota. – Co ciekawe, niezależna analiza oparta na wieloczynnikowym modelu regresji logistycznej z efektami losowymi wykazała, iż największą korzyść z takiej opieki odnoszą chorzy z grupy rozpoznanych zasadniczych „ze średnim ryzykiem zgonu” – nawet siedmiokrotnie mniejsza śmiertelność, a nie – co wydawałoby się oczywiste – chorzy z grupy rozpoznanych zasadniczych „z wysokim ryzykiem zgonu” – tylko dwukrotne zmniejszenie śmiertelności.

Model, który opracował, opiera się m.in. na wczesnej identyfikacji przez anestezjologa chorych o podwyższonym ryzyku zgonu i powikłań pooperacyjnych, wdrożeniu odpowiednich działań zapobiegawczych

przed zabiegiem i specjalistycznej opiece anestezjologicznej po zabiegu.

Zdaniem Mariusza Piechoty, taki model opieki okołoperacyjnej można z powodzeniem zastosować na każdym oddziale zabiegowym. – Dzięki temu liczba zdarzeń krytycznych na oddziałach zabiegowych powinna się znacząco zmniejszyć. Dla chorych oznacza to mniejsze ryzyko zgonu czy ciężkich powikłań – podkreśla specjalista.

Zysk

Umowa świdnickiego szpitala z łódzkimi specjalistami zakłada roczną współpracę. W tym czasie personel będzie wprowadzał system i dokształcał się pod merytorycznym nadzorem specjalistów z Łodzi.

– W zasadzie od 2003 r. na bieżąco analizujemy przypadki zgonów, którym można zapobiec. Razem z kolejnymi certyfikatami jakości rozszerzaliśmy również zakres działań w ramach zarządzania ryzykiem. Współpraca z ośrodkiem w Łodzi ma te działania usprawnić – zapowiada Jacek Domejko.

Dyrektor Domejko nie obawia się negatywnego społecznego odbioru map „czarnych punktów”. Wręcz przeciwnie, ma nadzieję, że uda się wykorzystać je do poprawy wizerunku placówki.

– „Czarne punkty” na poziomie medialnym i ewentualnej informacji dla pacjentów to zdarzenia niepożądane, a nie oddziały lub sale zabiegowe. Świadczenioborca dowie się, że właśnie tu, w zakresie interesujących go świadczeń, osiągnęliśmy istotną poprawę jakości, w tym bezpieczeństwa. Ponieważ nasze cele jakości: leczyć krótko, tanio i bez powikłań, są w pełni mierzalne, już dzisiaj za pomocą naszego systemu informatycznego kalkulującego koszty leczenia można łatwo policzyć efekty oszczędnościowe eliminacji zdarzeń niepożądanych – dodaje Domejko.

Natalia Adamska-Golińska