

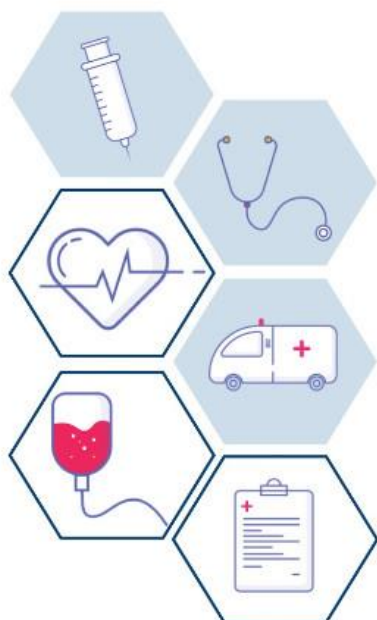


URZĄD MARSZAŁKOWSKI  
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO



UNIwersytet Gdański

## ABSTRAKTY WYSTĄPIEŃ



KONFERENCJA NAUKOWA

### Q DOSKONAŁOŚCI

Dobre praktyki w doskonaleniu  
usług medycznych na Pomorzu

**STANDARYZACJA I JEJ ZNACZENIE W CZASIE COVID-19**

Naczelna Organizacja Techniczna/Uniwersytet Gdański

**Gdańsk/Sopot 26 marca 2021 r.**

## Spis treści

		<i>Str.</i>
<i>Andrzej Fortuna</i>	<i>Aspekty prawne pracy zdalnej w podmiotach leczniczych. Szanse i ograniczenia z punktu widzenia zarządzania podmiotem leczniczym</i>	<i>...3</i>
<i>Beata Krasoń, Michał Chudziński</i>	<i>Standard PRS jako nowe narzędzie jakości W obliczu walki z pandemią COVID-19</i>	<i>...5</i>
<i>Tomasz Grybek</i>	<i>Standaryzacja w zarządzaniu „patient engagement” na przykładzie wybranej Europejskiej Sieci Referencyjnej (ERN)</i>	<i>...7</i>
<i>Tadeusz Jędrzejczyk</i>	<i>Czy zarządzanie jakością w czasie pandemii ma sens? Pierwsze wnioski po roku funkcjonowania podmiotów leczniczych Samorządu Województwa Pomorskiego w czasie pandemii</i>	<i>...9</i>
<i>Iwona Modrzejewska</i>	<i>Empatia i jej miejsce w standardzie jakości świadczeń medycznych</i>	<i>...10</i>
<i>Krystyna Paszko</i>	<i>Znaczenie systemu informatycznego w monitorowaniu zakażeń szpitalnych</i>	<i>...12</i>
<i>Marek Pietruszka</i>	<i>Standardy akredytacyjne w dobie COVID-19 Czy można pójść na skróty?</i>	<i>...14</i>
<i>Marta Rombalska</i>	<i>Audit zdalny systemu zarządzania jakością – nowy standard oceny</i>	<i>...17</i>
<i>Marcin Świerad</i>	<i>Telemedycyna w czasach COVID- 19. Doświadczenia Poradni Specjalistycznych Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu</i>	<i>...19</i>
<i>Małgorzata Z. Wiśniewska</i>	<i>Whistleblowing w organizacjach opieki zdrowotnej</i>	<i>...21</i>



## **ASPEKTY PRAWNE PRACY ZDALNEJ W PODMIOTACH LECZNICZYCH. SZANSE I OGRANICZENIA Z PUNKTU WIDZENIA ZARZĄDZANIA PODMIOTEM LECZNICZYM**

**Mec. Andrzej Fortuna**

**Kancelaria Radcy Prawnego FORTUNA, Gdańsk**  
**[kancelaria@fortuna-krp.pl](mailto:kancelaria@fortuna-krp.pl)**



COVID-19 wpłynął na funkcjonowanie wielu przedsiębiorstw, w tym podmiotów leczniczych. Konieczne stało się ograniczenie bezpośrednich kontaktów międzyludzkich na rzecz komunikacji za pośrednictwem urządzeń teleinformatycznych. Ustawodawca wprowadził do polskiego systemu prawnego pojęcie „pracy zdalnej” i określił warunki jej wykonywania. Podmioty musiały wdrożyć zasady wykonywania pracy w systemie zdalnym, określić sposoby nadzoru nad tą pracą, dopasować warunki jej wykonywania do specyfiki branży w jakiej funkcjonują.

Problemem stało się kryterium kierowania pracowników do wykonywania pracy zdalnej – pracodawca musiał dokonać wartościowania zagrożenia ze względu na osobę pracownika (wiek, stan zdrowia) i potrzeb zakładu pracy (zadania które muszą być wykonywane w zakładzie pracy).

Ustawodawca wskazał również, że wykonywanie pracy zdalnej może zostać polecone, jeżeli pracownik ma umiejętności i możliwości techniczne oraz lokalowe do wykonywania takiej pracy i pozwala na to rodzaj pracy. Narzędzia i materiały potrzebne do wykonywania pracy zdalnej oraz obsługę logistyczną pracy zdalnej również musi zapewnić pracodawca (z wyjątkami), a praca musi być realizowana z zapewnieniem poszanowania i ochrony informacji poufnych i innych tajemnic prawnie chronionych, w tym tajemnicy przedsiębiorstwa lub danych osobowych, a także informacji, których ujawnienie mogłoby narazić pracodawcę na szkodę.

Praca zdalna pozwala na kontynuowanie i realizację zadań zakładu pracy pomimo zagrożenia jakim jest epidemia COVID-19. Aby jednak osiągnąć efektywność równą dotychczasowej kluczowe jest ustalenie zasad współpracy pracowników, nadzoru nad nimi, koordynacji wielu ośrodków pracy, określenie zasad udostępniania urządzeń pracodawcy. Pomóc mogą tutaj wypracowane normy i standardy, dzięki którym każdy z pracowników będzie miał pełną wiedzę co należy do jego obowiązków i zadań.

W przypadku podmiotów leczniczych mamy do czynienia z danymi wrażliwymi jakimi są informacje o stanie zdrowia pacjentów, a ochrona tego rodzaju danych wymaga szczególnych rodzajów zabezpieczeń. Obecnie doszło do rozpoczęcia na szeroką skalę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach telemedycyny, co dotychczas ze względu na barierę związaną z zasadą bezpośredniego zbadania pacjenta, wydawało się nie do wykonania. Pewnym jest że wdrożenie w pełnym wymiarze tzw. informatyki zdrowia zmieni stan medycyny, zasady udzielania świadczeń oraz przyczyni się do wzrostu znaczenia profilaktycznej opieki medycznej.

Korzyści wynikające z zastosowania telemedycyny to lepszy dostęp do wybranych usług specjalistycznych, wzmocnienie lokalnych placówek ochrony zdrowia, zwiększenie możliwości sprawowania opieki nad pacjentami mającymi trudności z dostępem do placówek medycznych. Jednocześnie telemedycyna daje możliwość lepszej współpracy i wymiany informacji pomiędzy podmiotami leczniczymi, co w konsekwencji pozwala na stawianie bardziej precyzyjnych diagnoz lekarskich i przyczynia się do doskonalenia działań na rzecz poprawy stanu zdrowia pacjentów.

## STANDARD PRS JAKO NOWE NARZĘDZIE JAKOŚCI W OBLICZU WALKI Z PANDEMIĄ COVID-19

**Beata Krason**

**Audytor Wiodący PRS S.A.**  
**[beata.krason@prs.pl](mailto:beata.krason@prs.pl)**

**Michał Chudziński**

**Dyrektor Pionu Certyfikacji PRS S.A.**  
**[michal.chudzinski@prs.pl](mailto:michal.chudzinski@prs.pl)**



Obecnie na całym świecie trwa walka z zakaźną chorobą COVID-19 wywołaną przez koronawirusa SARS-CoV-2. 11 marca 2020 r. sytuacja związana z tym faktem została uznana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) za pandemię. Wobec takich wyzwań każda organizacja oraz każdy obywatel świata zobowiązany jest do podejmowania działań na rzecz minimalizacji rozprzestrzeniania się zakażeń. Jednostka Certyfikująca PRS S.A., wychodząc naprzeciw tym wyzwaniom, opracowała autorski Standard PRS, pomocny w tym zakresie.

Głównym celem wystąpienia jest przedstawienie istoty tego Standardu w świetle znaczenia zagadnienia standaryzacji w epoce pandemii COVID-19.

W pierwszej części zaprezentowano zmianę znaczenia standaryzacji w czasie COVID-19 dla przedsiębiorstw i organizacji różnego typu, a także nakreślono rolę zarządzania ciągłością działania w kontekście wdrożenia i certyfikacja na zgodność z normą ISO 22301. Ze względu na to, iż nie cieszy się ona zbyt dużą popularnością,

zaprezentowano przyczyny i ideę stworzenia Standardu PRS pt. „Protection-Reliability-Safety”. Ponadto, ogólnie omówiono wymagania tego Standardu, na który składa się kilka obszarów podlegających przeglądowi w czasie wizyty oceniającej. Należą do nich m.in.: zarządzanie, polityka jakości, zasoby, strategia działania, komunikacja, monitorowanie i analiza danych oraz przegląd działań wdrożonych przez organizację.

Podkreślono, że dzięki wytycznym zawartym w Standardzie PRS, jak również poprzez równoległe dostosowanie się do innych koniecznych wymagań lokalnych, krajowych i międzynarodowych, zarządzający organizacją otrzymują skuteczne narzędzie do nadzorowania, monitorowania, ciągłego doskonalenia i zachowania, np. bezpieczeństwa pacjenta, klienta, petenta i innych stron zainteresowanych, w tym pracownika. Standard PRS ma zastosowanie w każdej organizacji bez względu na branżę, strukturę i wielkość, a certyfikat PRS potwierdza stosowanie zasad postępowania minimalizujących ryzyko zakażeń. Można go polecić do wdrażania podmiotom leczniczym.



## **STANDARYZACJA W ZARZĄDZANIU „PATIENT ENGAGEMENT” NA PRZYKŁADZIE WYBRANEJ EUROPEJSKIEJ SIECI REFERENCYJNEJ (ERN)**

**Tomasz Grybek**

**Szkoła Doktorska Nauk Humanistycznych i Społecznych Uniwersytetu Gdańskiego**

**Fundacja Bohatera Borysa**

**Członek Komitetu Pediatrycznego Europejskiej Agencji Leków**

**Członek Europejskiej Grupy Adwokatury Pacjenckiej**

**Członek Rady Pacjentów Centrum Chorób Rzadkich**

**Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego**

**[tomasz.grybek@phdstud.ug.edu.pl](mailto:tomasz.grybek@phdstud.ug.edu.pl)**



Aktualnie obowiązujące normy dotyczące zarządzania jakością wg ISO serii 9000 wymagają od organizacji systemowego podejścia w zakresie rozpoznania i zrozumienia potrzeb oraz oczekiwań stron zainteresowanych (interesariuszy), a także ich wymagań w kontekście ich wpływu na działalność operacyjną i strategiczną organizacji. Nie inaczej kształtowana jest ta aktywność w odniesieniu do jednostek opieki zdrowotnej, w których jedną ze stron zainteresowanych są pacjenci i ich bliscy. Podstawowe rozumienie pacjenta jako strony zainteresowanej często ogranicza się do postrzegania jego roli jako użytkownika systemu opieki zdrowotnej, klienta, który jest w centrum zainteresowania jednostek zorientowanych na zapewnienie jakości i bezpieczeństwa świadczonych usług. Niemniej jednak w ostatnich dziesięcioleciach nastąpiły znaczące zmiany w sposobie postrzegania i angażowania pacjentów czy grup pacjentów w projektowanie, wdrażanie i rozwój usług oraz produktów medycznych. Co więcej, zakres aktywności organizacji

pacjenckich (*patient organisations*) istotnie ewoluował od roli podmiotów wzajemnego wsparcia do formalnych reprezentacji w formie grup adwokatury pacjenckiej (*patient advocacy*), zmagających się z tym samym schorzeniem lub ich grupą.

Światowa Organizacja Zdrowia w dokumencie poświęconym zagadnieniu angażowania pacjentów (*patient engagement*) jednoznacznie podkreśla, że „zaangażowanie pacjentów jest coraz częściej uznawane za integralną część opieki zdrowotnej i kluczowy element bezpiecznych usług skoncentrowanych na osobie”. Proces budowania tych relacji w duchu partnerstwa wymaga zaangażowania co najmniej dwóch stron, określenia ról i zadań, a także wzajemnego, dwukierunkowego, przepływu wiedzy, doświadczenia i kompetencji, którego celem jest wzmocnienie każdej ze stron. Wiadomym jest bowiem, iż dobrze wyedukowany pacjent jest efektywnym partnerem wewnętrznych procesów w obrębie świadczeń medycznych, jak również jest istotnym reprezentantem całego systemu opieki wśród szerszej społeczności pacjenckiej.

Standaryzacja w budowaniu, utrzymywaniu i rozwijaniu tych relacji jest kluczowa i służy m. in. podnoszeniu skuteczności podejmowanych działań. Przykładem tego typu standaryzacji jest model angażowania przedstawicieli organizacji pacjenckich w Europejską Sieć Referencyjną (*European Reference Network, ERN*), w ramach której funkcjonują także eksperckie ośrodki referencyjne z Polski.

Problematyka dotycząca tej sieci oraz współpracujących z nią ośrodków jest przedmiotem wystąpienia na niniejszej konferencji.



## **CZY ZARZĄDZANIE JAKOŚCIĄ W CZASIE PANDEMII MA SENS? PIERWSZE WNIOSKI PO ROKU FUNKCJONOWANIA PODMIOTÓW LECZNICZYCH SAMORZĄDU WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO W CZASIE PANDEMII**

**Dr Tadeusz Jędrzejczyk**

**Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej  
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego  
Dyrektor Departamentu Zdrowia  
Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego  
[tadeusz.jedrzejczyk@gumed.edu.pl](mailto:tadeusz.jedrzejczyk@gumed.edu.pl)**



URZĄD MARSZAŁKOWSKI  
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

Wystąpienie poświęcono zagadnieniu zapewnienia i zarządzania jakością w podmiotach leczniczych, szczególnie w szpitalach na Pomorzu, z perspektywy ich funkcjonowania w okresie pandemii COVID-19.

Zaprezentowano trudności, szanse i ograniczenia dotyczące utrzymania standardów jakości. Przedstawiono także najważniejsze wnioski związane z bieżącymi obserwacjami na bazie doświadczeń pomiotów leczniczych.

W wystąpieniu odniesiono się także do „Programu doskonalenia jakości w jednostkach wykonujących działalność leczniczą, dla których podmiotem tworzącym lub właścicielem jest Województwo Pomorskie”. Powołana w jego ramach grupa ekspertów zajmuje się wdrożeniem i monitorowaniem programu doskonalenia jakości, w szczególności ujednoczeniem procedur i dokumentów. Przygotowuje też jeden wspólny dla wszystkich szpitali schemat, na podstawie którego podmioty lecznicze stworzą własny i indywidualny przewodnik dla pacjenta. W ramach Programu odbywa się też regularna weryfikacja szpitalnych raportów z etapów jego wdrożenia. Na tej podstawie eksperci opracowują wytyczne udoskonalające realizację poszczególnych działań. Elementem edukacyjnym są cyklicznie odbywające się konferencje, podsumowujące działalność placówek i ich doświadczenia wyniesione z projektu.

## EMPATIA I JEJ MIEJSCE W STANDARDZIE JAKOŚCI ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH

Iwona Modrzejewska

**Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Gdańsku**  
**[machol@vp.pl](mailto:machol@vp.pl)**



Empatia jest kluczową kompetencją w zawodach medycznych i ma podstawowe znaczenie w budowaniu relacji personel–pacjent. Dzięki niej można realizować skuteczną opiekę skoncentrowaną na pacjencie, doskonalić jej jakość. Jednakże rozwijanie umiejętności empatycznych w trakcie studiów jest wciąż na niewystarczającym poziomie (wobec oczekiwań placówek klinicznych i samych pacjentów). Jedną z przyczyn tego stanu rzeczy są deficyty i bariery występujące w trakcie nauki. Nie bez znaczenia jest też brak wczesnych doświadczeń socjalizacyjnych. Dowodzą tego wyniki badania przeprowadzone przez autorkę.

Celem zaprezentowanego badania była analiza wiedzy i subiektywnych ocen poziomu empatii studentów pielęgniarstwa i położnictwa w odniesieniu do miar uzyskiwanych przez studentów w teście empatii.

W badaniach uczestniczyło 396 studentów pielęgniarstwa (N=248) i położnictwa (N=148), poprzez wypełnienie testu Empathy Quotient (EQ-40) oraz kwestionariusza zawierającego test wiedzy i pytania samoopisowe dotyczące empatii.

W wyniku badań ustalono, że aż 27.8% respondentów potwierdza, że kiedy byli dziećmi ich rodzice nie rozmawiali z nimi o emocjach, a 12.6% zapytanych nie potrafiło udzielić odpowiedzi odwołując się do swojego doświadczenia w tym zakresie. Z badań wynika, iż aż 44.5% studentów nie było w stanie wskazać właściwej definicji empatii. Przejawy zachowań empatycznych trafnie określiło zaledwie 49.5% studentów. 82.6%

uznało się za osoby raczej i zdecydowanie empatyczne, chociaż w teście EQ-40 wynik przecięty uzyskało 67.2% studentów, a niski 14.2%. 2.5% to osoby z bardzo niskim poziomem empatii. Większość (77.7%) studentów przyznała, że doświadcza dużego obciążenia stresem oraz stałego zmęczenia wynikającego z nadmiaru obowiązków (72.2%). 26.3% badanych przyznało, że sypia średnio mniej niż 6 godzin na dobę. Połowa studentów łączyła studia z pracą zarobkową (nadmierną ekspozycję na doświadczenie zmęczenia i stresu może pośrednio tłumaczyć relatywnie niski poziom empatii wśród badanych pielęgniarek i położnych). Ustalono, że znaczny odsetek studentów nie rozumiał pojęcia empatii, oraz że badani wykazywali trudności związane z operacjonalizacją zachowań empatycznych. Byli też dużo mniej empatyczni, niż wynikało to z ich deklaratywnej samooceny. Analiza średnich EQ-40 ujawniła relatywnie niski stopień empatii. Doświadczenie stresu i zmęczenia może przekładać się na efektywność kształcenia w zakresie nauczania kompetencji miękkich.

Zdaniem autorki dalsza kontynuacja badań ma się przyczynić do stworzenia nowej pedagogiki kształcenia, dzięki której można będzie zoptymalizować rozwój kompetencji miękkich na uczelniach medycznych. Aby podnieść jakość w opiece medycznej nowa pedagogika kształcenia powinna uwzględniać w nauce przedklinicznej treningi empatii i współczucia oraz uważność na własne emocje. Ponadto powinna pomóc w rozwijaniu i ewaluacji własnych umiejętności wynikających z doświadczeń klinicznych .



## **ZNACZENIE SYSTEMU INFORMATYCZNEGO W MONITOROWANIU ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH**

**Dr Krystyna Paszko**

**Dyrektor ds. Pielęgniarstwa i Organizacji Opieki w Szpitalu św. Wojciecha  
Konsultant Zespołu Kontroli Zakażeń  
Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego  
[krystyna.paszko@szpital.gda.pl](mailto:krystyna.paszko@szpital.gda.pl)**



W wystąpieniu zwrócono uwagę na fakt, iż konsekwencją uruchomienia w ochronie zdrowia prawa konkurencji, podaży i popytu jest wzrost zainteresowania świadczeniodawców oceną usług medycznych dokonywanych przez pacjentów. Podkreślono, że orientacja ukierunkowana na jakość została wymuszona stale rozwijającą się konkurencją oraz uznaniem przez klientów jakości jako istotnego kryterium w wyborze usługodawcy. Zaznaczono, że mimo codziennych starań o utrzymanie środowiska szpitalnego na optymalnym poziomie w dalszym ciągu jest ono szczególnie korzystne dla bytowania, namnażania i rozprzestrzeniania się drobnoustrojów. Jednym z kryteriów oceny jakości udzielanych świadczeń w sektorze ochrony zdrowia jest wskaźnik zakażeń szpitalnych. Oczekiwania społeczne sprawiają, że coraz częściej upowszechniane są dane potwierdzające wyniki leczenia oraz powikłania, w tym wskaźniki śmiertelności będące skutkiem powikłań septycznych.

Wykazano, że zakażenia szpitalne można zmierzyć i wynik ten stanowi rzetelny parametr. Pierwszym, a zarazem niezbędnym etapem poznania skali zjawiska jest rejestracja zakażeń. Bez rzetelnej oceny sytuacji nie jest możliwe opracowywanie programów poprawy jakości oraz ocena ich skuteczności. Działające obecnie w polskich szpitalach zespoły kontroli zakażeń szpitalnych wypracowały różne, systemy monitorowania zakażeń. W większości są to systemy bierne opierające się na zgłaszanych przypadkach zakażeń przez personel oddziałów, co sprawia, że pozyskiwane w ten sposób dane są mocno niedoszacowane.

W wystąpieniu zwrócono uwagę na rozwiązania stosowane w Copernicus Podmiot Lecznicy Sp. z o.o.. Omówiono, iż w placówce, dzięki wdrożonemu kompleksowemu systemowi informatycznemu, dane do identyfikacji zakażeń szpitalnych są pozyskiwane bezpośrednio z innych modułów obsługiwanych przez personel medyczny, dzięki wpisywanym do systemu parametrom, takim jak: temperatura ciała, zastosowana antybiotykoterapia, wyniki obserwacji, np. pojawienie się patologicznych wydzielin, itp. Moduł w obszarze zakażeń szpitalnych funkcjonuje w bardzo rozległym zakresie, przetwarzając wiele zróżnicowanych parametrów. Następnie, dane mogą zostać poddane analizie, a wyniki z niej są przedstawiane w raportach. System informatyczny pozwala nie tylko na oszczędność czasu oraz spójność wpisów (eksportowanie informacji z innych dokumentów, m.in. czynników ryzyka). To także uszczelnienie systemu i uniezależnienie od zaangażowania personelu na poszczególnych oddziałach, ponieważ sam wychwytuje informacje rozpoznane jako alert. Jest to bardzo istotne z punktu widzenia pracowników Zespołu Kontroli Zakażeń. Pozwala także na stosowanie jednolitych definicji zakażeń oraz bieżący wgląd w dokumentację pacjenta w dowolnym momencie (także archiwalnej). Wreszcie „podpowiada” jak długo stosowane są pewne procedury medyczne, np. drenaż pęcherza moczowego, kaniulacja naczyń krwionośnych, intubacja lub antybiotykoterapia. Moduł pozwala także na generowanie analiz. Należy tu wymienić m.in. analizy rodzajów zakażeń szpitalnych oraz czynników alarmowych na poszczególnych oddziałach i występujące w związku z tym trendy, analizy czynników ryzyka wystąpienia zakażenia zarówno przy przyjęciu pacjenta do szpitala, jak i w trakcie hospitalizacji, analizy alertów sugerujących wystąpienie zakażenia szpitalnego. Generowane analizy uwzględniają liczbę hospitalizacji, czas pobytu w szpitalu oraz czas narażenia na określony czynnik ryzyka. Jedną z najistotniejszych zalet systemu jest możliwość czynnego monitorowania zakażeń. Pozwala to na identyfikowanie zakażeń szpitalnych w danym momencie. Na zakończenie podkreślono, że system informatyczny pomaga nie tylko personelowi, ale także pacjentom, bo taki jest cel monitorowania zakażeń. Zaznaczono także, iż jego wprowadzenie sprzyja również lepszemu, niż do tej pory, spełnianiu wymagań zawartych w „Programie doskonalenia jakości w jednostkach wykonujących działalność leczniczą, dla których podmiotem tworzącym lub właścicielem jest Województwo Pomorskie”.

## STANDARDY AKREDYTACYJNE W DOBIE COVID19 CZY MOŻNA PÓJŚĆ NA SKRÓTY?

Marek Pietruszka

**Wizytator Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia**  
**[parsleymarek@gmail.com](mailto:parsleymarek@gmail.com)**



W czasie trwania epidemii ograniczono wizyty akredytacyjne w polskich szpitalach. W 2020 roku przeprowadzono 48 przeglądów akredytacyjnych w ścisłym reżimie sanitarnym. Większość z nich odwołano, również ze względu na przekształcenie wielu szpitali w tzw. „szpitale covidowe”.

Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia wykorzystało ten czas na przygotowanie modyfikacji Zestawu Standardów Akredytacyjnych dla szpitali, POZ (Podstawowej Opieki Zdrowotnej) oraz rozpoczęło prace nad standardami akredytacyjnymi dla zakładów patomorfologii. Obecnie obowiązujące standardy dla szpitali zostały wprowadzone w 2010 roku obwieszczeniem Ministra Zdrowia. Aktualnie w projekcie nowelizowanych standardów znajdują się dodatkowe grupy wymagań z zakresu: Patomorfologia (PAT), Zagrożenie Zdrowia i Życia (ZR), Bezpieczeństwo Pacjenta (BP), Jakość Obsługi (JO). Pozostałe grupy standardów zostały dostosowane do aktualnych potrzeb wynikających z postępu medycyny, zmian w obowiązującym prawie oraz sposobie zarządzania i funkcjonowania szpitali w Polsce .

W świetle trudnej sytuacji epidemiologicznej oraz spowolnienia procesu akredytacji szpitali mogłoby się wydawać, że standardy akredytacyjne można odłożyć na później i zawiesić ich przestrzeganie w szpitalach. Czy jednak można sobie na to pozwolić?

Z informacji z Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, ale również na podstawie skarg wpływających od pacjentów i ich rodzin do Rzecznika Praw Pacjenta

wynika, że obecnie bardzo dużym problemem w polskich szpitalach stało się nieprzestrzeganie praw pacjentów. Niektórzy pracownicy podmiotów medycznych, powołując się na trudną sytuację, w której w tej chwili znajdują się szpitale, odmawiają wszelkich kontaktów pacjentów z rodzinami, jak również udzielania informacji na temat stanu zdrowia chorych i przebiegu leczenia. Nie zawsze dotyczy to chorych zakażonych lub podejrzanych o zakażenie wirusem SARS-CoV-2. Argumentem przemawiającym za takim postępowaniem mają być bliżej nieokreślone rozporządzenia Ministra Zdrowia, Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia czy też Premiera na temat ograniczeń w udzielaniu informacji czy kontaktów z bliską osobą niezakażoną. Należy jednak pamiętać, że ciągle obowiązuje Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6.11.2008 roku oraz ostatnio zmienione Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Oba te akty prawne podkreślają wagę przestrzegania praw pacjentów przebywających w polskich szpitalach, zwłaszcza w zakresie kontaktów z bliskimi i udzielania informacji na temat stanu zdrowia osobom do tego upoważnionym.

Wobec powyższego nie ma obecnie formalnego przyzwolenia na nieprzestrzeganie praw pacjenta w szpitalach w Polsce w ogóle, a tym bardziej w szpitalach posiadających Certyfikat Akredytacyjny Ministerstwa Zdrowia. W związku z tym w szpitalach przygotowujących się do przeglądu akredytacyjnego, a tym bardziej akredytowanych, istotnym elementem oceny akredytacyjnej pozostaje dział standardów Prawa Pacjenta zawierający aż dwadzieścia standardów, z których najbardziej kluczowe w tej chwili dotyczą kwestii informowania o przysługujących prawach, znajomości praw pacjenta przez pracowników szpitala, udzielania pacjentowi i jego rodzinie zrozumiałych informacji o stanie zdrowia, prawa wglądu do dokumentacji medycznej, możliwości komunikacji ze światem zewnętrznym czy sprawowania opieki z zachowaniem zasad prywatności. Najtrudniejszymi w tej chwili standardami z tej grupy do realizacji są: PP9 - Szpital wdrożył i określił zasady pobytu pacjentów w stanach terminalnych; PP10 - Krewni lub osoby wskazane przez pacjenta mogą uczestniczyć w procesie opieki oraz PP14 - Pacjenci mają zapewnioną możliwość odwiedzin. Oczywiście pozostałe grupy standardów nadal obowiązują w szpitalach akredytowanych i starających się o Akredytację Ministra Zdrowia. Nic nie zwalnia tych szpitali z obowiązku ich przestrzegania. Nadal więc obowiązuje monitorowanie własnej działalności klinicznej, analizowanie, wyciąganie wniosków i wprowadzanie ciągłej poprawy w funkcjonowaniu

szpitala. Droga do doskonałości ma początek, ale nigdy nie ma końca, a pójście na skróty nie wchodzi w rachubę.





## AUDIT ZDALNY SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ – NOWY STANDARD OCENY

**Marta Rombalska**

**Pełnomocnik ds. Jakości**  
**Kierownik Działu Reklamacji i Kontroli Jakości**  
**Inspektor Ochrony Danych Osobowych POLMED S.A.**  
**[m.rombalska@polmed.pl](mailto:m.rombalska@polmed.pl)**

# **POLMED<sup>®</sup>**

Celem prezentacji jest wskazanie możliwości dostosowania się do obecnie panujących warunków pandemicznych, które wymusiły konieczność odstępiania od znanych do tej pory metod przeprowadzania auditów systemów zarządzania jakością.

O ile pojęcie auditu pochodzi z języka łacińskiego (*auditio*) i w prostym tłumaczeniu oznacza słuchanie, dowiadywanie się i określało rewizję dokumentacji księgowej, to dopiero w latach sześćdziesiątych XX wieku słowo to włączono do sfery zarządzania jakością. Już wówczas definiowano jego cel jako ustalenie skuteczności przyjętych założeń i działań pozwalających na osiągnięcie celów (PN-ISO 8402). Jako określenie stopnia realizacji wymagań dotyczących systemu zarządzania jakością wraz z oceną potrzeby doskonalenia, audit ujęto w zapisach normy PN-EN ISO 9000:2000. Obowiązująca dzisiaj norma PN-EN ISO 9001:2015-10 wprowadziła definicję auditu najwyższego kierownictwa, co pozwala wymownie znaleźć różnicę w rodzajach i formach dokonywanego nadzoru.

Relacje występujące pomiędzy auditorem a jednostką auditowaną dzielą je na trzy rodzaje. Audit pierwszej strony (zamiennie nazywany auditem wewnętrznym), którego inicjatorem jest kierownictwo danej firmy, skupia się na weryfikacji stopnia przestrzegania założonych ustaleń. Poddawane pod ocenę dokumenty systemowe, mają wykazać funkcjonowanie jakości w przedsiębiorstwie. Audit drugiej strony (określany auditem zewnętrznym) wskazuje sytuację, w której podejmuje się oceny działań swoich podwykonawców, aby mieć pewność, że współpraca z nimi pozwala danej organizacji

dążyć do określonych, nierzadko wspólnych założeń. Charakter auditu zewnętrznego ma z pewnością, ostatni rodzaj auditu, zwany auditem trzeciej strony, który przeprowadzany przez jednostkę niezależną na wniosek firmy realizującej założenia przyjętego systemu zarządzania jakością. Chęć podniesienia renomy i umocnienia pozycji rynkowej to tylko niektóre z jego założeń. Docelowym zakończeniem tej formy auditu jest udokumentowany certyfikat, którego opublikowanie pozwoli partnerom danego przedsiębiorstwa nabrać pewności, że współpracują z firmą, spełniającą wymagania międzynarodowej normy.

Należy dodać, że audit systemu jakości, obok auditów procesu, wyrobu i usługi stanowi jeden z czterech rodzajów auditów rozróżnianych ze względu na jego przedmiot.

Tematem prezentacji nie jest jednak skupienie się na teoretycznym ujęciu auditów jako takich, a przedstawienie metodyki i jego funkcjonowania w dobie ogólnoswiatowych zmian, które wymusiła pandemia wywołana wirusem SARS-CoV-2 w 2020 roku.

Twórcy pojęcia i założeń działań nadzorczych przyjęli możliwość ich zrealizowania w oparciu o rozróżnienie przedmiotu auditu, jego inicjatywy i charakteru. Do tej pory niezmienną dla wszystkich rodzajów auditów była forma ich przeprowadzenia. Stacjonarna wymiana dokumentów przyjętych w przedsiębiorstwie, a także spotkania otwierające i zamykające audit stanowiły do tej pory główne zasady działań auditorskich. Chęć przedstawienia definicji auditu zdalnego, jego możliwości i form przeprowadzenia, a także przybliżenie jego mocnych i słabych stron stanowić będą główny zakres wystąpienia.

**TELEMEDYCYNĄ W CZASACH COVID-19  
DOŚWIADCZENIA PORADNI SPECJALISTYCZNYCH ŚLĄSKIEGO CENTRUM CHORÓB  
SERCA W ZABRZU**

**Dr Marek Świerad**

**Kierownik Poradni Kardiologicznej  
Śląskie Centrum Chorób Serca  
[m.swierad@sccs.pl](mailto:m.swierad@sccs.pl)**



Epidemia wirusa SARS-Cov-2 spowodowała konieczność szybkiej adaptacji i modyfikacji polskiego systemu opieki zdrowotnej. U podstawy leczenia od czasów Hipokratesa stoi osobista relacja pacjent - lekarz oraz możliwość swobodnej rozmowy i badania. W sytuacjach szczególnych należy wdrażać nowe formy kontaktu i opieki nad chorymi.

Jeszcze przed wybuchem epidemii na świecie rozwijano różne formy alternatywnego kontaktu lekarza z chorymi. Pierwszą taką usługą zorganizowaną dla potrzeb instytucjonalnych była stworzona w roku 2000 sieć dla NATO celem udzielania pomocy żołnierzom Paktu działającym w różnych zakątkach świata. W kolejnych latach klęski żywiołowe w USA (huragany Harvey i Irma) spowodowały spontaniczne powstawanie różnych form teleporad, a po epidemii SARS w 2003 roku w Chinach wprowadzono systemy umożliwiające w sposób rutynowy alternatywny kontakt chorego z lekarzem. Systemy takie działają również w miejscach, gdzie odległości pomiędzy chorym a lekarzem są bardzo duże - na przykład w Australii.

Od momentu rozpoczęcia epidemii polskie władze podjęły szereg działań, które mają za zadanie ograniczenie jej rozmiaru, przede wszystkim przez zmniejszenie ryzyka zakażeń w większych zbiorowiskach. Niezwykle pomocną w tej materii stała się decyzja

Ministra Zdrowia z 13.03.2020 roku pozwalająca płatnikowi na refundację porad telefonicznych. Promowane przez Ministerstwo Zdrowia platformy [www.gabinet.gov.pl](http://www.gabinet.gov.pl), [www.pacjent.gov.pl](http://www.pacjent.gov.pl) i związane z nimi możliwości wystawiania e-recept, e-zwolnień, czy e-skierowań, w krótkim czasie znalazły powszechne zastosowanie.

W Śląskim Centrum Chorób Serca (SCCS) od lat testowane i rozwijane były różne formy telemedycyny, ale to rok 2020 wydaje się być kluczowym w przełamaniu stereotypów i weryfikacji stawianych wcześniej pytań w ramach badań naukowych. W poradniach specjalistycznych SCCS w roku 2020 łącznie przyjęto prawie 72 tysiące chorych, z czego teleporady stanowiły 35 tysięcy. W początkowym etapie "lock down`u", zwłaszcza fazy przygotowawczej/pomieszczeń/procedur teleporady były proponowane bardziej powszechnie niż w kolejnych tygodniach, kiedy to wyłoniono pacjentów wysokiego ryzyka, których z zachowaniem zasad epidemiologicznych zapraszano na wizyty osobiste. Pomimo trwającej pandemii dla najpoważniej chorych, dzięki nowej organizacji pracy, zawsze znalazły się możliwości bezpiecznej diagnostyki i leczenia.



## WHISTLEBLOWING W ORGANIZACJACH OPIEKI ZDROWOTNEJ

Prof. dr hab. Małgorzata Z. Wiśniewska

**Kierownik Zakładu Zarządzania Jakością i Środowiskiem**  
**Katedra Ekonomiki Przedsiębiorstw**  
**Uniwersytet Gdański**  
**[malgorzata.wisniewska@ug.edu.pl](mailto:malgorzata.wisniewska@ug.edu.pl)**



Raportowanie zdarzeń niepożądanych jest potężnym narzędziem informacyjnym i ostrzegawczym. Kluczowe znaczenie ma to, w jaki sposób zarządza się tymi zdarzeniami oraz jak owo zarządzanie przekłada się na efektywność dalszych działań służących zapewnieniu bezpieczeństwu pacjenta. Stąd wyjaśnienia i upowszechnienia wymaga zjawisko o nazwie *whistleblowing* określane mianem systemu informowania o nieprawidłowościach. Jest ono elementem tzw. „kultury głosu” (ang. *culture of voice*), stanowiącej przeciwieństwo do „kultury ciszy” (ang. *culture of silence*), czyli nieetycznej obojętności wobec działań szkodliwych i niebezpiecznych dla innych. Według Transparency International *whistleblowing* odnosi się do ujawniania lub informowania o nadużyciach, które dotyczą korupcji, działań przestępczych, niedopełniania obowiązków, decyzji podjętych bezprawnie, sytuacji zagrożenia zdrowia i bezpieczeństwa publicznego oraz środowiska naturalnego, nadużycia władzy, bezprawnego wykorzystania środków lub majątku publicznego, rażących zaniedbań w zarządzaniu, konfliktu interesów oraz wszystkich działań mających na celu ukrycie tych nieprawidłowości. Sygnalistą może być każdy pracownik sektora publicznego lub prywatnego albo też inna osoba, która dysponuje informacją na temat nadużycia i jednocześnie ponosi ryzyko działań odwetowych ze strony podejrzanego. *Whistleblowing* w opiece zdrowotnej jest zagadnieniem już stosunkowo dobrze opisanym w literaturze zagranicznej. Potwierdza

się liczne i znaczące korzyści z wewnętrznego informowania o nieprawidłowościach, tak dla pacjenta i jego rodziny, jak dla samej organizacji. Mają one znaczenie także dla całego systemu opieki zdrowotnej.

Celem wystąpienia jest zaprezentowanie wyników badań własnych dotyczących rozwoju zainteresowania tym zjawiskiem w opiece zdrowotnej w świecie i w Polsce, w latach 2000-2020, na bazie systematycznego przeglądu literatury przedmiotu, a także potwierdzenie luki badawczej w tym zakresie. Z badań własnych wynika, że w Polsce i w krajach Europy Środkowej, tak wśród praktyków, jak i badaczy, *whistleblowing* w organizacjach opieki zdrowotnej jest zupełnie nieznan. Ponadto, wyniki badań pozwalają rozpoznać, jakie główne czynniki decydują o wprowadzeniu tego zjawiska do organizacji opieki zdrowotnej. Podzielono je na trzy grupy: I – czynniki zewnętrzne (np. regulacje, promocja, oficjalne wytyczne, przewodniki, sytuacja polityczna, edukacja studentów kierunków medycznych), II – czynniki wewnętrzne (np. zaangażowane przywództwo, wspierająca kultura organizacyjna, na czele z kulturą bezpieczeństwa pacjenta i *just culture*, wsparcie informatorów, otwarta komunikacja, edukacja i szkolenia), III – czynniki personalne/indywidualne (np. odwaga, moralność, otwartość, chęć niesienia pomocy, profesjonalizm).

W wystąpieniu zwrócono uwagę na fakt, iż do 17 grudnia 2021 roku wszystkie kraje członkowskie Unii Europejskiej, w tym Polska, zostały zobowiązane do implementacji dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/1937 z dnia 23 października 2019 roku w sprawie ochrony osób zgłaszających przypadki naruszenia prawa Unii (tzw. dyrektywa o ochronie sygnalistów). Przepis ten wymaga od państw UE wdrożenia systemowej ochrony sygnalistów, czyli osób informujących o nadużyciach. Do 17 grudnia 2023 roku wymogami dyrektywy zostaną objęte zarówno organizacje publiczne, jak i prywatne liczące powyżej 50 pracowników, a już do 17 grudnia 2021 roku unijne prawo obejmie organizacje powyżej 250 pracowników. Dyrektywa nakłada na wspomniane organizacje szereg obowiązków, do których przestrzegania będą obowiązane pod groźbą sankcji. Regulacja ma także zastosowanie wobec podmiotów leczniczych.