

## **ZAPEWNIENIE JAKOŚCI W BLOKU OPERACYJNYM POPRZEZ WDRAŻANIE PROCEDUR I STANDARDÓW**

*Maria Ciuruś, Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

Jakość w bloku operacyjnym to zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego, minimalizowanie ryzyka powikłań infekcyjnych oraz błędów w sztuce medycznej.

Placówki medyczne, które starają się o uzyskanie certyfikatu jakości są zobowiązane do opracowania oraz wdrożenia procedur i standardów postępowania medycznego. Jest to podstawa w działaniach mających na celu poprawę jakości usług medycznych i poprawę bezpieczeństwa pacjenta oraz personelu medycznego w placówce medycznej.

W niektórych szpitalach opracowane procedury bezpośrednio po ich opracowaniu i wdrożeniu są traktowane przez personel, jako coś utrudniającego życie, niektórzy pracownicy pytają: po co tworzyć „papiery, skoro my od lat pracujemy najlepiej jak potrafimy” lub „my i tak wszystko wiemy”. Czasem wiedza, którą posiadamy nie jest weryfikowana, aktualizowana i może się zdarzyć, że wykonywane czynności przy pacjencie są wykonywane na podstawie własnego doświadczenia a niezgodnie z aktualnymi zaleceniami. Czasem te działania nieświadomie doprowadzają do powstania i rozprzestrzeniania się zakażeń lub popełnienia błędu w sztuce medycznej np.

- ✓ oparzenia pacjenta prądem elektrycznym (poprzez diatermię chirurgiczną),
- ✓ oparzenia chemicznego (poprzez ściekający między fałdy skórne lub pod pacjenta preparat dezynfekcyjny do dezynfekcji skóry),
- ✓ zapalenia się obłożenia operacyjnego (w przypadku nałożenia serwet operacyjnych na wilgotną skórę pola operacyjnego),
- ✓ pomylenia operowanych pacjentów (lub narządów u tego samego pacjenta),
- ✓ porażenia nerwu, złamanie kończyny lub jej zwicnięcie w przypadku niewłaściwego ułożenia pacjenta na stole operacyjnym,
- ✓ nadmiernego napromieniowania ciała pacjenta w czasie trwania operacji z użyciem aparatu rtg (przy wielokrotnych lub długotrwałych ekspozycjach).

Opracowanie procedur kosztuje niewiele Koszty uchybień popełnianych przez personel medyczny są bardzo wysokie np.: 1.100.000 zł. – zadośćuczynienie za oparzenie operowanej pacjentki prądem elektrycznym, 800.000 - odszkodowanie dla rodziny za zgon pacjentki z

tytułu błędu medycznego, 500.000zł – odszkodowanie za zakażenie, do którego doszło w czasie operacji.

Posiadanie opracowanych procedur w placówce medycznej jest szczególnie doceniane, kiedy w szpitalu coś się dzieje, np. dojdzie do powstania tragicznego w skutkach błędu w sztuce medycznej, ogniska epidemicznego lub pacjent stara się o zadośćuczynienie za zakażenie w sądzie i szpital (inna placówka medyczna) musi się tłumaczyć z tego czy i dlaczego doszło do powstania zakażenia. W ostatnich czasach tematem zakażeń i błędów są bardzo zainteresowane media, które zamieszczają takie tytuły w swoich publikacjach: „Szpital uśmiercił 5 pacjentów”, „Szpital zakażył 50 pacjentów WZW-C”, „Brud w szpitalu był przyczyną śmierci 8 pacjentów”, „Personel szpitala nie potrafi myć rąk”, „W szpitalu zabijają zamiast leczyć” Po nagłośnieniu w mediach przypadków zakażeń, zwykle wiele osób jest zainteresowanych tym, czy w szpitalu (innej placówce medycznej) są opracowane standardy i procedury, czy są one przestrzegane przez personel medyczny. Tymi zainteresowanymi są: dziennikarze (w wywiadach z przedstawicielami placówek medycznych zadają pytanie, czy personel pracował zgodnie z procedurami?), pracownicy stacji sanitarno-epidemiologicznych, rodziny zakażonych, sami poszkodowani, przedstawiciele firm ubezpieczeniowych. Jeżeli w pozwanej do sądu placówce medycznej nie ma opracowanych i wdrożonych żadnych procedur medycznych, w tym higienicznych, szpitalowi, jako instytucji czy pojedynczym pracownikom medycznym jest bardzo trudno obronić brak winy i dobre intencje w czasie świadczenia usług medycznych. Z biegiem czasu, między innymi po takich wydarzeniach pracownicy zaczynają doceniać zalety procedur. Często sami domagają się opracowania procedur przez zwierzchników lub sami opracowują procedury konieczne do zapewnienia wysokiej jakości świadczonych usług w danej dziedzinie medycznej.

Pracownicy, którzy są odpowiedzialni za opracowanie procedur w poszczególnych placówkach medycznych są obciążeni wielką odpowiedzialnością za to, co stworzą dla własnej placówki. Zdaję sobie sprawę, że nie ma ujednoczonych oficjalnych stanowisk na temat wykonywania pewnych procedur. W wielu środowiskach odbywają się burzliwe dyskusje na temat czy takie czy inne postępowanie jest właściwe.

Są wśród nas pracownicy bojący się wprowadzania do swojej pracy zmian, bezpośrednio po wprowadzeniu jakichkolwiek procedur pytają: „Czy to jest zgodne z prawem?” „Proszę podać akty prawne” itd.

Nie wszystkie czynności medyczne wykonywane przy człowieku – żywym organizmie można ująć w normy, wystandaryzować, opisać w postaci ustawy czy rozporządzenia ministra zdrowia choćby z tej przyczyny, że człowiek nie jest przedmiotem. Każdy pacjent i każdy

pracownik medyczny nie jest taki sam. Różnimy się między sobą. Każdą osobę należy traktować indywidualnie. Również różne jest otoczenie, w którym leczony jest pacjent a my mamy różne, czasem nie porównywalne warunki do świadczenia usług medycznych i higienicznych.

Każdemu pacjentowi należy świadczyć usługi medyczne i higieniczne w taki sposób, aby minimalizować ryzyko powikłań, czyli zgodnie z pewnymi zasadami. Mało prawdopodobne jest, aby pracownicy medyczni doczekali się uszczegółowionych aktów prawnych – gdyby do tego miało dojść to po jakimś czasie czulibyśmy się jak niewolnicy, którzy muszą świadczyć usługi, a które to zdezaktualizowały się, ponieważ sejm nie zdążył uchwalić aktualnych aktów prawnych.

Zdajemy sobie sprawę, że nie wszystkie usługi są świadczone przez nas z jednakową starannością. Czasem sami w roli pacjentów doświadczamy wielu przykrych dla nas powikłań związanych z pobytem w placówce medycznej. Czasem zadajemy sobie pytanie:, „Dlaczego mnie tak potraktowano, dlaczego właśnie u mnie wystąpiły powikłania?”. Cisną się na usta w takiej sytuacji kolejne pytania: „Czy zgodne z prawem jest świadome narażenie pacjentów na powikłania?”, „Proszę podać akty prawne, które nakazują pani/panu łamać ogólnie przyjęte zasady?”

Zawsze należy kierować się zdrowym rozsądkiem a przede wszystkim myśleć zanim zaczniemy świadczyć poszczególne usługi.

### **Kto powinien opracowywać procedury i czy procedury mogą stać się ważnym „drogowskazem” chroniącym nas przed odpowiedzialnością prawną?**

Nie opracowanie żadnych procedur dla placówki medycznej jest poważnym uchybieniem, a opracowanie nieodpowiednich procedur jest jeszcze gorszym uchybieniem. Procedury szczegółowe dla każdej placówki medycznej powinni opracowywać pracownicy, którzy:

- mają autorytet (są profesjonalistami, posiadają duże doświadczenie zawodowe poparte wiedzą),
- systematycznie aktualizują swoją wiedzę poprzez uczestnictwo w zjazdach i konferencjach naukowych,
- podnoszą swoje kwalifikacje zawodowe na kursach doskonalących kwalifikacyjnych, specjalizacyjnych itp.
- śledzą aktualności wydawnicze (krajowe i zagraniczne),

- bywają w wielu innych placówkach medycznych niż własna (co znacznie rozszerza horyzonty myślowe, pobudza wyobraźnię, czasem uczy pokory, pozwala na podejście do pewnych zasad z pewnym dystansem; z doświadczeń każdej „obcej” placówki można wynieść coś pozytywnego, co można zastosować w swojej placówce),
- potrafią oddzielić to, co pozytywne od tego, co jest nie do końca przemyślane i poparte zdrowym rozsądkiem i logiką.

Procedury szczegółowe powinny być opracowane na podstawie:

- aktualnej (najnowszej) literatury naukowej,
- wiedzy medycznej opartej na dowodach (EBM – evidence based medicine),
- rekomendacji stowarzyszeń naukowych skupiających autorytety w danej dziedzinie,
- dostępnych aktualnych aktów prawnych i norm PN-EN,
- opracowań pochodzących od różnych autorów (celem potwierdzenia prawdopodobieństwa wiarygodności danego stanowiska – opieranie się wyłącznie na jednym źródle informacji może być obarczone dużym ryzykiem błędu).

Każda procedura powinna być:

- autoryzowana (podpisana przez autora, co daje możliwość zidentyfikowania osoby odpowiedzialnej za „jakość merytoryczną” procedury),
- wskazane jest umieszczenie na końcu procedury wykazu źródeł, z których korzystał autor w czasie opracowywania procedury dla swojej placówki medycznej – pozwoli to na uwiarygodnienie zaleceń autora procedury i umożliwi ew. rozłożenie potencjalnej „winy” za ew. niedociągnięcia,
- zaakceptowana przez kierownika danej placówki medycznej (ponieważ kierownik odpowiada za stan sanitarny zarządzanej placówki, dysponuje środkami finansowymi, ma możliwość wspierania działań zmierzających do poprawy stanu higienicznego placówki i może egzekwować od pracowników przestrzeganie zasad – opracowanych procedur),
- datowana (pozwoli to na ocenę aktualności procedury),
- opracowana na podstawie realnych warunków danej placówki nie naruszając ogólnie przyjętych zasad higieny (czasem zanim zostanie opracowana i wprowadzona dana procedura niezbędne jest wyposażenie placówki medycznej w odpowiedni sprzęt, urządzenia czy środki),
- monitorowana po opracowaniu i wdrożeniu (aby uniknąć sytuacji, że procedura jest nie zrozumiała dla pracowników lub niemożliwa do realizacji ze względu na warunki pracy),

**X OGÓLNOPOLSKIE SYMPOZJUM  
„ BLOK OPERACYJNY - ORGANIZACJA I FUNKCJONOWANIE”  
WARSZAWA, 4 - 5 CZERWCA 2009 R**

- wprowadzona „do życia” placówki medycznej po przeprowadzeniu szkolenia pracowników,
- aktualizowana (nie aktualizowanie treści merytorycznych naraża pracowników na wykonywanie procedur niezgodnie z aktualnymi krajowymi czy międzynarodowymi zaleceniami).