

MARTA DĄBROWSKA-BENDER, MONIKA STEĆ

**Bezpieczeństwo pacjenta
jako część systemu jakości
opieki zdrowotnej
na przykładzie Polski i Szwecji****Patient safety
as part of a health care
quality system
on Polish and Swedish example****Streszczenie**

Niniejsza praca stanowi próbę ukazania aspektu bezpieczeństwa pacjenta w polskim i szwedzkim systemie opieki zdrowotnej, poszanowania jego praw oraz zapewnienie mu usług medycznych na najwyższym poziomie poprzez m.in.: swobodny dostęp do opieki zdrowotnej, godne warunki pobytu podczas leczenia, należyta informację oraz odpowiedzialność ze strony wysoko wykwalifikowanego personelu medycznego.

Bezpieczeństwo pacjenta obejmuje działania o szerokim zakresie i jest jednym z priorytetów w odniesieniu do jakości opieki zdrowotnej. Do działań wpływających bezpośrednio na nie należą m.in. regulacje prawne, sytuacja finansowa, standardy jakości kadry medycznej, infrastruktury, wyposażenia oraz technologii medycznej. Dotyczy to zarówno opieki szpitalnej, przychodni, domu opieki, hospicjum, jak też innych miejsc, w których jest udzielana pomoc medyczna.

Szwedzki system opieki zdrowotnej uznany jest za jeden z najlepiej funkcjonujących wśród krajów wysoko rozwiniętych. Jego działalność i struktura organizacyjna może zatem stanowić wzorzec zmian usprawniających Polski system opieki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: jakość i bezpieczeństwo w ochronie zdrowia, system opieki zdrowotnej, opieka zdrowotna.

Summary

The present study is an attempt to show the aspect of patients safety in Polish and Swedish healthcare system, the respect for their rights and providing them with medical services on the highest level through, inter alia, free access to healthcare, decent conditions of stay in treatment, adequate information and responsibility on the part of highly qualified medical staff. Patient safety covers a wide range of actions and is one of the priorities for quality healthcare. The direct impact on patient safety is exerted by regulations, financial situation, quality standards of health professionals, infrastructure, equipment and medical technologies. This applies both to hospital, health center, care home, hospice care or other places where medical assistance is provided. Swedish healthcare system is one of the best performing systems among highly developed countries. Its activity and organizational structure might be pattern for changes to improve the Polish healthcare system.

Key words: quality and safety in health care, health care system, health care.

WPROWADZENIE

Obok dostępności usług, problem jakości oraz bezpieczeństwa świadczonych usług staje się najbardziej podstawowym dla funkcjonowania współczesnej opieki zdrowotnej, a w szczególności dla jej głównych świadczeniodawców, czyli zakładów opieki zdrowotnej (ZOZ). Kluczową rolę odgrywa w tym przypadku pacjent. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) pacjentem jest każda osoba korzystająca z usług medycznych niezależnie od tego, czy jest zdrowa, czy chora.

Początkowo miernikiem jakości w placówkach medycznych był stan pomieszczeń, wyposażenia, aparatury oraz satysfakcji pacjentów. Obecnie twarde wymagania rynkowe, większa świadomość pacjentów na temat własnych praw oraz ciągły postęp w medycynie wymusza na świadczeniodawcy udzielania kompleksowych usług na najwyższym poziomie. Przyczynia się to do tego, iż coraz więcej jednostek ochrony zdrowia przystępuje do wdrażania zarządzania poprzez jakość, widząc w nim szansę na wzrost swojej konkurencyjności i wiarygodności. Jakość służy im jako narzędzie do hierarchizacji zakładów opieki zdrowotnej poprzez m.in. licencjonowanie, certyfikację, procesy akredytacji oraz opinie pacjentów. Jest ona szczególnie ważna, ponieważ przejawia się zadowoleniem i satysfakcją klienta, a ponadto ma istotny wpływ na zdrowie i życie człowieka.

JAKOŚĆ W PRAWIE I STANDARDACH

Do głównych przyczyn wzrostu znaczenia jakości przyczyniło się dostrzeżenie zależności pomiędzy stanem organizacji a jakością [1]. Dowiedziono możliwości poprawy efektywności gospodarowania i obniżenia kosztów działalności, bez negatywnych skutków dla pacjenta. W wyniku poprawy jakości można wyeliminować marnotrawstwo, unikać błędów czy podwójnego wykonywania tych samych działań.

W Europie zainteresowanie jakością w ochronie zdrowia wzrosło pod koniec lat 80. W Polsce inicjatywą podjęcia prac nad jakością była zmiana sposobu finansowania opieki zdrowotnej na kontraktowy. Obecnie zapewnienie właściwego poziomu usługi przy określonych zasobach finansowych jest zasadniczym wyzwaniem, stojącym przed jednostkami ochrony zdrowia, w obliczu coraz bardziej konkurencyjnego rynku usług zdrowotnych. Dodatkowo jakość kształtowana jest przez takie organy i osoby, jak: nadzór fachowy, eksperci (wizytatorzy, audytorzy), organizacje ochrony praw pacjenta, izby lekarskie i pielęgniarskie oraz samorządy zawodowe [2].

Jakość usług medycznych jest nierozdzielnie związana ze standardami medycznymi. Wykaz polskich aktów prawnych regulujących podstawowe zagadnienia związane z jakością otwiera ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej [3]. Wg niej, ZOZ jest zobowiązany do m.in.: prowadzenia dokumentacji medycznej; stosowania wyrobów medycznych odpowiadających wymaganiom prawnym; świadczenia usług zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, spełnianie wymagań fachowych i sanitarnych dot. pomieszczeń i urządzeń w ZOZ. Specjalnym organem powołanym dla sprawowania funkcji nadzoru nad warunkami higieniczno-sanitarnymi sprzętu i pomieszczeń jest Państwowa Inspekcja Sanitarna. Skutkiem zaniedbań w tej dziedzinie są zbyt częste i niebezpieczne zakażenia

szpitalne. Szacuje się, że w krajach rozwiniętych u ok. 5-10% pacjentów, przyjmowanych do szpitala bez cech infekcji, w trakcie pobytu dochodzi do rozwoju zakażeń. W krajach rozwijających się odsetek jest znacznie wyższy i może przekraczać 25%. W Polsce głównym przepisem regulującym kwestie zakażeń szpitalnych jest ustawa z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach [4]. Natomiast ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne [5] określa szczegółowe warunki jakie powinien spełniać produkt leczniczy zanim uzyska miano efektywnego. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [6], określa warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej, zasady oraz tryb ich finansowania. Reguluje zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń dla obywateli, oraz informuje o zasadach sprawowania nadzoru i kontroli nad finansowaniem i realizacją świadczeń.

ZARZĄDZANIE JAKOŚCIĄ W ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ

Zarządzanie jakością to „działanie z zakresu zarządzania, które decyduje o polityce jakości, celach i odpowiedzialności, a także ich realizacji w ramach systemu jakości za pomocą takich środków, jak planowanie jakości, sterowanie jakością, zapewnienie jakości i doskonalenie jakości” (definicja wg normy ISO 8402). Zarządzanie jakością charakteryzuje się: orientacją na klienta, systemowym i zorganizowanym działaniem w dziedzinie jakości, oddziaływaniem na jakość we wszystkich fazach świadczenia usługi, zaangażowaniem wszystkich pracowników łącznie z kierownictwem w sprawy jakości, stworzeniem kultury i filozofii projakościowej oraz dokumentowaniem działań związanych z jakością. Podejście systemowe powinno rozumieć się jako całość postępowania z pacjentem od momentu wejścia do zakładu do momentu jego opuszczenia (Ministerstwo Zdrowia 2006, www.mz.gov.pl). Właściwe wykorzystanie podejścia całościowego pozwala osiągnąć poprawę wyników, wzrost efektywności i lepszą jakość świadczonych usług.

Aby zwiększyć konkurencyjność i poziom jakości, warto postarać się o certyfikat. Jest to pisemne poświadczenie zgodności z określonymi wymogami, dokonane przez upoważnione do tego instytucje w wyniku badań, potwierdzający na określony okres zgodność zarówno procedur jak i rezultatów z kryteriami jakości i uznanymi normami i standardami. Jednym z rodzajów certyfikacji jest akredytacja. Akredytacja jest działaniem na rzecz bezpieczeństwa pacjenta, gdyż przyczynia się do redukcji ryzyka i niebezpieczeństwa wystąpienia zdarzeń niepożądanych. Uznaje ona placówkę za zapewniającą świadczenia na wysokim poziomie.

Największą jednostką certyfikacyjną na świecie udzielającą akredytacji jednostkom ochrony jest Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO).

W Polsce rolę tę pełni Centrum Monitorowania Jakości z siedzibą w Krakowie. Proces akredytacji jednostek ochrony zdrowia opiera się na ocenie około 200 standardów pogrupowanych w kilkanaście obszarów, do których zaliczają się m.in.: zarządzanie ogólne, zarządzanie zasobami ludzkimi, zarządzanie informacją, kontrola zakażeń szpitalnych, pacjent, anestezjologia, leki, odżywianie, poprawa

jakości, zarządzanie środowiskiem opieki, izba przyjęć, laboratorium. Składa się on z trzech faz: przygotowawczej, wizyty i decyzji akredytacyjnej [7].

Mówiąc o narzędziach zarządzania, nie możemy zapomnieć o normach ISO, których zadaniem jest promowanie i tworzenie międzynarodowych standardów w różnych dziedzinach działalności naukowej, technicznej i ekonomicznej. Według stanu na koniec 2007 r. w ofercie ISO znalazło się około 16500 standardów.

Istotnym miernikiem w ocenie wewnętrznej jakości otrzymywanych świadczeń w Polsce są badania opinii pacjentów [8]. Pozwalają one ocenić, co sądzą świadczeniobiorcy o oferowanych im usługach, a także określić dysfunkcje i niedomagania w analizowanych obszarach funkcjonowania ZOZ. Narzędziem takiego pomiaru jest ankieta, jasna i zrozumiała dla określonych grupy respondentów. Należy jednak pamiętać, iż rzeczywiste, subiektywne odczucia i zachowania człowieka - jak lęk, nadzieja, stres - utrudniają obiektywną ocenę sytuacji.

WSKAŹNIKI JAKOŚCI

Każdy szpital ma obowiązek zapewnić pacjentom bezpieczeństwo oraz właściwy poziom usług na każdym etapie hospitalizacji, czyli podczas diagnozowania, pielęgnowania, leczenia oraz rehabilitacji. Aby upewnić się, że dana placówka spełnia oczekiwania pacjenta, opracowano wskaźniki pomiaru, dzięki którym jesteśmy w stanie monitorować jakość usług w zakładach opieki zdrowotnej w celu zarządzania. Przykładowe wskaźniki to:

Dodatkowe kryteria pomiaru jakości to m.in: czas prze-

TABELA 1. Wskaźniki jakości opieki w szpitalu.

Czynnik warunkujący jakość	Wskaźnik
Dostępność – łatwość z jaką pacjent może otrzymać we właściwym czasie niezbędną usługę	Czas oczekiwania pacjenta z urazem na interwencję chirurgiczną
Odpowiedniość – świadczenie opieki zgodnie z bieżącym stanem sztuki medycznej	Cięcia cesarskie z powodu braku postępu porodu
Ciągłość – skoordynowane działanie poszczególnych lekarzy i oddziałów	Procent pacjentów z kompletną dokumentacją chorobową
Skuteczność – osiągnięcie pożądanego wyniku	Wydłużenie czasu przeżycia pacjentów z nowotworem
Wydajność – osiągnięcie maksimum pożądanego efektu, przy minimum wysiłku i kosztów	Pacjentki po porodzie siłami natury przebywające na oddziale ponad 4 dni
Satysfakcja – poziom zadowolenia ze sprawowanej opieki w stosunku do oczekiwań	Procent pacjentów, którzy poleciliby szpital krewnym lub znajomym

Źródło: Dykowska G., Opolski J., Możdżonek M.: Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych, CeDeWu, Warszawa, 2003 r., str. 34

bywania pacjenta w szpitalu, udział bezzasadnych kwalifikacji pacjenta na pobyt stały w szpitalu, czas na przyjęcia w izbie przyjęć do kontaktu z lekarzem dyżurnym, koszty magazynowania leków, liczba zakażeń szpitalnych, czas oczekiwania na poradę w ambulatorium, liczba skarg pacjentów [2].

PRAWA PACJENTA I INSTYTUCJE JEGO OCHRONY

Prawa pacjenta odnoszą się do ludzi, do pewnego stopnia ubezwłasnowolnionych przez swoją chorobę, którzy muszą skorzystać z usługi zdrowotnej, jednocześnie przy ograniczonej wiedzy medycznej a czasami – ze względu na chorobę – ograniczonej wolności decyzji [9]. W taką relację wpisana jest nierówność pozycji pacjenta i lekarza. Stąd zadaniem praw pacjenta jest nie tylko zapewnienie pacjentowi dostępu do świadczeń zdrowotnych (a więc zapewnienie przestrzegania praw człowieka), ale również wyposażenie go w narzędzia pozwalające mu kontrolowanie procesu leczenia i wpływania na niego. Prawa pacjenta w Polsce, jak i w Szwecji, gwarantowane są poprzez szereg dokumentów międzynarodowych oraz krajowych, ogłaszanych i przyjmowanych zarówno przez organizacje międzynarodowe, narodowe lub pozarządowe, w tym stowarzyszenia zawodowe świadczeniodawców opieki zdrowotnej. Kluczowym dokumentem międzynarodowym, określającym prawa pacjenta, sposób ich wprowadzania w życie i przestrzegania, jest wydana w 1994 r. w Amsterdamie „Deklaracja o Promocji Praw Pacjenta” [10]. Prawa te rozwinęto szczegółowo w pięciu głównych grupach zagadnień: prawa informacji, prawa zgody, prawa poufności i prywatności, prawa odpowiedniej opieki zdrowotnej oraz prawa skargi. W Unii Europejskiej źródłem praw pacjenta jest Europejska Karta Praw Pacjenta [11]. Szczegółowe uprawnienia Polskich pacjentów określone są w następujących ustawach:

- Z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej [3];
- Z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego [12];
- Z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów [13];
- Z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodzie pielęgniarki i położnej [14];
- Z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty [15];
- Z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia [16].

Z Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. i wyżej wymienionych dokumentów o randze prawnej zostały wyciągnięte podstawowe regulacje prawne dotyczące pacjenta, a następnie ogłoszone 11 grudnia 1998 r. przez Ministra Zdrowia w formie Karty Praw Pacjenta [17]. Dokument ten nie jest odrębną ustawą, gdyż nie jest wiążącym aktem prawnym. Pacjent nie może na jej podstawie dochodzić swoich praw, ale może je egzekwować na podstawie opisanych w niej ustaw. Obowiązkiem świadczeniodawcy i zakładu opieki zdrowotnej jest udostępnienie jej w widocznym dla pacjenta miejscu.

Prawo do świadczeń mają osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, oraz inne osoby posiadające obywatelstwo RP, zamieszkałe na terytorium Polski i spełniające kryteria dochodowe, o których mowa w art. 8 ustawy o pomocy społecznej [18]. Osobom nieposiadającym obywatelstwa polskiego świadczenia zdrowotne udzielone są na podstawie odrębnych przepisów i umów międzynarodowych. W przypadkach zagrożenia życia za bezpieczeństwo obywateli odpowiada państwo. W sytuacji, bezpośredniego narażenia życia

względy finansowe, obywatelstwo lub brak ubezpieczenia nie mogą stanowić przeszkody do udzielenia świadczenia. Każdy pacjent, którego prawa zostaną naruszone może odwołać się do Rzecznika Praw Obywatelskich, Rzecznika Praw Pacjenta, Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej, czy też poszukiwać pomocy w społecznych organizacjach obrony praw pacjenta, a także korzystać ze wsparcia mediów. W ostatnim roku do Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej Izb Lekarskich trafiło ok. 3-4 tys. skarg, z czego zaledwie 12% z nich powoduje wniesienie przez rzecznika wniosku o ukaranie do sądu lekarskiego [19]. Reszta postępowań zostaje umarzana. Spośród głównych przyczyn skarg [9] wymienia się: trudności w dostępie do świadczeń medycznych oraz leków, odmowę dostępu do dokumentacji medycznej, konieczność ponoszenia dodatkowych kosztów usług wykonywanych na ostrym dyżurze, izbie przyjęć, oraz kosztów leków podczas pobytu w szpitalu, utrudnienia związane z wynagrodzeniem szkód powstałych w wyniku błędu medycznego, powikłania pooperacyjne oraz błędne diagnozy.

BŁĘDY MEDYCZNE ORAZ ODPOWIEDZIALNOŚĆ PRAWNA PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH

Często bywa tak, że pacjenci maksymalizują swoje oczekiwania w stosunku do opieki zdrowotnej, domagając się każdorazowego wyleczenia z choroby, nie biorąc pod uwagę, że powodzenie leczenia nie jest wyłącznie zależne od starań lekarza. Ta rozbieżność między oczekiwaniami a możliwościami ich spełnienia jest głównym źródłem konfliktów i skarg. Lekarz ma niejako wpisane w ryzyko zawodowe konieczność zmagania się z zarzutami pacjentów nawet, jeśli postępował zgodnie z prawem i własnym sumieniem. Każdy ma prawo wyrazić swoje niezadowolenie skargą bez względu na to, czy oskarżenia są uzasadnione czy nie. Za błąd według prawa uważa się: nieumyślne działanie osoby wykonującej zawód medyczny na szkodę pacjenta; postępowanie niezgodne z powszechnie uznanym stanem wiedzy medycznej; zaniedbanie lub zlekceważenie chorego; przekroczenie kompetencji zawodowych [20]. Lekarz lub inny pracownik medyczny wykonujący swój zawód niezgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, może zostać pociągnięty do odpowiedzialności cywilno-karnej, wynikającej z kodeksu pracy. Niezależnie od odpowiedzialności prawnej, osoby wykonujące zawody medyczne narażone są na odpowiedzialność zawodową.

Błędy postępowania medycznego można jedynie zredukować, gdyż nie sposób ich całkowicie wyeliminować: we wszystkich, nawet najlepiej zorganizowanych szpitalach i organizacjach opieki zdrowotnej na świecie dochodzi do zdarzeń niepożądanych; nawet najnowsze technologie nie eliminują możliwości popełnienia błędu. Sugerowano, że tylko w 2005 r. liczba zgonów spowodowanych niedopatrznościami personelu oraz fatalną jakością używanego sprzętu wynosiła ok. 35 tysięcy [21]. Takie zaniedbania w jednostkach opieki zdrowotnej wynikają nie tylko z „czynnika ludzkiego”, lecz także z braku środków finansowych, technik zarządzania, komunikacji oraz organizacji procesów.

SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ W SZWECJI

Szwedzki system służby zdrowia uznawany jest za jeden z najlepiej zorganizowanych systemów wśród krajów wysoko rozwiniętych. Niewątpliwym wpływ na tę ocenę mają korzystniejsze niż w innych krajach wskaźniki, tj.: niska umieralność niemowląt, długi czas trwania życia i mała zachorowalność na choroby o ciężkim przebiegu [22].

System ochrony zdrowia zorganizowany jest na trzech poziomach – narodowym, regionalnym i lokalnym [23]. Ochrona zdrowia jest jednym z ważniejszych składników systemu pomocy społecznej. Wszyscy obywatele mają prawo do usług medycznych w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Zadania władz centralnych, czyli rządu realizowane są poprzez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (*Socialstyrelsen*), oraz wyspecjalizowane agencje rządowe. Do zadań Ministerstwa należy głównie kreowanie polityki zdrowotnej oraz bieżące planowanie potrzeb służby zdrowia i opieki społecznej, zarówno w zakresie finansowym jak i organizacyjnym. Główny ciężar w zakresie organizacji opieki zdrowotnej spoczywa na samorządzie wojewódzkim. Powinna ona zapewniać bezpieczeństwo zdrowotne ludności i wysoką jakość usług przy optymalnym wykorzystaniu środków. Samorząd wojewódzki odpowiada za zapewnienie opieki zdrowotnej na obszarze swojego działania: podstawowej i specjalistycznej, szpitalnej, rehabilitacyjnej – a także, realizację programów zdrowia publicznego i medycyny środowiskowej [24]. Samorząd gminny ma za zadanie zapewnienie opieki długoterminowej, psychiatrycznej, nad osobami niepełnosprawnymi, i niektóre przejęte od województwa zadania z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej np. opieka zdrowotna nad młodzieżą szkolną, osobami starszymi, uchodźcami).

W Szwecji odnotowuje się korzystniejszy wskaźnik liczby zatrudnionych w przeliczeniu na jednego mieszkańca w sektorze zdrowia w odniesieniu do innych krajów europejskich. Według Rocznika Statystycznego GUS z 2008 r., w Szwecji na 10 tys. mieszkańców przypada ponad 30 lekarzy, w Polsce wskaźnik ten jest niższy.

Warto podkreślić, że w sektorze publicznym lekarze (stanowią blisko 90% lekarzy ogółem), należą do jednych z najlepiej wynagradzanych grup zawodowych. Faktem jest, że 29% wizyt lekarskich ma miejsce w gabinetach prywatnych. Szwedzka służba zdrowia finansowana jest przede wszystkim z podatków lokalnych i dotacji państwowych. Współfinansowanie pacjenta przejawia się w małym procencie i dotyczy przeważnie leczenia stomatologicznego po 19 roku życia.

Szwecja w ciągu ostatnich 20 lat zredukowała dużą liczbę łóżek szpitalnych, tak iż wskaźnik łóżek na 10 tys. mieszkańców w 2006 r. należał do najniższych w Europie [25]. Zmiany polegały na rozwijaniu różnych alternatywnych form opieki otwartej, korzystaniu z nowoczesnych technik medycznych, dzięki czemu możliwe było świadczenie usług tzw. jednego dnia lub zabiegów wykonywanych bez hospitalizacji. Tym samym uległ skróceniu przeciętny pobyt chorego w szpitalu. Średnia długość hospitalizacji na łóżkach opieki krótkoterminowej wyniosła w 2006 r. w Szwecji 4,6 dni zaś w Polsce 6,1.

Szwedzki system jest od wielu lat systematycznie korygowany i lepiej dostosowywany do pojawiających się wciąż nowych problemów zdrowotnych. Doświadczenia szwedzkie

mogą być przydatne przy wprowadzaniu nowych rozwiązań w zakresie organizacji i funkcjonowania systemów ochrony zdrowia wielu krajów Unii Europejskiej.

PRAWA PACJENTA I JEGO BEZPIECZEŃSTWO W SZWEDZKIM SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ

Szwecja podpisała i ratyfikowała większość dokumentów dotyczących praw człowieka w ramach Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ), Międzynarodowej Organizacji Pracy (MOP) i Rady Europy. Prawo do opieki, jako prawo człowieka, w Szwecji chronione jest m.in. Ustawą o rządzie z 1974 r., która stanowi jedną z czterech ustaw zasadniczych [26].

Za dziedzinę jakości w dużym stopniu odpowiedzialny jest Szwedzki Instytut Rozwoju Służby Zdrowia (SPRI) [23]. Będący wspólną własnością państwa i samorządu, ma za zadanie monitorowanie jakości świadczeń poprzez zbieranie odpowiednich informacji i dokumentacji. Szwedzkie Towarzystwo Lekarskie (odpowiednik izby lekarskiej) oraz wyspecjalizowane komitety działające na szczeblu wojewódzkim, dbają o jakość udzielanych świadczeń. Szwedzkie Towarzystwo Lekarskie może upomnieć, wydać zalecenia i w poważnych przypadkach wykluczyć lekarzy winnych niewłaściwego postępowania. Poważniejsze przypadki są rozpatrywane przez Komisję Odpowiedzialności Medycznej, która jest organem państwowym na szczeblu centralnym. Szwecja od dwudziestu kilku lat zastępuje odpowiedzialność cywilną ubezpieczeniami. Ma to na celu zmniejszenie kosztów postępowania przy odpowiedzialności cywilnej i pełniejszą ochronę poszkodowanego. Ubezpieczenie Pacjentów (No Fault Patient Insurance – NFPI) stało się obowiązkowym w myśl ustawy o Poszkodowanych Pacjentach z 19 czerwca 1996 r. [27]. Wszystkie podmioty opieki zdrowotnej, niezależnie od formy są zobowiązane do ubezpieczenia pacjentów, z którego pokrywane są odszkodowania. Ustawa wprowadza ubezpieczyciela, niezależnie od winy podmiotów świadczonych usługi lecznicze oraz gwarantuje wynagrodzenie szkód w sposób szybki i prosty. Ustawa opiera się na odpowiedzialności instytucji, nie zaś indywidualnych osób oraz kompensowaniu szkód, których można było uniknąć niezależnie od tego, czy popełniono błąd lub zaniedbanie [28]. Obecnie w Szwecji rejestruje się rocznie ok. 9, 5 tys. komplikacji w trakcie leczenia, z czego w przypadku ok. 45% wypłacane są rekompensaty. Od ostatecznego orzeczenia ubezpieczyciela poszkodowany może odwołać się do sądu.

Porównując oba państwa, możemy doszukać się wielu znaczących różnic, mających wpływ na jakość i bezpieczeństwo opieki. Przede wszystkim wolniejsze tempo pracy – 10 do 15 pacjentów dziennie, a standardowy czas wizyty wynosi około 30 minut – wpływa na efektywniejszą pracę medyka. Dokumentacja papierowa ograniczona jest do minimum. Każda wizyta nagrywana jest przez lekarza na dyktafonie, a następnie przepisywana przez sekretarkę do komputera. Lekarz podpisuje swoje notatki elektronicznie. Ważną rolę w systemie odgrywają pielęgniarki, które cechuje kompetencja, bardzo dobre wykształcenie i duża samodzielność. Między nimi a lekarzem istnieje ścisła współpraca. Mogą one zwrócić uwagę lekarzowi na popełnienie błędu, zaś uwagi przyjmowane są merytorycznie. Dodatkowo pielęgniarki mają prawo wypisywania niektórych leków bez konsultacji

z lekarzem. Niestety odczuwany jest niedobór pielęgniarek mających dodatkowe umiejętności specjalistyczne [22]. Położne są uprawnione do wystawiania recept na środki antykoncepcyjne, pobierania cytologii oraz zakładania spirali.

Szwecja to przykład kraju, w którym funkcjonują recepty elektroniczne [29]. Aż 42% recept jest wystawianych komputerowo, i za pomocą Internetu wysyłanych do wybranej przez pacjenta apteki. E-recepty to wygoda dla pacjenta, większe bezpieczeństwo oraz oszczędność. Szacuje się, że Szwecja oszczędza rocznie 97 mln euro po wprowadzeniu elektronicznych recept. Ponadto, system wychwytuje błędy m.in. w dawkowaniu leku i zapobiega fałszowaniu recept. Poprzez takie rozwiązanie, farmaceuci nie mają już problemów z odczytaniem recepty, dlatego nie popełniają błędów przy wydawaniu leków.

W czerwcu 2008 r. Krajowa Rada Zdrowia i Opieki Społecznej w Szwecji opublikowała raport, z którego wynika, że rocznie dochodzi do 105 tys. szkód z powodu błędów takich, jak: nieprawidłowo wydane recepty, brak higieny, zbyt późne rozpoznanie lub nieprawidłowa diagnoza. Trzy procent tych szkód prowadzi do śmierci pacjenta. W ujęciu realnym, liczba ta równa się śmierci ponad 3000 osób każdego roku w wyniku zaniedbań służb medycznych [30]. Jednakże większość popełnianych błędów wynika z braku dostatecznych informacji o stanie zdrowia pacjenta w chwili przyjęcia do szpitala i o historii jego choroby, z powodu której trafił do szpitala. Zdaniem autorów raportu, części pomyłek można by uniknąć poprzez wysłuchanie uwag i informacji ze strony samego chorego. W Szwecji postanowiono jawnie walczyć z łamaniem praw pacjenta w systemie ochrony zdrowia, dzięki czemu częściowo udaje się ten problem rozwiązać.

PODSUMOWANIE

Bezpieczeństwo pacjenta obejmuje działania o szerokim zakresie i jest jednym z priorytetów w odniesieniu do jakości opieki zdrowotnej. Pacjent oczekuje od systemu swobodnego dostępu do opieki zdrowotnej, godnych warunków pobytu podczas leczenia, niezawodności, należytej informacji oraz odpowiedzialności ze strony wysoko wykwalifikowanego personelu medycznego. Jednak rzeczywistość często mija się z oczekiwaniami pacjenta i przysługującymi mu prawami. Nierówność w dostępie do opieki medycznej, brak gwarancji należytej opieki ze strony państwa, zbyt wysokie koszty leczenia – to trudności, z którymi pacjent zmagają się, na co dzień. Takie utrudnienia występują nie tylko w Polsce czy Szwecji, ale dotyczą również innych systemów opieki zdrowotnej funkcjonujących na świecie.

Stworzenie bezpiecznego systemu opieki zdrowotnej na wysokim poziomie wymaga wielu natychmiastowych działań na szczeblu krajowym i europejskim. Podstawą do ich wdrożenia jest odpowiednie zapewnienie finansowania systemu opieki zdrowotnej oraz zmiany w zapisach legislacyjnych. Konieczne jest wytworzenie świadomości i zrozumienia znaczenia bezpiecznej opieki zdrowotnej, tak u profesjonalistów medycznych, jak i u pacjentów. Wypracowanie mechanizmów raportowania, zaangażowanie usługobiorców w aktywności poprawy bezpieczeństwa i jakości opieki poprzez m.in. zapewnienie bezwzględnej poufności anonimowo dostarczanych danych i informacji. Utworzenie bezpiecznego, systemu wymaga współpracy oraz wykorzystywania doświadczeń oraz baz danych innych placówek

jak i systemów opieki zdrowotnej w celu wdrażania zmian, doskonalenia oraz unikania błędów.

PIŚMIENNICTWO

1. Dykowska G, Opolski J. Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Warszawa: CeDeWu; 2003. s. 12.
2. Lisiecka K. Zarządzanie jakością usług zdrowotnych. Warszawa: Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności; 2003.
3. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 1991 r. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.).
4. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1384, z późn. zm.).
5. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo Farmaceutyczne (Dz.U. z 2004 r. Nr 53, poz. 533, z późn. zm.).
6. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.).
7. Program akredytacji szpitali. Kraków: Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia; 2007.
8. Maciąg A, Sakowska I. Rola i prawa pacjenta w obszarze jakości usług zdrowotnych. *Studia i Materiały*. 2006;1:50-62.
9. Golimowska S, Czepulis-Rutkowska Z, Sitek M, Sowa A, Sowada C, Włodarczyk C. Opieka zdrowotna w Polsce po reformie. Warszawa: Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych; 2002. s. 53.
10. Śliwka M. Prawa pacjenta w prawie polskim na tle porównawczym. Toruń; 2008.
11. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, www.prawapacjenta.eu
12. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.).
13. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2005 r. Nr 169, poz. 1411).
14. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 – tekst jednolity).
15. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, z późn. zm.).
16. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. z 2003 r. Nr 45, poz. 391).
17. Karkowska D. Prawa pacjenta. Warszawa; 2004.
18. Augustynowicz A. Skrypt dla studentów Zdrowia Publicznego. Rozdział III. Warszawa; 2008.
19. Raport Narodowego Funduszu Zdrowia za 2007 r.
20. Marek Z. Błąd medyczny. Kraków: Krakowskie Wydawnictwo Medyczne; 2007.
21. Standard przeżycia. *Men Zdr*. 2005;6:30-1.
22. Dziubińska-Michalewicz M. Kierunki zmian systemu ochrony zdrowia w Szwecji. Biuro Studiów i Ekspertyz; 2005.
23. Dziubińska-Michalewicz M. Systemy ubezpieczeń zdrowotnych w wybranych krajach Unii Europejskiej. Biuro Studiów i Ekspertyz. Raport nr 168; 2000.
24. Paszkowska M. Finansowanie systemu opieki zdrowotnej w wybranych państwach UE, e-Finanse. 2001,1.
25. Rocznik Statystyki Międzynarodowej, Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia. GUS; 2007.
26. Szwedzki system rządów, www.sweden.gov.se
27. Stowarzyszenie Pacjentów Primum Non Nocere, Szwedzkie Ubezpieczenia Pacjentów, www.sppnn.org.pl
28. Nestorowicz M. Prawo medyczne. Toruń; 2004.
29. Demidowicz M. Kliknięte korzyści. *Men Zdr*. 2009;1:30-3.
30. Dane z raportu opracowanego przez państwowy Zarząd Służby Zdrowia – Socialstyrelsen www.socialstyrelsen.se

Informacja o Autorach

Mgr MARTA DĄBROWSKA-BENDER, lic. Monika Steć – magistrantka, Zakład Zdrowia Publicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Ul. Banacha 1a blok F
02-097 Warszawa.

Adres do korespondencji

Zakład Zdrowia Publicznego
Warszawski Uniwersytet Medyczny
ul. Banacha 1a blok F, 02-097 Warszawa
Tel.: (22) 599 21 80, (22) 599 21 81, mdabrowska@wum.edu.pl