



VIA MEDICA

www.fn.viamedica.pl

Anna Wruk-Złotowska

Regionalne Centrum Nefrologii w Szczecinku

Bezpieczeństwo procesów klinicznych w opiece nad pacjentem nefrologicznym

Safety of clinical processes for patient nephrology care

ABSTRACT

The function of health care is an activity on very vulnerable market. Necessity to maintain economic efficiency forces to looking for solutions, which could decrease cost-efficiency and minimize waste and inefficiency. Is it worth to use proven methods as lean management, which were used at the beginning of XX century. New methods were implemented firstly in manufacturing plants, at present time also works well in services industry. Lean hospitals is a philosophy, methods and tools which allows to keep patient satisfaction through the high level of quality services, minimizing waste using continuous improvement of clinical processes. In order to improving the processes is essential to keep them safe, avoid any risk of mistakes and complications

and avoid any resources wastes (as equipment, employees, finance and time). A lot of lean methodology elements could be used in nephrological patient care-dialysis centre as well as nephrology ward. Realization of clinical process using lean philosophy relies on establish hospitals medical team, information flow improvement, horizontal organization structure. It leads to fast reaction for present dangers and risk elimination at every step of process. Lean hospitals provides tools which assists implementation of new, quality management system standard for health care organizations EN 15224:2013. The purpose of standard is safety improvement in clinical processes and information safety.

Forum Nefrologiczne 2014, vol 7, no 4, 274–280

Key words: patient, clinical process, lean hospitals, lean management, EN 15224:2013

WSTĘP

Opieka zdrowotna to jedna z wielu działalności na rynku usług, która wyróżnia się specyfiką produktu. Jest on trudny do sprecyzowania w jednym zdaniu, zależny od wyobrażenia obu (a czasem trzech) stron: korzystającego z usługi (pacjenta), realizującego usługę (szpital, personel medyczny) oraz płatnika (NFZ). Trudność w precyzowaniu usługi medycznej generuje problemy związane z wyceną finansową, oceną jakościową oraz efektywnością — ogólnie niemożliwa lub utrudnia mierzalność. Istotnym elementem jakości w ochronie zdrowia jest bezpieczeństwo. Bezpieczeństwo procesu klinicznego to wymóg oczekiwany przez wszystkich i dający najwięcej korzyści wszystkim stronom.

Każde przedsiębiorstwo działające na rynku realizuje określone procesy, dzięki którym spełnia swój cel istnienia. Można wyodrębnić procesy podstawowe (główne), czyli takie, dla których stworzono przedsiębiorstwo (dla fabryki samochodów będzie to produkcja aut, dla szpitala zaś są to procesy kliniczne związane z realizacją usług dla poprawy zdrowia i ratowania życia). Aby realizacja podstawowych procesów w firmie była możliwa, równie niezbędne są procesy pomocnicze, które same nie generują przychodu, ale bez nich nie byłoby możliwe przeprowadzenie procesów podstawowych; są to na przykład zarządzanie kadrami, zarządzanie finansami, realizacja zamówień leków i sprzętu, szkolenia BHP, kontrola techniczna, dbałość o infrastrukturu-

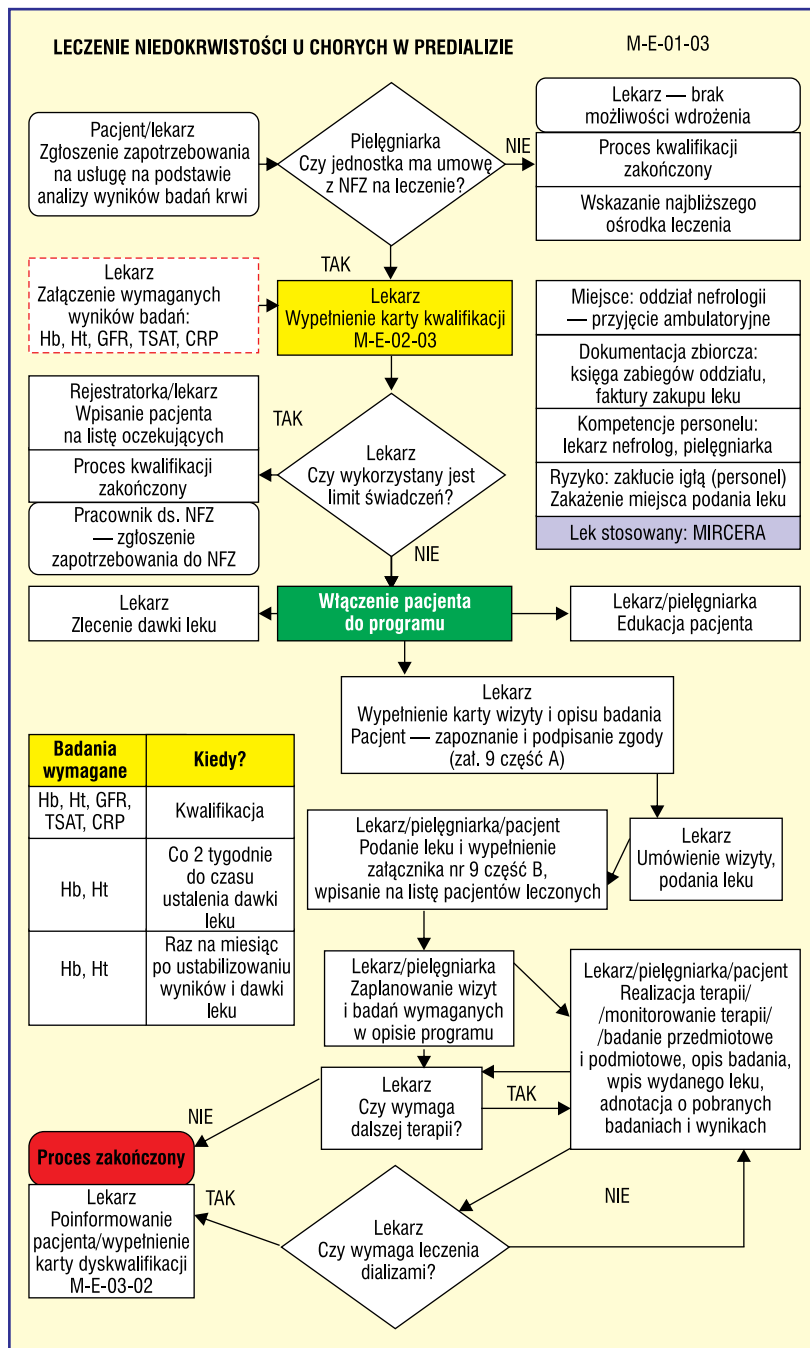
Adres do korespondencji:
mgr pielęgniarstwa MBA
Anna Wruk-Złotowska
Regionalne Centrum Nefrologii
w Szczecinku
e-mail: awruk@dializa.com.pl

reputację itp. Zwykle procesy pomocnicze mogą być realizowane przez firmy zewnętrzne, natomiast procesy podstawowe to sens istnienia przedsiębiorstwa. W opiece nad pacjentami nefrologicznymi do podstawowych procesów klinicznych należą: porady specjalistyczne w poradni nefrologicznej i transplantacyjnej, hospitalizacje w oddziałach nefrologicznych i transplantologicznych, leczenie hemodializą, leczenie dializą otrzewnową, kwalifikację to transplantacji nerki. Do specyficznych procesów można również włączyć programy terapeutyczne/lekowe: leczenie niedokrwistości w przebiegu przewlekłej choroby nerek (PChN), leczenie nadczynności przytarczyc dla dializowanych lub leczenie hormonem wzrostu dzieci z PChN.

STANDARYZACJA POSTĘPOWANIA I WIZUALIZACJA, CZYLI MAPOWANIE PROCESU

Ponieważ procesy te są złożonymi działaniami wielu osób, wykorzystującymi różne zasoby sprzętowe i materiałowe, istotne jest sprecyzowanie przez osoby odpowiedzialne — jak ma wyglądać proces. Opisując go, należy uwzględnić standardy, wypełnić wymagania umowy i zapewnić bezpieczeństwo oraz efektywność ekonomiczną. Zarówno dla osób zarządzających procesem, jak i go realizujących punktem wyjściowym powinna być wizualizacja graficzna kolejnych etapów, tak zwane mapowanie procesu [1]. Jest to przedstawienie poszczególnych etapów (pewien sposób postępowania) wraz z opisem uczestniczących osób, miejsc, sprzętu, dokumentów, badań, wymagań formalnych. W celu lepszego zobrazowania tego zagadnienia na rycinie 1 przedstawiono przykładowy, zmapowany proces leczenia niedokrwistości u chorych z PChN.

Dla zarządzających proces mapowania to punkt wyjścia do dyskusji ze specjalistami o niezbędnych zasobach i oczekiwanych wynikach oraz możliwościach realizacji. Daje wyobrażenie o tym, co się dzieje, kto i co jest potrzebne itd. Jest to również czytelna informacja o obowiązkach każdego z uczestników procesu, a także element komunikacji wewnętrznej. Już na tym etapie uwzględnia się ryzyko (bezpieczeństwo pacjenta oraz bezpieczeństwo realizujących świadczenie) nieprawidłowego wykonania, zarówno klinicznego, jak i formalnego. Przedstawienie mapy procesu oraz aktualizacja po każdej zmianie warunków



Rycina 1. Proces leczenia niedokrwistości u chorych z przewlekłą chorobą nerek (PChN). Źródło: Regionalne Centrum Nefrologii, 2014. Hb — hemoglobina; Ht — hematokryt; GFR (*glomerular filtration rate*) — współczynnik przesączania kłębuszkowego; TSAT (*transferrin saturation*) — wysycenie transferyny; CRP (*C-reactive protein*) — białko C-reaktywne, NFZ — Narodowy Fundusz Zdrowia

lub wymagań, opisu świadczenia przez płatnika to ułatwienie dla każdego pracownika, poczucie bezpieczeństwa dla zarządzających oraz wymiar profesjonalizmu w oczach pacjenta (każdorazowe przyjęcie przez różne osoby jest kontynuacją terapii, a nie ciągłym sprawdzaniem i przepytывaniem pacjenta, niekiedy zaś zbędnym i szkodliwym powtarzaniem badań, które już zrealizowano).

▶▶ Z reguły jednak zarządzający chcą maksymalnie wykorzystać zasoby osobowe profesjonalnych specjalistów i wysokospecjalistycznego sprzętu, co powoduje konieczność tworzenia kolejek ◀◀

PACJENT JEST NAJWAŻNIEJSZY, CZYLI JAK EFEKTYWNIENIE WYKORZYSTAĆ MOŻLIWOŚCI OBECNEGO SYSTEMU OPIEKI

Pacjent w ujęciu procesowym to ciągłość opieki i skrócenie czasu realizacji świadczenia. Z reguły jednak zarządzający chcą maksymalnie wykorzystać zasoby osobowe profesjonalnych specjalistów i wysokospecjalistycznego sprzętu, co powoduje konieczność tworzenia kolejek. Wówczas to nie specjalista lub sprzęt czeka na pacjenta, tylko pacjent czeka w kolejce — pozwala to uzyskać „rentowność” zasobów. W ujęciu finansowym, krótkoterminowym takie działanie może być zrozumiałe. Niestety w ujęciu długofalowym, systemowym, jakościowym oraz finansowym jest to obecna sytuacja w ochronie zdrowia — kolejki, sprzęt i specjaliści dostępni w „centrach” nieosiągalnych w mniejszych, mniej atrakcyjnych rejonach, gdzie nie pojawił się inwestor, ponieważ wskaźnik rentowności sprzętu lub specjalisty jest niezadowalający. Takie działanie powoduje, że to chory musi dotrzeć do specjalisty i sprzętu, musi czekać w kolejce, by utrzymać wskaźniki rentowności i to nie pacjent jest podmiotem i nie dostępność opieki — celem. Mimo to istnieją metody, które pozwalają zadbać o komfort pacjenta, dobrze wykorzystać zasoby ludzi, sprzętu oraz materiałów i utrzymać optymalną kondycję finansową. Usprawnienie zarządzania skromnymi zasobami i chęć zapewnienia wysokich standardów powinno charakteryzować gospodarnych menadżerów. Dużą pomocą są metody wykorzystujące filozofię *lean hospitals*. Zaletą metod *lean* jest dążenie do utrzymania zadowolenia klienta poprzez utrzymanie wysokiej jakości usługi przy jednoczesnym poszukiwaniu oszczędności poprzez:

- unikanie marnotrawstwa (kilkakrotne wykonywanie badań, używanie niedostosowanego sprzętu, zbyt długie oczekiwanie na procedury, bariery infrastruktury zwiększające zapotrzebowanie na personel, przeterminowanie leków i sprzętu itp.);
- usprawnianie procesów (przepływ informacji wraz z pacjentem, „prowadzenie” pacjenta, zachowanie ciągłości realizacji procesu itp.);
- zapobieganie błędom i wadliwym produktom, czyli zdarzeniom niepożądanym, powikłaniom, zakażeniom, incydentom medycznym, wypadkom pracowniczym itp. (właściwe wyposażenie, sprawny i bezpieczny sprzęt, profesjonalny personel, dostępność informacji, czytelność uprawnień);
- dążenie do budowania poziomej, płaskiej struktury organizacyjnej, która pozwala na

utrzymanie właściwego „przepływu” pacjenta w procesie, poprawę decyzyjności, skrócenie czasu bezwładności związanej z rozbudowaną strukturą pionową;

- budowanie zespołów do realizacji procesów. W szczupłych systemach oszczędności nie polegają na zmniejszaniu zasobów kadrowych, lecz na ich właściwym wykorzystaniu. Dlatego w podejściu procesowym z wykorzystaniem metod *lean hospitals* to nie pacjent oczekuje na sprzęt i specjalistę, ale odpowiednio zbudowany system („ciąg technologiczny”) jest gotowy przyjąć kolejnych pacjentów („materiały do obróbki”). Jeżeli zarządzający procesami właściwie je „zbudują”, możliwe jest dobre, bezpieczne i stabilne funkcjonowanie nawet we współczesnym systemie ochrona zdrowia.

DBAŁOŚĆ O BEZPIECZEŃSTWO INFORMACJI O PACJENCIE

W 2013 roku w Polsce pojawiło się jeszcze jedno narzędzie, które pomaga wdrażać podejście procesowe i zwiększać bezpieczeństwo chorych — to nowa europejska norma medyczna w zakresie usług sektora ochrony zdrowia 15224:2013. W tej normie pojawiają się sformułowania i wymagania, które precyzują zasady oraz konieczność zapewnienia bezpieczeństwa w procesach klinicznych, wymagania dla uwzględnienia ryzyka w każdej procedurze medycznej. Bardzo rygorystycznie podchodzi do bezpieczeństwa informacji, co ma szczególne znaczenie i jest aktualne w czasie przygotowań do wdrożenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM). Zarówno EDM, jak i wymagania związane z bezpieczeństwem informacji wspierają realizację standardów, ponieważ ujednolicają dokumentację, znakują ją w czasie, zapobiegają zmianom w dokumentacji, chronią przed „wyręczaniem” się przy dokonywaniu wpisów, kontrolują przebieg procesu na bieżąco. Wymienione zalety można postrzegać jako utrudnienia, ale w dłuższej perspektywie porządkuje to wiele spraw i niedomówień oraz wprowadza dyscyplinę, która pozytywnie wpływa na bezpieczeństwo pacjenta oraz pomaga uniknąć trudnych obecnie do rozwiązania problemów organizacyjnych wynikających z mentalności i przyzwyczajęń. Warto o tym pamiętać, pokonując opory przy wdrażaniu metod usprawniających zarządzanie (*lean hospitals*), norm jakościowych systemu 15224 oraz EDM. Te trzy elementy wzajemnie się uzupełniają, dają narzędzia, a przede wszystkim uświadamiają zagrożenia wszystkim uczestnikom procesów klinicznych.

PRAKTYCZNE WYKORZYSTANIE NOWOCZESNEGO PODEJŚCIA DO ZARZĄDZANIA WE WSPÓŁCZESNYM PIELĘGNIARSTWIE

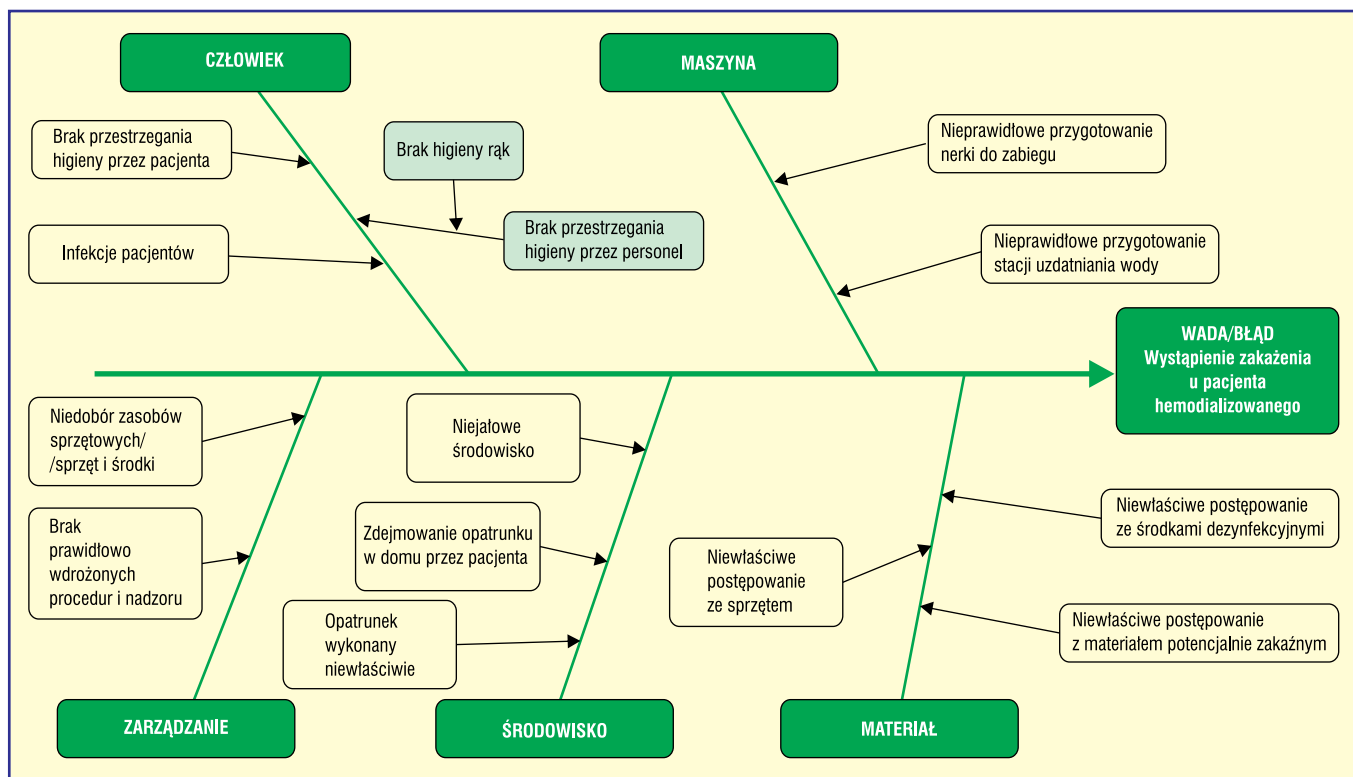
Wdrażanie systemów usprawniania procesów można realizować na każdym etapie, istotą są ustanowienie określonego standardu danego procesu, następnie wizualizacja, czyli mapowanie — wdrożenie, ocena i usprawnianie, czyli poszukiwanie lepszych rozwiązań. Należy ustalić jedną, bardzo ważną rzecz, że standaryzacja to nie koniec (jak to zwykle dzieje się obecnie), lecz dopiero początek usprawniania procesów. Dlatego ważne jest, by standardy nie były tak sztywne i szczegółowe, tylko dawały pracownikom możliwość zgłaszania swoich uwag w celu poprawy, zmiany itp. To metoda PDCA (*plan, do, check, act*), czyli planuj, realizuj, sprawdź, działaj [2]. Dzisiaj tak realizuje się procesy pielęgnowania: planuje się proces po rozpoznaniu potrzeb i problemów; następnie wdraża zaplanowane działania; ocenia skuteczność i zmienia proces, dostosowując do sytuacji i pojawiających się zmian. Tak też należy podchodzić do standardów, procedur i algorytmów. Kiedy istnieje już opracowany, ustandaryzowany proces, podczas realizacji zespół może proponować zmiany, które usprawnią pracę, zmniejszą obciążenia, zagrożenia lub czynności, które są zbędne. Zespół jest zaangażowany w poprawę funkcjonalności, przestrzega całość — zaczyna zgłaszać niepotrzebne czynności, niedostosowany sprzęt lub złe przygotowanie infrastruktury. Takie działania nazywa się KAIZENami, czyli usprawnieniami przynoszącymi wartość dla pacjenta. Wyznacza się cel, który jest najważniejszy w procesie, standardzie czy procedurze. Metody realizacji powinny być maksymalnie zoptymalizowane. Organizacja pracy, zarządzanie bezpieczeństwem procesów klinicznych wymaga od osób odpowiedzialnych, aby przyglądały się tym procesom w miejscu ich realizacji, czyli w GEMBA. Dlatego płaskie struktury organizacyjne, unikanie zbyt wielu szczebli, pozwala szybciej i efektywniej dostrzec wszelkie problemy. Rozmowa z osobami bezpośrednio realizującymi określone etapy procesu, analiza problemu w miejscu, gdzie się pojawił, pozwalają lepiej zrozumieć zależności i skuteczniej na nie zareagować.

W zawodzie pielęgniarki bardzo ważne jest, by mimo pełnienia funkcji kierowniczych nie oddalać się od aspektów praktycznych; dobrym przykładem są lekarze, którzy mimo pełnienia funkcji ordynatorów, kierowników, przede wszystkim są profesjonalistami i wyko-

rzystują swoją wiedzę medyczną. Pielęgniarki, gdy obejmują funkcje managera (pielęgniarki oddziałowej), często bardzo szybko oddalają się od praktyki zawodowej. Po pewnym czasie ryzykują utratą nie tylko autorytetu zawodowego, ale też rozsądnego i realnego podejścia do spraw, którymi się zajmuje. Pomocne może być wdrożenie EDM. System ten zdejmie wiele czynności sprawozdawczych i wykonywanych za innych, w sytuacji gdy dokumentacja jest tworzona w czasie realnym, a z systemu możliwe jest uzyskanie danych, które dotychczas gromadzone były „ręcznie” właśnie przez pielęgniarki oddziałowe. Pójście do miejsca realizacji procesów głównych powinno też obowiązywać kadrę zarządzającą szpitalem, która dzięki zmapowaniu procesów (wizualizacja) ma możliwość spojrzenia na proces i dokonania kontroli w danym punkcie [3]. Jest to bardzo istotne, podobnie jak przepływ informacji i otrzymywanie informacji zwrotnych — *feedback*. Komunikacja, omawianie to niezbędne elementy realizacji procesów klinicznych. W szpitalach takimi metodami komunikacji są raporty, zarówno ustne, jak i pisemne, lekarskie i pielęgniarskie. Ważne jest jednak, by przepływ informacji odbywał się również w jasny, czytelny i prosty sposób między pielęgniarkami i lekarzami oraz zależnie od specyfiki oddziału pomiędzy innymi członkami zespołu terapeutycznego (realizującego proces). Planowe rozłożenie spotkań w celu poprawy komunikacji w szpitalach to na przykład codzienne raporty lekarzy z pielęgniarką oddziałową, zmianowe raporty pomiędzy pielęgniarkami, tygodniowe spotkania zespołu kierowników komórek, miesięczne spotkania zespołu ds. zakażeń, zespołu ds. antybiotykoterapii czy gospodarki krwią — są to bardzo konkretne i poprawiające wzajemną wymianę informacji metody. Bardzo nieprofesjonalnie wygląda poranna wizyta lekarska, kiedy dwa zespoły komunikują się tylko we własnym gronie, jak zapewnić dobrą, profesjonalną opiekę pacjentowi, a także kiedy przepływ informacji jest ograniczony. Tutaj odpowiedzialność ponosi przede wszystkim kierownik (ordynator) — to jego zadaniem jest wypracować takie zasady, by pacjent i jego skuteczne leczenie (w tym opieka, rehabilitacja itp.) były spójne. Warunki pracy w placówkach ochrony zdrowia sprzyjają występowaniu zdarzeń niepożądanych, do których mogą należeć: błąd podczas przetaczania krwi, upadek pacjenta z łóżka, pomyłka przy zabiegu operacyjnym czy wypadek pracownika. Po wystąpieniu tego rodzaju sytuacji dobrym

▶▶ Standaryzacja to nie koniec (jak to zwykle dzieje się obecnie), lecz dopiero początek usprawniania procesów ◀◀

▶▶ Ważne jest jednak, by przepływ informacji odbywał się również w jasny, czytelny i prosty sposób między pielęgniarkami i lekarzami ◀◀



Rycina 2. Przykładowy model Ishikawy dla zakażenia w stacji hemodializ. Źródło: RCN Szczecinek. Zespół Projektowy FMEA 2014

rozwiązaniem jest zorganizowanie spotkania zespołu pracowników w celu jej omówienia, poszukiwania przyczyny, opracowania metody zapobiegającej jej powtórzeniu. Takie spotkanie nie może być chaotyczne, a osoba odpowiedzialna (zarządzająca) ma do wykorzystania kilka narzędzi pomocnych w poszukiwaniu rozwiązania problemu (np. diagram Ishikawy, popularnie zwany rybią ością lub diagramem przyczynowo-skutkowym) [4]. To metoda pozwalająca na poszukiwanie wszystkich dostępnych, możliwych przyczyn, osób, systemów, aż do najbliższego prawdziwego rozwiązania. Takim przykładem jest przedstawiony podczas minionej Konferencji EDTNA/ERCA w Rydze model analizy przyczyn wzrostu liczby zakażeń cewnika do dializ. Na rycinie 2 zaprezentowano opracowanie zespołu projektowego FMEA w RCN Szczecinek.

Poszukiwanie przyczyny, a następnie planowanie działań naprawczych oraz zapobiegawczych i ich wdrożenie to działania konieczne dla skuteczności poprawy bezpieczeństwa. Jeżeli w takiej sytuacji znajdzie się przyczynę, należy jak najszybciej przygotować działania, które ją wyeliminują. Nie zawsze można łatwo i szybko usunąć samą przyczynę. Trzeba wówczas zastosować środki, które będą również skuteczne (choć często droższe).

Przykład 1. Upadek pacjenta z łóżka.

Przyczyna: Zbyt wysokie łóżka, utrudniające samodzielne poruszanie się starszych chorych. **Opis:** Standardowe łóżka dostępne w Polsce mają dwie podstawowe wady: są zbyt wysokie dla chorych o przeciętnym wzroście, starszych i schorowanych oraz nie są wyposażone w boczne barierki (tylko opcjonalnie). **Planowane działania:** Wymiana łóżek w szpitalu to proces długotrwały (zależy od ich liczby, konieczność przetargów, dostępności środków itp.). Tymczasowe rozwiązanie to zwiększenie obsady dyżurowej, na przykład opiekunów medycznych, którzy częściej i szybciej pomogą chorym w poruszaniu się. Można również wykorzystać własne zaplecze techniczne i zmodyfikować wysokość (o ile na to pozwalają procedury gwarancji bezpieczeństwa producenta). **Efekt:** znaczna poprawa samodzielności i bezpieczeństwa pacjenta; zmniejszenie zaangażowania personelu; istotnie mniejsze ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych; unikanie ryzyka spraw sądowych i odszkodowawczych; wzrost satysfakcji pacjentów i poprawa opinii o szpitalu. **Wniosek:** istotna jest znajomość przyczyny zdarzeń niepożądanych i dążenie do ich systemowego wyeliminowania już na poziomie projektowania i planowania infrastruktury.

Przykład 2. Niewłaściwe rozwiązania architektoniczne w łazienkach dla pacjentów przy salach chorych. W jednej łazience zastosowano rozwiązanie bez barier: jednopiętowa podłoga, antypoślizgowe płytki pod prysznicem, brak ścianek i progów. Druga, równie przestronna, ale zbudowano w niej dodatkową ściankę murowaną wydzielającą prysznic, która ogranicza możliwość poruszania się na wózku inwalidzkim lub z chodzikiem; próg wydzielający prysznic to przeszkoda nie do pokonania dla osoby na wózku inwalidzkim, dla osoby starszej, z utrudnionym poruszaniem, z trudnościami w utrzymaniu równowagi, otyłych, obolałych po zabiegu lub w wyniku choroby. Wpływ tak urządzonych łazienek na planowanie organizacji pracy: w łazience z progiem pacjent zawsze będzie wymagał pomocy osoby drugiej, a nawet dwóch, by się wykąpać (zapotrzebowanie na personel!), każdy chory ryzykuje upadkiem, potłuczeniem, urazami kończyn dolnych (zwłaszcza osoby starsze). Są to zdarzenia niepożądane, które generują całkowicie niepotrzebne ryzyko dla dyżurnego personelu oraz właściciela (odpowiedzialność za szkody!).

Przykład 3. Zakażenie układu moczowego u chorych z założonym cewnikiem Foleya podczas hospitalizacji na oddziale nefrologicznym.
Usprawnienie: worki na mocz u chorych z cewnikiem moczowym wymieniane są codziennie rano, po kąpielii; żaden worek nie może leżeć na podłodze lub na łóżku; zapewnienie wystarczającej liczby jałowych worków do codziennych wymian oraz specjalnych, jednorazowych zawieszek na łóżka. Każdy chory jest wielokrotnie pouczany, edukowany i pilnowany, by podczas różnych sytuacji dbał o czystość worka i nie układał go na podłodze oraz nie pozwalał, by dochodziło do cofania się zawartości worka.
Efekt: problem zakażenia układu moczowego na oddziale nie pojawił się w ciągu 3 lat funkcjonowania oddziału. Konieczne były działania planowe, zapewnienie zasobów i opracowanie zasad postępowania podczas hospitalizacji. Oczywiście istotne są inne elementy: unikanie zbędnych cewnikowań, nieprzedłużanie czasu

cewnikowania, wymiana cewnika co 7 dni, ocena parametrów w kierunku objawów zakażenia, aseptyka podczas zakładania.

Przykład 4. Zbyt sztywna obsada personelu pielęgniarskiego na zmianie dyżurowej (np. 3 pielęgniarki i 3 pacjentów). Komfort, ale zbyt kosztowny. Dobra organizacja pracy w systemie *lean hospitals* to także efektywne wykorzystanie zasobów, unikanie *mudy*, czyli marnotrawstwa. Czasem jednak stan tych 3 chorych wymaga dużego zaangażowania — należy się zastanowić, czy pielęgniarek? Wykorzystanie dostępnych obecnie na rynku opiekunów medycznych dyplomowanych to dobre rozwiązanie dla prowadzenia procesów pielęgnowania, czynności higienicznych, pomiarów podstawowych parametrów życiowych, pomocy przy poruszaniu się i karmieniu. Opiekun może również pomagać w stacji hemodializ: może wykonywać pomiary parametrów, pomagać przy przebijaniu się chorych, przy tamowaniu krwawienia po hemodializie. Ważenie i odprowadzenie do szatni czy opieka przy chorym z gorszym samopoczuciem zmniejszają zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską. Jest to szczególnie istotne na oddziałach zabiegowych, gdzie wysokie kompetencje techniczne i odpowiedzialność za prawidłowo przeprowadzony zabieg angażują dużo czasu pracy pielęgniarek.

PODSUMOWANIE

Bezpieczeństwo pacjenta podczas realizacji procesów klinicznych jest kluczowym elementem dbałości wszystkich uczestników procesu. Wykorzystanie nowych metod i narzędzi do usprawniania opieki nad pacjentem wydaje się koniecznym i korzystnym dla obu stron elementem funkcjonowania ochrony zdrowia. Poszukiwanie nowych rozwiązań powinno być ukierunkowane na wykorzystanie i adaptację filozofii znanych i stosowanych w innych branżach, w których skuteczność została potwierdzona efektywnością w zmieniających się dynamicznie warunkach intensywnego rozwoju technologicznego oraz wzrostu świadomości i wymagań klienta.

STRESZCZENIE

Funkcjonowanie ochrony zdrowia to działalność na bardzo wrażliwym i trudnym rynku. Konieczność utrzymania efektywności ekonomicznej zmusza do poszukiwania rozwiązań obniżających koszty funkcjonowania. Warto zatem sięgnąć do sprawdzonych, wykorzystywanych od początku ubiegłego wieku metod *lean management* (szczupłego zarządzania). Początkowo wdrażano je w zakładach produkcyjnych metody, obecnie doskonale sprawdzają się w sektorze usługowym. *Lean hospitals* to filozofia, metoda oraz narzędzia pozwalające na utrzymanie zadowolenia pacjenta dzięki wysokiej jakości usług przy jednoczesnym poszukiwaniu oszczędności za pomocą usprawniania i doskonalenia procesów klinicznych. Nieodłącznymi warunkami doskonalenia procesów są: utrzymanie ich bezpieczeństwa, unikanie ryzyka wystąpienia błędów i powikłań, unika-

nie marnotrawstwa zasobów (sprzęt, ludzie, finanse oraz czas). Wiele elementów filozofii *lean* można wykorzystać w opiece nad pacjentem nefrologicznym, zarówno na oddziale, jak i w stacji dializ. Realizacja procesów klinicznych z wykorzystaniem filozofii *lean* to budowanie zespołów, poprawa komunikacji wewnętrznej, spłaszczenie struktury organizacyjnej, przede wszystkim zaś szybka reakcja na występujące zagrożenia, eliminacja ryzyka na każdym etapie procesu. Narzędzia dostarczane przez metody *lean hospitals* wspomagają wdrożenie i utrzymanie norm jakościowych w ochronie zdrowia, szczególnie nowej normy medycznej EN 15224:2013, której celem jest poprawa bezpieczeństwa w procesach klinicznych oraz bezpieczeństwo informacji.

Forum Nefrologiczne 2014, tom 7, nr 4, 274–280

Słowa kluczowe: pacjent, proces kliniczny, doskonalenie szpitali, szczupłe zarządzanie, EN 15224:2013

Piśmiennictwo

1. Modig N., Ahlstrom P. To jest Lean. Rheologica Publishing, Stockholm 2014.
2. Lean Best Practice. Forum. Materiały konferencyjne 2014.
3. Graban M. Lean Hospitals — Doskonalenie Szpitali. Prod-Publishing.com, Wrocław 2011.
4. Bokhoven M.V. Lean Manufacturing. Lean Vision, Wrocław 2011.