

Robert Piekarski¹

¹ Kujawsko-Pomorski Oddział Towarzystwa Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce, Prezes Oddziału

WSKAŹNIKI Z ZAKRESU OCHRONY ZDROWIA PRZYDATNE DO OCENY JAKOŚCI USŁUG MEDYCZNYCH W SZPITALACH (NA PRZYKŁADZIE MONITOROWANIA ZAKAŹEŃ SZPITALNYCH JAKO WYMAGANIA ZARÓWNO NORMY MIĘDZYNARODOWEJ ISO 9001:2015, JAK I STANDARDÓW AKREDYTACYJNYCH CMJ)

Indicators of health care useful for assessing the quality of medical services in hospitals (for example Monitoring of Hospital Infections as a requirement of both the international standard ISO 9001: 2015 and Standards Accreditation CMJ)

Streszczenie

Wstęp

W opiece zdrowotnej coraz częściej odnotowuje się przydatność wskaźników oceny funkcjonowania placówek medycznych. Działania usprawniające powinny zmierzać w kierunku opracowania narzędzi uniwersalnych – zestawów wskaźników, oceniających kompleksowo różnorodne aspekty funkcjonowania placówek medycznych. Narzędzie do pomiaru i oceny dokonań (efektów) szpitali (np. model PATH lub rozwiązania autorskie szpitali) może z powodzeniem być stosowane przez menadżerów szpitali do oceny i doskonalenia świadczonych usług medycznych oraz do zarządzania jakością w szpitalu. Pomiar wyników działań bezpośrednio wskazuje na poziom jakości świadczonych usług.

Przegląd

Wśród pojęć z zakresu jakości w opiece zdrowotnej znajdują się m.in. zagadnienia, takie jak: standard i wskaźnik. W Programie Standardów Akredytacyjnych Centrum Monitorowania Jakości (CMJ) wyróżnia się między innymi standard „Kontrola Zakażeń”.

Wnioski

W ramach wymagań normy międzynarodowej ISO 9001:2015 i/lub Programu Standardów Akredytacyjnych CMJ szpitale powinny wypracować skuteczne procedury w zakresie systematycznego, szczegółowego gromadzenia oraz przetwarzania danych, a także wprowadzenia aktywnej rejestracji zakażeń i ich monitorowania.

Słowa kluczowe: kontrola zakażeń, standardy akredytacyjne, norma ISO 9001

Abstract

Objective

In healthcare, increasingly appears to be the usefulness of indicators to assess the functioning of medical facilities. Improvement actions should aim to develop tools universal- sets of indicators, evaluating comprehensively various aspects of the functioning of medical facilities. A tool to measure and assess the achievements (results) hospitals (eg. Model PATH or termination of copyright hospitals) can successfully be used by managers of hospitals to evaluate and improve medical services and quality management in the hospital. Performance measurement activities directly indicates the level of service quality.

Review

Among the concepts of quality in health care are among issues such as: standard and index. The program accreditation standards Quality Monitoring Centre (CMJ) stands out among other standard “Infection Control”.

Conclusions

As part of the requirements norm of the international ISO 9001: 2015 and / or Accreditation Program Standards CMJ hospitals should develop effective procedures for the systematic, detailed collection and processing of data, as well as the introduction of an active infection registration and monitoring.

Keywords: Infection control, accreditation standards, standard ISO 9001

Wstęp

W opiece zdrowotnej coraz częściej odnotowuje się przydatność wskaźników oceny funkcjonowania placówek medycznych, co ma służyć wypracowywaniu coraz bardziej precyzyjnych i dokładnych narzędzi oceny funkcjonowania szpitali (również w opiece długoterminowej). Jest to przydatne w zarządzaniu nie tylko pracownikom odpowiedzialnym za jakość w szpitalach, ale i przede wszystkim instytucjom finansującym (np. państwowemu płatnikowi), właściwemu ministerstwu, uczelniom medycznym itp.

Jednak co da się zauważyć, najważniejszym wskaźnikiem nie jest już obniżanie kosztów. Zasoby placówki medycznej, takie jak personel (np. przepracowani i zmęczeni lekarze, pielęgniarki), nie w pełni sprawny i nowoczesny sprzęt medyczny i nie spełniające standardów światowych a co najmniej europejskich środowisko opieki, niewystarczająca komunikacja z naciskiem na zarządzanie informacją, zwiększają ryzyko – mogą pogorszyć wręcz stan pacjenta, spowodować dodatkowe dolegliwości i konsekwencje, powstają powikłania, trwałe uszczerbki i gdzieś na końcu może to spowodować roszczenia i odszkodowania [Bogusz, 2008].

Dlatego np. w Niemczech monitoruje się ok. 900 wskaźników na różnych poziomach zarządzania w ochronie zdrowia.

Interesariusze (w tym przede wszystkim pacjenci, profesjonaliści, ubezpieczyciele itd.) chcą wiedzieć, np. ile wykonano nieplanowanych reoperacji w ostatnim roku, jaka jest liczba odwołanych operacji. Pewne wskaźniki, jak ten wymieniony powyżej wskaźnik reoperacji, są czytelne. Inne wskaźniki wymienione w tym opracowaniu są interpretowane tylko dla niewielkiej grupy specjalistów (informacje są publikowane np. przez organizacje gremiów pacjentów np. w formie rankingów). Wybór szpitala lub placówki medycznej nie wiąże się tylko ze stwierdzeniem posiadania jednego (certyfikat zgodności z normą ISO 9001), czy drugiego certyfikatu (certyfikat akredytacyjny Centrum Monitorowania Jakości), ale oceniana jest skuteczność procesów wewnętrznych świadczonych usług medycznych i zarządzania tymi usługami [Bogusz, 2008].

Obecne doświadczenia związane również z brakiem zgodności postępowania lekarskiego czy pielęgniarskiego z przyjętymi standardami czy procedurami skłaniają do refleksji. Czy nie powinno się dokonać przeglądu, swoistej odnowy przyjętych postępowania, ich przestrzegania a przede wszystkim ich znajomości? Działania usprawniające powinny więc zmierzać w kierunku opracowania narzędzi uniwersalnych – zestawów wskaźników, oceniających kompleksowo różnorodne aspekty funkcjonowania placówek medycznych [Bogusz, 2008].

W 2003 r. Światowa Organizacja Zdrowia zainicjowała opracowanie narzędzia służącego do pomiaru i oceny dokonań szpitali w zakresie jakości (model PATH). Narzędzie to może z powodzeniem być stosowane przez menadżerów szpitali do oceny i doskonalenia świadczonych usług medycznych oraz do zarządzania jakością w szpitalu. Opisany Model opierał się na sześciu fundamentach pomiaru osiągniętych skutków (efektów):

- efektywności klinicznej,
- efektywności ekonomicznej,
- personelu szpitala,
- zarządzaniu z uwzględnieniem potrzeb otoczenia,
- bezpieczeństwie opieki,
- orientacji na pacjenta [Kłudacz, 2010].

Istnieje więc pewna pierwotna baza wskaźników, na której zarządzający mogą się oprzeć, co nie przeszkadza w dopasowaniu zestawu wskaźników do specyfiki działalności danej placówki, a pozostawia jednak szeroki obszar inwencji twórczej w poszerzaniu palety narzędzi do pomiaru i projektowaniu własnych wskaźników.

Przegląd

Z pojęciem jakości w opiece zdrowotnej wiążą się takie zagadnienia, jak:

- standard,
- wskaźnik,
- struktura,
- proces,
- wynik [www1].

Standardy mogą dotyczyć wszystkich sfer działania w opiece zdrowotnej, w tym bezpośredniej opieki medycznej nad pacjentem, organizacji i zarządzania czy postępowania medycznego [www1]. Wskaźnik jakości jest ilościową miarą tego, w jakim stopniu zalecany standard jest realizowany, czyli jest miarą realizacji standardu. Opracowanie odpowiednich wskaźników wymaga zbierania danych i umiejętności ich przetwarzania. Wskaźniki mogą być wskaźnikami pozytywnymi (im wyższy tym lepiej) lub negatywnymi (im wyższy tym gorzej) [www1].

Wśród wskaźników jakości w opiece zdrowotnej można wyróżnić następujące wskaźniki:

- wskaźniki minimum – muszą być osiągnięte w 100%,
- wskaźniki maksimum – dotyczą celu stanu idealnego, mogą być realizowane w < niż 100%,
- wskaźniki zdarzeń pożądanых – odnoszą się do zdarzeń oczekiwanych,
- wskaźnik zdarzeń niepożądanych – dotyczą zjawisk, które nie powinny mieć miejsca, przekroczenie pewnego minimalnego progu dla takiego wskaźnika świadczy o złej jakości świadczeń,
- wskaźniki proporcjonalne – dotyczą zdarzeń, które zawsze pomimo wysokiej jakości występują z pewną częstotliwością, wartość progową stanowi przeciętna występowania tego zjawiska,
- wskaźnik strażnicze – dotyczą zdarzeń niebezpiecznych, ich wartość powinna wynosić 0% [www1].

Wskaźniki jakości stosowane w danej jednostce opieki zdrowotnej mogą być:

- uniwersalne, czyli wypracowane przez towarzystwa czy organizacje zajmujące się jakością i nadające się do wykorzystania w każdym zakładzie opieki zdrowotnej,
- indywidualne, czyli wypracowane przez dany zakład (np. zespół do spraw jakości) na wewnętrzny użytek zakładu [www1].

Przy pomocy wskaźników można oceniać:

- jakość struktury danej jednostki, czyli zasoby ludzkie i kapitałowe danej jednostki,
- jakość procesów, czyli postępowanie w danej jednostce,
- jakość wyników [www1].

Na strukturę danej jednostki, dla której określa się standardy i wskaźniki składa się:

- baza lokalowa – każdy zakład opieki zdrowotnej oraz praktyki prywatne muszą spełniać określone prawem wymagania dotyczące lokalu, w którym są udzielane świadczenia zdrowotne,
- sprzęt medyczny – w jednostkach opieki zdrowotnej może być używany sprzęt medyczny o określonych parametrach i spełniający określone prawem normy,
- produkty lecznicze oraz materiały medyczne – spełniające określone wymagania,
- personel, w tym w szczególności personel medyczny, o określonych kwalifikacjach, uprawnieniach [www1].

Proces w danej jednostce rozumiany jest jako całość postępowania z pacjentem od momentu wejścia do zakładu do momentu wyjścia z zakładu. Standardy i wskaźniki odnoszące się do procesu mogą dotyczyć:

- zakażeń wewnątrzszpitalnych,
- powikłań pooperacyjnych,
- powtórnych hospitalizacji,
- sprawności reagowania na sytuacje zagrożenia zdrowia i życia [www1].

Punktem końcowym jakości są jednak wyniki, jakie osiąga się w ramach opieki medycznej. Pomiar wyników działań bezpośrednio wskazuje na poziom jakości świadczonych usług.

Wśród wskaźników wyników można wyróżnić wskaźniki ogólne (np. średni czas hospitalizacji) lub szczegółowe (np. wskaźnik inwalidztwa). Wyniki zależą zarówno od struktury, jak i od procesu [www1].

W ramach programu standardów akredytacyjnych wyróżnia się między innymi standard „Kontrola Zakażeń”.

Zakażenia szpitalne jako zjawisko nieodłącznie związane z podmiotami leczniczymi stanowią zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów oraz decydują o powodzeniu leczenia. Zdecydowana większość wszystkich zakażeń szpitalnych to zakażenia pacjentów hospitalizowanych na oddziałach intensywnej opieki medycznej, ale również w opiece długoterminowej, więc głównym celem jest zmniejszenie ich liczby poprzez zastosowanie adekwatnych działań, np. zapewnienie nadzoru epidemiologicznego [Maciejewski i Misiewska-Kaczur, 2008].

Częstość zakażeń i ich specyfika zależy przede wszystkim od czynników związanych z pacjentem (np. ryzyka związane z osobą i wrażliwością pacjenta) oraz od tych wynikających ze specyfiki środowiska opieki i inwazyjnych procedur z pogranicza diagnostyki i leczenia oraz pielęgnowania, jak również czasu hospitalizacji [Wieder-Huszla, 2010].

Kluczowe dla sukcesu terapeutycznego staje się poznanie częstości i uwarunkowań zakażeń, co pozwala na weryfikację metod i standardów postępowania profilaktycznego oraz terapeutycznego. Wtedy jednoznacznie można stwierdzić, że prowadzona jest w podmiocie leczniczym prawidłowa kontrola i zwalczanie zakażeń.

Podstawą określania częstości występowania zakażeń szpitalnych jest ich systematyczna rejestracja. Uzyskanie poprawy sytuacji epidemiologicznej gwarantuje w dużej mierze zaprojektowanie oraz budowa nowoczesnego systemu kontroli zakażeń szpitalnych. Wdrożenie procedur medycznych w zakresie profilaktyki zakażeń szpitalnych oraz ciągły nadzór i bieżące monitorowanie ich przestrzegania w znacznym stopniu obniża liczbę zakażeń [Dziwina i Ksykiewicz –Dorota, 2012].

Trzeba więc w ramach wymagań normy międzynarodowej ISO 9001:2015 i/lub Programu Standardów Akredytacyjnych CMJ wypracować skuteczne procedury w zakresie systematycznego, szczegółowego gromadzenia oraz przetwarzania danych, a także wprowadzenia aktywnej rejestracji zakażeń. Działalność zespołów ds. kontroli zakażeń (jak również komitetów ds. kontroli zakażeń) staje się kluczowa i niekiedy decydująca w szybkości zbierania danych oraz ich analizy. Dzięki systemowi czynnej rejestracji zakażeń szpitalnych stan i przegląd sytuacji epidemiologicznej szpitala staje się transparentny. Czynna a nie bierna rejestracja zakażeń obniża ryzyko w szpitalu, a współpraca personelu medycznego, tzw. pielęgniarek łącznikowych i zespołu ds. kontroli zakażeń daje efekt synergii i przynosi spodziewane efekty. W rejestracji zakażeń pomaga w wielu szpitalach informatyzacja, przy której usprawniono przy pomocy programów użytkowych monitorowanie i rejestrację zakażeń szpitalnych. Dzięki programom użytkowym jest bezpośredni wgląd lekarza prowadzącego i pielęgniarki epidemiologicznej np. w wyniki badań mikrobiologicznych, szybka komunikacja (w momencie wykrycia) w przypadku potrzeby podejmowania działań zapobiegawczych lub korekcyjnych. Zdecydowanym atutem wspomagania procesów wewnętrznych związanych z kontrolą zakażeń szpitalnych programami komputerowymi jest bardzo szybka możliwość dokonywania zestawień, raportów, analiz i statystyk. Informacje tak zebrane dają szansę profesjonalistom zajmującym się kontrolą zakażeń na podejmowanie we właściwym czasie działań prewencyjnych [Dzierżanowska i Jeliaszewicz (red), 1999].

W Standardzie określono, że „profilaktyka i terapia zakażeń to jeden z najbardziej istotnych aspektów jakości opieki. Nadzór nad zakażeniami powinien uwzględniać: opracowanie i wdrożenie procedur higienicznych, szkolenia pracowników, monitorowanie i analizowanie danych oraz podejmowanie działań dla poprawy. Personel medyczny powinien otrzymywać informacje zwrotne o wynikach prowadzonych działań. Systematyczne monitorowanie i zapobieganie zakażeniom jest zadaniem wszystkich zatrudnionych w szpitalu” [www2].

Standard Kontrola Zakażeń (KZ) zawiera następujący zestaw standardów wymienionych poniżej:

„KZ 1 W szpitalu prowadzi się działania redukujące ryzyko zakażeń. Redukowanie ryzyka zakażeń obejmuje:

- KZ 1.1 efektywne funkcjonowanie zespołu i komitetu ds. kontroli zakażeń,
- KZ 1.2 mycie i dezynfekcję rąk,
- KZ 1.3 sprzątnięcie i dekontaminację pomieszczeń szpitalnych,
- KZ 1.4 mycie i dekontaminację sprzętu użytkowego,
- KZ 1.5 mycie, dezynfekcję i sterylizację sprzętu medycznego,
- KZ 1.6 postępowanie z bielizną szpitalną,

- KZ 1.7 stosowanie środków ochrony osobistej,
- KZ 1.8 szczepienia personelu,
- KZ 1.9 postępowanie po ekspozycji zawodowej,
- KZ 1.10 izolację chorych zakażonych oraz pacjentów o podwyższonym ryzyku zakażenia,
- KZ 1.11 identyfikację i wygaszanie ogniska epidemicznego.
- KZ 2 W szpitalu wdrożono program monitorowania zakażeń.
- KZ 2.1 W szpitalu przyjęto kryteria rozpoznawania zakażeń.
- KZ 2.2 W szpitalu prowadzona jest walidacja danych o zakażeniach.
- KZ 3 W szpitalu prowadzona jest analiza dotycząca szczepów wieloopornych.
- KZ 4 Kierownictwo i personel szpitala regularnie zapoznają się z wynikami monitorowania zakażeń.
- KZ 5 Personel systematycznie uczestniczy w szkoleniach dotyczących zakażeń szpitalnych.
- KZ 6 W szpitalu wdrożono program racjonalnej polityki antybiotykowej.
- KZ 7 W szpitalu wdrożono antybiotykową profilaktykę okołozabiegową” [www2].

W standardzie określono również, że „w szpitalu prowadzi się działania redukujące ryzyko zakażeń.

W szpitalu powinny zostać opracowane i wdrożone skoordynowane procedury redukcji ryzyka endemicznych i epidemicznych zakażeń u pacjentów i osób zatrudnionych. Procedury powinny być zgodne z obowiązującym prawem i aktualną wiedzą medyczną, zweryfikowane przez zespół i komitet kontroli zakażeń, dostosowane do specyfiki szpitala, liczby leczonych pacjentów, charakterystyki populacji objętej opieką, liczby personelu. Efektywne wdrożenie procedur wymaga określenia osób odpowiedzialnych, edukacji personelu i właściwej koordynacji w szpitalu” [www2].

Ponadto zgodnie ze Standardem „w szpitalu wdrożono program monitorowania zakażeń”.

Monitorowanie jest pierwszym etapem działań zmierzających do redukcji ryzyka zakażeń w szpitalu. Polega na wyszukiwaniu, rejestracji oraz analizie danych. Zebrane i przeanalizowane dane stanowią podstawę do podejmowania celowych działań. Program monitorowania powinien uwzględniać dane epidemiologiczne istotne dla szpitala uzyskiwane z:

- a) oddziałów,
- b) przychodni/ambulatoriów,
- c) izby przyjęć/oddziału ratunkowego,
- d) laboratorium mikrobiologicznego,
- e) apteki.

W zależności od typu szpitala, rodzaju świadczonych usług i pacjentów objętych opieką monitorowanie dotyczy w szczególności zakażeń:

- a) miejsca operowanego,
- b) dróg moczowych,
- c) dróg oddechowych, w tym zapalenia płuc u pacjentów leczonych respiratorem,
- d) łożyska naczyniowego (sepsa pierwotna, sepsa odcewnikowa),
- e) krwiopochodnych” [www2].

W bardziej ogólny sposób również w normie ISO 9001:2015 określono wymagania dotyczące monitorowania, pomiarów, analiz i oceny, które również dotyczą różnych aspektów dokonań placówki medycznej w tym szczególnie kontroli zakażeń w rozdziale pt. „Ocena efektów działalności (pkt 9.1. Monitorowanie, pomiary, analiza i ocena, ppkt 9.1.1. Postanowienia ogólne).

Zgodnie z tymi wymaganiami normy „organizacja powinna określić:

- a) co należy monitorować i mierzyć;
- b) metody monitorowania, pomiarów, analizy i oceny, stosownie do potrzeb, w celu zapewnienia poprawności wyników;
- c) kiedy należy monitorować i wykonywać pomiary;
- d) kiedy należy analizować i oceniać wyniki monitorowania i pomiarów.

Organizacja powinna ocenić efekty działalności i skuteczność systemu zarządzania jakością.

Organizacja powinna przechowywać odpowiednie udokumentowane informacje jako dowód wyników” [Norma PN-EN ISO 9001:2015-10].

Wnioski

Wprowadzono w ramach planowania jakości w analizowanym szpitalu, w ramach systemu zarządzania jakością zgodnego z normą międzynarodowa ISO 9001:2015, następujące cele jakościowe w niektórych komórkach organizacyjnych szpitala, które z jednej strony spełniają standardy akredytacyjne (w tym w grupie „Kontrola zakażeń - KZ”), a z drugiej strony spełniają wymagania normy międzynarodowej ISO 9001:2015:

- zwiększenie o wskaźnik zadeklarowanych pacjentów,
- skrócenie czasu oczekiwania pacjenta do rejestracji,
- zmniejszenie wskaźnika drobnoustrojów chorobotwórczych w kratkach odpływowych wanienek w salach chorych,
- zwiększenie wskaźnika karmienia naturalnego,
- zmniejszenie wskaźnika drobnoustrojów występujących na rękach personelu pielęgniarskiego,
- zmniejszenie wskaźnika odleżyn nabytych,
- zmniejszenie ilości odczynów zapalnych występujących podczas założonych wkłuc obwodowych w oddziałach,
- zmniejszenie wskaźnika odczynu zapalnego po założeniu wkłucia obwodowego,
- zmniejszenie mikrobiologicznego zanieczyszczenia powierzchni,
- zmniejszenie wskaźnika nacięć krocza,
- zmniejszenie liczby błędów przedlaboratoryjnych związanych z jakością dostarczonego do badań laboratoryjnych materiału,
- zmniejszenie wskaźnika występowania mikrobiologicznego zanieczyszczenia powierzchni na salach operacyjnych,
- zmniejszenie wskaźnika występowania zanieczyszczenia mikrobiologicznego powierzchni w zakładzie,
- zapobieganie wypadkom przy pracy i zdarzeniom potencjalnie wypadkowym,
- podniesienie kwalifikacji pielęgniarek w dziedzinie szczepień ochronnych,
- zmniejszenie kosztów kasacji leków przeterminowanych z oddziałów.

Tabela 1 Wyniki: Raport zbiorczy z realizacji wybranych celów jakościowych w kolejnych kwartałach
Table 1. Results: Summary Report on the implementation of selected quality objectives in the coming quarters

Nr celu	Cel jakościowy	Komórka organizacyjna odpowiedzialna za realizację	Wynik kwartał I	Wynik kwartał II	Wynik kwartał III
4	Zmniejszenie wskaźnika drobnoustrojów chorobotwórczych w kratkach odpływowych wanienek w salach pacjentów o 5%	Oddział Dziecięcy	19 kontroli czystości mikrobiologicznej, w 8 badaniach drobnoustroje, cel w trakcie realizacji	wykonano 22 kontrole czystości, w 6 kratkach stwierdzono drobnoustroje – celu nie osiągnięto	wykonano 22 kontrole czystości kratak, w 5 stwierdzono drobnoustroje – cel nie osiągnięty
8	Zmniejszenie wskaźnika drobnoustrojów występujących na rękach personelu pielęgniarskiego o 60%	Oddział Urazowy	12 kontroli czystości rąk, u 1 osoby stwierdzono drobnoustroje, cel w trakcie realizacji	cel w trakcie realizacji	wykonano 9 kontroli rąk, 1 osoba obecność drobnoustroju – nie osiągnięto celu, cel w trakcie realizacji
11	Zmniejszenie mikrobiologicznego zanieczyszczenia powierzchni w OiOM z 23% do 19%	Oddział Intensywnej Opieki Medycznej	pobrano 46 wymazów, w 11 wyhodowano drobnoustroje, cel w trakcie realizacji	pobrano 70 wymazów, w 17 wyhodowano drobnoustroje (23,18%) – nie osiągnięto celu	pobrano 87 wymazów, w 17 wyhodowano drobnoustroje – nie osiągnięto celu
22	Zmniejszenie wskaźnika występowania mikrobiologicznego zanieczyszczenia powierzchni na salach operacyjnych Bloku Operacyjnego o 15%	Blok Operacyjny	pobrano 68 próbek, wskaźnik 11%, badanie w trakcie realizacji, zaplanowano zmniejszenie o 1,1%) cel w trakcie realizacji	97 próbek, wskaźnik wynosił 17% (w poprzednim okresie 11%, cel niezrealizowany -zaplanowano zmniejszenie o 1,1%)	pobrano 70 próbek, wskaźnik wynosił 10%, w poprzednim okresie wskaźnik 17%., cel osiągnięto, zmniejszenie o 1,1%)

24	Zmniejszenie wskaźnika występowania zanieczyszczenia mikrobiologicznego powierzchni w Zakładzie o 15%	Zakład Pielęgnacyjny	zmniejszenie o 5%, na pobranych 21 próbek wskaźnik wyniósł 15%), celu nie osiągnięto.	nie uzyskano zmniejszenia o 15%), pobrano 16 prób), cel nie osiągnięty	zmniejszono o 33% (pobrano 16 próbek), cel osiągnięty
----	---	----------------------	---	--	---

Źródło: Opracowanie własne.

Source: own study.

Są komórki organizacyjne, które nie mogły dotychczas zrealizować celu i w dalszym ciągu kontynuują jego realizację:

- zmniejszenie wskaźnika drobnoustrojów występujących na rękach personelu pielęgniarskiego o 60% (Oddział Urazowy).
- sukcesywną poprawę w realizacji celów w następujących po sobie okresach sprawozdawczych wykazały następujące komórki organizacyjne:
- (Blok Operacyjny) – zmniejszenie wskaźnika występowania mikrobiologicznego zanieczyszczenia powierzchni na salach operacyjnych Bloku Operacyjnego o 15%;
- (Zakład Pielęgnacyjny) – zmniejszenie wskaźnika występowania zanieczyszczenia mikrobiologicznego powierzchni w Zakładzie o 15%.
- Niektóre cele ustalono zbyt ambitnie:
- zmniejszenie mikrobiologicznego zanieczyszczenia powierzchni w OiOM z 23% do 19% (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej) – nie osiągnięty

Rekomendacje i propozycje

1. Ustalić cele strategiczne będące wytycznymi polityki jakości i wskaźniki ich monitorowania.
2. W kolejnych kwartałach warto byłoby doprecyzować cele jakościowe, dobrać wskaźniki, a szczególnie określić bardziej realne dopuszczalne i akceptowalne poziomy do osiągnięcia.
3. W kolejnym roku ustalić cele jakościowe na cały rok i monitorować jak uprzednio w okresie kwartalnym ich realizację (wydanie zarządzenia wewnętrznego pod koniec poprzedniego roku).
4. W szpitalu cele, które zostały osiągnięte, dalej należałoby monitorować.
5. W ramach rozwoju systemu zarządzania należałoby rozwinąć listę celów ogólnoszpitalnych, tj. obecnie stosowane: wskaźnik wynikający z analizy z zakażeń wewnątrzszpitalnych oraz zaproponować wskaźniki monitorowania poza obecnie stosowanymi, tj.: wskaźnik zdarzeń niepożądanych

Piśmiennictwo

1. Bogusz H. 2008. *Przydatność wskaźników oceny funkcjonowania w placówkach medycznych Wszechnocne liczby*. Menedżer Zdrowia. (6):40-41, 42.
2. Dzierżanowska D, Jeliaszewicz J (red). 1999. *Zakażenia szpitalne*. Bielsko-Biała: Wydawnictwo alfa-medica press.
3. Dziewa M. 2012. *Metody monitorowania i rejestracji zakażeń szpitalnych*. Hygeia Public Health, 47(1): 56-63.
4. Kludacz M. 2010 *Model pomiaru dokonań szpitali w zakresie jakości – projekt Światowej Organizacji Zdrowia*. Systemy zarządzania kosztami i dokonaniem. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu: 222-229.
5. Maciejewski D., Misiewska-Kaczur A. 2008. *Zakażenia w oddziałach intensywnej terapii. Zakażenia szpitalne*. [w:]. Dzierżanowska D. Bielsko-Biała: Wydawnictwo Mediapress:249–265.
6. PN-EN ISO 9001:2015-10 - wersja polska, *Systemy zarządzania jakością – Wymagania*, 2016, Polski Komitet Normalizacyjny, 17-19.
7. Wieder-Huszla S. 2010. *Monitorowanie zakażeń szpitalnych na oddziale intensywnej terapii medycznej*. Szczecin: Wydawnictwo Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. 56, 3: 20–29.

Odwołania do stron internetowych:

www1-www.mz.gov.pl

www2- www.cmj.org.pl