

4.9

Część 4

Nowe trendy społeczne i technologiczne jako wyzwanie dla współczesnych organizacji

Agnieszka Kister*

Zapewnienie bezpieczeństwa pacjenta – wyzwania dla teorii i praktyki

Streszczenie

Celem opracowania jest ukazanie wyzwań dla teorii nauki o zarządzaniu i jakości, ale także wyzwań dla praktyki – w związku z potrzebą ochrony bezpieczeństwa pacjenta, co przekłada się na bezpieczeństwo zdrowotne społeczeństwa.

Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom jest kluczowym zadaniem państw. Jest to nie tylko poważny problem zdrowotny i obciążenie ekonomiczne ograniczonych zasobów w dziedzinie ochrony zdrowia, ale także zadanie dla podmiotów leczniczych, gdyż wykonywanie funkcji narzuconych przez system ochrony zdrowia leży w ich gestii. Ważne jest zatem korzystanie ze sprawdzonych metod, koncepcji i narzędzi, jakie są dorobkiem nauki o zarządzaniu i jakości. W wypełnianiu powyższych zaleceń ujawnia się kluczowa rola zarządzających podmiotami leczniczymi w adaptowaniu nowych rozwiązań, które doprowadzą do zmniejszenia ryzyka występowania błędów medycznych, poprawy jakości świadczeń zdrowotnych i zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta przy rozsądnym korzystaniu z nowych technologii informacyjnych i komunikacyjnych. Nieuniknione jest zatem czerpanie z dorobku nauki o zarządzaniu i jakości, z uwzględnieniem dobrych praktyk profesjonalistów w obszarze ochrony zdrowia. W celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta konieczne

* Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, ORCID: 0000-0001-9571-8792

jest aplikowanie narzędzi wypracowanych nie tylko w dziedzinie nauk społecznych, ale także nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz nauk ścisłych.

Dokonano analizy literatury z lat 2010–2019.

Słowa kluczowe: zarządzanie jakością, bezpieczeństwo pacjenta, zdarzenia niepożądane, błędy medyczne

Ensuring Patient Safety – Challenges to Theory and Practice

Abstract

The aim of the study is to show the challenges for the theory of management science and quality, but also the challenges for practice, in relation to the need to protect patient safety, which translates into the health security of society. Ensuring patient safety is a key issue for countries. It is not only a serious health problem and the economic burden of limited resources in the field of health care, but also a task for medical entities, as it is up to them to perform the imposed tasks by the health care system. It is therefore important to use proven methods, concepts and tools, which are a legacy of management science and quality. In fulfilling the above recommendations, the key role of managers of treatment providers in adapting new solutions that will lead to reducing the risk of medical errors, improving the quality of health services and ensuring patient safety while making prudent use of new information and communication technologies is revealed. It is therefore unavoidable to draw on the achievements of management science and quality, while taking into account the good practices of health professionals. In order to ensure patient safety, it is necessary to apply tools developed not only in the field of social sciences, but also medical and health sciences and the sciences. An analysis of the literature from the years 2010–2019 was carried out, the selection of which was guided by the keywords: quality management, patient safety, adverse events, medical errors.

Keywords: quality management, patient safety, adverse events, medical errors

Wprowadzenie

W gestii państwa leży rozwiązywanie kluczowych problemów związanych ze starzeniem się społeczeństw, rozwojem chorób i zapewnieniem bezpieczeństwa pacjentom w trakcie świadczenia usług zdrowotnych. Było to przedmiotem dyskusji Rady Unii Europejskiej (RUE), która zaleceniem z dnia 9 czerwca 2009 r. odniosła się do kwestii niedostatecznego poziomu bezpieczeństwa pacjentów, wskazując jednocześnie, że jest

to poważny problem zdrowotny i obciążenie ekonomiczne ograniczonych zasobów w dziedzinie ochrony zdrowia. Podkreślono, że przyczyną występowania zdarzeń niepożądanych są czynniki systemowe¹. Jednak wykonywanie narzuconych zadań przez system leży w gestii podmiotów leczniczych. Na nich ciąży obowiązek nie tylko wypełniania zadań, ale także eliminowania zagrożeń, na jakie narażeni są hospitalizowani pacjenci. Priorytetem jest takie postępowanie, by uniknąć zdarzeń niepożądanych. RUE zwraca również uwagę na inny obszar, który jest ściśle powiązany z bezpieczeństwem pacjentów – są to technologie informacyjne i komunikacyjne, które mogą stanowić zagrożenie.

W wypełnianiu powyższych zaleceń RUE ujawnia się kluczowa rola zarządzających podmiotami leczniczymi w adaptowaniu nowych rozwiązań, które doprowadzą do zmniejszenia ryzyka występowania błędów medycznych, poprawy jakości świadczeń zdrowotnych i zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta przy rozsądnym korzystaniu z nowych technologii informacyjnych i komunikacyjnych. Nieuniknione jest zatem czerpanie z dorobku nauki o zarządzaniu i jakości, z uwzględnieniem dobrych praktyk profesjonalistów w obszarze ochrony zdrowia.

Celem opracowania jest ukazanie wyzwań dla teorii nauki o zarządzaniu i jakości, ale także wyzwań dla praktyki, w związku z potrzebą ochrony bezpieczeństwa pacjenta, co przekłada się na bezpieczeństwo zdrowotne społeczeństwa. Realizacja nowych wyzwań wymaga współpracy nauki i praktyki oraz stałego doskonalenia procesu transferu wyników badań naukowych do różnych interesariuszy.

W opracowaniu podjęto próbę odpowiedzi na następujące pytania badawcze: Jak definiowane jest zapewnienie bezpieczeństwa pacjenta z punktu widzenia nauk o zarządzaniu i jakości? Jakie koncepcje i narzędzia zarządzania są wykorzystywane w związku z zapewnieniem bezpieczeństwa pacjenta? Jakie można wyróżnić obszary badawcze w naukach o zarządzaniu i jakości z związku z tym problemem?

Dokonano analizy literatury z lat 2010–2019 dostępnej w bazie Medline i Ebsco, przy doborze której kierowano się słowami kluczowymi: zarządzanie jakością, bezpieczeństwo pacjenta, zdarzenia niepożądane, błędy medyczne.

Istota zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta

Sformułowanie „zapewnienie bezpieczeństwa pacjenta” (ZBP) nie jest dostatecznie zdefiniowane w literaturze. Dlatego też należy najpierw wyjaśnić znaczenie pojęcia „bezpieczeństwo pacjenta” (BP), które jest powszechnie formułowane głównie

¹ Zalecenia Rady Unii Europejskiej z dnia 9 czerwca 2009 r. w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną, Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej z 2009 r., C 151/1.

w naukach o zdrowiu, ale także coraz powszechniej w naukach o zarządzaniu i jakości. W obu naukach BP wiąże się z wysoką jakością podejmowanych działań w różnych obszarach: opiece zdrowotnej, zarządzania procesami (m.in. w celu kształtowania i doskonalenia struktur organizacyjnych podmiotu leczniczego), zarządzania wiedzą, zarządzania ryzykiem, zarządzania zasobami ludzkimi². Z punktu widzenia nauk o zdrowiu BP jest elementem jakości opieki zdrowotnej rozumianej jako efektywność, terminowość, skuteczność i sprawiedliwość³. Odnosi się do stopnia wykonywania zgodnie ze stanem wiedzy świadczeń zdrowotnych, które zwiększają możliwość wystąpienia lepszych wyników zdrowotnych. BP zostało także zdefiniowane przez RUE: „oznacza stan, w którym pacjent nie doznaje niepotrzebnej rzeczywistej szkody ani nie jest narażony na potencjalną szkodę w związku z opieką zdrowotną”.

Zapewnienie bezpieczeństwa wyraża się przez pryzmat zadań, jakie ma do spełnienia np. państwo czy organizacja, przez pryzmat standardów postępowania⁴. Można zatem sformułować definicję zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta: ZBP oznacza przyjęcie określonych przez państwo i podmioty lecznicze standardów postępowania mających na celu eliminację zagrożeń dla zdrowia i życia pacjentów, przy czym standardy narzucają zadania, jakie muszą realizować podmioty lecznicze w związku z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych. Dotyczy to nie tylko standardów medycznych, ale także jakości.

Bezpieczeństwo pacjenta – różne podejścia do badań

Rozwój badań klinicznych nad zdrowiem i, tym samym, nad bezpieczeństwem pacjenta, w sposób naturalny wymusza rozwój teorii innych nauk, także teorii zarządzania jakością. Zmianom ulegało rozumienie pojęcia jakości. Początkowo jakość rozumiana była jako obniżenie wskaźnika śmiertelności pacjentów czy zgodność elementów i systemu norm związanych z systemem. To podejście ewoluowało w kierunku badania spełniania

² M. Wiśniewska, *Błędy ludzkie i just culture*, „Problemy Jakości” 2019, t. 51, nr 10, s. 9–14; J. Battard *Nonpunitive Response to Errors Fosters a Just Culture*, „Nurs Manage” 2017, vol. 48, no. 1, s. 53–55; M.H. Lawati, S. Dennis, S.D. Short, N.N. Abdulhadi, *Patient Safety and Safety Culture in Primary Health Care: A Systematic Review*, „BMC Fam Pract.” 2018, no. 19, s. 104; M. Wiśniewska, A. Jasiak-Kujawska, *Analiza przyczyn zakażeń medycznych z wykorzystaniem ważonego diagramu Ishikawy*, „Zarządzanie i Finanse” 2012, nr 10(3), s. 328–343; Z. Zymonik, M. Fiałkowska, *Dojrzałość kultury bezpieczeństwa pacjenta w opiece zdrowotnej*, w: *Dojrzałość w odniesieniu do klienta i sfery usług*, E. Skrzypek (red.), Wydawnictwo Katedra Zarządzania Jakością i Wiedzą, Lublin, 2013, s. 11–118.

³ Institute of Medicine, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st century*, National Academy Press, Washington, DC 2001, s. 164–180.

⁴ Por. *Standardy zapewnienia bezpieczeństwa obiektów infrastruktury krytycznej w kontekście zagrożeń terrorystycznych*, <https://rcb.gov.pl/standardy-zapewnienia-bezpieczenstwa-objektow-infrastruktury-krytycznej-w-kontekscie-zagrozen-terrorystycznych/> (dostęp: 2.01.2020).

standardów, w tym standaryzacji opieki, czynników mających wpływ na poprawę średniej długości życia, jakości życia, możliwości diagnostycznych i terapeutycznych, a także skuteczności metod leczenia. Zmieniał się również cel zarządzania jakością w opiece zdrowotnej. Nie wystarczało ukierunkowanie na wynik, na ulepszenie poszczególnych elementów struktury organizacyjnej placówki świadczącej usługi zdrowotne. Wyniknęła zatem potrzeba analizowania procesów opieki zdrowotnej, doskonalenia jakości usług i jej oceny przez pryzmat wyników, oceny skuteczności świadczenia usług zdrowotnych, a także zarządzania efektywnością pracy w podmiotach leczniczych i wreszcie zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta⁵.

Ukazane powyżej zmiany podejścia do ZBP odbywały się przy wsparciu koncepcji zarządzania jakością, a także metod i technik. Kluczowy wpływ miała niewątpliwie koncepcja traktowania szpitala i jego działalności jak przedsiębiorstwa i tzw. produkcji usług⁶. W takim rozumieniu praktyka wykorzystania narzędzi zarządzania jakością⁷ stała się praktyką podmiotów leczniczych. Dowody na aplikację tych narzędzi w opiece zdrowotnej są coraz częstsze. Świadczą o tym korzyści ze stosowania koncepcji *Total Quality Management* wpływającej na ZBP, choć propozycja wykorzystania TQM w obszarze ochrony zdrowia – koncepcja autorstwa I. Sila i M. Ebrahimpour – pojawiła się dopiero w 2002 r.⁸

Inne badania wskazują na korzyści z zastosowania narzędzia zarządzania jakością – QFD⁹. Wyniki potwierdzają, że QFD nie ma na celu zastąpienia narzędzi zarządzania jakością stosowanych w szpitalach, a jedynie integrowanie różnych narzędzi w celu zaspokojenia potrzeb pacjentów. Przydatność QFD wyraża się w potrzebie identyfikacji czynników mających wpływ na poprawę jakości: zachowanie empatii wobec pacjenta i zdolności reagowania na jego oczekiwania. W badaniach przeprowadzonych przez: A. Mwachofi, S.L. Walston oraz B.A. Al.-Omar wykazano, że zdolność do szybkiego reagowania na błędy, prowadzenie systemu szkoleń, korzystanie ze wsparcia informatycznego oraz stosowanie poufnego systemu zgłaszania błędów mają największe znaczenie spośród analizowanych czynników poprawiających jakość świadczeń. Rozpatrywanie

⁵ A. Kister, *Koszty niezgodności w doskonaleniu jakości zarządzania szpitalem publicznym*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2018; B. Buchelt, *Koncepcja systemu zarządzania efektywnością pracy personelu medycznego w szpitalach*, „Zeszyty Naukowe/Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie. Seria Specjalna”, Monografie, Kraków 2017, nr 254.

⁶ M. Kęsy, J. Stępniewski, P. Karniej (red.), *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.

⁷ Za narzędzia przyjęto metody i techniki zarządzania jakością zaprezentowane w: J. Łuczak, A. Matuszak-Flejszman, *Metody i techniki zarządzania jakością. Kompendium wiedzy*, Quality Progress, Poznań 2007.

⁸ Więcej na temat analizy trendów w zarządzaniu jakością: S. Wawak, P. Rogala, Su Mi Dahlgaard-Park, *Research Trends in Quality Management*, „International Journal of Quality” 2020 (w druku).

⁹ I. Gremyr, H. Raharjo, *Quality Function Deployment in Healthcare: A Literature Review and Case Study*, „International Journal of Health Care Quality Assurance” 2013, vol. 26, no. 2, s. 135–146; C.K.M. Lee, C.T.Y. Ru, C.L. Yeung, K.L. Choy, W.H. Ip, *Analyze the Healthcare Service Requirement Using Fuzzy QFD*, „Computers in Industry” 2015, no. 74, s. 1–15.

problemu BP w naukach o zarządzaniu i jakości wiąże się z opracowaniem odpowiednich strategii dla wdrażania inicjatyw TQM, koncepcji, która integruje pracowników i kierownictwo w celu zapewnienia jakości przy realizacji procesów świadczenia usług zdrowotnych. Istotne zatem jest badanie czynników, które wpływają na postrzeganie bezpieczeństwa pacjentów przez personel medyczny, w tym czynników socjoorganizacyjnych¹⁰, a także pomiar efektywności realizowanych działań przy wsparciu zrównoważonej karty wyników¹¹.

W nauce o zarządzaniu i jakości kwestie dotyczące zagrożeń bezpieczeństwa pacjenta są szczególnym przedmiotem rozważań z uwagi na dosyć często poruszaną problematykę kosztów błędów. Pojawiające się w toku wykonywania świadczeń usług zdrowotnych koszty błędów medycznych i zdarzenia niepożądane należy utożsamiać z kosztami jakości i źródłami ich powstawania. Rozpatrując działalność podmiotów leczniczych, należy dodatkowo uwzględnić koszty błędów administracyjnych stanowiące zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjenta. Wsparciem jest z całą pewnością dorobek nauk o zdrowiu, w których identyfikowane są kolejne, istotne zagrożenia bezpieczeństwa pacjenta¹²:

- niedostosowanie się do modelu opieki nad pacjentem, na który składa się pogłębianie wiedzy medycznej, i do standardów medycznych,
- większe ryzyko popełnienia błędów medycznych na skutek leczenia złożonych przypadków medycznych, a także stosowania skomplikowanych procedur.

Nauka o zarządzaniu i jakości dysponuje metodami, które te zagrożenia niwelują. Zapobieganie zdarzeniom niepożądanym jest możliwe dzięki monitorowaniu zdarzeń niepożądanych i analizie kosztów błędów. Ułatwieniem staje się opracowanie wewnętrznego systemu ewidencji takich zdarzeń uwzględniającego wszelkie zagrożenia: ze strony personelu medycznego, urządzeń, procesu i procedur w procesie świadczenia usług zdrowotnych, a więc wzięcie pod uwagę także procesu diagnozowania pacjentów i pojawiających się błędów w badaniach laboratoryjnych, błędów w postaci niewłaściwego przechowywania i transportu leków, niewłaściwych opisów wykonywanych procedur czy błędów w skierowaniach.

Orientacja na pacjenta wymaga integrowania komponentów świadczenia usług i ciągłego wdrażania programów poprawy jakości. Niezbędne jest prowadzenie stałej

¹⁰ A. Mwachofi, S.L. Walston, B.A. Al.-Omar, *Factors Affecting Nurses' Perceptions of Patient Safety*, "International Journal of Health Care Quality Assurance" 2011, vol. 24, no. 4, s. 274–283.

¹¹ M. Cygańska, *Wykorzystanie Zrównoważonej Karty Wyników w podmiotach leczniczych – studium przypadków*, „Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów” 2013, nr 129, s. 97–113; M. Jaworzyńska, *Zastosowanie Strategicznej Karty Wyników w szpitalu – studium przypadku*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska”, Sectio H Oeconomia 2015, nr 49(4), s. 177–184; B. Kollberg, M. Elg, *The Practice of the Balanced Scorecard in Health Care Services*, "International Journal of Productivity and Performance Management" 2011, vol. 60, no. 5, s. 427–445.

¹² T. Gwizdak, *Bezpieczeństwo pacjenta w szpitalu*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2008, nr 1–2(16).

oceny jakości realizowanych usług zarówno przez wewnętrzne organy w postaci audytów jakości, jak i zewnętrzne organizacje akredytacyjne, certyfikujące i kontrolujące działalność podmiotów leczniczych¹⁵.

BP jest rozpatrywane w kontekście kultury bezpieczeństwa¹⁴. Ma ona ścisły związek z jakością opieki, gdyż jej przestrzeganie wpływa na zapobieganie błędom medycznym. Podjęcie badań nad kulturą wymusza badania strategii zapobiegania błędom i kluczowych czynników dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta¹⁵:

- pracy zespołowej i komunikacji oraz
- funkcjonowania systemu powiadamiania o błędach.

W toku badań prowadzonych przez T. Vinagre i R. Marques można dostrzec bezpośredni związek między istnieniem kultury bezpieczeństwa a zmniejszeniem liczby zdarzeń niepożądanych oraz potrzebą ciągłego zwiększania bezpieczeństwa systemu opieki zdrowotnej. Można także wskazać obszary badawcze nad ZBP:

- zarządzanie wiedzą – bezpieczeństwo pacjentów i zapobieganie błędom jest procesem, który obejmuje transformację instytucjonalną, mającą na celu ustanowienie strategii zapewniających jakość opieki i wdrożenie kultury bezpieczeństwa w instytucjach opieki zdrowotnej,
- badanie kultury bezpieczeństwa w podmiotach leczniczych – kultura bezpieczeństwa jest ważnym czynnikiem redukującym liczbę zdarzeń niepożądanych w szpitalach i poprawiającym bezpieczeństwo pacjenta, prowadzona jest analiza czynników kluczowych dla budowania kultury bezpieczeństwa w szpitalach¹⁶,
- badania strategii zarządzania w odniesieniu do błędów medycznych oraz działań zapobiegawczych i naprawczych – istotną kwestią jest także badanie strategii zarządzania ryzykiem¹⁷ w celu identyfikacji i zrozumienia praktyk związanych z popełnianiem błędów, analiza systemu powiadamiania o zdarzeniach niepożądanych.

Z analizy stale rosnącej liczby publikacji, w których poruszana jest problematyka opieki zdrowotnej i wykorzystania narzędzi zarządzania jakością wynika, że wciąż niezgłębionymi dostatecznie obszarami badawczymi są: zarządzanie procesami¹⁸, zarządzanie

¹⁵ Więcej o instytucjach kontrolujących: A. Kister, *op.cit.*

¹⁴ N.J. Verbakel, M. Langelaan, Verheij T.J., Wagner C., Zwart D.L., *Improving Patient Safety Culture in Primary Care: A Systematic Review*, „J Patient Saf.” 2016, vol. 12, no. 3, s. 152–158.

¹⁵ T. Vinagre, R. Marques, *Strategies for an Effective Safety Culture and Prevent Errors in Nursing: Literature Review*, „International Journal of Nursing” 2018, vol. 5, no. 1, s. 25–32.

¹⁶ R.E. Carvalho, L.P. Arruda, N.K. Nascimento *et al.*, *Assessment of the Culture of Safety in Public Hospitals in Brazil*, „Revista Latino-Americana de Enfermagem” 2017, no. 25.

¹⁷ P. Tworek, L. Kwiecińska-Bożek, *Menedżer ryzyka jako funkcja wspomagająca zarządzanie podmiotem leczniczym świadczącym usługi szpitalne*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2015, nr 410.

¹⁸ J. De Vries, R. Huijsman, *Supply Chain Management in Health Services: An Overview*, „Supply Chain Management: An International Journal” 2011, vol. 16, no. 3, s. 159–165.

wiedzą¹⁹, zarządzanie zaufaniem²⁰, stosowanie modeli dojrzałości organizacyjnej²¹, *lean healthcare*²², zarządzanie ryzykiem²³, wykorzystanie sztucznej inteligencji²⁴ oraz modeli logitowych i modeli logiki rozmytej²⁵.

Wnioski

ZBP wymaga współdziałania wielu interesariuszy: dostawców usług medycznych, pacjentów i personelu pomocniczego w celu uzyskania najlepszego z możliwych rezultatów leczenia. Niezmiernie ważne są systemowe, ale i wewnętrzne rozwiązania wdrażane w podmiotach leczniczych:

-
- ¹⁹ A. Krawczyk-Sołtys, *Zarządzanie wiedzą w szpitalach publicznych: identyfikacja poziomu i kierunki doskonalenia*, „Studia i Monografie. Uniwersytet Opolski” 2013, nr 485; E. Krzemień, R. Wolniak, *Procesy szkolenia i doskonalenia pracowników w ochronie zdrowia*, „Zeszyty Naukowe Wydziału Zamiejscowego w Chorzowie Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu” 2015, nr 17), *Przedsiębiorstwo XXI wieku w sieci powiązań – oblicza i perspektywy*, s. 163–176.
- ²⁰ K. Krot, I. Rudawska, *Zaufanie jako zasób systemowy w sektorze zdrowia – w świetle badania polskich pacjentów*, „Studia Ekonomiczne” 2018, nr 350, s. 42–53.
- ²¹ S. Cyfert, P. Chudziński, S. Sobczak, *Proces zarządzania strategicznego samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej*, „Acta Universitatis Nicolai Copernici. Zarządzanie” 2018, nr 45(3), s. 119–130.; M. Cholewa-Wiktor, A. Sitko-Lutek, *Benchmarking w publicznych zakładach opieki zdrowotnej*, „Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie, Politechnika Śląska” 2016, z. 97, s. 65–73.
- ²² J.J. Waring, S. Bishop, *Lean Healthcare: Rhetoric, Ritual and Resistance*, „Social Science & Medicine” 2010, vol. 71, no. 7, s. 1332–1340; T. Sloan, A. Fitzgerald, K.J. Hayes et al., *Lean in Healthcare from Employees’ Perspectives*, „Journal of Health Organization and Management” 2014; M. Wiśniewska, E. Koniecznyńska, *Lean Management narzędziem doskonalenia zarządzania szpitalem*, „Studia i Materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą” 2011, nr 54; I. Rydlewska-Liszkowska, „Lean Management” – doskonalenie zarządzania w podmiotach leczniczych, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2013, nr 14(10), cz. 1. *Współczesne problemy zarządzania w ochronie zdrowia z perspektywy systemu i organizacji*, s. 275–290; J. Janiszewski, M. Węgrzyn, M. Kuczuk, *Poprawa efektywności wykorzystania zasobów i jakości procesów w opiece zdrowotnej przy zastosowaniu koncepcji lean management*, „Nauki o Zarządzaniu, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu” 2017, nr 3(32), s. 34–42.
- ²³ M. Węgrzyn, D. Wasilewski (red.), *Zarządzanie ryzykiem w opiece zdrowotnej: nadzór i kontrola zarządcza*, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Wrocław 2015.
- ²⁴ K.H. Yu, A.L. Beam, I.S. Kohane, *Artificial Intelligence in Healthcare*, „Nature Biomedical Engineering” 2018, vol. 2, no. 10, s. 719–731; F. Jiang, Y. Jiang, H. Zhi, Y. Dong i in., *Artificial Intelligence in Healthcare: Past, Present and Future*, „Stroke and Vascular Neurology” 2017, vol. 2, no. 4, s. 230–243; N. Noorbakhsh-Sabet, R. Zand, Y. Zhang, V. Abedi, *Artificial Intelligence Transforms the Future of Healthcare*, „The American Journal of Medicine” 2019, vol. 132, no. 7, s. 795–801; T.Q. Sun, R. Medaglia, *Mapping the Challenges of Artificial Intelligence in the Public Sector: Evidence from Public Healthcare*, „Government Information Quarterly” 2019, vol. 36, no. 2, s. 368–383.
- ²⁵ A.A. Tabriz, S.A. Flocke, D. Shires et al., *Logic Model Framework for Considering the Inputs, Processes and Outcomes of a Healthcare Organization Research Partnership*, „BMJ Qual Saf.” 2019, no. 11; C.A. Goeschel, W.M. Weiss, P.J. Pronovost, *Using a Logic Model to Design and Evaluate Quality and Patient Safety Improvement Programs*, „International Journal for Quality in Health Care” 2012, vol. 24, no. 4, s. 330–337; P. Patil, S. Mohsin, *Fuzzy Logic Based Health Care System Using Wireless Body Area Network*, „International Journal of Computer Applications” 2013, vol. 80, no. 12.

- ustanowienie systemu zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta i oceny tego systemu,
- stworzenie systemu szybkiego reagowania na zdarzenia niepożądane. W tym systemie pracownicy znają i rozumieją: politykę bezpieczeństwa, rolę i obowiązki związane z utrzymaniem bezpieczeństwa pacjentów, procedury bezpieczeństwa, bez obaw zgłaszają zdarzenia niepożądane,
- stałe analizowanie przyczyn popełnienia błędów medycznych i administracyjnych,
- stałe monitorowanie i ocena sposobu, w jaki pracownicy przestrzegają ustalonych zasad,
- opieka skoncentrowana na pacjencie²⁶, który w coraz większym stopniu uczestniczy aktywnie w procesie leczenia.

Wzrastająca liczba rejestrowanych zdarzeń niepożądanych i błędów medycznych wymusza stworzenie systemu raportowania tych niezgodności, poprawę jakości zarządzania podmiotami leczniczymi nie tylko poprzez system szkoleń, ale poprzez propagowanie kultury bezpieczeństwa. Konieczne jest także wdrożenie rozwiązań systemowych (regulacji prawnych – na wejście w życie czeka ustawa o jakości i bezpieczeństwie pacjenta) na szczeblu państwa, na szczeblu podmiotu leczniczego – opracowania nowych, wewnętrznych standardów jakości i ciągłe ich analizowanie.

Problematyka ZBP staje się ważna i aktualna z punktu widzenia nauki, jak i praktyki. W przeciwieństwie do innych problemów badawczych ZBP należy rozpatrywać nie tylko w aspekcie naukowym, ale i praktycznym. Warto podjąć próbę analizy czynników i kierunków rozwoju nauki o zarządzaniu i jakości w tym właśnie obszarze. Nie jest możliwe budowanie teorii bez wsparcia praktyk, które są stosowane w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta. Wykorzystanie koncepcji, technik i metod zarządzania jakością staje się niewystarczające, jak dowodzą badania literaturowe. W celu ZBP konieczne jest aplikowanie narzędzi wypracowanych nie tylko w dziedzinie nauk społecznych, ale także nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz nauk ścisłych.

Bibliografia

- Battard J., *Nonpunitive Response to Errors Fosters a Just Culture*, "Nurs Manage" 2017, vol. 48, no. 1, s. 53–55.
- Buchelt B., *Koncepcja systemu zarządzania efektywnością pracy personelu medycznego w szpitalach*, „Zeszyty Naukowe”, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Seria Specjalna, Monografie nr 254, Kraków 2017.

²⁶ Por. R.M. Epstein, R.L. Street Jr., *The Values and Value of Patient-Centered Care*, "Ann Fam Med." 2011, vol. 9, no. 2, March, s. 100–103.

- Carvalho R.E., Arruda L.P., Nascimento N.K. i in., *Assessment of the Culture of Safety in Public Hospitals in Brazil*, "Revista Latino-Americana de Enfermagem" 2017, no. 25.
- Cholewa-Wiktor M., Sitko-Lutek A., *Benchmarking w publicznych zakładach opieki zdrowotnej*, „Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie”, Politechnika Śląska, 2016, z. 97, s. 65–73.
- Cyfert S., Chudziński P., Sobczak S., *Proces zarządzania strategicznego samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej*, „Acta Universitatis Nicolai Copernici. Zarządzanie” 2018, nr 45(3), s. 119–130.
- Cygańska M., *Wykorzystanie Zrównoważonej Karty Wyników w podmiotach leczniczych – studium przypadków*, „Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów” 2013, nr 129, s. 97–113.
- De Vries J., Huijsman R., *Supply Chain Management in Health Services: An Overview*, "Supply Chain Management: An International Journal" 2011, vol. 16, no. 3, s. 159–165.
- Epstein R.M., Street Jr.R.L., *The Values and Value of Patient-Centered Care*, "Ann Fam Med" 2011, vol. 9, no. 2, March.
- Goeschel C.A., Weiss W.M., Pronovost P. J., *Using A Logic Model to Design and Evaluate Quality and Patient Safety Improvement Programs*, "International Journal for Quality in Health Care" 2012, vol. 24, no. 4, s. 330–337.
- Gremyr I., Raharjo H., *Quality Function Deployment in Healthcare: A Literature Review and Case Study*, "International Journal of Health Care Quality Assurance" 2013, vol. 26, no. 2, s. 135–146.
- Gwizdak T., *Bezpieczeństwo pacjenta w szpitalu*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2008, nr 1–2(16).
- Institute of Medicine, Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, National Academy Press, Washington, DC 2001, s. 164–180.
- Janiszewski J., Węgrzyn M., Kuczuk M., *Poprawa efektywności wykorzystania zasobów i jakości procesów w opiece zdrowotnej przy zastosowaniu koncepcji lean management*, „Nauki o Zarządzaniu, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu” 2017, nr 3(32), s. 34–42.
- Jaworzyńska M., *Zastosowanie Strategicznej Karty Wyników w szpitalu – studium przypadku*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska”, Sectio H Oeconomia 2015, nr 49(4), s. 177–184.
- Jiang F., Jiang Y., Zhi H., Dong Y. et al., *Artificial Intelligence in Healthcare: Past, Present and Future*, "Stroke and Vascular Neurology" 2017, vol. 2, no. 4, s. 230–243.
- Kęsy M., Stępniewski J., Karniej P. (red.), *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
- Kister A., *Koszty niezgodności w doskonaleniu jakości zarządzania szpitalem publicznym*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2018.
- Kollberg B., Elg M., *The Practice of the Balanced Scorecard in Health Care Services*, "International Journal of Productivity and Performance Management" 2011, vol. 60, no. 5, s. 427–445.
- Krawczyk-Sołtys A., *Zarządzanie wiedzą w szpitalach publicznych: identyfikacja poziomu i kierunki doskonalenia*, „Studia i Monografie, Uniwersytet Opolski” 2013, nr 485.
- Krot K., Rudawska I., *Zaufanie jako zasób systemowy w sektorze zdrowia – w świetle badania polskich pacjentów*, „Studia Ekonomiczne” 2018, nr 350, s. 42–53.
- Krzemięć E., Wolniak R., *Procesy szkolenia i doskonalenia pracowników w ochronie zdrowia*, „Zeszyty Naukowe Wydziału Zamiejscowego w Chorzowie Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu” 2015, nr 17, *Przedsiębiorstwo XXI wieku w sieci powiązań – oblicza i perspektywy*, s. 163–176.
- Lawati M.H., Dennis S., Short S.D., Abdulhadi N.N., *Patient Safety and Safety Culture in Primary Health Care: A Systematic Review*, "BMC Fam Pract." 2018, no. 19, s. 104.

- Lee C.K.M., Ru C.T.Y., Yeung C.L. *et al.*, *Analyze the Healthcare Service Requirement Using Fuzzy QFD*, "Computers in Industry" 2015, no. 74, s. 1–15.
- Łuczak J., A. Matuszak-Flejszman, *Metody i techniki zarządzania jakością. Kompendium wiedzy*, Quality Progress, Poznań 2007.
- Mwachofi A., Walston S.L., Al-Omar B.A., *Factors Affecting Nurses' Perceptions of Patient Safety*, "International Journal of Health Care Quality Assurance" 2011, vol. 24, no. 4, s. 274–283.
- Noorbakhsh-Sabet N., Zand R., Zhang Y., Abedi V., *Artificial Intelligence Transforms the Future of Healthcare*, "The American Journal of Medicine" 2019 vol. 132, no. 7, s. 795–801.
- Patil P., Mohsin S., *Fuzzy Logic Based Health Care System Using Wireless Body Area Network*, "International Journal of Computer Applications" 2013, vol. 80, no. 12.
- Rydlewska-Liszkowska I., „*Lean Management*” – doskonalenie zarządzania w podmiotach leczniczych, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2013, nr 14(10), cz. 1, *Współczesne problemy zarządzania w ochronie zdrowia z perspektywy systemu i organizacji*, s. 275–290.
- Sloan T., Fitzgerald A., Hayes K.J. *et al.*, *Lean in Healthcare from Employees' Perspectives*, "Journal of Health Organization and Management" 2014.
- Standardy zapewnienia bezpieczeństwa obiektów infrastruktury krytycznej w kontekście zagrożeń terrorystycznych*, <https://rcb.gov.pl/standardy-zapewnienia-bezpieczenstwa-objektow-infrastruktury-krytycznej-w-kontekscie-zagrozen-terrorystycznych/> (dostęp: 2.01.2020).
- Sun T.Q., Medaglia R., *Mapping the Challenges of Artificial Intelligence in the Public Sector: Evidence from Public Healthcare*, "Government Information Quarterly" 2019, vol. 36, no. 2, s. 368–383.
- Tabriz A.A., Flocke S.A., Shires D. i in., *Logic Model Framework for Considering the Inputs, Processes and Outcomes of a Healthcare Organization Research Partnership*, "BMJ Qual Saf." 2019, no. 11.
- Tworek P., Kwiecińska-Bożek L., *Menedżer ryzyka jako funkcja wspomagająca zarządzanie podmiotem leczniczym świadczącym usługi szpitalne*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2015, nr 410.
- Verbakel N.J., Langelaan M., Verheij T.J., Wagner C., Zwart D.L., *Improving Patient Safety Culture in Primary Care: A Systematic Review*, "J Patient Saf." 2016, vol. 12, no. 3, s. 152–158.
- Vinagre T., Marques R., *Strategies for an Effective Safety Culture and Prevent Errors in Nursing: Literature Review*, "International Journal of Nursing" 2018, vol. 5, no. 1, June, s. 25–32.
- Waring J.J., Bishop S., *Lean Healthcare: Rhetoric, Ritual and Resistance*, "Social Science & Medicine" 2010, vol. 71, no. 7, s. 1332–1340.
- Wawak S., Rogala P., Dahlgaard-Park Su Mi, *Research Trends in Quality Management*, "International Journal of Quality" 2020 (numer w druku).
- Węgrzyn M., Wasilewski D., red., *Zarządzanie ryzykiem w opiece zdrowotnej: nadzór i kontrola zarządcza*, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Wrocław 2015.
- Wiśniewska M., *Błędy ludzkie i just culture*, „Problemy Jakości” 2019, t. 51, nr 10, s. 9–14.
- Wiśniewska M., Jasiak-Kujawska A., *Analiza przyczyn zakażeń medycznych z wykorzystaniem ważonego diagramu Ishikawy*, „Zarządzanie i Finanse” 2012, nr 10(3), s. 328–343.
- Wiśniewska M., Konieczńska E., *Lean Management narzędziem doskonalenia zarządzania szpitalem*, „Studia i Materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą” 2011, nr 54.
- Yu K.H., Beam A.L., Kohane I.S., *Artificial intelligence in healthcare*, "Nature Biomedical Engineering" 2018, vol. 2, no. 10, s. 719–731.

Zalecenia Rady Unii Europejskiej z dnia 9 czerwca 2009 r. w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną, Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej z 2009 r., C 151/1.

Zymonik Z., Fiałkowska M., *Dojrzałość kultury bezpieczeństwa pacjenta w opiece zdrowotnej*, w: *Dojrzałość w odniesieniu do klienta i sfery usług*, E. Skrzypek (red.), Wydawnictwo Katedra Zarządzania Jakością i Wiedzą, Lublin 2013, s. 111–118.