

rozmowa

Bez winnych i wstydu

Rozmowa z Talią Halamish-Shani,
prezes Madanes Group

Czym zajmuje się pani firma?

Jesteśmy brokerem ubezpieczeniowym. W Polsce działamy pół roku, ale Madanes Group funkcjonuje od ponad 30 lat, a najważniejszym obszarem działalności są ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotów leczniczych. Ponad 20 lat temu zaczęliśmy w ramach sprzedawanych polis oferować szpitalom wsparcie w zakresie zarządzania ryzykiem medycznym, o którym coraz częściej mówi się w kontekście bezpieczeństwa pacjentów. W dużym uproszczeniu polega to na identyfikacji i ograniczaniu ryzyka wyrządzenia szkody pacjentom. W Polsce zachodzą zjawiska znane z innych krajów – rośnie świadomość pacjentów, liczba roszczeń oraz wartość odszkodowań, a to zmusza firmy ubezpieczeniowe do podnoszenia składek. Ta lawina rosnących kosztów w końcu wymusi bardziej profesjonalne i systemowe podejście do bezpieczeństwa pacjentów i jakości opieki, a zarządzanie ryzykiem będzie coraz ważniejszym aspektem zarządzania szpitalami.

W jaki sposób firma działa w Polsce?

Współpracujemy z firmą Willis Polska, która jest jednym z największych brokerów ubezpieczeniowych i działa od 21 lat. Nasza oferta jest częścią kompleksowej usługi brokerskiej w ramach obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Szpital nie ponosi zatem żadnych dodatkowych kosztów. Proponujemy szpitalom system zarządzania ryzykiem medycznym składający się z wielu elementów. Istotny jest fakt, że elementy te mogą być stosowane zarówno razem, jak i niezależnie od siebie. Nie trzeba więc, a nawet nie powinno się wszystkiego wdrażać od razu.

W jaki sposób przekonujecie polskie szpitale do poprawy jakości i zmniejszania ryzyka?

Staramy się pokazać szpitalom, jakie korzyści mogą odnieść dzięki oferowanym przez nas narzędziom. Celem nadrzędnym jest stała poprawa jakości opieki i bezpieczeństwa pacjentów, a to korzystnie oddziałuje na inne obszary, np. wzrost wiarygodności w oczach ubezpieczyciela przekładający się na niższe składki ubezpieczenia OC, wzrost prestiżu szpitala oraz świadomości i kompetencji jego personelu. Ważnym elementem jest spadek kosztów opieki dzięki np. mniejszej liczbie komplikacji, krótszym pobytom oraz ograniczeniu roszczeń, których liczba z roku na rok rośnie i stanowi dla polskich szpitali coraz większe obciążenie.

A jak to się przekłada na czynnik ludzki, na samych lekarzy? Bo rozumiem, że ochroną jest objęta nie tylko instytucja, lecz także pracujący w niej ludzie?

Oczywiście. Jednym z ważnych aspektów zarządzania ryzykiem jest wsparcie lekarzy, którzy – o czym w Polsce mówi się rzadko – bywają tzw. drugą ofiarą popełnianych przez

„ Lawina rosnących kosztów wymusi bardziej profesjonalne podejście do kwestii bezpieczeństwa pacjentów i jakości opieki, a zarządzanie ryzykiem będzie coraz ważniejszym aspektem zarządzania szpitalami „

siebie błędów. Takie sytuacje mogą się wiązać z silnymi emocjami: poczuciem winy, niekompetencji, a te z kolei mogą się odbijać negatywnie na bieżącej pracy lekarza czy nawet jego karierze. Takie osoby potrzebują wsparcia, a my mamy w tym zakresie duże doświadczenie.

Czy zostały podjęte jakieś działania zmierzające do współpracy z NFZ, Ministerstwem Zdrowia i organizacjami związanymi z rynkiem medycznym?

Nie, jeszcze nie. Na razie staramy się skupić na współpracy ze szpitalami, choć oczywiście jesteśmy otwarci na dzielenie się naszym doświadczeniem w innych dziedzinach. Warto dodać, że wykorzystanie oferowanych przez nas narzędzi umożliwi sprostanie części wymogów akredytacyjnych. Dotyczy to w największym stopniu rozdziału o poprawie jakości i bezpieczeństwa pacjentów, ale nie tylko. A posiadanie akredytacji może mieć w niedalekiej przyszłości realne przełożenie na umowy zawierane ze szpitalami przez NFZ.

Na czym polega system zarządzania ryzykiem, jakie są jego mechanizmy, narzędzia, które oferujecie współpracującym z wami jednostkom?

Podstawowy podział obejmuje trzy obszary. Pierwszy to narzędzia proaktywne, do których należy identyfikacja i analiza ryzyk mogących wystąpić w przyszłości. Drugi to narzędzia reaktywne – umożliwiające wyciąganie wniosków ze zdarzeń zaistniałych. Trzeci to edukacja personelu, który musi rozumieć, jak duże znaczenie mają podejmowane codzienne działania. Narzędzia proaktywne to m.in. audyty oddziałów, procedur czy wybranych obszarów funkcjonowania szpitala, a także m.in. formularze świadomej zgody na zabieg, instrukcje dla pacjentów, okołoooperacyjne karty kontrolne czy wytyczne i rekomendacje postępowania w rozmaitych sytuacjach – tak naprawdę wszystko, co pomaga unikać zdarzeń niepożądanych. Narzędzia reaktywne to przede wszystkim system raportowania zdarzeń niepożądanych, narzędzia ich analizy i tworzenie bazy danych ułatwiającej wyciąganie wniosków i identyfikację oraz analizę obszarów ryzyk.



Jakub Owoc i Talia Halamish-Shani

Jak się to odbywa?

Bardzo istotna jest współpraca z danym szpitalem, jego indywidualne potrzeby oraz gotowość personelu i dykcji do wprowadzania zmian. Niczego nie narzucamy, ponieważ wszystko powinno być wynikiem wspólnych uzgodnień i tworzonego razem planu. Nasze narzędzia dostosowujemy do specyfiki placówki i uczymy, jak z nich korzystać. Gwarantujemy stałe wsparcie w tym zakresie. Oceniamy również za pomocą stosownych narzędzi wiedzę i świadomość pracowników w zakresie zarządzania ryzykiem, aby jak najlepiej dostosować działania edukacyjne. Każdy przypadek jest indywidualny. To w zasadzie niekończący się proces, którego przebieg jest często determinowany bieżącymi potrzebami i problemami. To także zmiana zachowań oraz mentalności i kultury, a z naszego wieloletniego doświadczenia wynika, że wszędzie budzi to niechęć. Stąd ogromna waga edukacji, ponieważ bez dobrej woli, rzetelności i transparentności po stronie personelu podejmowane działania nie odniosą pożądanego skutku. Dajemy wiedzę i narzędzia, z których później można z powodzeniem korzystać przez długie lata.

Jak zaczyna się ten proces?

Przede wszystkim od uzgodnienia planu działań na cały rok. Jednym z najważniejszych elementów jest system raportowania zdarzeń niepożądanych, którego wdrożenie wymaga usystematyzowania pewnych obszarów i dostosowania do specyfiki szpitala. Nie musi od razu obejmować całego szpitala. Lepiej robić to krok po kroku i rzetelnie, ponieważ konieczne są szkolenia, a często także zmiana sposobu myślenia, co wymaga czasu.

Uczymy właściwie raportować zdarzenia, a także je poprawnie analizować, czyli docierać do prawdziwych, a nie tylko pozornych źródeł problemu. Dzięki raportowaniu powstaje baza danych pozwalająca identyfikować obszary ryzyka w szpitalu. Jeśli zdarzenia nie są właściwie raportowane i analizowane, idą w niepamięć i zazwyczaj ich ponowne wystąpienie jest tylko kwestią czasu.

Osiągniecie to dzięki odwróceniu konwencji, czyli nie szukamy winnych, ale problemu i sposobów jego rozwiązania?

Tak, to zdecydowanie jedna z najważniejszych cech tego systemu. Nasze doświadczenie pokazuje, że bardzo rzadko zawodzi jedynie czynnik ludzki. Zazwyczaj przyczyną jest więcej, a część z nich ma charakter systemowy. Podstawą i motorem działania jest zasada „bez winy i wstydu” (*no blame, no shame*). Nie wytyka się nikogo palcami i nie karze za popełniane błędy, ponieważ inaczej to nie zadziała. Ludzie obawiający się reperkusji spowodowanych popełnionymi błędami będą je ukrywać. A wtedy ich analiza i wyciągnięcie wniosków na przyszłość nie będzie możliwe. Najłatwiej wskazać winną osobę, ale prawdziwe przyczyny bywają ukryte głębiej. Lekarze są tylko ludźmi i mają prawo do popełniania błędów, więc należy identyfikować i neutralizować czynniki, które zwiększają prawdopodobieństwo ich popełnienia.

Wspomniała pani o tworzeniu bazy danych, ale są też gotowe wzorce, z których mogą korzystać szpitale. Czy Madanes posiada coś takiego?

Tak, mamy i udostępniamy szpitalom naszą izraelską bazę danych, w której jest opisanych ponad 150 tys. zda-

rzeń. Służy ona jako źródło informacji statystycznych i można dzięki niej identyfikować najczęściej powtarzające się błędy lub najbardziej narażone obszary czy procedury. Jest bardzo wiele zmiennych, na podstawie których można prowadzić analizy.

Jakie jeszcze metody są przez państwa stosowane?

Jedną z ciekawszych i pokazujących mechanizm powstawania zdarzeń są działania edukacyjne polegające na symulacjach, bo one najbardziej przemawiają do wyobraźni. To najlepszy sposób na przekazywanie wiedzy. Ich adresatami są nie tylko osoby odpowiedzialne za bezpieczeństwo i jakość, lecz także personel medyczny, który na co dzień ma do czynienia z sytuacjami generującymi ryzyko. Poza tym uczymy także, jak rozmawiać z pacjentami, np. trudnymi i roszczeniowymi, jak przekazywać im informacje o błędach. Zalecamy, jak prowadzić dokumentację medyczną, która prowadzona niewłaściwie również bywa przyczyną błędów.

Tworzycie więc bezpieczny szpital, w którym pacjent nie musi się obawiać, że zdarzenia będą przed nim ukrywane i tuszowane?

Tak. Zarządzanie ryzykiem obejmuje wiele obszarów, których wspólnym mianownikiem jest bezpieczeństwo. Takie są trendy w innych krajach. Pacjentom ujawnia się błędy i je tłumaczy. Polska też, jak zauważam, powoli zaczyna zmierzać w tym kierunku. System przed tym nie ucieknie, ponieważ pacjenci są coraz bardziej świadomi i mają coraz szerszy dostęp do informacji. Są coraz bardziej konsumentami niż pacjentami. Ukrywanie błędów w tak szybko zmieniającej się rzeczywistości to ślepa uliczka. Wiele badań pokazuje, że jednym z głównych powodów występowania na drogę sądową jest brak szczerości i jawności czy też ukrywanie prawdy przed pacjentem. Jeśli szpital bagatelizuje sprawę i nie jest otwarty na współpracę z pacjentem, daje poszkodowanemu dodatkową motywację do działań prawnych przeciw sobie. Czasem pacjentowi wystarczą przeprosiny i przekonanie, że coś podobnego nikomu się już nie przytrafi. Takie podejście ułatwia też zawarcie ugody na wczesnym etapie bez wyczerpującego i kosztownego postępowania przed sądem.

„ Jednym z ważnych aspektów zarządzania ryzykiem jest wsparcie dla lekarzy, którzy – o czym w Polsce mówi się rzadko – bywają tzw. drugą ofiarą popełnianych przez siebie błędów ”

Jest to jednak trudne i na pewno nie wszystkie szpitale to rozumieją, jak więc je przekonać, że jawność jest dla nich korzystna?

Ponieważ w dłuższym czasie przynosi to same korzyści. Niektóre zdarzenia już teraz wymagają rejestracji, jak np. zakażenia, a w szpitalach akredytowanych dotyczy to znacznie szerszego spektrum zdarzeń. Część zdarzeń trafia do dokumentacji medycznej czy książki operacyjnej. W jakimś stopniu już to w Polsce funkcjonuje. My pomagamy ten proces usystematyzować i uporządkować. Jedną z podstaw jest taka rejestracja zdarzeń, by nie wskazywać winnych, a jedynie fakty. Dlatego tak ważna jest właściwa edukacja osób odpowiedzialnych za zarządzanie ryzykiem czy jakość. Zdarzenia muszą być raportowane tak, by nie narażać innych na odpowiedzialność.

Jak sobie z tym radzą np. w USA i w Europie Zachodniej? Czy w tych krajach prawo chroni błędy i czy w Polsce jest potrzebna zmiana prawa w tym zakresie?

Nie ma szczególnych regulacji. Błędy zdarzają się wszędzie i najważniejsze jest wyciąganie z nich właściwych wniosków. Kluczowe są nie zmiany przepisów, ale świadomości, mentalności i kultury obcowania z takimi zjawiskami, bo one będą występowały niezależnie od zapisów prawnych. W wielu krajach te zmiany w postaci systemowego zarządzania ryzykiem zostały wymuszone przez firmy ubezpieczeniowe, które odmawiały ochrony lub narzucały zaporowe składki szpitalom opierającym się zmianom.

Rozmawiał Janusz Maciejowski

dr Jakub Owoc, Country Manager, Madanes Group

Polska stoi w obliczu tzw. kryzysu *medical malpractice*, który w latach 70. XX w. dotknął USA, a latach 90. Europę Zachodnią oraz Izrael. Polegał on na gwałtownie rosnącej liczbie roszczeń, odszkodowań i kosztów ubezpieczenia. Tę spiralę dodatkowo nakręcało zainteresowanie mediów, rozwój wyspecjalizowanych kancelarii prawnych i spadek konkurencji między ubezpieczycielami. Szpitale w Polsce rozumieją już świetnie wagę systemowego podejścia do zarządzania ryzykiem i jakości, ale mam wrażenie, że cały czas brakuje im determinacji i odwagi w działaniach. Miejmy nadzieję, że plan wprowadzenia kryterium jakości w kontraktowaniu z NFZ będzie tym, co ostatecznie przekona je do działania, a bezpieczeństwo pacjentów i jakość opieki staną się absolutnym priorytetem. Z korzyścią dla wszystkich.