

Raport HOPE: Przyszłość szpitali i opieki zdrowotnej w Europie

Innowacje –
gdzie jesteśmy,
gdzie będziemy

Fot. Gettyimages/Boris Lyubner

Nie jesteśmy wyspą, a nawet gdybyśmy byli – to przecież nawet na wyspy pręcej czy później docierają nowe projekty, nowe idee czy innowacje. W niniejszym zestawieniu chodzi właśnie o te ostatnie. Trudno odpowiedzieć generalnie na pytanie, nad czym pracuje Europa. Ale już z większą precyzją można powiedzieć, nad czym pracują poszczególne kraje. Oddajemy w państwa ręce raport, który wskazuje te obszary. Mamy nadzieję, że będzie on inspiracją do wdrażania podobnych rozwiązań w Polsce, a możliwość przyglądania się programom prowadzonym przez naszych sąsiadów pozwoli nam uczyć się na ich błędach. Ciekawa jest metodologia raportu. Materiał zebrali uczestnicy prowadzonego przez Europejską Federację Szpitali HOPE (w Polsce przez Polską Federację Szpitali, członka HOPE) programu wymiany menedżerów pomiędzy krajami europejskimi. Mówiąc pokrótce i obrazowo: Hiszpan zbierał dane o Austrii, Duńczyk o Polsce, a Polak o Holandii. Materiał zebrano podczas rzymskiego kongresu HOPE, a zestawienie wniosków i informacji przedstawiamy poniżej.



W trakcie Kongresu HOPE Agora 2016 po raz pierwszy zorganizowano dyskusje warsztatowe w formule *World Café*. Uczestników poproszono o wskazanie najciekawszych rozwiązań i innowacji w obszarach e-zdrowia, zaangażowania pacjentów, zasobów ludzkich, starzenia się ludności, bezpieczeństwa pacjentów i zintegrowanej opieki zdrowotnej, z jakimi zetknęli się w ramach programu wymiany menedżerów HOPE.

Metoda *World Café* oferuje prosty, skuteczny i elastyczny format prowadzenia dialogu w grupach, a jej podstawę stanowi od 5 do 7 zasad organizacji dyskusji. Jej celem jest wykorzystanie wspólnej wiedzy uczestników, bez przyjmowania konkretnych rozwiązań na drodze kompromisu. Proces zainicjowała pierwsza z trzech trwających od 20 do 30 minut rund rozmów, które uczestnicy prowadzą przy stoliku. Po zakończonej rundzie każdy z członków grupy przenosił się do innego stolika. Przy każdym ze stolików znajdował się gospodarz kolejnej rundy, który po przywitaniu nowej grupy pokrótce wprowadzał jej uczestników w szczególności tego, co wydarzyło się w poprzedniej rundzie.

Każdą rundę poprzedzało pytanie, którego treść była specjalnie dopasowana do kontekstu i zakładanego celu danej sesji. Po zakończeniu pracy w grupach poszczególne osoby proszono o podzielenie się przemyśleniami na temat wyników rozmów prowadzonych z pozostałymi uczestnikami całej grupy. Podsumowanie sesji przedstawiono w kolejnych punktach raportu.

E-zdrowie

E-zdrowie oznacza wykorzystanie technologii informacyjnych i komunikacyjnych (ICT) na potrzeby działań związanych z ochroną zdrowia, takich jak leczenie pacjentów, prowadzenie badań, edukacja personelu medycznego, śledzenie chorób i monitorowanie stanu zdrowia publicznego¹.

W dyskusji o e-zdrowiu należy pamiętać, że rozwiązania z nim związane mogą być wdrażane na różnych poziomach podziału geograficznego (tj. na poziomie lokalnym, regionalnym, ogólnokrajowym lub transgranicznym), co może stanowić newralgiczny aspekt w kontekście zarządzania. W Europie widać liczne różnice zarówno wewnątrz poszczególnych krajów, jak i pomiędzy nimi. Z tego powodu skuteczne wdrożenie modelu e-zdrowia warunkują kwestie interoperacyjności i standaryzacji technologii informacyjnych i komunikacyjnych.

Za priorytet należy uznać niezawodny system ICT, który ułatwi komunikację pomiędzy świadczeniodawcami usług zdrowotnych. Wykorzystanie narzędzi ICT na potrzeby ochrony zdrowia zakłada zachowanie równowagi pomiędzy koniecznością ochrony przetwarzanych danych a zagwarantowaniem ich dostępności. Uczestnicy zwrócili uwagę na kwestię własności danych i zarządzanie dużymi ilościami danych (*big data*). Uczestnicy podkreślili także znaczenie projektu EpSOS, elektronicznych recept i elektronicznej dokumentacji pacjentów oraz wykorzystania medycyny zdalnej (telemedycyny) na obszarach wiejskich.

Za kluczową sprawę uznano również potrzebę stworzenia środowiska propagującego strategię cyfryzacji, opracowaną z myślą o wzmacnianiu roli pacjentów i szkoleniu personelu medycznego.

Zaangażowanie pacjentów

Zaangażowanie pacjentów oznacza ich udział w procesie podejmowania decyzji lub wyrażania opinii na temat różnych metod terapeutycznych, czego częścią jest wymiana informacji, dzielenie się odczuciami i przemyśleniami, a także akceptowanie zaleceń zespołu medycznego².

Udział pacjentów w podejmowaniu decyzji dotyczących schematów/ścieżek opieki ma określone skutki organizacyjne na szczeblu placówek szpitalnych i poza szpitalami. W niektórych krajach europejskich świadczeniodawcy korzystają z szeregu różnych narzędzi angażowania pacjentów i ich rodzin. Należą do nich między innymi gremia/komitety doradcze, zogniskowane wywiady grupowe czy prowadzone badania na temat zadowolenia pacjentów.

Wybór ten ma na celu stworzenie systemu opieki zdrowotnej opartego na wartościach, w którym nacisk kładziony jest na wyniki leczenia. Zaangażowanie pacjentów oraz ich większa rola w systemie zakłada przyjęcie odpowiedzialności i konieczność podniesienia poziomu alfabetyzacji zdrowotnej pacjentów. Rodziny osób chorych potrzebują odpowiedniej edukacji, która zapewni ich samodzielność, personel służby zdrowia zaś należy przeszkolić w zakresie nowych form komunikowania się z pacjentami.

Zasoby ludzkie

Pojęcie „zasobów ludzkich w sektorze opieki zdrowotnej” lub „pracowników służby zdrowia” obejmuje wszystkie osoby uczestniczące w działaniach, których podstawowym celem jest poprawa poziomu zdrowia³.

Przed pracownikami służby zdrowia w Europie stoi obecnie szereg wyzwań. Jednym z nich są niedobory kadrowe, które wymuszają na personelu pielęgniarskim przejmowanie części zadań lekarzy, zaś na personelu pomocniczym wykonywanie zadań pielęgniarskich.

Wraz z innymi czynnikami niedobory te wpływają na mobilność pracowników służby zdrowia. Zjawisko to należy monitorować, zwłaszcza w kontekście tzw. krajów pochodzenia. Należy także szukać właściwej równowagi pomiędzy prawem do swobodnego przemieszczania się a dostępem do opieki.

Mobilność może także stanowić problem w kontekście przewyższania barier kulturowych. Europę czeka wdrożenie ram regulacyjnych związanych z uznawaniem kwalifikacji zawodowych. Uczestnicy programu zgodnie podkreślili także znaczenie współpracy pomiędzy sektorem opieki zdrowotnej a uczelniami wyższymi oraz szkoleń dla lekarzy w zakresie zarządzania.

Bezpieczeństwo pacjentów

Bezpieczeństwo pacjenta oznacza zapobieganie błędom i działaniom niepożądanym związanym z opieką zdrowotną, które są niekorzystne dla pacjentów⁴.

Pierwszym wspólnym wnioskiem z dyskusji było przekonanie o konieczności stworzenia kultury, która zakłada uczenie się na popełnianych błędach.

Naczelną zasadą będzie jawność połączona ze zgłoszeniami działań niepożądanych, co zapewni większe bezpieczeństwo pacjentów oraz wyższą jakość obsługi. Oprócz tematyki sprawozdawczości dyskusja koncentrowała się również na znaczeniu systemów gromadzenia danych oraz wykorzystaniu dokumentacji medycznej. Za potrzebny uznano skuteczny system ICT, który zapewni także możliwość generowania wczesnych ostrzeżeń. Do innych narzędzi należą standardy, procedury zachowania higieny rąk oraz listy kontrolne. Należy zapewnić szkolenia pracowników sektora opieki zdrowotnej z udziałem pacjentów. W kontekście świadczeń zdrowotnych związanych z długotrwałą opieką szpitalną dużego znaczenia nabiera koncepcja bezpieczeństwa pacjentów w warunkach domowych.

Zintegrowana opieka zdrowotna

Zintegrowana opieka zdrowotna polega na zarządzaniu świadczeniami zdrowotnymi i ich realizacji w taki sposób, aby pacjenci mogli korzystać z pełnego zakresu świadczeń profilaktycznych i leczniczych zgodnie ze swoimi potrzebami w określonym czasie i na różnych szczeblach systemu opieki zdrowotnej⁵.

Integracja świadczeń zdrowotnych stanowi odpowiedź na potrzebę zapewnienia opieki zdrowotnej bliżej miejsca zamieszkania pacjentów. Integracja przebiega na różnych płaszczyznach: szpitali i struktur społeczności lokalnych, opieki szpitalnej i podstawowej, a także opieki zdrowotnej i społecznej.

Niezależnie od kontekstu punktem wyjścia przy określaniu potrzeb jest pacjent. Podstawę zintegrowanej opieki zdrowotnej stanowi wdrożenie efektywnego systemu ICT, który umożliwi wymianę informacji o pacjencie i współpracę pomiędzy świadczeniodawcami. Współpraca między instytucjami powinna mieć ścisły charakter, a koordynacją zasobów powinny się zająć wielodyscyplinarne zespoły współpracujące ze sobą, a także z pacjentami i ich rodzinami.

Starzenie się ludności

Prawie we wszystkich krajach najszybszy przyrost ludności odnotowuje się wśród osób w wieku powyżej 60 lat, co wynika z rosnącej długości życia i malejących wskaźników dzietności. Zjawisko starzenia się ludności można oceniać jako sukces w kategoriach polityki zdrowia publicznego i rozwoju socjoekonomicznego, lecz jest ono wyzwaniem, do którego społeczeństwa muszą się przystosować w taki sposób, aby zapewnić maksymalną poprawę stanu zdrowia osób starszych, ich zdolności do funkcjonowania, udziału w życiu społecznym oraz bezpieczeństwa⁶.

Zmiany demograficzne będące wynikiem coraz dłuższego życia i malejącej dzietności właściwie we wszystkich europejskich krajach przyniosą skutek w postaci zwiększonego zapotrzebowania na opiekę zdrowotną i społeczną, a także wydłużą okres przebywania na emeryturze, o ile rządy nie podejmą stosownych kroków i działań interwencyjnych. Wszystko to ma miejsce w czasie, gdy proces starzenia dotyka także personelu służby zdrowia, który boryka się z dwoma rodzajami problemów: pokoleniowym i płciowym⁷.

Według uczestników okrągłego stołu ta sytuacja doprowadziła do podjęcia przez państwa członkowskie Unii Europejskiej szeregu inicjatyw o zróżnicowanym charakterze. W efekcie sesji ustalono, że należy położyć nacisk na kwestię zaangażowania rodzin w opiekę nad coraz starszymi pacjentami, a także na edukację pacjentów, zwłaszcza w zakresie sposobów zapobiegania chorobom przewlekłym. Za kluczowy aspekt odpowiedniej opieki zdrowotnej w warunkach domowych uznano również wykorzystanie technologii, zwłaszcza rozwiązań medycyny i opieki zdrowotnej na odległość.

INFORMACJE KRAJOWE

AUSTRIA

Koordinator krajowy programu HOPE:	Gertrud Fritz
Uczestnicy wymiany w 2016 r.:	Marc Mathea (Niemcy), Johanna Friedhoff (Niemcy), José Francisco Jimenez Galindo (Hiszpania), Susanne Röberg (Finlandia), Tarja Tiitinen (Finlandia), Benoît Denizot (Francja), Łukasz Grabarczyk (Polska), Friedrich Yvonne (Szwecja), Leonie Dunning (Holandia), Marleen Boy (Holandia)

Uczestnicy programu wymiany na terenie Austrii wskazali trzy rodzaje innowacyjnych rozwiązań, wyróżnione według kryterium terytorialnego. Pierwsze z nich dotyczy szczebla krajowego i obejmuje system pod nazwą ELGA, dzięki któremu pracownicy służby zdrowia mogą korzystać z elektronicznych kartotek pacjentów, aby wymieniać się elektronicznymi receptami, kartami leczenia szpitalnego oraz wynikami badań, m.in. RTG. Wymiana tego rodzaju informacji jest możliwa przed udzieleniem zgody przez pacjenta. W ramach systemu ELGA narzędzia elektroniczne w obszarze e-zdrowia zastąpiły tradycyjną dokumentację. Innowacyjne rozwiązanie na szczeblu regionalnym dotyczy dwóch krajów (Austrii i Republiki Czeskiej), jednego regionu i jednej placówki szpitalnej. Dzięki sfinansowanemu przez UE projektowi współpracy transgranicznej wszyscy mieszkańcy objętego nim regionu – obywatele Czech i Austrii – mogli skorzystać z łatwego dostępu do opieki zdrowotnej w szpitalu na terenie Austrii. Z myślą o pacjentach wdrożono pilotażową fazę programu, aby gruntownie zbadać ograniczenia i możliwości związane z projektem, a także zorganizowano kursy językowe.

Projekt okazał się sukcesem dla władz, pracowników służby zdrowia oraz pacjentów i otworzył drogę do realizacji dalszych projektów transgranicznej opieki zdrowotnej.

Uczestnicy omówili także przykład projektu mającego na celu wsparcie systemu opieki zdrowotnej dla migrantów z Salzburga. Pracownicy służby zdrowia napotykali na bariery w realizacji świadczeń na rzecz pacjentów, głównie za sprawą różnic o podłożu językowym i kulturowym. Najważniejszym zadaniem było usprawnienie komunikacji. W tym celu przyjęto rozwiązanie polegające na zapewnieniu telefonicznych tłumaczeń ustnych w 24 językach.

Zaprojektowano ponadto międzywyznaniowy pokój do modlitw, a także pomieszczenie dla osób, które utraciły bliskich. Personelowi stworzono możliwość odbycia kursów kulturowych i szkoleniowych. Celem wprowadzonych rozwiązań jest ograniczenie barier o charakterze kulturowym i językowym.

Austriacy gospodarze pokazali uczestnikom programu, że granice istnieją tylko w naszych głowach.

Innowacje w austriackim systemie opieki zdrowotnej

- szczebel krajowy – system ELGA
- szczebel regionalny – projekt współpracy transgranicznej
- szczebel indywidualny

DANIA

Koordinator krajowy programu HOPE:	Bertil Selde Krogh
Uczestnicy wymiany w 2016 r.:	Sven Nirk (Estonia), Araceli Ruiz García (Hiszpania), Aija Salomaa (Finlandia), Vasiliki Katsarou (Grecja), Raymond Healy (Irlandia), Dariusz Timler (Polska), Pedro Casado Espanhol (Portugalia), Mirjana Rajer (Słowenia), Margreet de Geus (Holandia), Ashish Vithaldas (Wielka Brytania)

Uczestnicy programu wymiany menedżerów HOPE na terenie Danii za centralny element opieki nad pacjentami uznali innowacje. W trakcie Kongresu HOPE Agora 2016 przedstawiono trzy rozwiązania dotyczące programów opieki nad osobami starszymi,

ograniczenia hospitalizacji i innowacji technologicznych. Dla Duńczyków innowacje oznaczają bowiem małe i proste sprawy, istotny wpływ, zmiany, które można wprowadzić u siebie, oraz koncentrację na pacjentach.

Programy opieki nad osobami starszymi pomagają w realizacji świadczeń zdrowotnych w miejscu zamieszkania pacjentów lub w szpitalu. Wprowadzono je w celu podniesienia poziomu niezależności osób starszych, bez względu na miejsce świadczenia opieki. Przyjęto rozwiązania polegające na obowiązkowych wizytach domowych u osób, które ukończyły 75 lat, wdrożeniu skutecznego systemu ICT na potrzeby komunikacji pomiędzy świadczeniodawcami w systemie opieki zdrowotnej (szpitalami lub lekarzami rodzinnymi) a władzami lokalnymi, a także wprowadzeniu innowacyjnych rozwiązań dla osób chorych na demencję. Te ostatnie obejmują wdrożenie w domu pacjentów rozwiązań technicznych umożliwiających monitorowanie ich zachowań i odpowiednio wczesną identyfikację ich nieregularnych wzorów.

Ograniczenie hospitalizacji oznacza eliminację niepotrzebnych przyjęć i skrócenie pobytu pacjentów

w szpitalu. Poza leczeniem domowym uczestnicy programu wymienili całodobowy dostęp do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, a także wsparcie dla pacjentów z nowotworami złośliwymi przed rozpoczęciem terapii, w trakcie leczenia i po jego zakończeniu. Na zakończenie przedstawili „program wsparcia ze strony członków rodziny”, w ramach którego wyznaczeni członkowie rodziny pacjenta po przebytej operacji pomagają zapewnić jego wypis ze szpitala w odpowiednim stanie i z mniejszą liczbą powikłań pooperacyjnych.

Trzecie z omówionych rozwiązań dotyczy innowacji technologicznych. Również w tym przypadku celem jest zwiększenie niezależności pacjentów oraz ograniczenie udziału człowieka w niektórych procesach. Jako przykład tego rodzaju rozwiązania może służyć automatyzacja procesów laboratoryjnych.

Innowacje w duńskim systemie opieki zdrowotnej

- programy opieki nad osobami starszymi
- ograniczenie hospitalizacji
- innowacje technologiczne

ESTONIA

Koordynator krajowy programu HOPE: Hedy Eeriksoo

Uczestnicy wymiany w 2016 r.: Adrian Kobler (Szwajcaria), Svend Ulka Petersen (Dania), Steve Baguley (Wielka Brytania)

Pierwszym z omówionych innowacyjnych rozwiązań w Estonii jest system szyfrowania programowego i zabezpieczeń serwera X-Road, umożliwiający wymianę poufnych danych przez Internet. Określono go jako kluczowe narzędzie integracji systemu świadczeń opieki zdrowotnej, jako że łączy on dostawców publicznych i prywatnych za pośrednictwem specjalnego krajowego portalu. Każda z przesyłanych wiadomości jest podpisana, uwierzytelniona i drukowana w odpowiednim czasie. Drugie z innowacyjnych rozwiązań zapewnia dostęp obywateli do ich osobistych informacji lub do-

kumentów w rodzaju elektronicznych recept za pomocą dowodu osobistego. Możliwość tę stwarza wdrożony w skali całego kraju narodowy system identyfikacji osób. Trzecią z przedstawionych inicjatyw stanowi portal, w którym obywatele mogą sprawdzić, jakie dane znajdują się w posiadaniu władz państwowych. Portal umożliwia obywatelom decydowanie o tym, które z informacji pokazać, a które ukryć. Ostatnią innowacją stanowi system zapewniający lekarzom rodzinnym dostęp do danych o pacjentach, które znajdują się w szpitalnych bazach danych.

Innowacje w estońskim systemie opieki zdrowotnej

- system X-Road
- krajowy system identyfikacji obywateli
- możliwość obywatelskiej kontroli udostępniania danych
- dostęp lekarzy rodzinnych do danych szpitalnych

FINLANDIA

Koordynator krajowy programu HOPE: Hannele Häkkinen

Uczestnicy wymiany w 2016 r.:

Oliver Neeb (Austria), Alfons Riedelsperger (Austria), Marit Groner (Niemcy), Simon Nørregaard Jensen (Dania), Francisco Bernabeu (Hiszpania), Urbano Lopez Cruz (Hiszpania), Asunción Merino Peralta (Hiszpania), Tina Coleman (Irlandia), Maurizio Moreno Fattori (Włochy), Gunta Laizane (Łotwa), Cachia Demis (Malta), Glória Almeida (Portugalia), Jorge Jorge (Portugalia), Nuno Neves (Portugalia), Olmenius Veronica (Szwecja), Monique Kortekaas-Rietveld (Holandia), Jurre Kranenborg (Holandia), Carol Singleton (Wielka Brytania)

W Finlandii nowatorska integracja systemu zabezpieczeń społecznych z systemem ochrony zdrowia stworzyła możliwość wprowadzenia dużych zmian, które powinny pozytywnie wpłynąć na kwestie finansowania. Celami integracji są zapewnienie skutecznej komunikacji pomiędzy osobami, które zawodowo zajmują się opieką nad pacjentami, a także przeniesienie nacisku z modelu opieki specjalistycznej na opiekę podstawową, czemu ma towarzyszyć udział pacjentów w przyjętej ścieżce opieki. Drugie z omówionych rozwiązań wynika z konieczności dotarcia świadczeniodawców usług zdrowotnych do pacjentów na obszarach o małej gęstości zaludnienia. W związku z rosnącym zapotrzebowaniem na usługi opiekuńcze potrzeba ta jest szczególnie silna w przypad-

ku osób starszych. W tym kontekście podejmowane wysiłki koncentrują się na wykorzystaniu medycyny zdalnej w ramach wsparcia pacjentów w otoczeniu domowym i połączenia ich ze specjalistami pracującymi w szpitalach. Tym samym zwiększa się rola pacjentów w procesie opieki zdrowotnej, którzy biorą na siebie większą odpowiedzialność za jego przebieg. Trzecia z innowacji wiąże się z działalnością pierwszego w Finlandii biobanku pod nazwą Auria Biobank, który wspiera badania nad rakiem, cukrzycą i chorobami układu krążenia. Prowadzone badania i wynikająca z nich wiedza pozwolą na powiązanie wspomnianych chorób z czynnikami ryzyka, umożliwiając wprowadzenie racjonalnych kosztowo i dostosowanych do potrzeb pacjentów form leczenia.

Innowacje w fińskim systemie opieki zdrowotnej

- sposób integracji systemów opieki społecznej i zdrowotnej
- połączenie pacjentów ze specjalistami
- biobank nowej generacji

FRANCJA

Koordynator krajowy programu HOPE: Cédric Arcos

Uczestnicy wymiany w 2016 r.:

Rosamaría Casademont (Hiszpania), Amalia Franco (Hiszpania), Eva Garcia Suarez (Hiszpania), Jose Manuel Gasalla (Hiszpania), Mónica Hernandez Herrero (Hiszpania), Antonio Martinez-Gimeno (Hiszpania), María Concepción Moliner (Hiszpania), Darija Kuruc (Chorwacja)

W przypadku Francji omówione innowacje dotyczą terytorialnych wspólnot szpitalnych (*groupements hospitaliers de territoire – GHT*), ustawicznego kształcenia medycznego i opieki nad osobami niepełnosprawnymi.

Wspólnoty szpitalne ustanowiono w celu rozwiązania problemu efektywności opieki, a także poprawy koordynacji i planowania działalności świadczeniodawców komercyjnych i niekomercyjnych. Tworzą one spójną, zrozumiałą i skoordynowaną ścieżkę opieki nad pacjentami w regionie, czemu sprzyja wspólna platforma techniczna. GHT zapewniają pacjentom równy dostęp

do opieki zdrowotnej i profilaktyki przy jednoczesnej poprawie efektywności działania. Innowacja ta przyczyni się do stworzenia nowych miejsc pracy zgodnie z planem opracowanym we współpracy z uczelniami wyższymi.

Kształcenie ustawiczne z zakresu medycyny obejmuje obowiązkowe programy, których podstawę stanowią wykonywane symulacje. Z kolei opieka nad osobami niepełnosprawnymi koncentruje się na osobach starszych i chorych psychicznie. Działania dotyczące osób starszych polegają przede wszystkim na zapobieganiu

ich zależności od opieki oraz na wprowadzeniu rozwiązań medycyny zdalnej, umożliwiających opiekę w środowisku domowym. Do oceny stanu pacjentów używa się kwestionariusza, a jej wyniki są przekazywane wy-

kwalifikowanej pielęgniarce. Wsparcie osób chorych psychicznie zapewnia program integracji społecznej poprzez zatrudnienie, który przygotowują szpitale we współpracy z organizacjami niezarobkowymi.

Innowacje we francuskim systemie opieki zdrowotnej

- terytorialne wspólnoty szpitalne (*groupements hospitaliers de territoire*)
- ustawiczne kształcenie medyczne
- opieka nad osobami niepełnosprawnymi

NIEMCY

Koordynator krajowy programu HOPE: Peer Köpf

Uczestnicy wymiany w 2016 r.: Marion Androsch (Austria), Elisabeth Neuditschko (Austria), Hanns Ulriich Schlögl (Austria), Xavier Bijaye (Francja), Laurinda Santos (Portugalia), Johansson Annchristine (Szwecja), Regimantas Pestininkas (Wielka Brytania)

Pierwszą innowacją jest wdrożenie interkulturowego programu kształcenia opiekunów osób chorych na demencję. Opieka nad chorymi na demencję może stanowić duże wyzwanie, szczególnie dla osób pochodzących z innych środowisk kulturowych. W opracowanym w Niemczech programie specjalnie przeszkoleni profesjonaliści wspierają imigrantów chorych na demencję w języku ojczystym, z poszanowaniem norm i wartości kulturowych pacjenta. Opiekunowie interkulturowi potrafią wytłumaczyć rodzinie pacjenta, na czym polega jego choroba, przekazać informacje na temat dostępnych świadczeń, a także udzielić pomocy w podstawowych kwestiach prawnych i związanych z ubezpieczeniem zdrowotnym. Uczestnicy programu wymiany HOPE odnotowali, że program wpływa na zmianę sposobu postrzegania choroby przez członków rodziny, którzy nierzadko odbierają demencję jako powód do wstydu. Edukacja członków rodziny pomaga w zmianie tego nastawienia i ostatecznie podnosi jakość życia osób dotkniętych tą chorobą. Specjaliści przechodzą 15-tygodniowe szkolenie dotyczące demencji jako schorzenia neurodegeneratywnego, ale obejmujące także zagadnienia związane z prawem pracy, innymi kwestiami prawnymi i komunikacją międzykulturową. Po zakończeniu 10-dniowego stażu mogą oficjalnie pracować w charakterze interkulturowych opiekunów osób chorych na demencję w ośrodkach opieki geriatrycznej i gerontopsychiatrycznej, a także w domach pacjentów.

Drugą z omówionych innowacji stanowią szpitale-magnesy, przez co należy rozumieć placówki spełnia-

jące szereg określonych kryteriów akredytacyjnych. Szpitale-magnesy to jednostki, w których panuje silna kultura zmiany i podejmowane są działania inspirujące personel pielęgniarski do rozwoju i czerpania satysfakcji z wykonywanego zawodu. W placówkach tego rodzaju pielęgniarki i pielęgniarze uczestniczą w procesie decyzyjnym i pracach interdyscyplinarnych. Szpital-magnes stawia pacjentów w centrum uwagi, zapewniając realizację świadczeń opieki zintegrowanej przez zespoły specjalistów o odpowiednio zróżnicowanych kwalifikacjach. Z drugiej strony od kadry pielęgniarskiej oczekuje się udziału w prowadzonych badaniach i świadczenia opieki, której podstawę stanowią dowody naukowe. Od pielęgniarek i pielęgniarzy oczekuje się także prowadzenia projektów interdyscyplinarnych, a powodzenie opieki pielęgniarskiej ustala się na podstawie wyników empirycznych. Uczestnicy programu wymiany HOPE powołali się na badania, z których wynika, że w szpitalach-magnesach odnotowuje się wyższy poziom zadowolenia wśród pacjentów i personelu, mniejszą rotację pracowników, lepsze wyniki kliniczne (niższe wskaźniki zakażeń), mniej skarg, a także bardziej innowacyjną kulturę opieki pielęgniarskiej.

Trzeci przykład wdrożonych w Niemczech innowacyjnych rozwiązań w obszarze opieki zdrowotnej stanowi aplikacja na urządzenia mobilne, dzięki której można łatwo przeglądać wskaźnik wykorzystania łóżek w placówce. Aplikacja daje menedżerom wgląd w sytuację całej organizacji, podając rzeczywisty wskaźnik wykorzystania łóżek na wszystkich oddziałach.

Innowacje w niemieckim systemie opieki zdrowotnej

- opieka nad osobami chorymi na demencję
- szpitale-magnesy
- aplikacja do zarządzania łóżkami

IRLANDIA

Koordynator krajowy programu HOPE: Eamonn Fitzgerald
 Uczestnicy wymiany w 2016 r.: Bodil Marie Clemensen (Dania), Merja Sankelo (Finlandia), lion Metaal (Holandia), Jose Manuel Gasalla (Hiszpania), Mónica Hernandez Herrero (Hiszpania), Antonio Martinez-Gimeno (Hiszpania), María Concepción Moliner (Hiszpania), Darija Kuruc (Chorwacja)

Mówiąc o Irlandii, uczestnicy programu wymiany HOPE opisali ją jako kraj dużych możliwości, który przewycięża skutki kryzysu finansowego. Pomimo braku środków w sektorze opieki zdrowotnej wdrożono liczne inicjatywy o innowacyjnym charakterze. W planach decydentów politycznych zdrowie stanowi priorytet, a nowy minister zdrowia wprowadził strategiczny plan działania na kolejne 10 lat. Celem reformy jest większa integracja modeli opieki zdrowotnej.

Jedno z innowacyjnych rozwiązań, które poznali uczestnicy programu wymiany, polega na wzmocnieniu roli pacjentów i personelu w procesie opieki, którego podstawę stanowią koncepcje bezpieczeństwa pacjentów i jakości opieki. Wzmocnieniu roli personelu sprzyjają wdrożone programy rozwoju kadr. Realizację programów koordynują placówki szpitalne w ramach

strategii *People Strategy 2015–2018*, która podkreśla znaczenie zróżnicowanego koszyka kompetencji w procesie planowania rozwoju kadr. Zaangażowanie pacjentów przejawia się ich udziałem w procesie nadzoru nad jakością opieki zdrowotnej.

Uczestnicy wymiany uznali za nowatorskie rozwiązania techniczne w postaci cybernoża, elektronicznych kart pacjentów i procesu akredytacji wg międzynarodowych standardów. Ich zdaniem innowacje techniczne postrzegane są jako kluczowy aspekt „konkurencyjności”.

Trzecią z omówionych kwestii były szkolenia dla kadry pielęgniarskiej w zakresie rozwoju kompetencji przywódczych. Kluczową rolę pielęgniarek i pielęgniarzy odzwierciedla sposób organizacji oddziałów szpitalnych i plany wprowadzenia stanowiska dyrektora naczelnego ds. personelu pielęgniarskiego.

Innowacje w irlandzkim systemie opieki zdrowotnej

- wzmocnienie roli pacjenta i personelu w procesie opieki
- innowacje techniczne (cybernóż, elektroniczne karty pacjentów, proces akredytacji wg międzynarodowych standardów)
- zintegrowane programy rozwoju kompetencji przywódczych w obszarze opieki zdrowotnej, w tym nadzór nad jakością opieki zdrowotnej

WŁOCHY

Koordynator krajowy programu HOPE: Amleto Cattarin
 Uczestnicy wymiany w 2016 r.: Milagos Ramasco Gutierrez (Hiszpania), Magdalena Markowska (Polska)

Podczas pobytu we Włoszech uczestnicy programu wymiany jako pierwszą z innowacji wymienili Centrum Symulacji, które powstało we wrześniu 2012 r. w Zintegrowanym Szpitalu Uniwersyteckim w Weronie (Centro di Simulazione „Practice” della Azienda Ospedaliera Universitaria di Verona). Centrum służy zarówno pracownikom służby zdrowia i administracji, jak i studentom, którzy potrzebują szkoleń. Przedmiotem symulacji są procedury chirurgiczne oraz leczenie wypadków nagłych. Centrum stanowi odpowiedź na potrzebę wzmocnienia kompetencji o charakterze tech-

nicznym i nietechnicznym oraz rozwoju pracy zespołowej.

Druga z innowacji wiąże się z wykorzystaniem elektronicznej bazy danych i rozwiązań medycyny zdalnej, które ułatwiają współpracę pomiędzy różnymi świadczeniodawcami usług zdrowotnych. Jej celem jest zapewnienie ciągłości opieki oraz ułatwienie dostępu pracownikom służby zdrowia do dokumentacji pacjentów. W ten sposób różne jednostki mogą wymieniać między sobą informacje, a pacjenci mogą żądać konsultacji z lekarzami niezależnie od miejsca, w którym pracują.

Innowacje we włoskim systemie opieki zdrowotnej

- Centrum Symulacji – Centro di Simulazione „Practice” della Azienda Ospedaliera Universitaria di Verona
- elektroniczna baza danych i telemedycyna

ŁOTWA

Koordynator krajowy programu HOPE: Evija Palceja
 Uczestnicy wymiany w 2016 r.: Cátia Gaspar (Portugalia), Fons van de Gevel (Holandia)

Zdaniem goszczących w tym kraju uczestników programu wymiany menedżerów HOPE sektor opieki zdrowotnej na Łotwie wyróżnia działający w jej ramach ogólnokrajowy system jednorodnych grup pacjentów, a także potrzeba poprawy procesów szpitalnych. Pierwsza z innowacji dotyczy wdrożenia metodologii zarządzania Lean – Six Sigma. Jej podstawę stanowi współpraca zespołowa, której celem jest poprawa efektywności działania poprzez systematyczną eliminację marnotrawstwa. Za konkretny przykład tej metodologii może służyć projekt, którego celem jest ograniczenie liczby nadgodzin wśród pielęgniarek w salach operacyjnych oraz mniejsze opóźnienia w przeprowadzaniu zabiegów. Druga z omówionych innowacji ma na celu poprawę jakości świadczeń i bezpieczeństwa pacjentów, czemu służy wdrożona metoda kompleksowego zarządzania jakością (TQM). W podejściu tym nacisk jest położony na wdrożenie międzynarodowych

standardów jakości oraz wymianę informacji na temat dobrych praktyk zarządzania jakością w ramach poszczególnych szpitali.

Bez wątplenia system opieki zdrowotnej na Łotwie odnotował już kilka sukcesów: powszechny dostęp do opieki zdrowotnej (w tym opieki podstawowej i specjalistycznej oraz ośrodków rehabilitacyjnych), łatwy dostęp do specjalistów i diagnostyki na oddziałach ratunkowych i w ośrodkach prywatnych, a także rozwój systemu bezpieczeństwa pacjentów oraz jakości opieki, w którego centrum są pacjenci i ich rodziny. Jednak wciąż musi on sprostać kilku wyzwaniom: należy zwiększyć zakres publicznej opieki zdrowotnej, poprawić sytuację finansową systemu, skrócić czas oczekiwania pacjentów na przyjęcie do lekarza, poprawić stan zasobów (personel i finanse), ograniczyć liczbę wizyt pacjentów na oddziałach ratunkowych, a także zmienić metody zarządzania (szkolenia) i skoncentrować się na wyznaczonych celach.

Innowacje w łotewskim systemie opieki zdrowotnej

- wdrożenie metodologii zarządzania Lean – Six Sigma
- metoda kompleksowego zarządzania jakością

MALTA

Koordynator krajowy programu HOPE: Michelle Galea
 Uczestnicy wymiany w 2016 r.: Shila Hindsø (Dania), Silvana Šonc (Słowenia)

Pierwsza z omówionych w trakcie Kongresu HOPE Agora 2016 inicjatyw podjętych na Malcie dotyczy systemu partnerskiej współpracy pomiędzy inwestorami prywatnymi a władzami publicznymi, której celem jest poprawa możliwości rehabilitacji w szpitalach. W normalnych okolicznościach rehabilitacja odbywa się w systemie ambulatoryjnym, ponieważ jednak wiele starszych osób musi pozostać w szpitalu, należało wprowadzić odpowiedni system zarządzania. Wdrożono dalsze inicjatywy na rzecz osób starszych, które mają na celu zapewnienie im wysokiej jakości życia w społeczeństwie, a także zwiększenie ich niezależności w warunkach domowych. Jako przykład inicjatywy tego rodzaju można wskazać programy aktywnego i zdrowego życia dla osób starszych, a także system ca-

łodobowej opieki zdalnej, który umożliwia pacjentom kontakt telefoniczny z centrum opieki o dowolnej porze w każdym dniu tygodnia.

Druga grupa inicjatyw dotyczy opieki podstawowej, w szczególności programów edukacji zdrowotnej. Przykład stanowią kliniki leczenia zaburzeń odżywiania.

Trzeci przykład wiąże się z przyjętą w 2012 r. ustawą o zdrowiu psychicznym, która wprowadza nowe modele opieki, ograniczające pobyty w placówkach szpitalnych i zapewniające integrację społeczną osób z zaburzeniami na tle umysłowym.

Ostatnia z innowacji dotyczy nowych form zarządzania, w których kładzie się nacisk na rozwój zawodu, nadzór nad pracownikami i pracę zespołową.

Innowacje w maltańskim systemie opieki zdrowotnej

- rehabilitacja i strategie opieki nad osobami starszymi
- projekty w obszarze opieki podstawowej
- nowe modele opieki
- nowe formy zarządzania

POLSKA

Koordynator krajowy programu HOPE:	Bogusław Budziński
Uczestnicy wymiany w 2016 r.:	Janine Bender (Niemcy), Liselotte Brahe (Dania), Gabriel De Arriba (Hiszpania), Gustavo Merino Gómez (Hiszpania), Erif Newman (Wielka Brytania), Louise Phillips (Wielka Brytania)

W zgodnej opinii uczestników programu wymiany menedżerów HOPE w Polsce istnieje olbrzymi potencjał transformacyjny. Zaprezentowane innowacje mają charakter zmian o dużym znaczeniu. Sklasyfikowano je w trzech kategoriach – innowacji stopniowych, innowacji radykalnych i innowacji rewolucyjnych. Dotyczą one zarówno specjalności związanych z chorobami układu krążenia (wyniki zdrowotne) i chorobami onkologicznymi (interwencje kliniczne), jak i sprzętu oraz placówek medycznych. Kolejne innowacje wiążą się z pracami nad stosowanym w radiologii oprogramowaniem do zarządzania informacjami, które ma olbrzymie

znaczenie w kontekście poniesionych nakładów oraz integracji z systemem służb ratunkowych. Uczestnicy programu donoszą o holistycznym podejściu do pracy, w ramach którego pacjentów zachęca się do wyrażenia opinii na temat stosowanego leczenia. W Łodzi wprowadzono program edukacji dla kobiet cierpiących na nowotwory złośliwe. Podjęto także wysiłki mające na celu zapewnienie równowagi pomiędzy posiadanymi zasobami a jakością świadczeń. Innowacje niekoniecznie wiążą się z wdrożeniem nowych rozwiązań technicznych, lecz mogą wynikać ze stosowania dostępnych środków i zasobów w nowy i kreatywny sposób.

Innowacje w polskim systemie opieki zdrowotnej

- stopniowe – wykorzystanie i poprawa istniejących praktyk
- radykalne – zupełnie nowe podejście do rozwiązywania problemów
- rewolucyjne – stworzenie całkowicie nowego, nieoczekiwane rynku

PORTUGALIA

Koordynator krajowy programu HOPE:	Francisco António Matoso
Uczestnicy wymiany w 2016 r.:	Ole Sohn Jensen (Dania), Mika Heikkilä (Finlandia), Pirjo Orre (Finlandia), Alina Pürriené (Litwa), Antra Kuprisa (Łotwa), Łukasz Panasiuk (Polska), Sara Rozman (Słowenia), Iván Velasco Sanz (Hiszpania), Claudia Kokkeler (Holandia), Julia Chappell (Wielka Brytania)

Pierwsze z innowacyjnych rozwiązań na terenie Portugalii dotyczy formuły partnerstwa, rozumianej jako praktyka holistycznego podejścia do opieki nad pacjentem w połączeniu z monitorowaniem wydatków na opiekę zdrowotną i osiąganych wyników zdrowotnych. Jako pierwszą omówiono formułę partnerstwa w obszarze rozwiązań technicznych. Jego przykłady stanowią rezygnacja z tradycyjnych symulacji i wykorzystanie systemu opartego na mechanizmach grywalizacji (gamifikacji) do szkolenia młodych kadr, a także wprowadzenie pojazdów bez kierowcy do przewozu pacjentów z niepełnosprawnościami w obrębie placówki. Wspomniane innowacje zostały opracowane przez przedsiębiorstwa prywatne we współpracy ze szpitalami i uczelniami wyższymi. Inny przykład partnerstwa na rzecz innowacyjnych technologii stanowi wykorzystanie genomiki, która polega na mapowaniu ludzkiego genomu w celu stworzenia niewazyjnych narzędzi do diagnozy szeregu różnych chorób.

Celem drugiej formuły partnerstwa jest optymalizacja pracy szpitali. Jednym z jej przykładów jest

system logistyczny do zarządzania aptekami i salami operacyjnymi. System redukuje koszty przechowywania zapasów i zapewnia oszczędność czasu pielęgniarek i pielęgniarzy, którzy nie muszą już wykonywać czynności związanych z operacjami. Kolejny przykład stanowi organizacja krótkich, codziennych spotkań, w czasie których pracownicy służby zdrowia dzielą się pomysłami na temat sposobu poprawy jakości opieki i schematów leczenia pacjentów.

Formuła partnerstwa na rzecz innowacyjnej integracji przewiduje współpracę podmiotów z sektora publicznego i prywatnego, ale także organizacji niezarobkowych. Współpracę tego rodzaju klasyfikuje się jako działanie innowacyjne, albowiem ma ona na celu ponowne przemyślenie biznesowego modelu funkcjonowania placówek szpitalnych i innych świadczeniodawców usług zdrowotnych.

Innym przykładem dobrej praktyki jest projekt z udziałem szpitali i organizacji niezarobkowej, w ramach którego realizowane są świadczenia opieki neonatalnej

i pediatrycznej w warunkach domowych. Szpitale zapewniają personel, podczas gdy uczestnicząca w projekcie organizacja finansuje zakup mobilnej jednostki do przewozów. Inicjatywa pod nazwą „Zdrowe wakacje” jest

adresowana do osób w wieku powyżej 65 lat. W jej ramach uczestnicy przebywają przez tydzień w hotelu pod nadzorem pracowników służby zdrowia i opieki socjalnej. Celem inicjatywy jest ograniczenie izolacji społecznej.

Innowacje w portugalskim systemie opieki zdrowotnej

- partnerstwo na rzecz innowacyjnych technologii
- partnerstwo na rzecz innowacyjnych procesów
- partnerstwo na rzecz innowacyjnej integracji

SERBIA

Koordinator krajowy programu HOPE: Milos Bozovic
 Uczestnicy wymiany w 2016 r.: Sylvia de Wit (Holandia)

Pierwsza z wprowadzonych na terytorium Serbii innowacji to wdrożenie systemu pod nazwą „Mój lekarz”, który łączy świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki podstawowej, specjalistycznej i wysoce specjalistycznej. System ma charakter obowiązkowy i wszyscy świadczeniodawcy są zobowiązani do jego wdrożenia w określonym terminie. Stanowi to wyzwanie dla serbskiego sektora opieki zdrowotnej, w którym nie wszystkie stosowane systemy są ze sobą kompatybilne. Wprowadzenie omawianej innowacji przekłada

się na zwiększenie przejrzystości danych, ograniczenie liczby zdarzeń niepożądanych, a także skuteczniejszą ochronę prywatności pacjentów.

Drugą z omówionych innowacji stanowi wdrożenie systemu optymalizującego gospodarkę odpadami, dzięki któremu jednocześnie zredukowano zagrożenia biologiczne oraz koszty.

Ostatnia z innowacji dotyczy sposobu komunikowania się z pacjentami, który zakłada równość w relacjach pomiędzy pacjentami a personelem medycznym.

Innowacje w serbskim systemie opieki zdrowotnej

- wdrożenie systemu „Mój lekarz”
- optymalizacja gospodarki odpadami
- sposób komunikacji z pacjentem

HISZPANIA

Koordinator krajowy programu HOPE: Asunción Ruiz de la Sierra
 Uczestnicy wymiany w 2016 r.: Christian Queckenberg (Niemcy), Pica Andersen (Dania), Kristiina Heikelä (Finlandia), Stéphanie Dumont (Francja), Anthoula Gorantonaki (Grecja), Ilze Repsa (Łotwa), Joanna Kamińska (Polska), Ana Isabel Santos (Portugalia), Rita Veloso (Portugalia), Sandra Brás (Portugalia), Maria Zita Lopes Alves (Portugalia), Erica Ericsson (Szwecja), Carl Bradley (Wielka Brytania), Jane Darroch (Wielka Brytania)

Pierwsza grupa innowacji koncentruje się na pacjentach. Jednym z wdrożonych rozwiązań jest system monitorowania ścieżek leczenia pacjentów w warunkach szpitalnych. Pacjenci rejestrują się za pomocą kart zdrowia, korzystając z urządzeń wydających bilety z numerami. Numery kolejno obsługiwanych pacjentów są wyświetlane na ekranie umieszczonym poza ambulatorium. Uczestnicy programu wymiany wspomnieli również o specjalnym dziale, którego celem jest zapewnienie właściwej obsługi pacjentów, oraz omówili kwestię

życzliwości, uprzejmości i wynikającą z niej strategię postępowania, której początek dały wyniki przeprowadzonych badań zadowolenia pacjentów. Przyjęte rozwiązania mają na celu leczenie pacjentów, nie chorób.

Drugim z nowatorskich rozwiązań jest stanowisko koordynatora przebiegu leczenia (*case manager*), który organizuje ścieżkę leczenia szpitalnego w taki sposób, że to personel „wychodzi” do pacjentów, a oni nie muszą udawać się do kolejnych osób czy miejsc. Koordynator przebiegu leczenia skracza czas oczekiwania

pacjentów na przyjęcie i zapewnia ich bezpieczeństwo w trakcie całego leczenia.

Trzecia inicjatywa dotyczy systemu umożliwiającego wymianę informacji na temat pacjentów pomiędzy świadczącymi usługi opieki podstawowej a szpitalami.

Kolejnym innowacyjnym rozwiązaniem jest powołanie multidyscyplinarnego zespołu osób o różnych specjalizacjach, które przeszły przeszkolenie w zakresie sposobów komunikowania się z pacjentami w trudnych sytuacjach

zdrowotnych. Zespół ten współpracuje zarówno z pacjentami, jak i z członkami ich rodzin, którzy nie podlegają ograniczeniom związanym z godzinami odwiedzin.

Uczestnicy programu wymiany HOPE omówili także kwestię możliwości stosowania chemioterapii w domu pacjenta lub w warunkach szpitalnych. Lekarz rodzinny ma wgląd w ścieżkę (schemat) leczenia szpitalnego pacjenta dzięki opisanemu wyżej zintegrowanemu systemowi dokumentacji leczenia.

Innowacje w hiszpańskim systemie opieki zdrowotnej

- koncentracja na pacjentach
- powołanie stanowiska koordynatora przebiegu leczenia
- system umożliwiający wymianę informacji
- powołanie multidyscyplinarnego zespołu ds. komunikowania się z pacjentami

SZWECJA

Koordinator krajowy programu HOPE: Erik Svanfeldt

Uczestnicy wymiany w 2016 r.:

Brigitta Schmoll-Hauer (Austria), Maria Luz García Vivar (Hiszpania), Cecilio Santander Vaquero (Hiszpania), Heike Geschwindner (Szwajcaria), Heidi Schijf (Holandia), Gemma Snell (Wielka Brytania)

Podczas pobytu w Szwecji uczestnicy programu wymiany menedżerów HOPE omówili innowacje dotyczące świadczeń zdrowotnych dla uchodźców, poprawy jakości opieki i bezpieczeństwa pacjentów, a także indywidualizacji działań z zakresu opieki zdrowotnej.

Pierwsze z rozwiązań dotyczy kontroli stanu zdrowia uchodźców, którą przeprowadza się w ciągu 2 tygodni od ich przybycia. Badania te są prowadzone w ośrodkach zdrowia, których personel składa się z wysoce wykwalifikowanych imigrantów. Uchodźcy otrzymują tymczasowe dowody osobiste, dzięki którym uzyskują dostęp do leczenia, a ich dzieci są objęte programami szczepień.

Druga z omówionych inicjatyw dotyczy „zielonego krzyża”, który stanowi narzędzie identyfikacji i oceny codziennych zagrożeń, przez co zapobiega zdarzeniom niepożądanym lub ogranicza ich liczbę. Wyniki rozmów dotyczących codziennych zagrożeń, w których uczestniczy multidyscyplinarny zespół, stanowią podstawę działań służących poprawie jakości opieki.

Trzecia innowacja obejmuje zindywidualizowane działania, które umożliwiają poszczególnym osobom właściwą ocenę swoich mocnych stron i umiejętności, a dzięki temu prowadzenie niezależnego życia. Pacjenci uczestniczą w pracach nad rozwojem ujednoczonych ścieżek/schematów opieki i w procesie decyzyjnym.

Innowacje w szwedzkim systemie opieki zdrowotnej

- opieka zdrowotna nad uchodźcami
- poprawa jakości opieki i bezpieczeństwa pacjentów
- indywidualizacja opieki

SZWAJCARIA

Koordinator krajowy programu HOPE: Erika Schütz

Uczestnicy wymiany w 2016 r.:

Gerd Koorits (Estonia), Kadri Englas (Estonia), Ana Isabel Hijas Gomez (Hiszpania), Gemma Montero (Hiszpania), Marie-Helene Roux (Francja), Jonasson Katarina (Szwecja), Wouter Reepmaker (Holandia), Rebecca Griffiths (Wielka Brytania)

Zarządzanie danymi to pierwszy z tematów omówionych przez uczestników programu wymiany HOPE podczas ich pobytu w Szwajcarii. Placówki szpitalne przetwarzają olbrzymie ilości danych, które nierzadko

trudno jest zintegrować. Udało się to w Szwajcarii, gdzie stworzono system, który zawiera aktualne dane graficzne dotyczące zróżnicowanej tematyki (dane medyczne, procesy, efektywność itp.). Dane te można wykorzystać

w procesie decyzyjnym, czemu sprzyja wizualna reprezentacja procesów, umożliwiającą ich optymalizację w sytuacji, gdy przebiegają one w nieefektywny sposób. W jednym ze szpitali goszczących uczestników metoda ta umożliwiła redukcję przeniesień o 20 proc.

Druga innowacja dotyczy wdrożenia opartej na Internecie sieci, która umożliwia wymianę informacji o pacjentach pomiędzy świadczeniodawcami usług

opieki podstawowej, specjalistycznej i wysoce specjalistycznej. Wymiana informacji odbywa się w bezpieczny sposób i zgodnie z wolą pacjentów.

W przypadku obszarów o ograniczonym dostępie do świadczeń zdrowotnych jednym z wprowadzonych w Szwajcarii rozwiązań jest wzmocnienie pozycji i możliwości społeczności lokalnych oraz ich zaangażowanie w sytuacjach wymagających pilnej interwencji.

Innowacje w szwajcarskim systemie opieki zdrowotnej

- zarządzanie danymi
- sieć umożliwiająca wymianę informacji
- aktywizacja społeczności lokalnych

HOLANDIA

Koordynator krajowy programu HOPE: Hans de Boer

Uczestnicy wymiany w 2016 r.:

Samara Kornfeld (Austria), Simone Koch (Szwajcaria), Antonia Büchner (Niemcy), Mari-Leen Varendi (Estonia), Estrella Fernandez Vega (Hiszpania), Susanna Kurkinen (Finlandia), Aurélien Delas (Francja), Joseph Ruane (Irlandia), Chiara Tosin (Włochy), Collette Crisp (Malta), Anna Farmas (Polska), Graça Nascimento (Portugalia), Langner Kerstin (Szwecja), Sarah Mahoney-Harrison (Wielka Brytania), Adam Wright (Wielka Brytania)

Zdaniem uczestników programu wymiany menedżerów HOPE trzy najcenniejsze innowacje, z którymi mogli zapoznać się w Holandii, dotyczą technologii informacyjnych, systemu opieki zdrowotnej opartej na wartościach oraz grupowej oceny medycznej. Rozwiązania informatyczne stanowią wartość dodaną całego systemu i powstały z myślą o poprawie jakości świadczeń zdrowotnych oraz uzyskaniu korzyści w postaci mniejszych kosztów, zaangażowania personelu i lepszego zarządzania. Do przykładowych wdrożeń w obszarze IT należą: portale dla pacjentów (zapewniające internetowy dostęp do informacji na temat przebiegu leczenia), dynamiczne narzędzia planowania (elastyczne zarządzanie popytem na świadczenia zdrowotne), elektroniczna rejestracja pacjentów i zarządzanie przepływem pacjentów (skrócenie czasu oczekiwania na przyjęcie), system podawania leków przy łóżku pacjenta (zmniejszenie liczby zdarzeń niepożądanych związanych z przyjmowaniem leków), a także medycyna na odległość (wzmocnienie roli pacjentów w procesie leczenia).

Choć wszystkie wskazane wyżej narzędzia są bardzo wartościowe, na szczególną uwagę zasługuje system zdalnej rehabilitacji kardiologicznej, który wspiera przebieg rehabilitacji osób z chorobami serca. Pacjenci mogą wykonywać niektóre ćwiczenia rehabilitacyjne w domu, przysyłając informacje na temat swojego stanu zdrowia pielęgniarce w szpitalu za pomocą smartfona. Na podstawie otrzymanych danych pielęgniarka udziela pacjentowi informacji zwrotnej o jego rehabilitacji.

Zdalny monitoring zwiększa zaangażowanie pacjenta w proces opieki zdrowotnej, a jednocześnie pozwala oszczędzać zasoby, które zamiast na rehabilitację można przeznaczyć na opiekę doraźną.

Opieka zdrowotna oparta na wartościach stanowi nowe podejście do udzielania świadczeń zdrowotnych, w którym większą uwagę poświęca się wynikom klinicznym, a mniejszą – wydajności. U podstaw systemu leżą koncepcje opieki holistycznej i centralnej roli pacjenta w procesie leczenia. Przykładem tego podejścia jest personalizacja opieki polegająca na tworzeniu rad pacjentów, w których skład wchodzi przedstawiciele stowarzyszeń reprezentujących stanowisko pacjentów w sprawach związanych z opieką zdrowotną. W wielu placówkach rady pacjentów są reprezentowane w zarządach szpitali i uczestniczą w przygotowaniu dokumentów programowych i wytycznych. Kolejny przykład personalizacji opieki dotyczy pacjentów onkologicznych, którzy mają trudności z jedzeniem i cierpią często na brak apetytu. Aby sprostać temu wyzwaniu, należy zapewnić całodobową dostępność posiłków. W szpitalu należącym do sieci placówek goszczących uczestników wymiany na każdym piętrze utworzono niewielkie restauracje, z których pacjenci mogą korzystać w dogodnym dla siebie czasie. U podstaw tego podejścia leży koncepcja, zgodnie z którą żywność należy traktować jako lek i zapewnić jej dostępność w każdym czasie. Trzecia z inicjatyw dotyczy „grupowej oceny medycznej” i stanowi metodę oceny ogólnego stanu zdrowia

pacjentów geriatrycznych za pomocą kwestionariusza. Po przeprowadzonej ocenie wstępnej geriatra, który odpowiada za pierwszy kontakt z pacjentem, angażuje do współpracy innych specjalistów. Praktyka ta pomaga skrócić przeciętny czas pobytu pacjenta w placówce, zmniejszyć liczbę późniejszych konsultacji i zwiększyć

zadowolenie pacjentów. Ostatnia z dobrych praktyk dotyczy pracy multidyscyplinarnych zespołów, które opiekują się pacjentami w okresie rehabilitacji. W ich skład wchodzi lekarze, pielęgniarki, terapeuci i pracownicy socjalni.

Innowacje w holenderskim systemie opieki zdrowotnej

- technologie informacyjne (IT)
- system opieki zdrowotnej opartej na wartościach
- grupowa ocena medyczna

WIELKA BRYTANIA

Koordinator krajowy programu HOPE: Tracy Lonetto

Uczestnicy wymiany w 2016 r.: Peter Plessing (Austria), Isabel Rodrigo Rincón (Hiszpania), Minna Laitila (Finlandia), Chloé Saint-Ville (Francja), Gabriella Veress (Węgry), Kristine Golubeva (Łotwa), Tânia Santos (Portugalia), Miholič Mojca (Słowenia), Arnoud Rietveld (Holandia)

Pierwszą z omówionych dobrych praktyk w Wielkiej Brytanii jest program doradztwa (*coachingu*) klinicznego, który ma „uwolnić potencjał pacjenta, pozwalając mu na osiągnięcie jak najlepszych wyników”. Pacjenci otrzymują wsparcie w procesie pozyskiwania wiedzy na temat swoich chorób, dzięki czemu lepiej poznają siebie i stają się bardziej odpowiedzialni. Uwzględniane są wszystkie aspekty życia pacjenta, a nie tylko choroby, na które cierpi.

Pierwszy z prezentowanych przykładów dotyczył analizy transakcyjnej polegającej na bezpośredniej komunikacji pomiędzy specjalistami a pacjentem. Druga z metod, określana jako „kontinuum działań doradczych”, ma na celu zmniejszenie wskaźnika ponownych przyjęć do szpitala poprzez wspieranie pacjentów w warunkach domowych po wypisie ze szpitala. Stosowane w tym celu narzędzia *coachingowe* to „koło życia” i metoda STOKERM. Koło życia stanowi graficzną reprezentację ocen, które pacjent przypisuje określonym

dziedzinom życia (mobilność, dobre samopoczucie, dieta itp.), w porównaniu z oceną, którą pacjent uznaje za idealną. Z kolei metoda STOKERS to autorskie narzędzie monitorowania określonych działań przez ściśle wyznaczony czas w celu uzyskania informacji od pacjenta, w tym dotyczących zakładanych wyników działania.

Inny przykład dobrej praktyki stanowi przeprowadzone studium przypadku, w którym uczestniczyły dwie grupy specjalistów: grupa kontrolna i grupa odpowiedzialna za *coaching* kliniczny. Grupy te przeprowadzają rozmowy z pacjentami po ich przyjęciu do szpitala, a następnie po upływie trzech dni od ich wypisu. Dzięki temu udało się zmniejszyć o ok. 10 proc. wskaźnik ponownych przyjęć do szpitala, przez co uzyskano dzienne oszczędności na poziomie 340 000 euro. Największe korzyści odnotowano wśród pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, zapaleniem płuc i niewydolnością serca.

Dobre praktyki w brytyjskim systemie opieki zdrowotnej

- program doradztwa klinicznego
- studium przypadku – rozmowy z pacjentami po ich przyjęciu do szpitala i po upływie trzech dni od wypisu

Przypisy

¹World Health Organization (WHO).

²Vahdat S, Hamzehgardeshi L, Hessem S, Hamzehgardeshi Z. *Patient Involvement in Health Care Decision Making: A Review*. Iran red Crescent Med J 2014; 16.

³WHO, *World Health Report 2006*.

⁴<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/patient-safety>.

⁵WHO, *Integrated Health Services – What and Why?* Technical Brief 1/2008.

⁶<http://www.who.int/topics/ageing/en/>.

⁷*Ageing health workforce – ageing patients: multiple challenges for hospitals in Europe*. HOPE Agora Report. October 2012.