



RAPORT Z PROJEKTU

Standardy obsługi pacjentów w ramach leczenia raka piersi



Projekt zrealizowany przy wsparciu

Polska Koalicja 
Pacjentów Onkologicznych

Spis treści

1.	Podstawowe informacje o projekcie	5
2.	Podstawy zarządzania jakością w procesach medycznych	6
3.	Narzędzia projektowania i doskonalenia jakości usług medycznych	8
3.1.	Mapa procesów	8
3.2.	Diagram przepływu procesu – mapa procesu	9
3.3.	SIPOC	10
3.4.	Macierz ryzyka	10
3.5.	5xWHY	11
4.	Metodyka oceny i doskonalenia jakości procesów – przykład DCO	12
4.1.	Wprowadzenie	12
4.2.	Określanie zakresu projektu – mapa procesu	13
4.3.	Określenie przebiegu procesu – mapa procesu „Leczenie chirurgiczne”	15
4.4.	Analiza otoczenia procesu „Leczenie chirurgiczne” – SIPOC	29
4.5.	Plan działań	33
4.6.	Analiza 5xWHY	38
4.7.	Perspektywa pacjenta	41
5.	Podsumowanie	46
	Spis załączników	51

Przedmowa Prezesa Polskiego Towarzystwa Onkologicznego

Jednym z najważniejszych wyzwań współczesnej onkologii jest upowszechnienie modelu kompleksowej i koordynowanej opieki onkologicznej, skoncentrowanej wokół potrzeb pacjenta i zapewniającej lepszą dostępność, jakość, bezpieczeństwo i efektywność. Nie ulega wątpliwości, że koncentracja procedur wysokospecjalistycznych w ośrodkach kompetencji (unitach) pozwoli na poprawę wyników leczenia, zwiększenie dostępności do nowoczesnych technologii i terapii medycznych oraz rozwój kadr medycznych.

Jednak obserwując od wielu lat system opieki onkologicznej – jako lekarz i dyrektor szpitala – zauważam liczne problemy o charakterze organizacyjnym. Bardzo częstym problemem jest precyzyjny podział kompetencji oraz koordynacja zadań między poszczególnymi podmiotami i osobami w ramach systemu, jak w ramach szpitala. Warunkiem wprowadzenia kompleksowej i koordynowanej opieki onkologicznej jest nie tylko rozwój nowoczesnych metod leczenia nowotworów, ale przede wszystkim sprawna organizacja całego procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Musimy zdawać sobie sprawę, że docelowo preferowany model opieki wymusza profesjonalizację współpracy wśród personelu medycznego. Model ten możemy osiągnąć jedynie poprzez integrację organizacyjną, ale także funkcjonalną, zarówno poziomą, jak również pionową.

Niniejszy raport dostarcza wielu praktycznych zasad i narzędzi wspomagających sprawne zarządzanie w ramach jednostek leczniczych. W mojej opinii, największą wartością zrealizowanego projektu była lepsza integracja personelu medycznego, która pozwoliła na usprawnienie pracy w Centrum Chorób Piersi Dolnośląskiego Centrum Onkologii. Lepsza organizacja i zarządzanie przetożyła się wprost na lepszą obsługę pacjentów. Wśród kluczowych kompetencji personelu medycznego wspierających rozwój modelu kompleksowej i koordynowanej opieki można wymienić:

- Zapewnienie opieki skoncentrowanej na pacjencie.
- Umiejętność pracy w interdyscyplinarnych zespołach.
- Korzystanie z praktyk opartych na dowodach.
- Ciągła poprawa jakości.
- Wykorzystanie narzędzi informatycznych.

Ponadto, personel medyczny powinien legitymować się dodatkowymi umiejętnościami i kompetencjami, takimi jak wiedza na temat wpływu procesu zmian organizacyjnych na pracę zespołu, wiedza na temat miejsca i roli pacjentów w zespole czy umiejętność komunikowania się i rozwiązywania konfliktów.

Mam nadzieję, że niniejszy raport będzie cenną lekturą dla wszystkich, którzy chcą upowszechnić model kompleksowej i koordynowanej opieki onkologicznej w Polsce.

Dr hab. Adam Maciejczyk
Dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu
Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego

Wstęp

Przedstawiamy Państwu dokument, będący podsumowaniem prac prowadzonych w Centrum Chorób Piersi Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu, opracowany metodologicznie przez firmę Proqual, we współpracy z Polskim Towarzystwem Onkologicznym, ze środków finansowych All.Can Polska. Projekt został przeprowadzony w okresie sierpień 2019 – październik 2020. Celem projektu było wypracowanie metod i standardów wdrażania oraz realizacji procesów obsługi, diagnostyki i leczenia pacjentów w ramach skojarzonej terapii raka piersi.

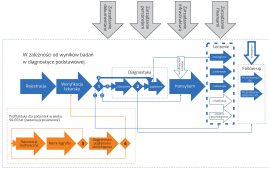
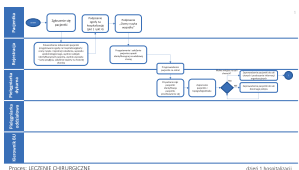
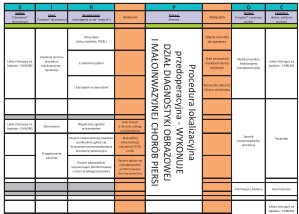
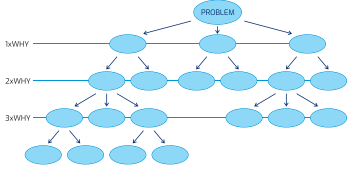
Dzięki wprowadzanym zmianom w regulacjach dotyczących kompleksowej opieki onkologicznej, w najbliższych latach będziemy obserwować w Polsce dynamiczny rozwój wyspecjalizowanych jednostek narządowych. Na podstawie rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia dotyczącego kompleksowej opieki nad pacjentkami z rakiem piersi w Polsce z października 2019 roku, kilka ośrodków podjęło się wyzwania tworzenia takich wyspecjalizowanych ośrodków, a są takie, które mogą od dawna poszczycić się europejskimi certyfikatami. Dzięki uchwalonej pod koniec 2019 roku Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030 można projektować wprowadzanie kolejnych wyspecjalizowanych ośrodków narządowych. Jest to ogromna szansa dla szpitali onkologicznych na podniesienie jakości i efektywności świadczonych usług, jednak równocześnie stanowi dla nich duże wyzwanie organizacyjne. Z uwagi na wielodyscyplinarny charakter tzw. unitów oraz wysoko postawione kryteria jakościowe, niezbędne jest wdrożenie standardów organizacyjnych, które poprawią i usprawnią wszystkie procesy zachodzące wewnątrz tych unitów, co pozwoli na efektywniejsze zarządzanie środkami alokowanymi na opiekę onkologiczną, a w efekcie pozwoli również na szersze wykorzystanie innowacyjnych technologii medycznych.

Projekt objął opracowanie metodyki wdrażania systemu zarządzania jakością w Centrum Onkologii. W projekcie zbadano także satysfakcję pacjentów z jakości procesu leczenia, w tym czynników nie związanych bezpośrednio z procesem leczenia, poprawę projakościowej świadomości pracowników, a także trwałe i skuteczne wdrożenie narzędzi, technik i zasad podnoszenia jakości.

Z uwagi na to, że celem inicjatywy All.Can jest przede wszystkim poprawa efektywności i stabilności opieki onkologicznej oraz sytuacji pacjentów, mamy nadzieję, że to pierwsze i tak dokładne opracowanie systemu zarządzania przyczyni się do rozpowszechnienia podejścia procesowego w placówkach onkologicznych i do poprawy jakości oraz stabilności opieki nad pacjentami z nowotworami w Polsce.

Szymon Chrostowski
Prezydium All.Can Polska

Doskonalenie organizacji pracy – plan projektu

Lp.	Krok	Cel
1	Opracowanie mapy procesów 	Ten krok ma na celu przedstawienie organizacji w ujęciu procesowym. Dzięki niemu zidentyfikowane zostają procesy oraz ich powiązania, w tym relacje klient-dostawca wewnętrzny (np. klientem wewnętrznym rejestracji jest lekarz; diagnostyka jest dostawcą wewnętrznym dla lekarza kierującego na badanie).
2	Opracowanie map przebiegu procesów 	W tym kroku należy opracować mapy (diagramy) przebiegu procesów, które będą doskonalone. Dzięki temu poszczególne procesy stają się jednoznaczne co do przebiegu i odpowiedzialności za poszczególne zadania.
3	Przygotowanie schematów SIPOC 	Schematy SIPOC rozwijają informacje o relacjach procesu z jego otoczeniem: dostawcami i klientami. Jasno definiowane są tu zasoby i wyroby procesu oraz wymagania z nimi związane. Można też opracować listę problemów na liniach dostawcy-proces oraz proces-klienta.
4	Analiza ryzyk 	Analiza ryzyka w oparciu o zdefiniowane wcześniej wymagania, pozwala na zbadanie możliwych do popełnienia błędów, ich przyczyn i skutków. Dzięki „wycenieniu” ryzyk z wykorzystaniem macierzy ryzyk (np. w programie PQ-FMEA), wiadomo na których elementach należy się skupić przy doskonaleniu.
5	Analiza 5xWHY 	„Wychodząc” od mierników koniecznych do osiągnięcia dla danych procesów (np. % procedur z leczeniem oszczędzającym), należy przeprowadzić analizę możliwych przyczyn ich nieosiągnięcia. Można to połączyć z analizą ryzyk i poprowadzić „w głąb” w celu znalezienia pierwotnych przyczyn problemów. Efektem tego kroku może być m.in. opracowanie nowych standardów postępowania.
6	Ocena zadowolenia pracowników i pacjentów 	Ostatnim krokiem projektu doskonalącego organizację może być badanie zadowolenia pacjentów i pracowników. Potwierdzi to skuteczność przeprowadzonych optymalizacji. Zalecanymi wskaźnikami są tu CSI/ESI oraz NPS pozwalający na bezpośrednie porównanie pomiędzy oddziałami lub szpitalami.

Opracowanie: Tomasz Greber [PROQUAL], tomasz.greber@proqual.pl

1. Podstawowe informacje o projekcie

Opisany w niniejszym raporcie projekt został zrealizowany w Centrum Chorób Piersi (Breast Unit) w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu (DCO).

Celem projektu było wypracowanie i udokumentowanie **metod i standardów wdrażania** oraz realizacji procesów obsługi, diagnostyki i leczenia pacjenta w ramach skojarzonej terapii raka piersi, wykraczających poza ogólnodostępne opracowania przygotowane przez takie organizacje jak m.in. European Society of Breast Cancer Specialists.

Zespół projektowy skupił się na analizie polskich i lokalnych realiów leczenia chorób piersi, a następnie w oparciu o wypracowane w DCO najlepsze praktyki i oryginalną metodykę projektu wskazał w niniejszym opracowaniu standardowe, a jednocześnie optymalne dla zastosowań medycznych, metody **doskonalenia procesów diagnostyki**, leczenia i wsparcia pacjentów możliwe do wdrożenia w podobnych organizacjach. Bezsporną wartością projektu jest wypracowana metodyka, która **pozwała innym ośrodkom, nie tylko tym zajmującym się terapią raka piersi**, na identyfikację procesów, ich otoczenia, opracowanie mierzalnych kryteriów oceny procesów, a następnie przechodząc przez analizę problemów i ich przyczyn dojście do standardów (instrukcji, procedur, zasad) oraz ich bieżące **monitorowanie i ulepszanie**.

Zasadniczy zespół projektowy składał się z pracowników DCO oraz konsultanta zewnętrznego nadzorującego metodycznie opracowany przez siebie sposób realizacji celu projektu:



prof. dr hab. n. med. Rafał MATKOWSKI
(kierownik Oddziału Chirurgii Piersi)



dr n. med. Piotr KASPRZAK
(kierownik Zakładu Diagnostyki Chorób Piersi)



dr inż. Tomasz GREBER
(konsultant PROQUAL Management Institute)

2. Podstawy zarządzania jakością w procesach medycznych

Nie trzeba nikogo przekonywać, że zapewnienie jakości wyrobów (w tym także usług) jest bardzo ważnym zadaniem każdej organizacji, która działa na rzecz swoich klientów. Nie ma przy tym znaczenia, czy organizacja ta (firma) działa na rynku bardzo konkurencyjnym, czy jest quasi-monopolistą, choć oczywiście zarządzanie jakością w tych dwóch grupach klientów odgrywa zupełnie różną rolę. W przypadku organizacji funkcjonujących na rynku konkurencyjnym, jakość (obok ceny, wizerunku itp.) jest bardzo istotnym elementem budowania strategii rozwoju. Gdy organizacja nie ma znaczącej konkurencji (lub w ogóle jej nie ma), kierunki zarządzania jakością zależą bardzo od zarządu i można tu przedstawić dwa skrajne przypadki. W pierwszym organizacja skupia się na osiągnięciu minimalnego poziomu spełnienia wymagań (w tym zgodności z przepisami) w myśl tego, że klient i tak nie ma wyboru i „kupi”. Sytuacja druga ma miejsce, gdy zarząd (osoby decyzyjne) ma świadomość swojej odpowiedzialności (także moralnej) przed klientem i próbuje osiągnąć maksymalny, możliwy w realiach organizacji poziom ich zadowolenia.

Zarządzający organizacjami nie zawsze do końca zdają sobie sprawę z tego, jakie straty ponoszą w wyniku złej jakości swoich wyrobów, bądź nawet szerzej – procesów. Dopiero bowiem wnikliwa i szczegółowa analiza kosztów ujawnić może wszystkie straty ponoszone w wyniku niskiej jakości. Utrata klientów (co może nie mieć znaczenia w przypadku niektórych szpitali), koszty ponoszone przy „naprawianiu”, koszty administracyjne związane z dodatkową obsługą to tylko niektóre z czynników mających bezpośredni wpływ na kondycję finansową, a nie zawsze kojarzonych przez decydentów ze złą jakością.

Planowanie jakości należy w organizacji rozpocząć **od zmiany podejścia do problematyki zapewnienia jakości. Należy zrezygnować z tradycyjnego „wykrywania”, na rzecz „zapobiegania powstawaniu i ciągłego ulepszania”,** w czym pomocne może być wiele różnych narzędzi sterowania jakością, dobranych adekwatnie do wymogów jakie stawiają realia funkcjonowania organizacji.

Zła jakość odciska się wyraźnym piętnem na wyniku finansowym przedsiębiorstwa. Jej polepszenie ma z kolei bezpośredni wpływ na poprawę tego wyniku, co oznacza w konsekwencji zwrot poniesionych na zadbanie o jakość nakładów. Podniesienie jakości wyrobów pociąga za sobą poprawę opłacalności realizacji procesów oraz poprawę pozycji na rynku, a to daje przecież oczywiste korzyści finansowe. Nie wszyscy jednak zarządzający dobrze to rozumieją tkwiąc z uporem w przestarzałych sposobach i systemach zarządzania.

Najlepszym bodajże sposobem zapewnienia wysokiej jakości wyrobów, jest wprowadzenie w firmie tzw. „filozofii” zarządzania zorientowanych na jakość. „Filozofie” te są pewnym zespołem działań, ogólnym podejściem zmierzającym do zapewnienia wysokiej jakości produkcji. Wśród nich podstawowe to:

- **Kaizen** - stosowana od kilkudziesięciu lat koncepcja stałego udoskonalania, oparta na świadomości, że zaspokajanie wymagań klienta stanowi istotną gwarancję sukcesu; Kaizen oznacza stałe udoskonalanie oraz usprawnianie, w realizację których włączeni są wszyscy pracownicy organizacji,
- **Just-In-Time** - ideą JIT jest dostarczanie gotowych wyrobów dokładnie w momencie, kiedy istnieje na nie zapotrzebowanie u odbiorcy (zewnętrznego lub wewnętrznego),
- **TQM (Total Quality Management)** - kompleksowe zarządzanie przez jakość angażujące wszystkich pracowników, którzy znając swoje miejsce w organizacji dążą do ciągłego spełniania, a nawet wyprzedzania oczekiwań klientów,
- **Six Sigma** – metodyka doskonalenia procesów opracowana przez firmę Motorola, która skupia się na osiągnięciu powtarzalności procesów (minimalizacji zmienności w jego przebiegach).

Polskie szpitale skupiają się głównie na budowaniu formalnych systemów zarządzania jakością, co jest niezbędne dla uzyskania akredytacji i certyfikacji np. na zgodność z normą ISO 9001. Takie podejście nie zapewnia jednak poprawy komunikacji wewnątrz organizacji, nie motywuje do doskonalenia, a w wielu przypadkach skupia się na opracowaniu procedur i instrukcji (często „sztampowych”), które stają się formalnie sednem zarządzania jakością. Brakuje zatem metodycznego podejścia do budowania, a przede wszystkim doskonalenia standardów pracy. Jakość opieki wg Amerykańskiego Instytutu Medycyny to zakres, w jakim udzielane świadczenia zdrowotne zwiększają prawdopodobieństwo uzyskania pozytywnego efektu zdrowotnego i są zgodne z aktualną wiedzą profesjonalną. Jednocześnie należy pamiętać, że Światowa Organizacja Zdrowia jakość opieki określa jako rezultat oraz sposób użycia środków i organizacji usług, a także satysfakcję pacjenta. Jednym z celów niniejszego projektu jest przedstawienie wykorzystanej w Dolnośląskim Centrum Onkologicznym metodyki budowania optymalnych z punktu widzenia szpitala, ale przede wszystkim z punktu widzenia pacjentów, standardów postępowania.

3. Narzędzia projektowania i doskonalenia jakości usług medycznych

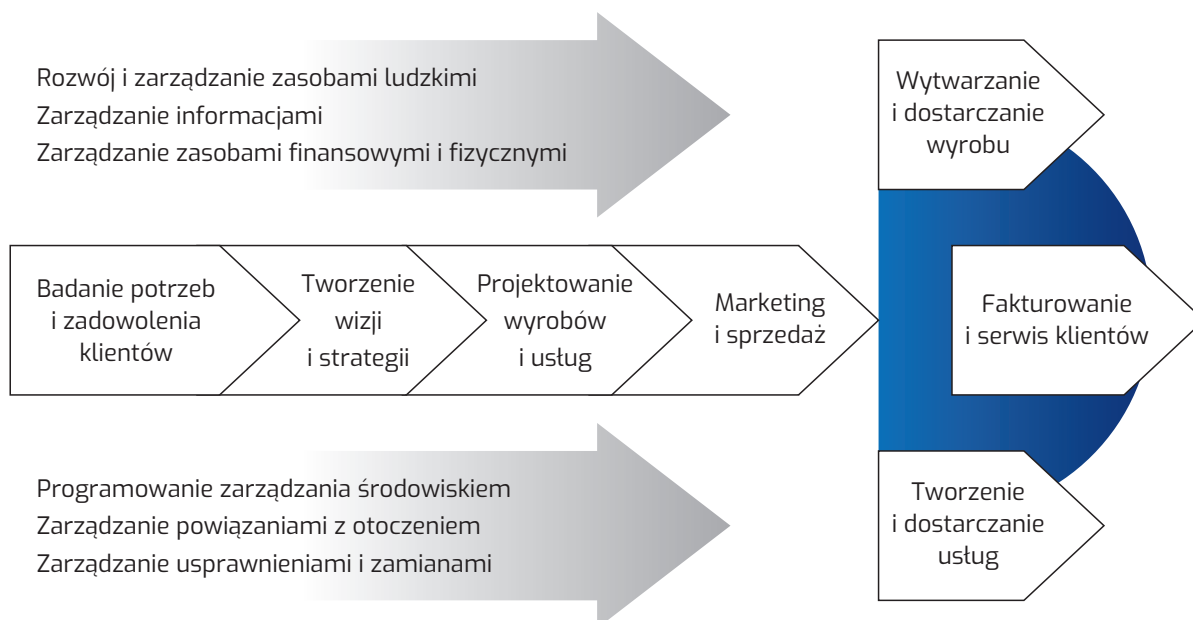
3.1. Mapa procesów

Popularność narzędzia „mapa procesów” wzrosła znacznie w roku 2000, gdy wprowadzona została kolejna nowelizacja normy ISO 9001, będąca podstawą budowania systemów zarządzania jakością. Norma ta wymagała m.in. przedstawienia procesów realizowanych w organizacji oraz wzajemnego oddziaływania między nimi. Mapa procesów stała się najbardziej popularnym narzędziem do wypełnienia tego wymagania.

Sama graficzna prezentacja powiązań pomiędzy procesami może mieć bardzo różną formę graficzną. Istotą jest to, aby mapa pokazywała:

- wszystkie procesy realizowane w organizacji (na wybranym poziomie ogólności),
- relacje pomiędzy procesami: który jest dla którego „dostawcą”, a który „klientem”.

Przykładową mapę procesów przedstawiono na rys. 3.1.



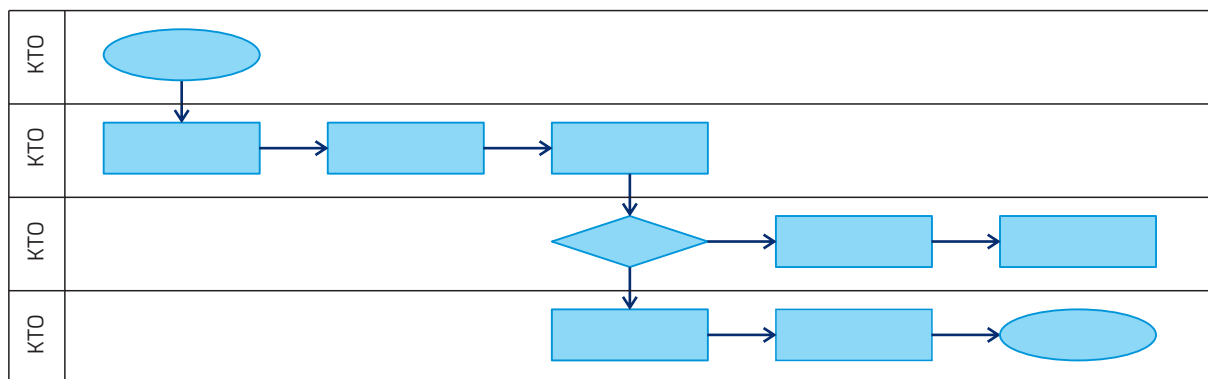
Rys. 3.1. Przykład ogólnej mapy procesów

Źródło: Gruchman G., Określanie architektury procesów metodą P4, Problemy Jakości 2000 r., nr 7

Mapa procesów jest bardzo dobrym punktem wyjściowym do dalszej analizy organizacji i jej procesów. Pozwala też na uporządkowane przejście do szczegółowego mapowania poszczególnych procesów.

3.2. Diagram przepływu procesu – mapa procesu

Diagram przepływu procesu, czyli mapa procesu jest bardzo typowym narzędziem do projektowania i analizowania przebiegu procesu. Mapy te mają różną formę graficzną, ale jedną z częściej stosowanych jest tzw. *swimlane diagram* (linie basenowe) – rys. 3.2.

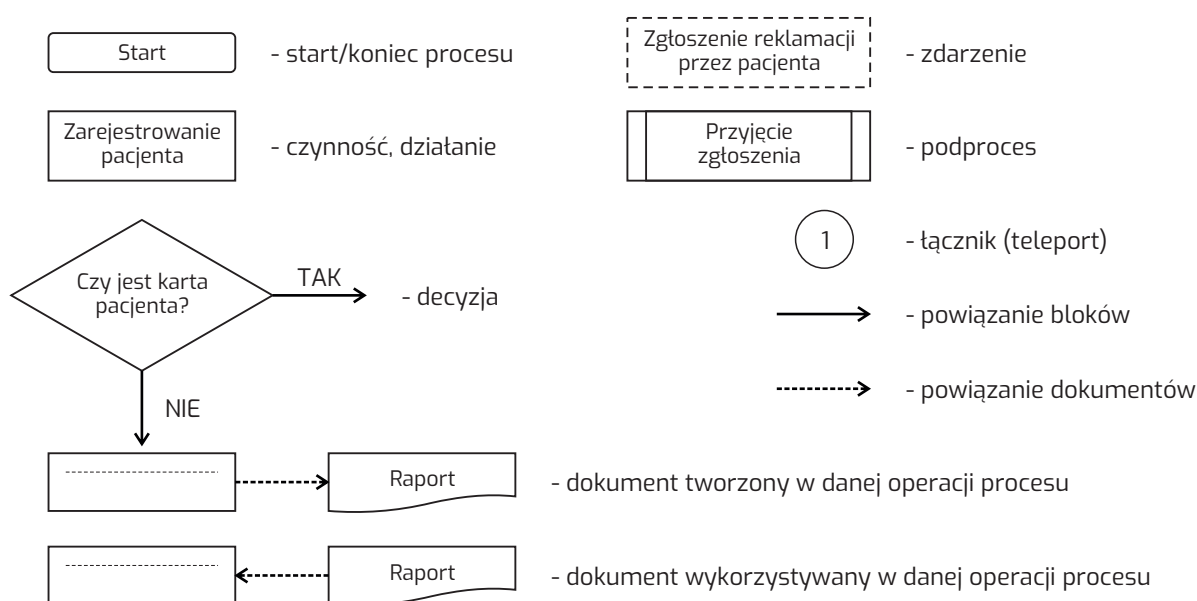


Rys. 3.2. Poglądowy układ typowej mapy procesu w układzie swimlane

Tak przygotowana mapa pokazuje trzy najważniejsze potrzebne do zrozumienia i późniejszego monitorowania procesu informacje:

1. Kto jest uczestnikiem danego procesu (osoby lub komórki organizacyjne).
2. Jakie czynności są realizowane w procesie i w jakiej kolejności.
3. Kto jest za poszczególne etapy procesu odpowiedzialny (kto wykonuje czynności, kto podejmuje decyzje itd.).

W praktyce mapowania procesów wykorzystywane są różne tzw. notacje, wśród których najbardziej popularną wydaje się być notacja BPMN (ang. *Business Process Model and Notation*). Jej pełny zakres jest bardzo rozbudowany i skomplikowany, dlatego też, gdy nie ma potrzeby bardzo precyzyjnego opisu poszczególnych etapów procesu, stosuje się jej różne uproszczenia. Najbardziej typową notację uproszczoną przedstawiono na rys. 3.3.



Rys. 3.3. Uproszczona notacja – mapowanie procesu

Samo mapowanie procesu ma co najmniej dwa podstawowe cele. Oczywistym jest jasne przedstawienie przebiegu procesu. Celem pośrednim jest umożliwienie obiektywnej oceny jego logiczności i tego, czy jest wystarczająco jasno zdefiniowany (standardy, instrukcje, procedury itp.). Praktyka pokazuje, że często w trakcie mapowania procesu zespół dochodzi do tego, że niektóre możliwe „ścieżki” kończą się w nieoczekiwanym miejscu (np. nie wiadomo jak postępować w nietypowych przypadkach) lub zauważa, że niektóre etapy procesu nie są zupełnie zestandaryzowane, przez co proces nie jest powtarzalny (np. osoby odpowiedzialne za daną czynność mają zupełną dowolność w postępowaniu).

3.3. SIPOC

SIPOC jest zaczerpniętym z metodyki Six Sigma sposobem prezentacji „otoczenia” procesu. Sama nazwa jest akronimem słów określających:

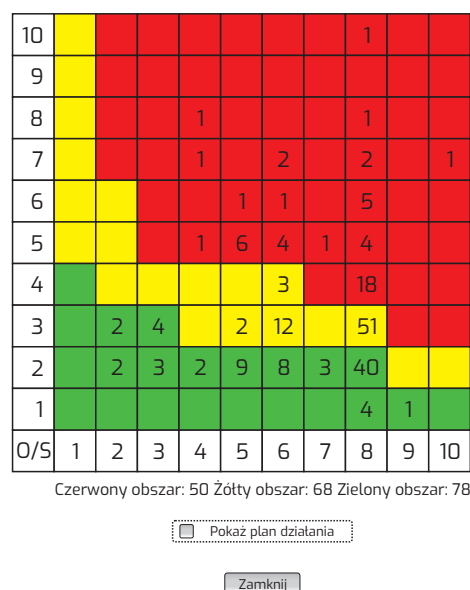
- S: *Supplier* – dostawcy, czyli osoby lub komórki organizacyjne dostarczające coś do procesu;
- I: *Input* – elementy „wejściowe” do procesu (surowce, informacje, usługi);
- P: *Process* – opisany prostym diagramem blokowym przebieg analizowanego procesu;
- O: *Output* – elementy „wyjściowe” z procesu, wyroby procesu;
- C: *Customer* – klient procesu, czyli osoba lub komórka organizacyjna.

Ogromną wartością SIPOC, realizowanego dodatkowo w zespole tzw. klientów i dostawców wewnętrznych (w ramach jednej organizacji), jest usprawnienie wewnętrznej komunikacji. W trakcie pracy warsztatowej pojawiają się bowiem jasne informacje na temat wewnętrznych potrzeb „stron” zaangażowanych w proces. Dodatkowo, w przypadku rozwinięcia SIPOC do postaci SIRPORC, przez dodanie elementu R (*requirements*), czyli określenia wymagań co do wejść i wyjść z procesu, łatwo jest ustalić, czy odpowiednio zakomunikowane są w organizacji wzajemne wymagania pomiędzy klientami i dostawcami wewnętrznymi. Poza tym może się też okazać, że nie do końca rozumiane są wymagania klienta finalnego (np. pacjenta). To wszystko doprowadzić może do poprawy przepływu informacji w organizacji oraz poprawy skuteczności i efektywności procesów.

3.4. Macierz ryzyka

Ostatnie lata pokazują wyraźnie, że rośnie znacznie ocena ryzyka i zarządzania organizacją z uwzględnieniem wyników takiej oceny. Rozwiniętych jest wiele metod w tym zakresie, np. FMEA, FMECA, FTA. Ciekawym narzędziem możliwym do wykorzystania przy identyfikacji ryzyk i planowaniu działań doskonalących jest tzw. macierz ryzyka (rys. 3.4).

W typowej macierzy oceniane są dwa aspekty zidentyfikowanych (potencjalnych lub rzeczywistych) sytuacji niepożądanych:



Rys. 3.4. Macierz ryzyka – przykład

- skutki dla klienta (znaczenie, dotkliwość) – zazwyczaj oznaczane są one jako „S” (ang. *severity*),
- częstość występowania (prawdopodobieństwo wystąpienia) – zazwyczaj oznaczane jest jako „O” (ang. *occurrence*).

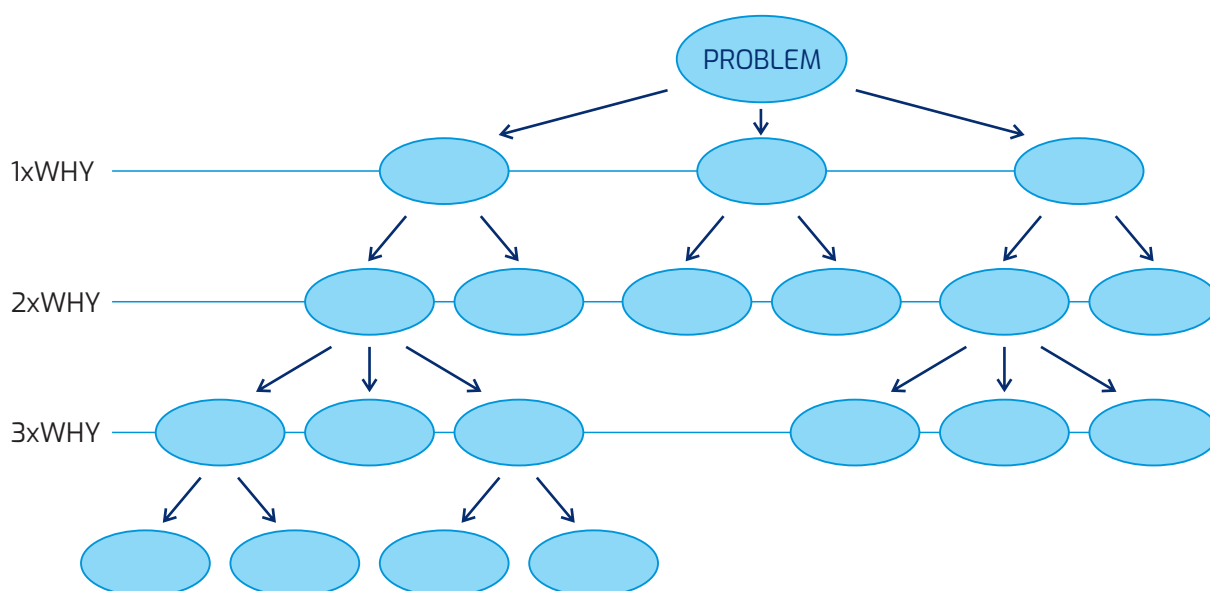
Typowa macierz z wykorzystaniem skali (zazwyczaj od 1 do 10, przy czym im wyższa wartość, tym większy „problem” ze skutkami lub występowaniem) identyfikuje trzy poziomy ryzyka:

- wysoki, przy dużym znaczeniu i częstym występowaniu (zazwyczaj kolor czerwony) – wymagane jest działanie doskonalące,
- średni, przy średnim znaczeniu i niewysokiej częstości występowania (zazwyczaj kolor żółty) – działania doskonalące są zalecane, ale niewymagane,
- niski, przy małej dotkliwości i/lub występowaniu (zazwyczaj kolor zielony) – działania doskonalące nie są potrzebne.

Dzięki macierzy można łatwo przygotować plan działania, rozróżniając problemy istotne, bo mające duży wpływ na klientów (duże „S”), od tych mało istotnych dla klientów, ale często występujących, a przez to powodujących koszty (małe „S”, ale duże „O”).

3.5. 5xWHY

5xWHY, czyli 5xDlaczego to bardzo często wykorzystywane w praktyce zarządzania jakością narzędzie do poszukiwania przyczyn niezgodności (rys. 3.5). Pozwala ono nie tylko na określenie przyczyn bezpośrednich niepożądanego zdarzenia, ale przede wszystkim na identyfikację tzw. root cause, czyli przyczyny bazowej, pierwotnej.



Rys. 3.5. Schematyczne przedstawienie narzędzia 5xWHY

Wskazany w nazwie sposób postępowania sugerujący odpowiedź pięć razy na pytanie „dlaczego” jest oczywiście umowny. Czasami wystarczą trzy pytania, a czasami trzeba ich zadać dziesięć. Chodzi jednak o to, żeby przy planowaniu rozwiązania problemu nie skupiać się jedynie na bezpośrednich przyczynach błędu, bo może być to nieskuteczne w sytuacji, gdy przyczyny tych przyczyn nadal będą się pojawiały.

4. Metodyka oceny i doskonalenia jakości procesów – przykład DCO

4.1. Wprowadzenie

Opierając się na definicjach jakości w ochronie zdrowia (Donabedian, 1966 rok), należy połączyć trzy wymiary opieki nad pacjentem: techniczny, interpersonalny i organizacyjny:

- Wymiar **techniczny** koncentruje się na osiągnięciu możliwie najlepszych wyników (powrót do zdrowia bądź jego poprawa).
- **Interpersonalny** odnosi się do relacji pacjenta z personelem medycznym (przebieg procesów diagnostycznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych) oraz wzajemnych relacji personelu.
- Wymiar **organizacyjny** odnosi się do zewnętrznej oprawy udzielanej opieki (struktura organizacyjna, zasoby, kwalifikacje personelu).

W niniejszym raporcie przedstawiono **metodykę oceny i doskonalenia procesów** wykorzystaną w DCO (w zakresie Brest Unit - BU). Raport nie przedstawia wszystkich działań i wniosków specyficznych dla DCO, ale skupia się na pełnym opisie wykorzystanej metodyki. Ma to umożliwić przeniesienie jej na grunt innych organizacji i wykorzystanie do doskonalenia własnych procesów. W raporcie przedstawione są też wypracowane przez BU standardy pracy, które mogą w praktycznie niezmienionej formie znaleźć zastosowanie w podobnych szpitalach.

W raporcie przedstawiono sposób wykorzystania poszczególnych narzędzi (np. map procesu czy diagramów SIPOC) wraz z praktycznymi uwagami dotyczącymi ich implementacji. Zwrócono uwagę na to, jak przygotować się do ich wykorzystania i jaki proces wnioskowania można przeprowadzić.

Jako zadania przyjęto osiągnięcie dobrego wyniku leczenia przy wysokim zadowoleniu pacjentów i zachowaniu wydajności pracy. W trakcie pracy zespołu opracowano schemat, na którym oparty następnie został cały projekt (rys. 4.1).



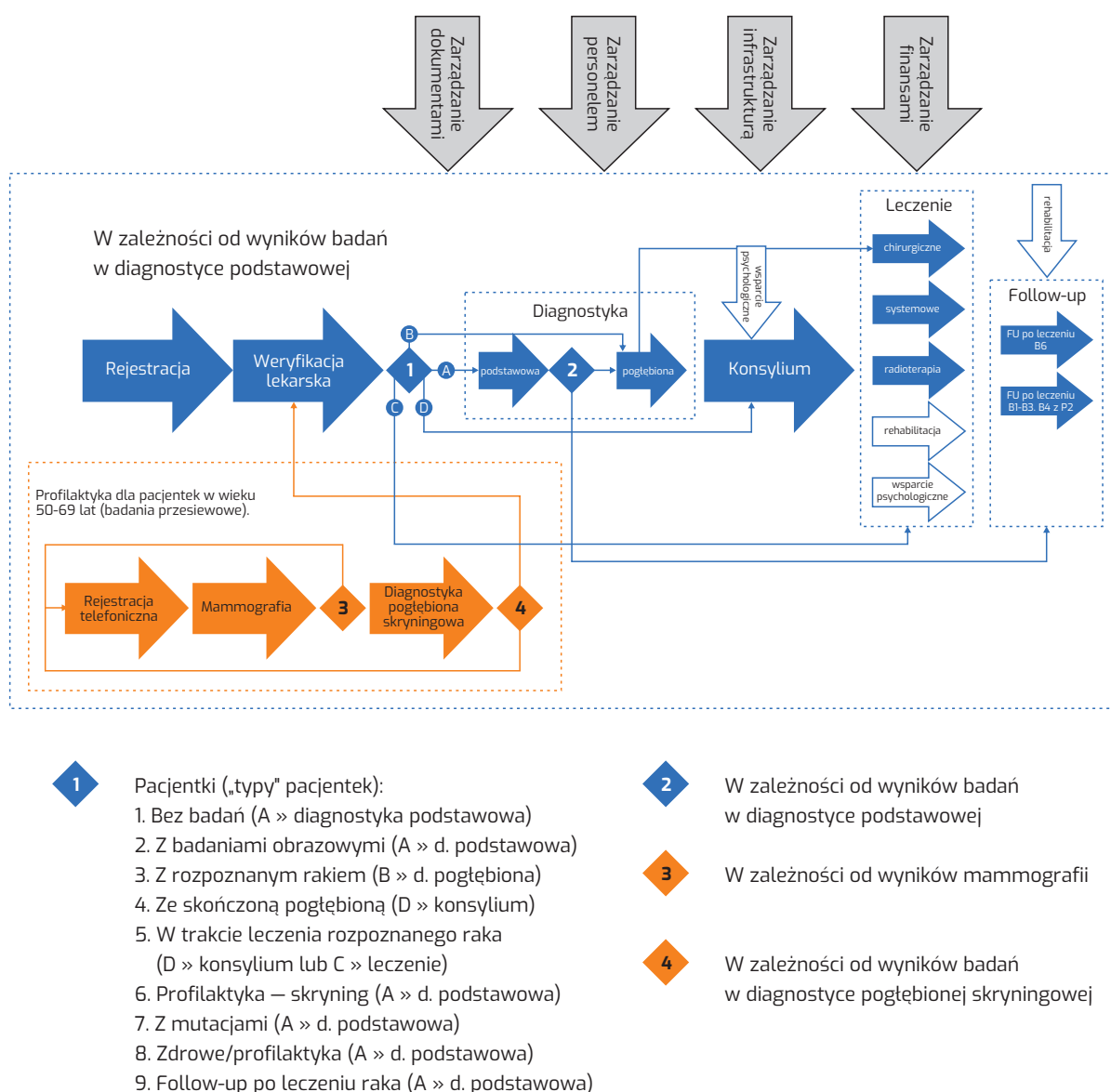
Rys. 4.1. Schemat postępowania w zakresie realizacji projektu

Na podstawie schematu wyznaczono szczegółowe zadania oraz podzielono je pomiędzy personel DCO a specjalistę z zakresu zarządzania jakością.

4.2. Określanie zakresu projektu – mapa procesu

Ponieważ przedmiotem projektu były standardy procesów obsługi pacjenta w ramach leczenia raka piersi, pierwszym krokiem było zmapowanie organizacji, która te procesy realizuje. W praktyce tego typu projektów niezbędne jest nie tylko zdefiniowanie i nazwanie prowadzonych procesów, ale także pokazanie ich połączeń z innymi, realizowanymi w organizacji. Daje to później możliwość sparametryzowania tych procesów (ustalenie mierzalnych mierników pokazujących osiągnięcie celów) oraz analizę relacji klient-dostawca wewnętrzny.

Na rys. 4.2 przedstawiono opracowaną dla BU mapę procesów bazującą na istniejącym schemacie pokazującym powiązania procesów z procedurami systemu zarządzania jakością zgodnego z ISO 9001 (załącznik 1).



Rys. 4.2. Mapa procesów BU wraz z procesami ogólnymi DCO

Opracowana mapa procesów bardzo szczegółowo przedstawia zależności pomiędzy procesami oraz „drogę pacjentki” w BU.

Kolorem szarym zaznaczone są procesy ogólne realizowane na „poziomie” DCO:

- zarządzanie dokumentacją – wszelkie działania związane z zarządzaniem tzw. informacją udokumentowaną (procedurami, instrukcjami, zapisami) realizowane w całym Dolnośląskim Centrum Onkologii, w tym także BU;
- zarządzanie personelem – działania związane całym obszarem tzw. human resources;
- zarządzanie infrastrukturą – działania związane z zakupami i utrzymaniem sprzętu, budynków itp.;
- zarządzanie finansami – działania związane z planowaniem i realizacją budżetów, w tym kształtowanie polityki finansowej DCO (także zatem BU).

Przebieg tych procesów zewnętrznych wobec BU nie był analizowany w ramach niniejszego projektu z uwagi na to, że BU ma na nie tylko znikomy wpływ. Były one jednak traktowane jako znaczące „ograniczenie” zewnętrzne, które podobnie jako obowiązujące w Polsce przepisy (w tym np. standardy Narodowego Funduszu Zdrowia) ograniczają możliwości dokonywania zmian w procesach BU.

Na mapie procesów kolorem niebieskim oznaczono procesy podstawowe realizowane w BU, mające największy wpływ na zadowolenie pacjentek, w tym na skuteczność przeprowadzonego leczenia. Sama „droga” pacjentki leczonej w BU jest zależna m.in. od jej stanu zdrowia, posiadanych wyników badań i etapu leczenia. W grupie procesów podstawowych ujęto następujące:

- rejestracja,
 - weryfikacja lekarska – po tym procesie pojawiają się cztery możliwe ścieżki postępowania (A, B, C lub D) zależne od ośmiu zdefiniowanych sytuacji (np. pacjentka bez badań – wtedy kolejnym procesem jest diagnostyka podstawowa, pacjentka z rozpoznaniem raka – wtedy następuje diagnostyka pogłębiona),
 - diagnostyka – podzielona na podstawową, po której, w zależności od wyników, może się pojawić diagnostyka pogłębiona lub *follow-up*,
 - konsylium ze wspomagającym procesem, którym jest wsparcie psychologiczne,
 - leczenie podzielone na trzy formy: chirurgiczne, systemowe i radioterapię (ze wspomaganiem przez wsparcie psychologiczne i rehabilitację),
 - *follow-up* z podziałem wynikającym z rodzaju przebytego leczenia.
- Dodatkowo opisano działania w zakresie profilaktyki dla pacjentek 50-69 lat, na które składają się trzy procesy:
- rejestracja telefoniczna,
 - mammografia,
 - diagnostyka pogłębiona skryningowa.

Dodatkowo na mapie procesów pokazano dodatkowo połączenie pomiędzy profilaktyką, a procesami związanymi z leczeniem.

Tak przygotowana mapa procesów była bardzo dobrym elementem wejściowym do dalszych prac nad analizą i doskonaleniem poszczególnych procesów.

W niniejszym raporcie metodykę zastosowaną w DCO przedstawiono na przykładzie jednego z najważniejszych procesów (procesu głównego) – „Leczenie chirurgiczne”.

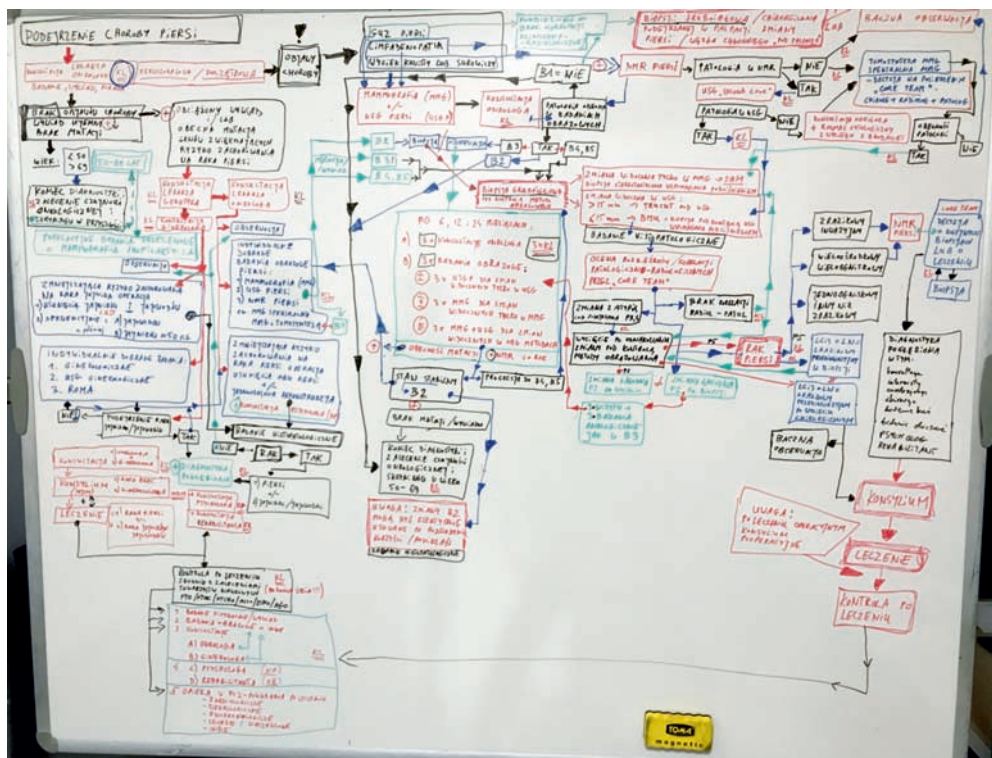
4.3. Określenie przebiegu procesu – mapa procesu „Leczenie chirurgiczne”

Mapa procesu okazała się bardzo ważnym początkiem analizy procesu „Leczenie chirurgiczne” (ale także wielu innych). Jej opracowywanie stało się okazją do ujednolicenia przebiegu procesu i czytelnego zaprezentowania jakie czynności i w jakiej kolejności w nim występują. Tworzenie mapy realizowane było w oparciu o wywiady indywidualne i jak się okazało, z punktu widzenia różnych osób, proces ten wyglądał różnie. Dopiero ostateczna „konfrontacja” stanowisk doprowadziła do opracowania ostatecznej formy mapy.

Ważną korzyścią z tak szczegółowego opisu procesu jest to, że stał się on bardzo wygodną podstawą do szkoleń pracowników. Mapa daje nie tylko czytelny i jednoznaczny obraz procesu, ale też bardzo konkretnie rozdziela odpowiedzialności poszczególnych pracowników.

Ponieważ jednym z najważniejszych elementów przygotowawczych do podjęcia decyzji o leczeniu operacyjnym i jego zakresie oraz wpływających na jego jakość jest prawidłowo przeprowadzona diagnostyka obrazowa i biopsyjna wraz z niezbędnymi konsultacjami opracowano szczegółowy algorytm postępowania obejmujący większość sytuacji klinicznych. Ten etap, wraz z samym leczeniem i jakością decyzji zespołu wielodyscyplinarnego jest jednym z najważniejszych czynników warunkujących osiągnięcie kluczowego wskaźnika jakości leczenia operacyjnego jakim jest osiągnięcie odpowiednio wysokiego odsetka zabiegów oszczędzających oraz niskiego odsetka limfadenektomii pachowych w przypadkach cNO i ycNO.

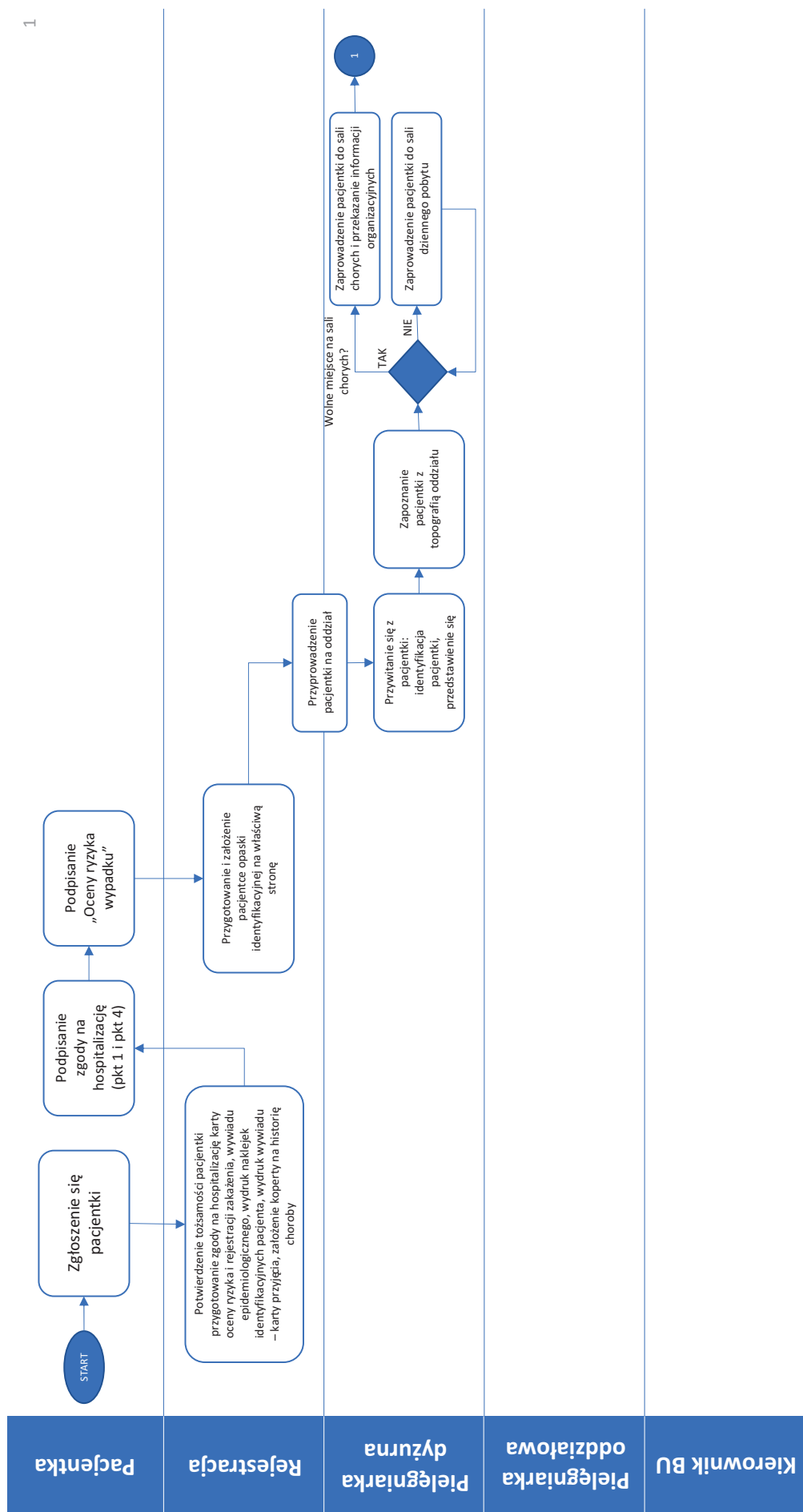
Na rys. 4.3 przedstawiono wstępną postać algorytmu, będącą formą graficznej notatki stanowiącej wyciąg z dostępnych algorytmów i standardów postępowania oraz efektem doświadczeń pracowników DCO.



Rys. 4.3. Projekt mapy procesu „diagnostyka chorób piersi”

Kolejnym etapem była analiza i sporządzenie mapy procesu.

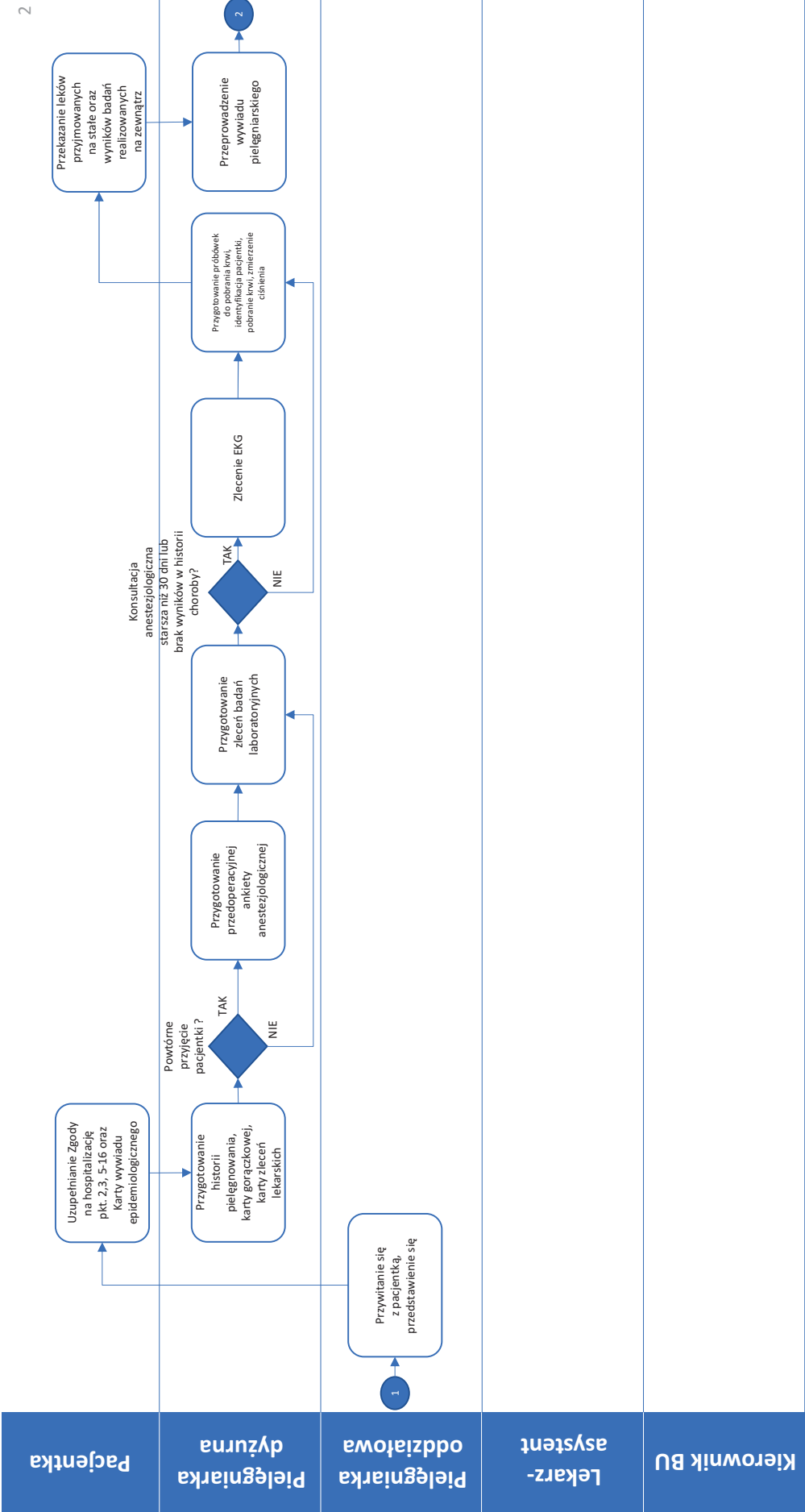
Z kolei na rys. 4.4 przedstawiono już pełny i ostatecznie uzgodniony przebieg procesu „leczenie chirurgiczne”. Mapa wyjaśniła wszelkie niejasności co do odpowiedzialności za poszczególne czynności. Dała też jasną informację kto jest odpowiedzialny za poszczególne decyzje i kiedy są one podejmowane. W trakcie mapowania ustalono też wszystkie opcje postępowania po decyzjach, co dało pewność, że wszelkie możliwości przebiegu procesu zostały omówione i uściślone.



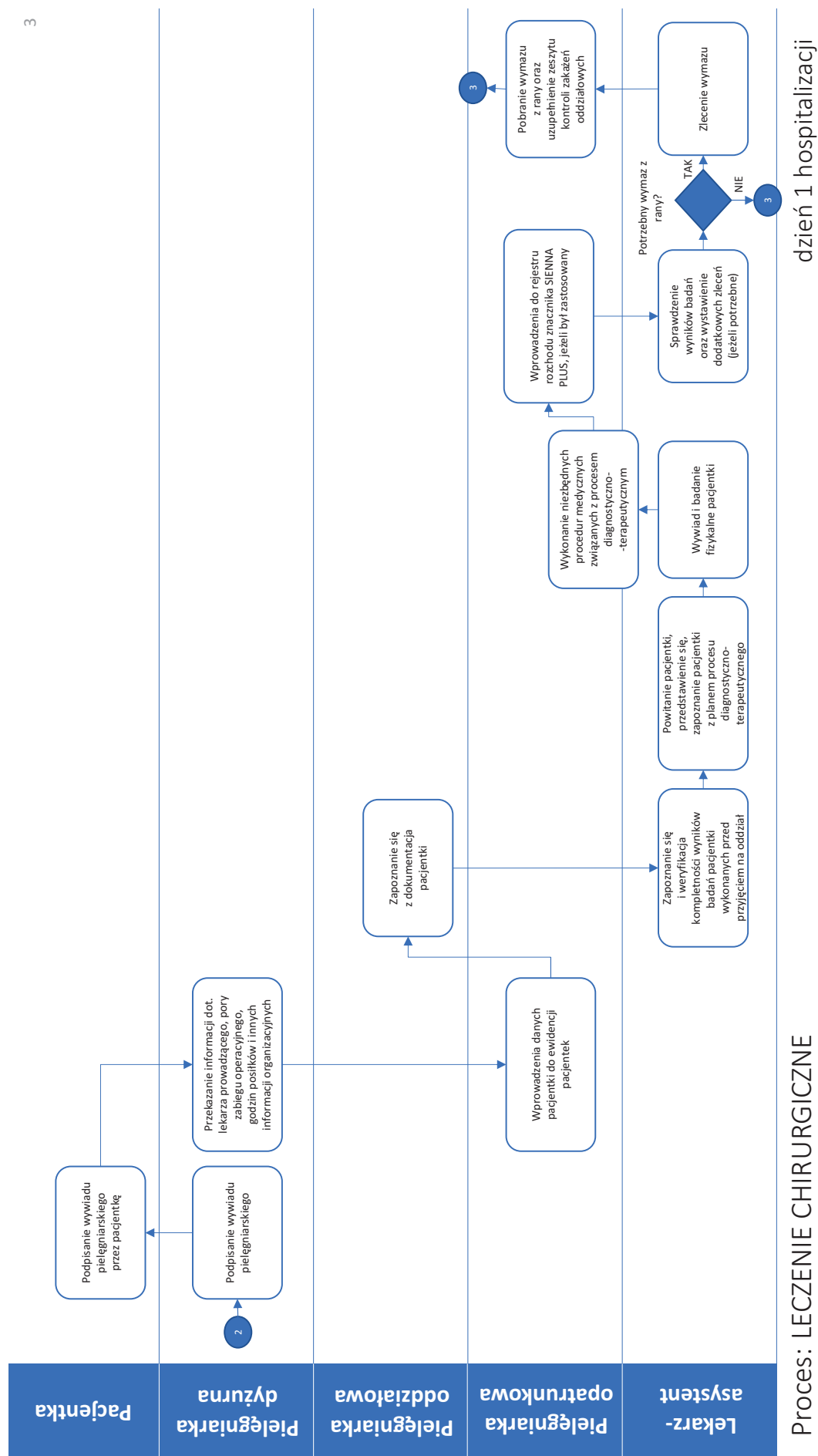
Proces: LECZENIE CHIRURGICZNE

dzień 1 hospitalizacji

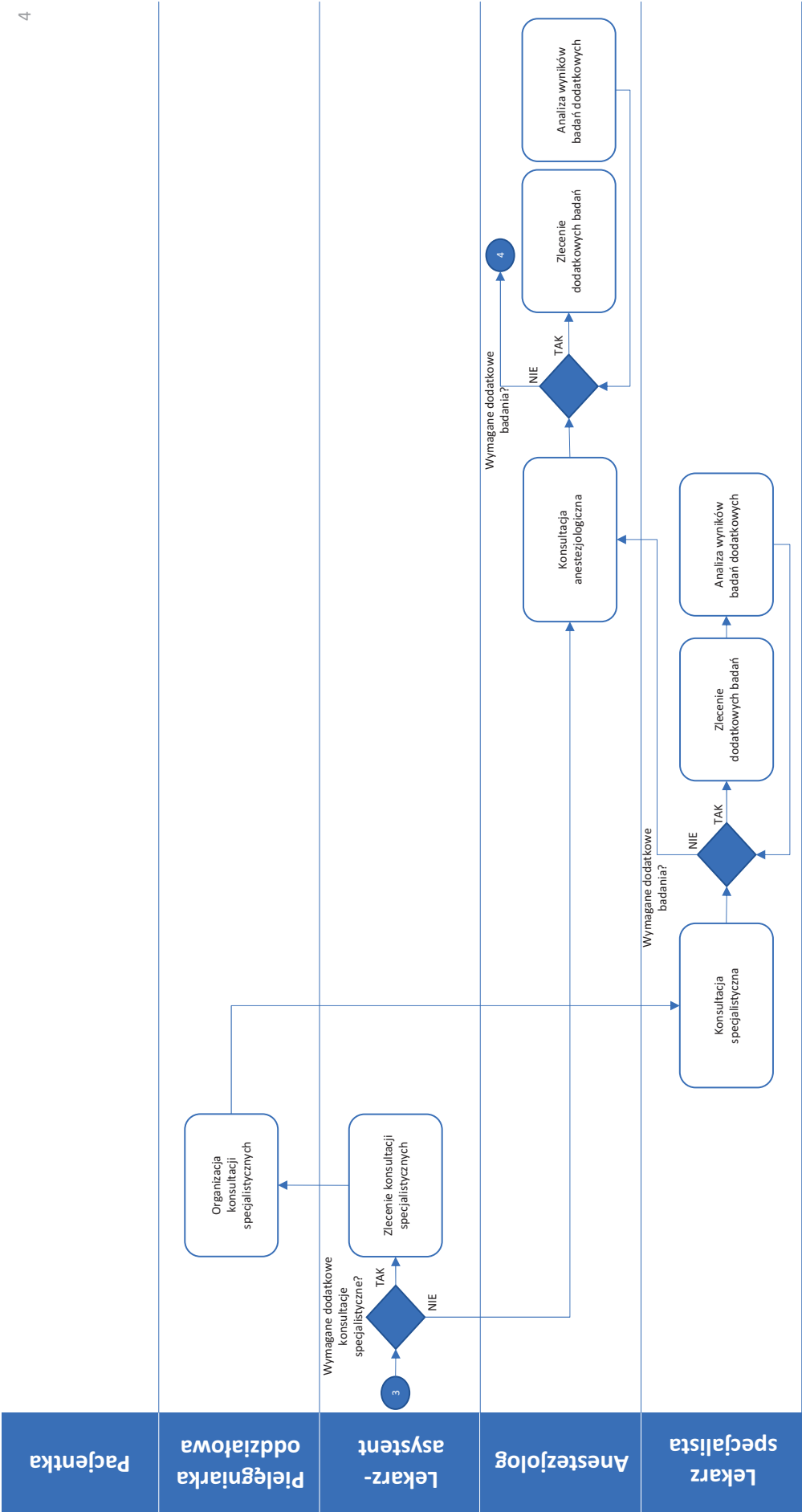
Rys. 4.4. Mapa procesu „Leczenie chirurgiczne”



Rys. 4.4. Mapa procesu „Leczenie chirurgiczne”



Rys. 4.4. Mapa procesu „Leczenie chirurgiczne”

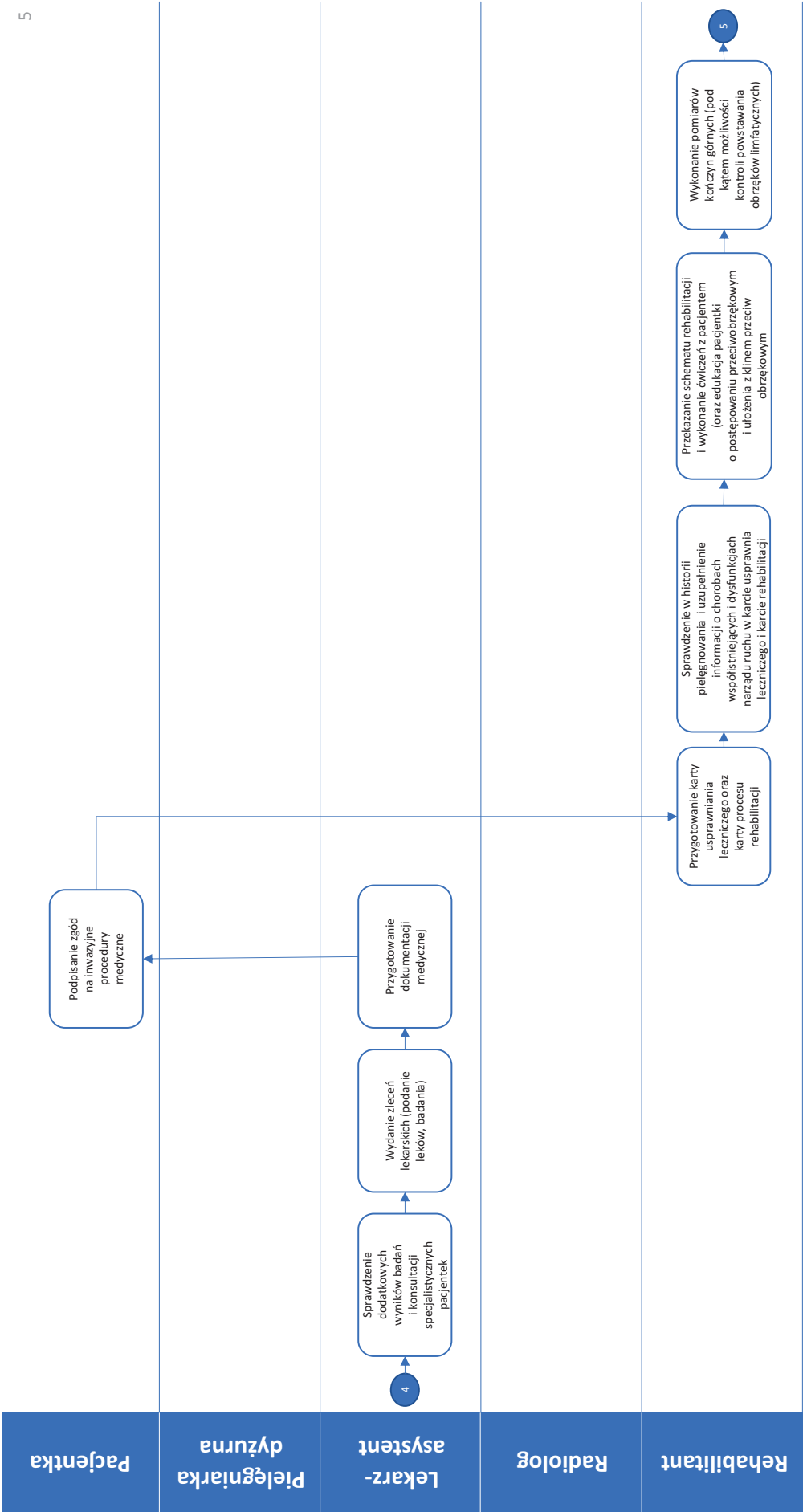


Proces: LECZENIE CHIRURGICZNE

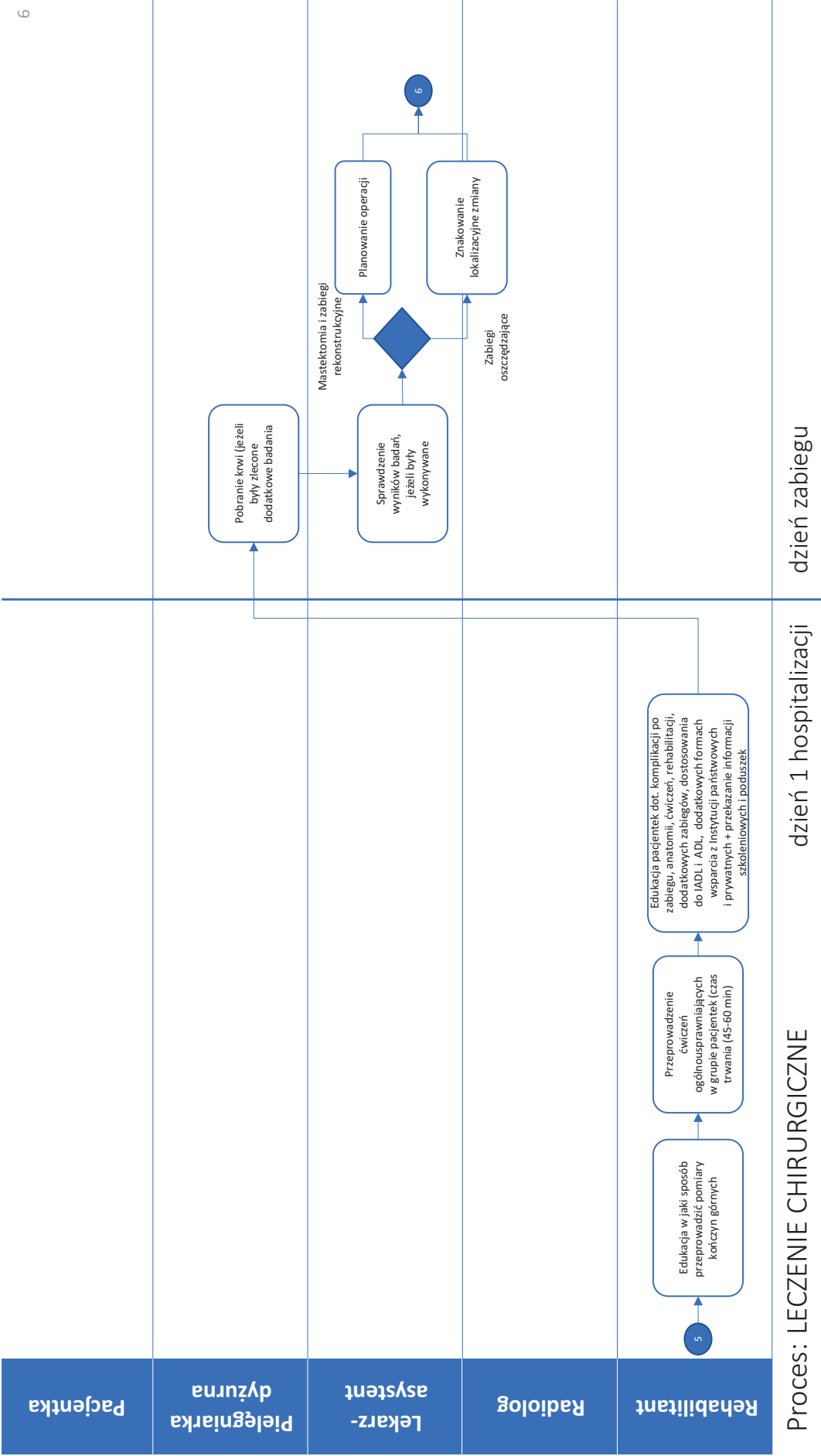
dzień 1 hospitalizacji

Rys. 4.4. Mapa procesu „Leczenie chirurgiczne”

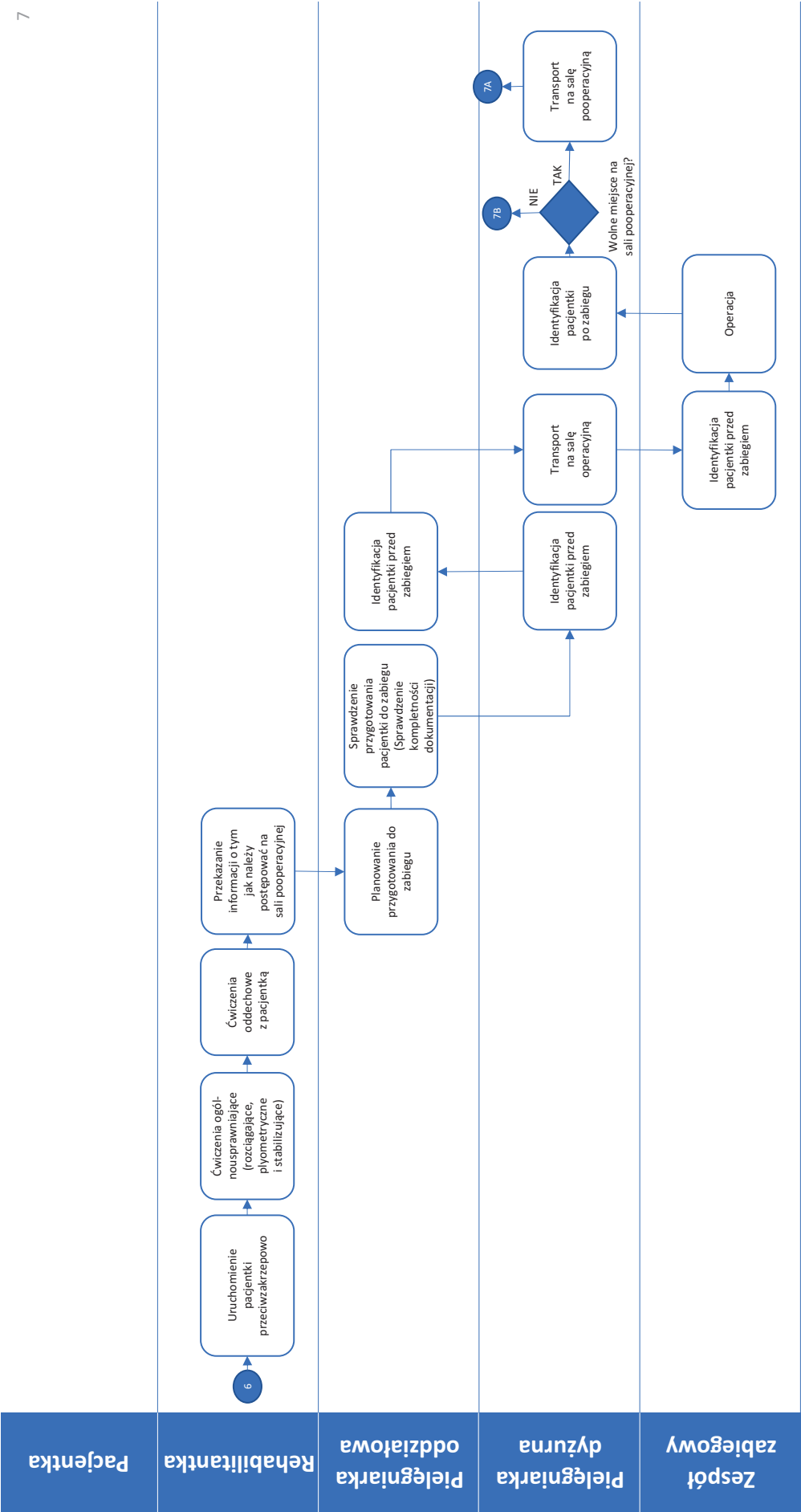
5



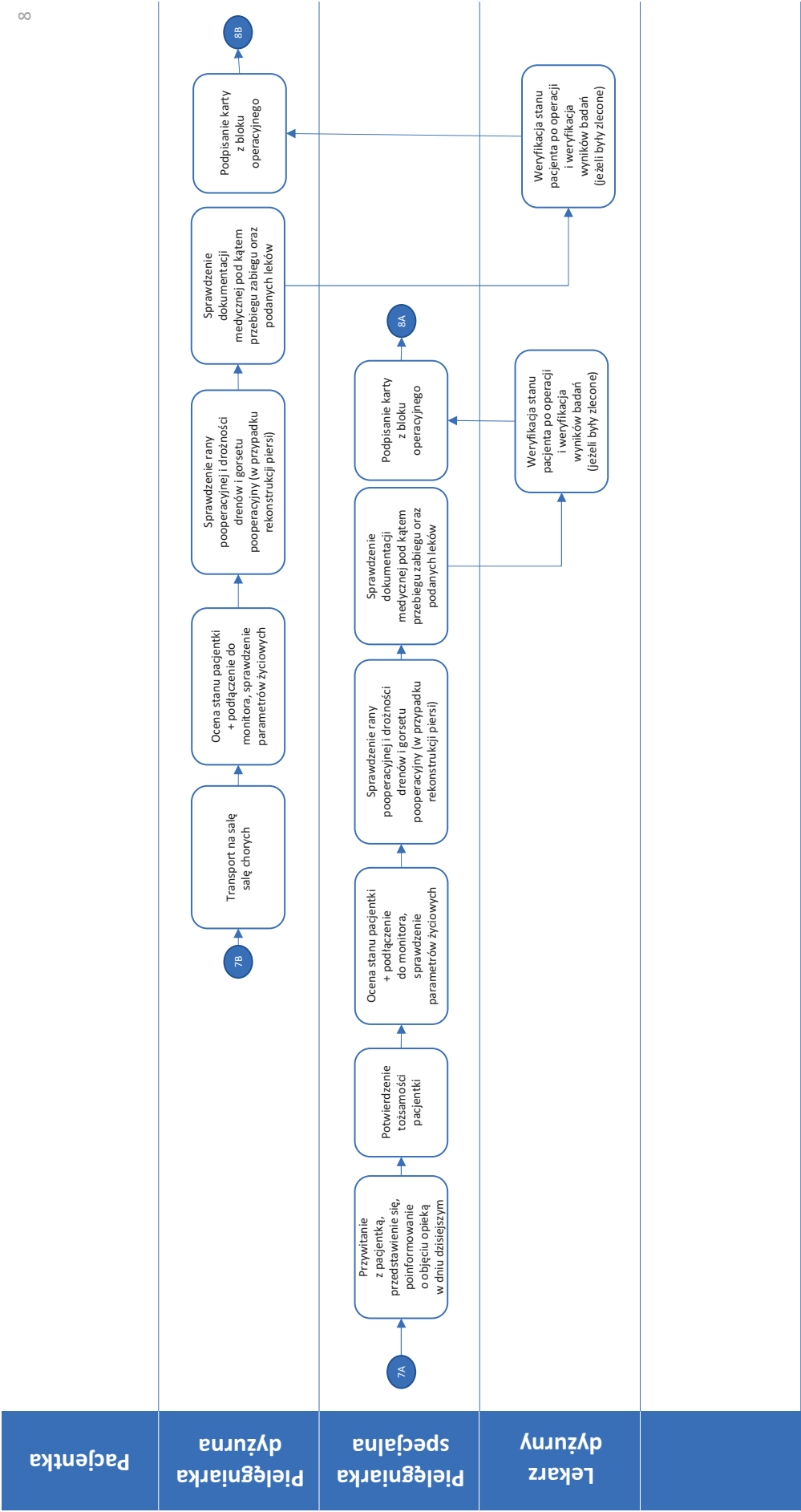
Rys. 4.4. Mapa procesu „Leczenie chirurgiczne”



Rys. 4.4. Mapa procesu „Leczenie chirurgiczne”



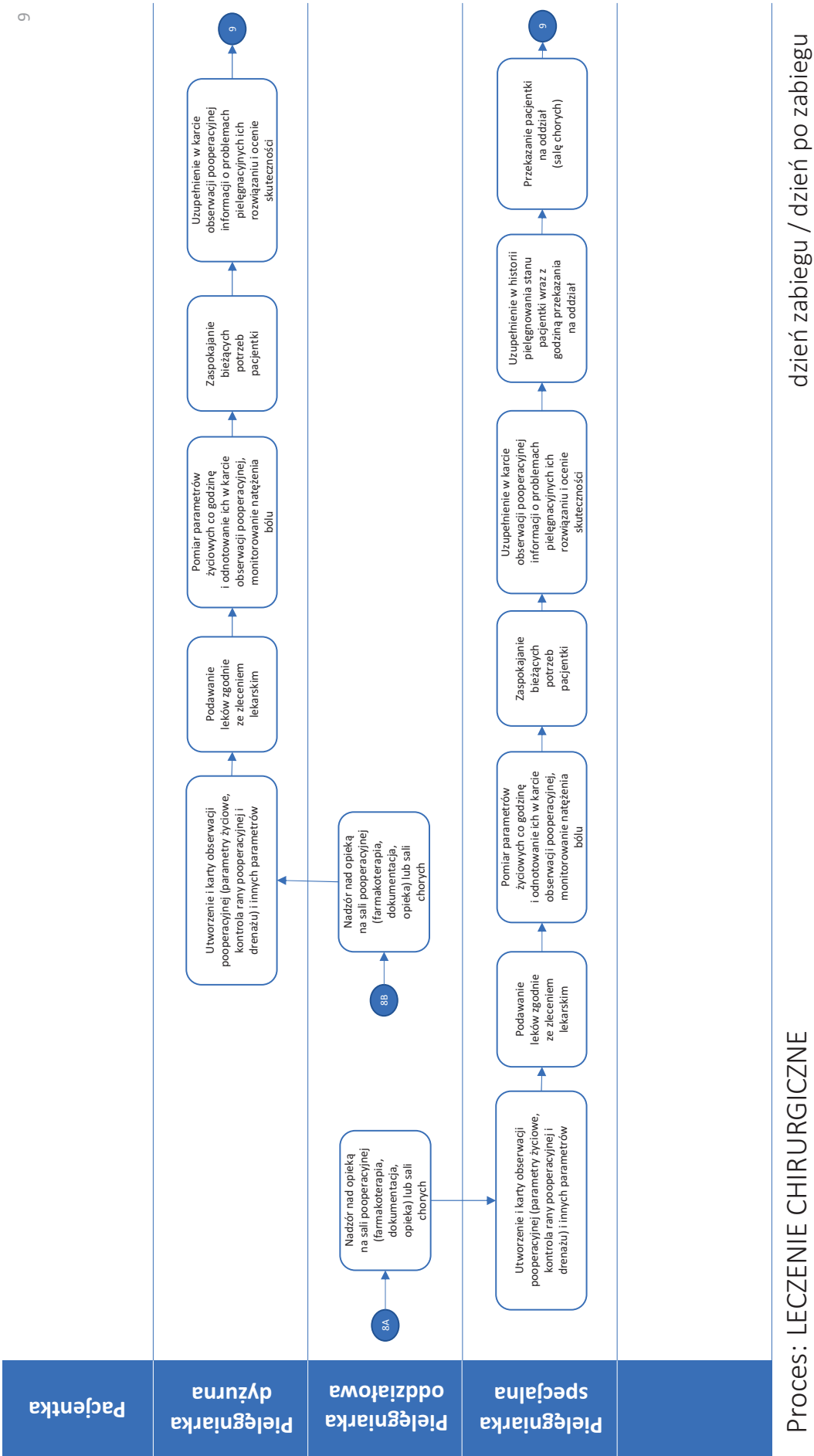
Rys. 4.4. Mapa procesu „Leczenie chirurgiczne”



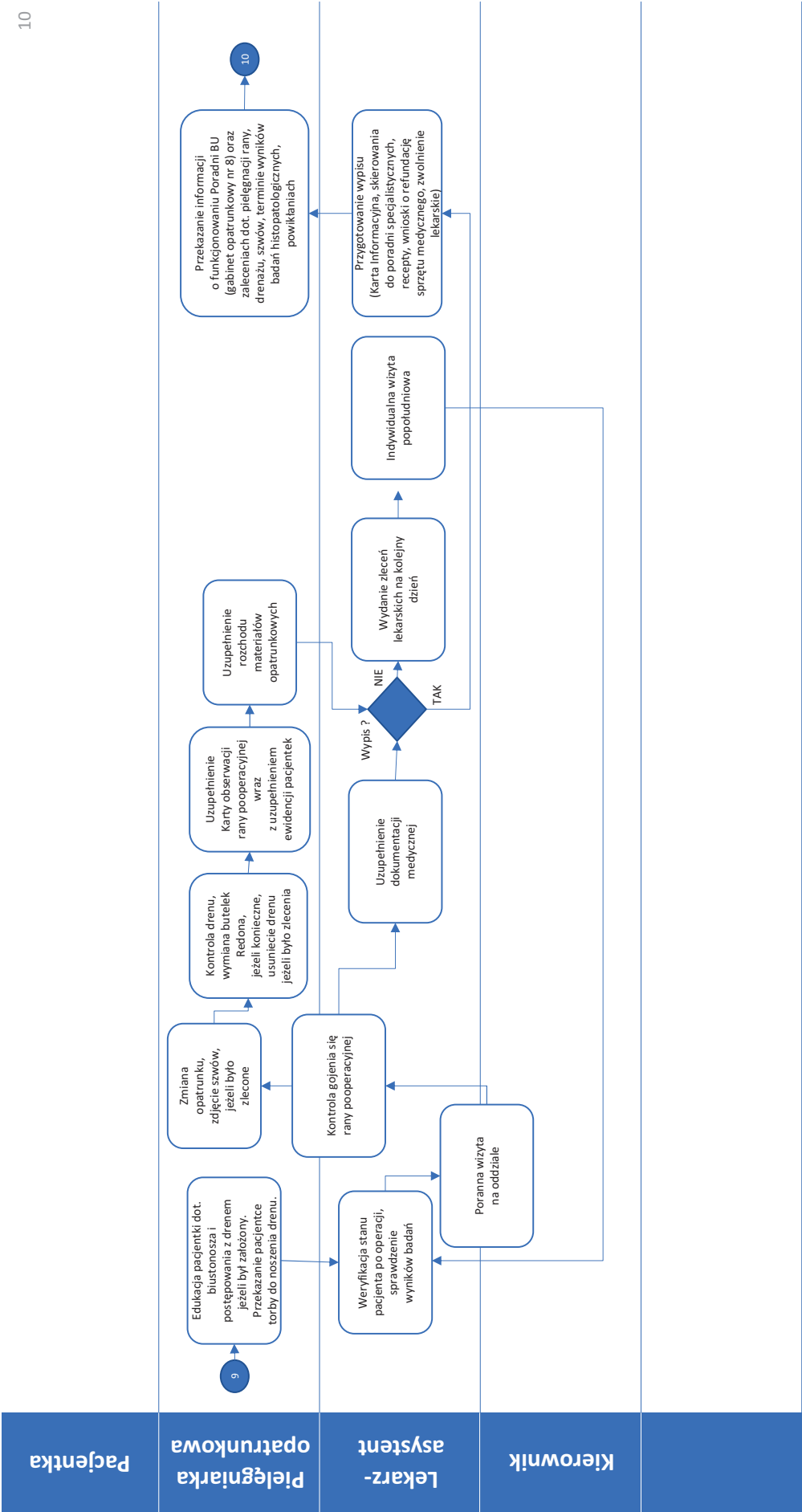
Proces: LECZENIE CHIRURGICZNE

dzień zabiegu

Rys. 4.4. Mapa procesu „Leczenie chirurgiczne”



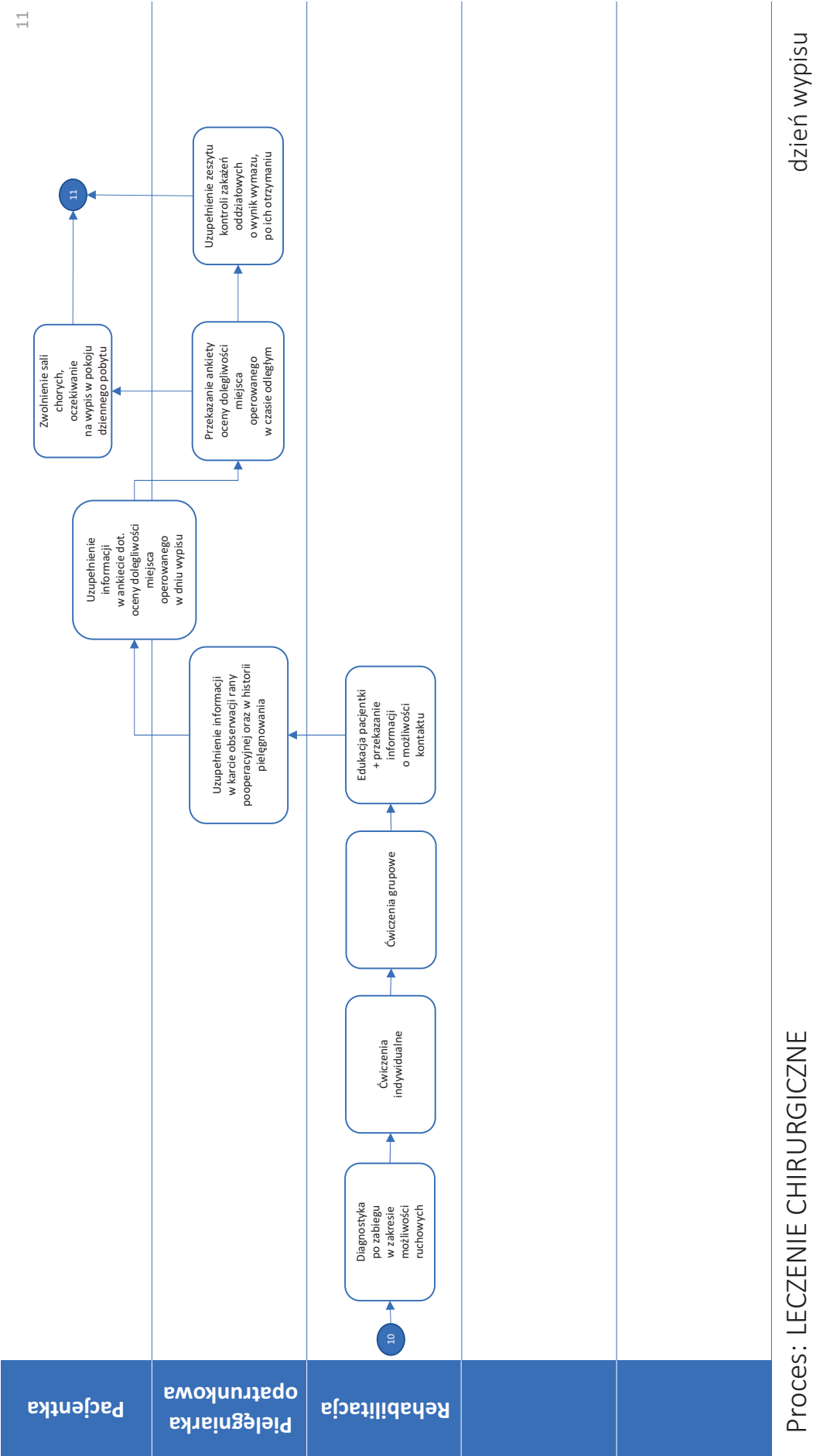
Rys. 4.4. Mapa procesu „Leczenie chirurgiczne”



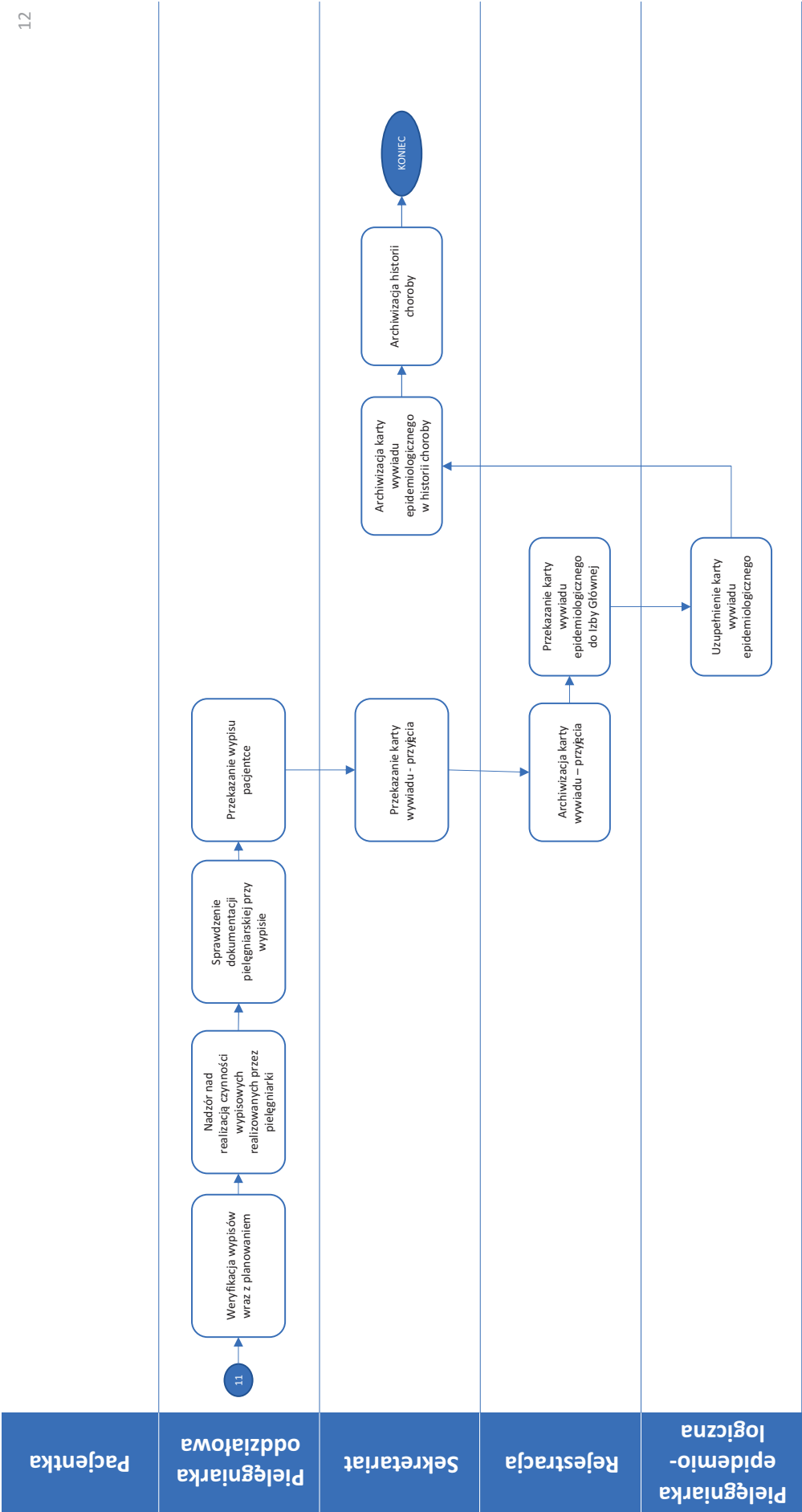
Proces: LECZENIE CHIRURGICZNE

dzień po zabiegu i kolejne / dzień wypisu

Rys. 4.4. Mapa procesu „Leczenie chirurgiczne”



Rys. 4.4. Mapa procesu „Leczenie chirurgiczne”



Proces: LECZENIE CHIRURGICZNE

dzień wypisu

Rys. 4.4. Mapa procesu „Leczenie chirurgiczne”

4.4. Analiza otoczenia procesu „Leczenie chirurgiczne” - SIPOC

O ile mapa procesu dostarczyła wielu bardzo cennych informacji o kolejności poszczególnych czynności i pokazała, które obszary wymagają jeszcze dodatkowego uściślenia procedur postępowania, o tyle nadal nie zostało czytelnie określone otoczenie procesu. Wprawdzie z mapy można odczytać jakie procesy są na wejściu, a jakie na wyjściu przebiegu leczenia, ale nie ma tam jasno podanych tzw. klientów i dostawców wewnętrznych. Jak podaje praktyka, ale także na co wskazują podstawowe zasady budowania „jakościowej” kultury organizacji niezwykle istotne jest ustalenie tego, kto jest klientem procesu oraz jakie są jego potrzeby i wymagania (nie tylko klient rozumiany jako pacjent, ale także klienci wewnętrzni), a także kto jest dostawcą do danego procesu i czego należy od niego wymagać (tu też ważni są dostawcy wewnętrzni i zewnętrzni). Narzędziem bardzo dobrze sprawdzającym się w tym przypadku jest tzw. SIPOC.

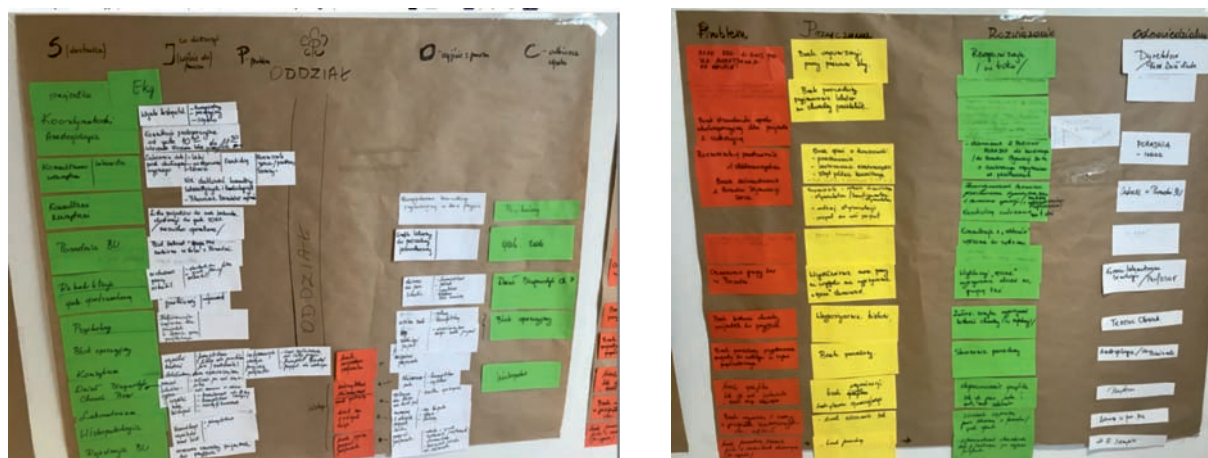
Z punktu widzenia realizacji dodatkowego celu projektu – poprawy komunikacji, zdecydowano, że SIPOC opracowany będzie w ramach pracy warsztatowej, do której zaproszono kilku pracowników reprezentujących różne obszary działania DCO: od osób z administracji, rejestracji, sekretariatów przez pielęgniarki, po lekarzy zarówno z Breast Unit-u, jak i konsultantów zewnętrznych (interniści, psycholodzy, pracownicy Bloku Operacyjnego) czy z Działu Anestezjologii i Intensywnej Terapii (rys. 4.5).



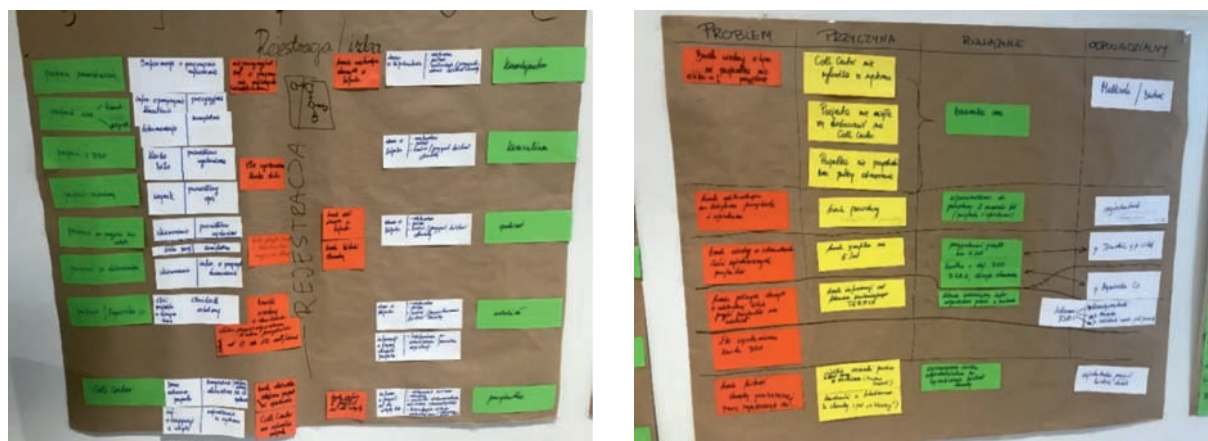
Rys. 4.5. Warsztaty SIPOC – praca grupowa

Praca grupowa została bardzo dobrze przyjęta przez zespół. Dzięki niej bez konfliktów osiągnięto konsensus co do potrzeb klientów wewnętrznych oraz wymagań skierowanych do wewnętrznych dostawców. Upraszczając – pielęgniarki zrozumiały co jest ważne dla lekarzy, a lekarze co dla pielęgniarek. Zespół ocenił też SIPOC jako bardzo dobre narzędzie do definiowania i rozwiązywania problemów – do tego stopnia, że kolejne grupy pracowników zaczęły się same upominać o zrobienie SIPOC-a w swoich procesach. Wspólne poszukiwanie rozwiązań i ich definiowanie przy współudziale wszystkich „uczestników procesu” poprawia relacje interpersonalne personelu i późniejsze dostosowanie się do uzgodnień (często są to nowe obowiązki i zadania), gdyż traktuje się je jako realizację własnych pomysłów, a nie narzucone bez konsultacji rozwiązania. Co należy bardzo podkreślić bardzo ważna jest tu rola moderatora, który będzie umiał metodycznie poprowadzić pracę grupy. Bez jego udziału nawet bardzo zaangażowani uczestnicy warsztatów nie osiągną pożądanych efektów.

Na rys. 4.6 (a, b, c) przedstawiono wybrane wyniki pracy zespołu – pierwszą część SIPOC oraz wypracowaną listę problemów występujących w komunikacji klient-dostawca z pomysłami na ich rozwiązanie.



Rys. 4.6a. Wyniki pracy warsztatowej „Oddział Chirurgiczny” – SIPOC i lista problemów z rozwiązaniami



Rys. 4.6b. Wyniki pracy warsztatowej „rejestracja i izba przyjęć” – SIPOC i lista problemów z rozwiązaniami



Rys. 4.6c. Wyniki pracy warsztatowej – efekty kolejnych spotkań z użyciem metodyki SIPOC i kolejne listy problemów z rozwiązaniami

Wyniki pracy warsztatowej zostały następnie przeniesione na formalną postać SIPOC. Dogłębna analiza wejść i wyjść (I/O) oraz zdefiniowanych wymagań, pozwoliła na identyfikację występujących w procesie problemów (rys. 4.7). W raporcie, dla przykładu, zaprezentowano sformalizowane wyniki analizy z użyciem narzędzia SIPOC dla procedury przedoperacyjnej lokalizacji zmiany w obrębie piersi. Procedura ta jest jedną z najważniejszych dla osiągnięcia jednego z najważniejszych mierników, które powinny być monitorowane w Breast Unit-ach, czyli odpowiednio wysokiego odsetka (70-90% w zależności od sytuacji klinicznej) zabiegów oszczędzających.

S	I	R	P	O	C
Supplier ("dostawca" do procesu)	Input ("wejście" do procesu)	Requirement (wymagania co do "wejścia")	Process (Proces)	Output ("wyjście" z procesu; wyrób)	Customer (klient, odbiorca wyrobu)
Lekarz kierujący na badanie - CHIRURG	Ustalenie terminu procedury lokalizacyjnej - rejestracja	Pełne dane (imię, nazwisko, PESEL)	Procedura lokalizacyjna przedoperacyjna - WYKONUJE DZIAŁ DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ I MAŁOINWAZYJNEJ CHOROÓB PIERSI	Zdjęcie nie trafia do operatora	Wynik procedury lokalizacyjnej przedoperacyjnej
		Z podaniem godzin		Brak oznaczenia markerem końca kotwiczki	
		Lista badań na dany dzień		Kotwiczka dalej niż 10 mm od obiektu	
Lekarz kierujący na badanie - CHIRURG	Skierowanie	Wypełnione zgodnie ze standardem			Sposób przeprowadzenia procedury
	Przygotowanie pacjenta	Pacjent z dokumentacją powinien punktualnie zgłosić się do pracowni przeprowadzającej procedurę lokalizacyjną			Pacjentka
		Pacjent odpowiednio i wyczerpująco poinformowany o celu i przebiegu procedury			
					Informacja o badaniu
					Dział rozliczeń
					Lekarz kierujący na badanie - CHIRURG

Rys. 4.7. SIPOC dla procedury lokalizacyjnej przedoperacyjnej

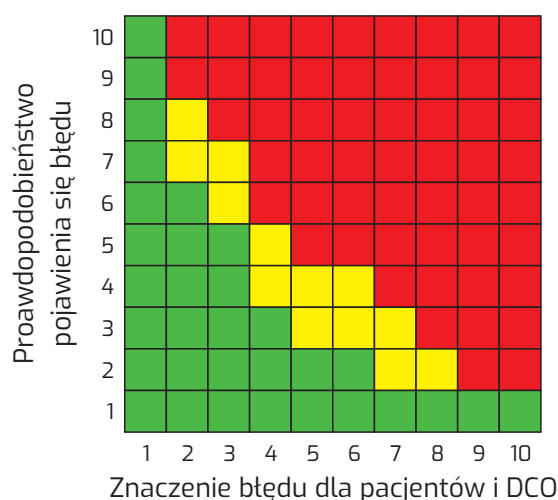
4.5. Plan działań

Wykorzystanie SIPOC pozwoliło na zdiagnozowanie problemów w realizacji procesów na styku dostawca-proces i proces-odbiorca („odbiorcą” byli zarówno pacjenci, jak i inni uczestnicy procesu – np. lekarze). Analiza problemów rozwinęta była o ocenę ryzyk tak, żeby działania podejmowane były tylko tam, gdzie jest to rzeczywiście niezbędne i wpłynie realnie na poprawę jakości leczenia.

Ryzyka wyznaczane były z wykorzystaniem dwóch skali:

- znaczenie błędu/problemu (skala od 1 - brak znaczenia, do 10 - znaczenie krytyczne);
- prawdopodobieństwo/częstość pojawienia się błędu (skala od 1-praktycznie nie występuje do 10-występuje bardzo często).

Następnie tak „zwymiarowane” błędy/problemy oceniane były z wykorzystaniem macierzy ryzyka (rys. 4.8). Kolory na macierzy informowały z jak dużym problemem mamy do czynienia: kolor czerwony – wymagane natychmiastowe działania doskonalące, kolor żółty – działania warto rozważyć, kolor zielony – działania nie są potrzebne.



Rys. 4.8. Macierz ryzyka

Szczegółowe skale opracowane i wykorzystywane w ramach projektu były następujące:

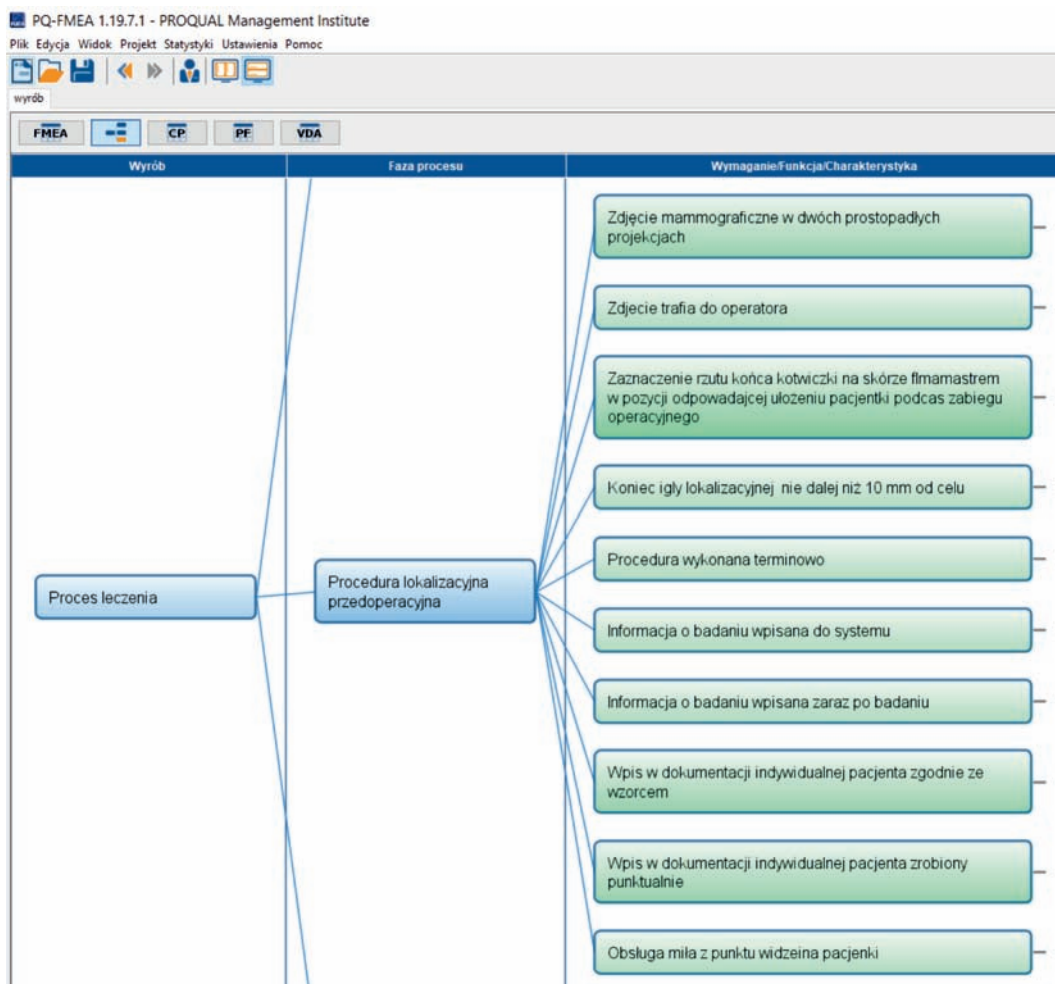
- skala znaczenia:

	Perspektywa pacjenta	Perspektywa DCO
1	Brak skutku	Brak skutku
2	Zauważalne przez pacjenta nieznaczne pogorszenie jakości obsługi (leczenia)	Generuje dodatkowe czynności
3	Zauważalne przez pacjenta pogorszenie jakości obsługi (leczenia)	Przeciętne utrudnienia wewnętrzne
4	Zauważalne przez pacjenta pogorszenie jakości obsługi (leczenia)	Znaczące utrudnienia wewnętrzne
5	Wydłużenie procesu leczenia - bez zauważalnego wpływu na zdrowie	Utrudnienia dla organów zewnętrznych
6	Drobny wpływ na zdrowie - poziom dyskomfortu pacjenta	Podniesione koszty DCO
7	Utrata zdrowia z możliwością wyleczenia	Wysokie koszty DCO
8	Nieodwracalne skutki zdrowotne (ale nie śmierć)	Źródło konfliktów personelu
9	Zagrożenie życia jako możliwa konsekwencja błędu	Naruszone przepisy NFZ / MZ
10	Bezpośrednia utrata życia	Sankcje prawne

- skala częstości występowania:

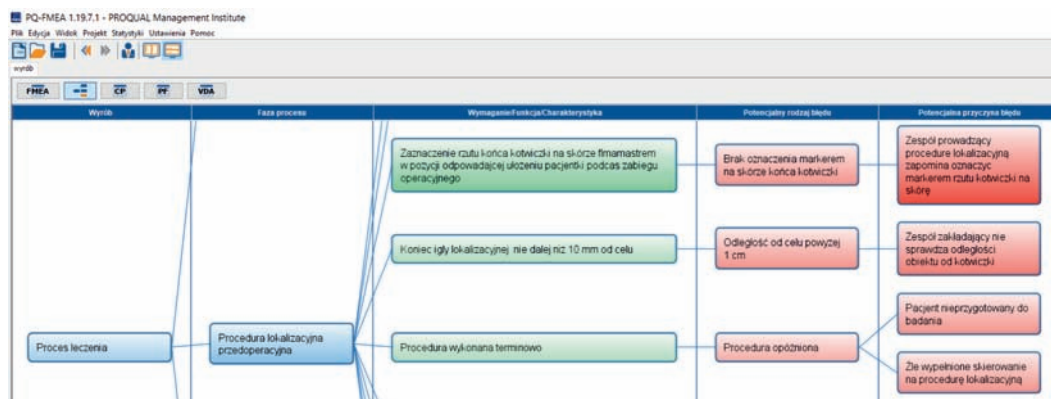
1	Niemożliwe – zabezpieczone
2	Mniej niż raz na rok
3	Raz na rok
4	Raz na półrocze
5	Raz na kwartał
6	Raz na miesiąc
7	Więcej niż raz na miesiąc
8	Raz na tydzień
9	Więcej niż raz na tydzień
10	Codziennie

Prace związane z identyfikacją koniecznych do wdrożenia działań (w tym koniecznych standardów) rozpoczynały się od zdefiniowania procesu i jego celów oraz wymagań (SIPOC) – na tej podstawie definiowano szczegółową listę oczekiwań stawianych danej fazie procesu (tzw. funkcje procesu) – rys. 4.9.



Rys. 4.9. Fragment analizy funkcji dla fazy procesu „Procedura lokalizacyjna przedoperacyjna” (program PQ-FMEA)

Kolejnym krokiem było zidentyfikowanie rzeczywistych i potencjalnych problemów i ich przyczyn. Fragment takiej analizy przedstawiono na rys. 4.10.



Rys. 4.10. Fragment analizy błędów i przyczyn (program PQ-FMEA)

Po ocenie znaczenia (dotkliwości) błędów i prawdopodobieństwa wystąpienia ich przyczyn (rys. 4.11) dokonano oceny koniecznych działań postępując się macierzą ryzyka (rys. 4.12).

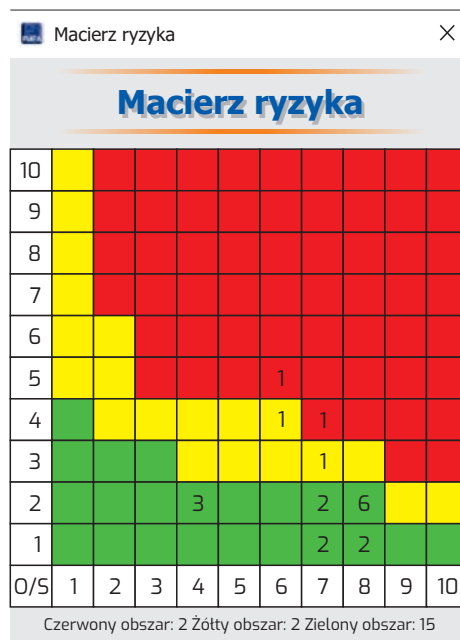
PQ-FMEA 1.19.7.1 - PROQUAL Management Institute
Plik Edycja Widok Projekt Statystyki Ustawienia Pomoc

Proces leczenia

FMEA CP PF VDA

Faza procesu	Wymaganie / Funkcja / Charakterystyka	Potencjalny rodzaj błędu	Potencjalny skutek błędu	Dotkliwość (S)	Potencjalna przyczyna błędu	Prewencja	Wyatgpowalność (O)
Procedura lokalizacyjna przedoperacyjna	Zaznaczenie rzutu końca kotwiczki na skórze filmmastrem w pozycji odpowiadającej ułożeniu pacjentki podczas zabiegu operacyjnego	Brak oznaczenia markerem na skórze końca kotwiczki	Możliwa utrata zdrowia z możliwością wyleczenia	7	Zespół prowadzący procedure lokalizacyjną zapomina oznaczyć markerem rzutu kotwiczki na skórę	Brak	4
	Koniec igły lokalizacyjnej nie dalej niż 10 mm od celu	Odległość od celu powyżej 1 cm	Możliwa utrata zdrowia z możliwością wyleczenia	7	Zespół zakładający nie sprawdza odległości obiektu od kotwiczki	Brak	3
	Procedura wykonana terminowo	Procedura opóźniona	Drobny wpływ na zdrowie - poziom dyskomfortu pacjenta	6	Pacjent nieprzygotowany do badania	Ogólne wytyczne przygotowania pacjenta	4
					Źle wypełnione skierowanie na procedurę lokalizacyjną	Ogólna procedura przygotowania dokumentacji	5

Rys. 4.11. Analiza ryzyka dla przyczyn błędów – fragment (program PQ-FMEA)



Rys. 4.12. Macierz ryzyka – wartość w kolorowych polach pokazuje ilość przyczyn, które mają wpływ na daną ocenę ryzyka (program PQ-FMEA)

Analiza pozwoliła na ustalenie priorytetów działań (rys. 4.13).

PQ-FMEA 1.19.7.1 - PROQUAL Management Institute
Plik Edycja Widok Projekt Statystyki Ustawienia Pomoc

Proces leczenia

FMEA CP PF VDA Filtrowanie włączone

Faza procesu	Wymaganie / Funkcja / Charakterystyka	Potencjalny rodzaj błędu	Potencjalny skutek błędu	Dokładność (S)	Potencjalna przyczyna błędu	Prewencja	Występowalność (O)
Procedura lokalizacyjna przedoperacyjna	Zaznaczenie rzutu końca kotwiczki na skórze filmamastrem w pozycji odpowiadającej ułożeniu pacjentki podczas zabiegu operacyjnego	Brak oznaczenia markerem na skórze końca kotwiczki	Możliwa utrata zdrowia z możliwością wyleczenia	7	Zespół prowadzący procedurę lokalizacyjną zapomina oznaczyć markerem rzutu kotwiczki na skórę	Brak	4
	Koniec igły lokalizacyjnej nie dalej niż 10 mm od celu	Odległość od celu powyżej 1 cm	Możliwa utrata zdrowia z możliwością wyleczenia	7	Zespół zakładający nie sprawdza odległości obiektu od kotwiczki	Brak	3
	Procedura wykonana terminowo	Procedura opóźniona	Drobny wpływ na zdrowie - poziom dyskomfortu pacjenta	6	Pacjent nieprzygotowany do badania Źle wypełnione skierowanie na procedurę lokalizacyjną	Ogólne wytyczne przygotowania pacjenta Ogólna procedura przygotowania dokumentacji	4 5

Rys. 4.13. Ustalenie priorytetów działań na bazie macierzy ryzyka (program PQ-FMEA)

Ostatnim krokiem, w którym ponownie sprawdziła się praca grupowa i warsztaty (dzięki którym można było uniknąć konfliktów związanych zwykle z wdrażaniem zmian) było opracowanie listy proponowanych działań doskonalących. Na rys. 4.14 przedstawiono jeden z wielu wypracowanych planów działań.

PROBLEM/BŁĄD	PRZYCZYNA	ROZWIĄZANIE	ODPOWIEDZIALNY
Brak oznaczenia markerem na skórze końca kotwiczki	Zespół prowadzący procedurę lokalizacyjną zapomina oznaczyć markerem rzutu kotwiczki na skórę	Wprowadzenie standardu: Umieszczenie w widocznym miejscu pomieszczenia wizualnego algorytmu przebiegu procedury lokalizacyjnej	Kierownik Działu Radiologii
Odległość od celu powyżej 1 cm	Zespół zakładający nie sprawdza odległości obiektu od kotwiczki	Wprowadzenie standardu: Umieszczenie w widocznym miejscu pomieszczenia wizualnego algorytmu przebiegu procedury lokalizacyjnej	Kierownik Działu Radiologii
Procedura opóźniona	Źle wypełnione skierowanie na procedurę lokalizacyjną	Wprowadzenie standardu: Wzorce skierowania na procedurę lokalizacyjną	Kierownik Działu Radiologii
Procedura opóźniona	Pacjent nieprzygotowany do badania	Wprowadzenie standardu: Przygotowanie pacjenta i przepływ informacji	Kierownik Działu Radiologii

Rys. 4.14. Zestawienie problemów i rozwiązań dla procedury lokalizacyjnej przedoperacyjnej

Efektem pracy zespołu było wypracowanie trzech nowych standardów pracy w BU:

- Wzorzec skierowania na procedurę lokalizacyjną.
- Algorytm ujednoliconej procedury lokalizacyjnej.
- Standard przygotowania pacjenta i przepływu informacji.

Spośród innych standardów opracowanych w konsekwencji pracy z SIPOC wymienić można m.in.:

1. Procedura leków przewlekłych.
2. Procedura postępowania okołoooperacyjnego u pacjenta z cukrzycą - identyfikacja typu i algorytmu i wpisania do konsultacji internistycznej - cukrzyca niewyrównana lub z insuliną.
3. Standard skierowania z poziomu Poradni Stymulacji Serca z konkretnym zapytaniem na temat przestawienia stymulatora.
4. Standard wpisywania na zlecenia grupy krwi nie pismem odręcznym.
5. Standard notowania wypożyczeni historii choroby – zeszyt wypożyczeń.
6. Standard leczenia p/bólowego po wypisaniu pacjenta.
7. Standard komunikacji pomiędzy sekretarką ZDChP a sekretariatem Oddziału Chirurgicznego o zaplanowanej i zakończonej procedurze (załącznik 2).
8. Standard w zakresie umieszczenia w widocznym miejscu pomieszczenia wizualnego algorytmu przebiegu procedury lokalizacyjnej.
9. Wzorce skierowania na procedurę lokalizacyjną.
10. Standard konsultacji terminu przestawienia stymulatora serca z terminem operacji (szybkie i z odpowiednim wyprzedzeniem czasowym zgłoszenie potrzeby modyfikacji pracy/lokalizacji stymulatora + kardiolog dostępny codziennie minimum 4 dni).
11. Procedura w zakresie informacji o rehabilitacji na poziomie poradni („kartka”).
12. Oznakowanie skierowania „PRIORYTET” - zabieg diagnostyczno-terapeutyczny (ograniczenie problemu: długi czas oczekiwania na badanie hist-pat – w przypadkach diagnostycznych resekcji).
13. Standard szkoleń w zakresie oznakowania, rozpinania i utrwalania preparatu pooperacyjnego z modyfikacjami wymaganymi w poszczególnych badaniach naukowych lub klinicznych.
14. Standard wyznaczenia lekarza do kontaktu – z uwagi na problem braku informacji o lekarzu-członku konsylium wielodyscyplinarnego, który prosi o konsultację badania hist-pat.
15. Procedura identyfikacji i aktualizacji dwóch numerów telefonów (pacjenta i opiekuna).
16. Procedura oddzwonienia przy pacjentce na podany numer komórkowy celem weryfikacji.
17. Standard przekazywania danych o aktualnej liście przyjęć pacjentów na oddział.
18. Procedura wyznaczająca osobę odpowiedzialną za wyszukiwanie historii choroby (wersji analogowej - „papierowej”).
19. Algorytm procedury lokalizacyjnej pod kontrolą USG (załącznik 3).

Standardy te miały różne formy – od tabelarycznych po graficzne.

4.6. Analiza 5xWHY

Podstawą sprawnego zarządzania procesami jest umiejętność ich mierzenia i wyciągania wniosków z zachowania się wartości analizowanego miernika. Kolejnym elementem projektu było więc skupienie się na miernikach procesów i definiowaniu standardów,

które pozwolą uzyskać zakładane (oczekiwane) wartości. Za jeden z najważniejszych uznano wskaźnik: **% leczenia oszczędzającego**:

1.

Nazwa miernika: **Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem nienaciekającym (DCIS) o średnicy nie większej niż 2 cm** (po wykluczeniu pacjentów z mutacjami BRCA1 i BRCA2) poddanych leczeniu oszczędzającemu gruczoł sutkowy:

Minimum - 80%

Cel - 90%

2.

Nazwa miernika: **Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem naciekającym o średnicy nie większej niż 3 cm** (po wykluczeniu pacjentów z mutacjami BRCA1 i BRCA2) poddanych leczeniu oszczędzającemu gruczoł sutkowy:

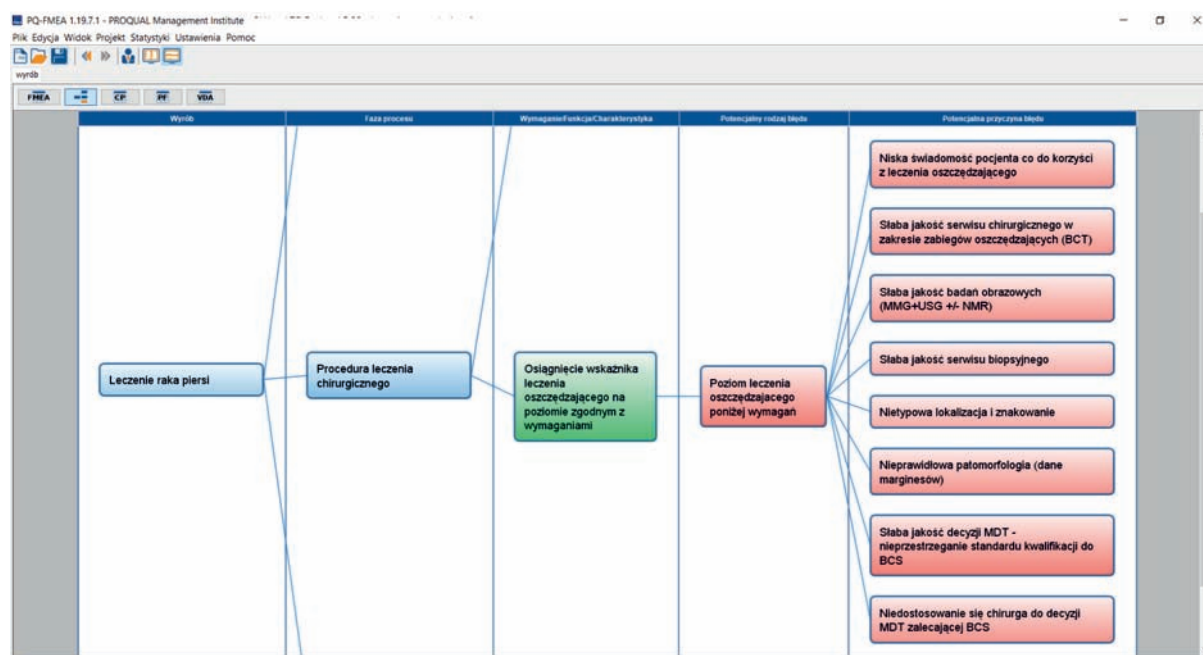
Minimum - 70%

Cel - 85%

Oba mierniki są wykładnikami jednego z podstawowych zadań i wyznaczników jakości BU - unikania okaleczających zabiegów.

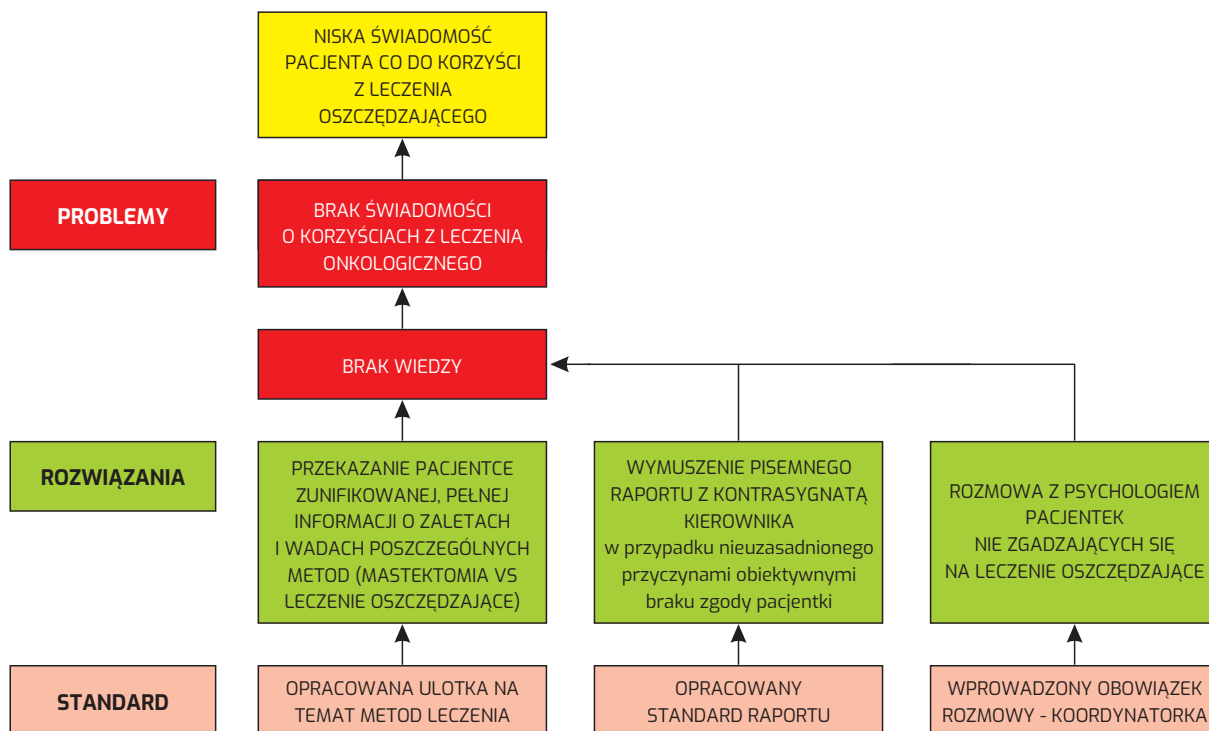
Na bazie przeprowadzonej uprzednio analizy przebiegu procesów oraz z wykorzystaniem bogatego doświadczenia zespołu projektowego przeprowadzono analizę możliwych przyczyn nieosiągania zakładanej wartości wskaźnika. Miało to doprowadzić do określenia wymaganych standardów pracy, które będą niejako prewencją na pojawienie się tych przyczyn. W analizie wykorzystano podejście 5xWHY.

W pierwszym kroku zdefiniowano osiem potencjalnych podstawowych przyczyn (rys. 4.15).



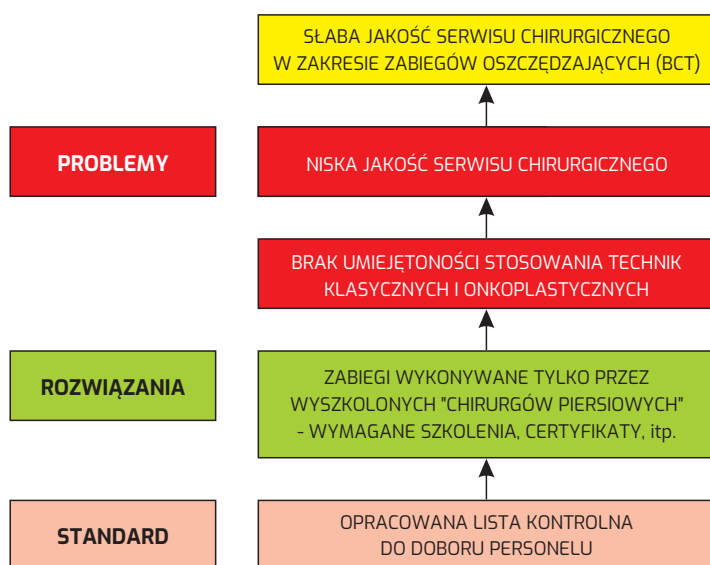
Rys. 4.15. Przyczyny osiągnięcia niezadowalającego poziomu leczenia oszczędzającego (poziom 1xWHY)

Następnym krokiem była analiza „w głąb” poszczególnych przyczyn bezpośrednich. Miała ona doprowadzić do poznania tzw. root causes (przyczyn rzeczywistych, pierwotnych) oraz wypracowania standardów, które będą w stanie je eliminować lub przynajmniej ograniczać ich występowanie. Na rys. 4.16 przedstawiono analizę dla niskiej świadomości pacjenta co do korzyści z leczenia oszczędzającego.

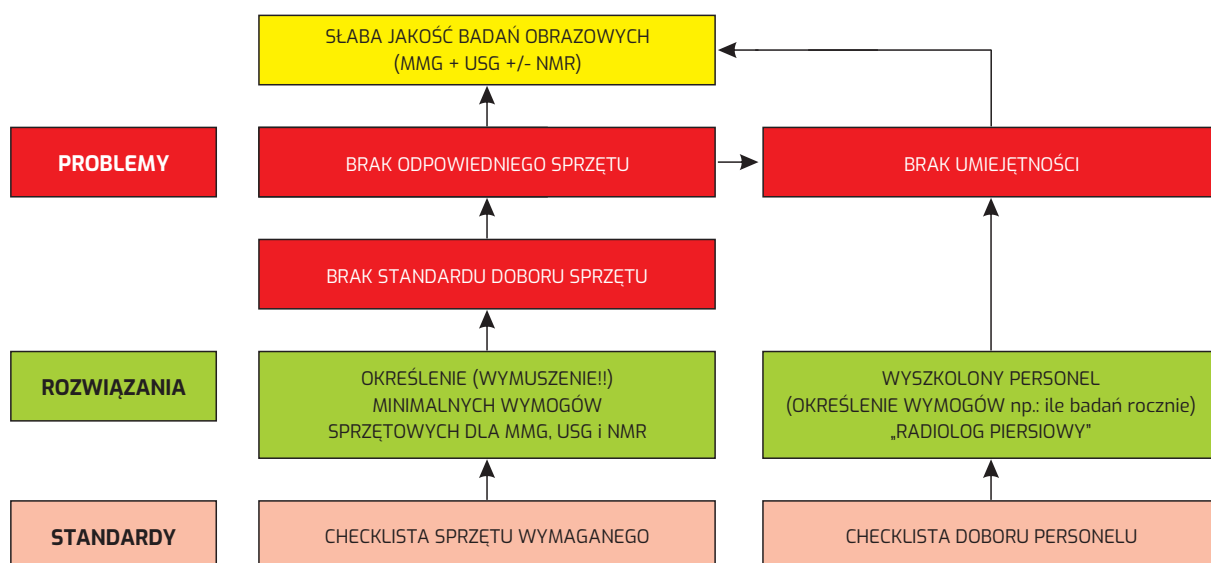


Rys. 4.16. Analiza przyczyn niskiej świadomości pacjenta co do korzyści z leczenia oszczędzającego

Poniżej przedstawiono dwie wybrane analizy kolejnych przyczyn bezpośrednich.



Rys. 4.17. Analiza przyczyn niskiej jakości serwisu chirurgicznego



Rys. 4.18. Analiza przyczyn niskiej jakości badań obrazowych

Wymiernym efektem przeprowadzonej analizy 5xWHY było opracowanie kolejnego zestawu standardów:

- standard doboru personelu chirurgicznego (załącznik 4),
- standard przygotowania wymaganego sprzętu,
- standard doboru personelu niechirurgicznego,
- standard komunikacji w pacjencie w przypadku odmowy przeprowadzenia leczenia oszczędzającego,
- standard ulotki merytorycznej dla pacjentów (pokazanie korzyści z leczenia zachowawczego).

Co oczywiste, standardy muszą być zawsze dopasowane do specyfika danej jednostki (Unitu) – dopiero wtedy będą spełniały swoje zadanie. Nie jest więc możliwe opracowanie zestawu uniwersalnych standardów, które w pełni pokryją potrzeby np. nowo powstających Unitów.

4.7. Perspektywa pacjenta

Nie sposób w projekcie mającym na celu poprawę jakości leczenia nie ująć głosu pacjentów. Optymalne wydaje się zrealizowanie tego w dwóch krokach:

1. **Identyfikacja potrzeb pacjentów** – wywiad bezpośredni lub badania ankietowe.
2. **Ocena zadowolenia pacjentów** – wywiad bezpośredni lub badania ankietowe.

W opisywanym projekcie zdecydowano się na wykorzystanie w obu krokach badań ankietowych – miało to zapewnić większą anonimowość pacjentów oraz ograniczyć koszty samego badania.

W pierwszym kroku przygotowano i przeprowadzono badania ankietowe mając wskazać co jest ważne dla pacjentów DCO – na czym należy się skupić chcąc podnieść jakość usług leczniczych (rys. 4.19).



Ty wiesz najlepiej!

Bardzo prosimy o pomoc w określeniu tego, co jest ważne dla Pacjenta, który przyszedł pod opiekę Dolnośląskiego Centrum Onkologicznego.
Chcemy wiedzieć o co szczególnie powinniśmy zadbać, a co jest mniej ważne, a może niepotrzebnie przywiązujemy do tego uwagę.

Prosimy o:

1. Napisanie ocenianego „zagadnienia” (np. „Uprzejmość personelu”, „Czystość pomieszczeń”).
2. Określenie znaczenia ☉, w subiektywnej skali „mało znaczące”, „znaczące”, „bardzo znaczące”.

Zagadnienie (np. uprzejmość personelu, czystość pomieszczeń itp.)	Poziom znaczenia		
	☐ Mało znaczące	☐ Znaczące	☐ Bardzo znaczące
	☐ Mało znaczące	☐ Znaczące	☐ Bardzo znaczące
	☐ Mało znaczące	☐ Znaczące	☐ Bardzo znaczące
	☐ Mało znaczące	☐ Znaczące	☐ Bardzo znaczące
	☐ Mało znaczące	☐ Znaczące	☐ Bardzo znaczące
	☐ Mało znaczące	☐ Znaczące	☐ Bardzo znaczące
	☐ Mało znaczące	☐ Znaczące	☐ Bardzo znaczące
	☐ Mało znaczące	☐ Znaczące	☐ Bardzo znaczące
	☐ Mało znaczące	☐ Znaczące	☐ Bardzo znaczące
	☐ Mało znaczące	☐ Znaczące	☐ Bardzo znaczące
	☐ Mało znaczące	☐ Znaczące	☐ Bardzo znaczące
	☐ Mało znaczące	☐ Znaczące	☐ Bardzo znaczące
	☐ Mało znaczące	☐ Znaczące	☐ Bardzo znaczące

BARDZO dziękujemy!

Rys. 4.19. Ankieta badania potrzeb pacjentów

Ankieta stanowi załącznik 5 do niniejszego raportu.

Przykład wypełnionej ankiety przedstawiono na rys. 4.20.

DCO
DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM ONKOLOGII WE WROCŁAWIU

Ty wiesz najlepiej!

Bardzo prosimy o pomoc w określeniu tego, co jest ważne dla Pacjenta, który zgłosił się do Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu.
Chcemy wiedzieć o co szczególnie powinniśmy zadbać, a co jest mniej ważne, a może niepotrzebnie przywiązujemy do tego uwagę.

Prosimy o:

1. Napisanie ocenianego „zagadnienia” (np. „Uprzejmość personelu”, „Czystość pomieszczeń”).
2. Określenie znaczenia ☒, w subiektywnej skali „mało znaczące”, „znaczące”, „bardzo znaczące”.

Zagadnienie (np. uprzejmość personelu, czystość pomieszczeń itp.)	Poziom znaczenia		
obsługa personelu	☐ Mało znaczące	☐ Znaczące	☒ Bardzo znaczące
czystość pomieszczeń	☐ Mało znaczące	☐ Znaczące	☒ Bardzo znaczące
dostępność do pracy	☒ Mało znaczące	☐ Znaczące	☐ Bardzo znaczące
przygotowanie posiłków	☐ Mało znaczące	☒ Znaczące	☐ Bardzo znaczące

4.20. Fragment przykładowej wypełnionej ankiety wypełnionej przez pacjentkę DCO

Wnioski z analizy ankiety badającej potrzeby pacjentów posłużyły do zbudowania ankiety do oceny zadowolenia pacjentów. Przy jej opracowaniu postanowiono jako bazę potraktować ankietę przygotowaną wcześniej na potrzeby oceny zadowolenia z pilotażu (rys. 4.21).

DCO

PYTAMY, BO NAPRAWDĘ CHCEMY WIEDZIEĆ!

Prosimy Państwa o odpowiedzi na kilka pytań dotyczących ostatniej hospitalizacji na oddziale onkologicznym. Korzystając ze skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza ocenę bardzo słabą, a 5 ocenę bardzo dobrą.

Prosimy też ocenić, na ile dany aspekt naszej działalności jest dla Państwa istotny – 1 oznacza najniższe, a 5 najwyższe znaczenie.

Jeżeli któreś z pytań Państwa nie dotyczą – prosimy zostawić je bez odpowiedzi.

Ocena pobytu w szpitalu – infrastruktura i organizacja leczenia

Ważność	Aspekt naszej działalności	Zadowolenie
1 2 3 4 5		1 2 3 4 5
	Jakość posiłków	
	Czystość Państwa sali	
	Dostępność do łazienki z toaletą	
	Czystość łazienek i toalet	
	Możliwość kontaktu z najbliższymi osobami (odwiedzin, rozmów telefonicznych)	
	Dostosowanie warunków na oddziale do specyfiki Państwa nowotworu	

Ocena opieki medycznej

Ważność	Aspekt naszej działalności	Zadowolenie
1 2 3 4 5		1 2 3 4 5
	Uprzejmość i zyczliwość lekarzy na oddziale	
	Uprzejmość i zyczliwość personelu pielęgniarskiego	
	Przystępność (zrozumiałość) informacji przekazywanych Państwu przez lekarza prowadzącego	
	Dostępność do lekarza prowadzącego	
	Zainteresowanie personelu pielęgniarskiego stanem Państwa stanem zdrowia i samopoczuciem	
	Dbłość o zachowanie Państwa poczucia intymności w trakcie zabiegów i badań	
	Dostęp do wsparcia ze strony specjalistów, np. psychoonkologa, dietetyka klinicznego, fizjoterapeuty, pracownika socjalnego	
	Dostępność oraz przystępność informacji przekazywanych przez koordynatora opieki onkologicznej	

DCO

Gdyby ktoś z Państwa znajomych potrzebował pomocy onkologicznej, czy polecilibyście im Państwo nasz szpital?

(Prosimy o odpowiedź w skali 0-10)

Na pewno nie! 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Na pewno tak!

Informacje dodatkowe

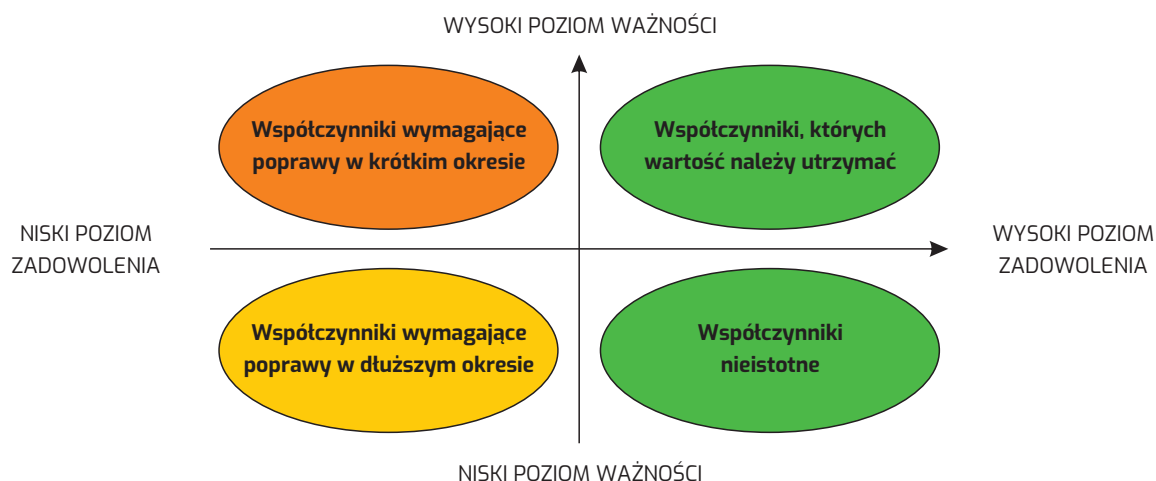
Prosimy o odpowiedź na poniższe pytania – pozwoli nam to lepiej zrozumieć i przeanalizować Państwa opinię o naszej pracy

- Wiek: ☐ 18-24 ☐ 25-44 ☐ 45-64 ☐ 65 i więcej
- Płeć: ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
- Miejsce zamieszkania: ☐ wieś ☐ miasto do 50 tys. ☐ miasto od 50 tys. do 150 tys. ☐ miasto od 150 tys. do 500 tys. ☐ miasto powyżej 500 tys.
- Ilość pobytów w szpitalu w ciągu ostatnich 2 lat poprzedzających obecną hospitalizację: ☐ 0 ☐ 1-5 ☐ powyżej 5

Rys. 4.21. Ankieta badania zadowolenia pacjentów

Budowa ankiety umożliwia na wykorzystanie dwóch ważnych wskaźników, które pozwalają na uzyskanie kwantyfikowanych wyników, łatwych do porównywania pomiędzy badaniami wykonanymi np. przed i po wdrożeniu zmian w obsłudze pacjentów:

- CSI** (Customer Satisfaction Index) – bardzo ciekawy wskaźnik, który obliczany jest jako suma iloczynów wartości pokazujących ważność i zadowolenie z poszczególnych aspektów obsługi pacjenta. Jego ważną cechą jest to, że różnicuje (odróżnia) zadowolenie i niezadowolenie z pytań z uwagi na ich ważność dla pacjentów. Dodatkową korzyścią jest możliwość przedstawienia wyników badania w postaci tzw. mapy pozycjonującej (rys. 4.22). Daje to bardzo czytelny obraz tego, jak pacjenci postrzegają jakość usługi leczniczej.

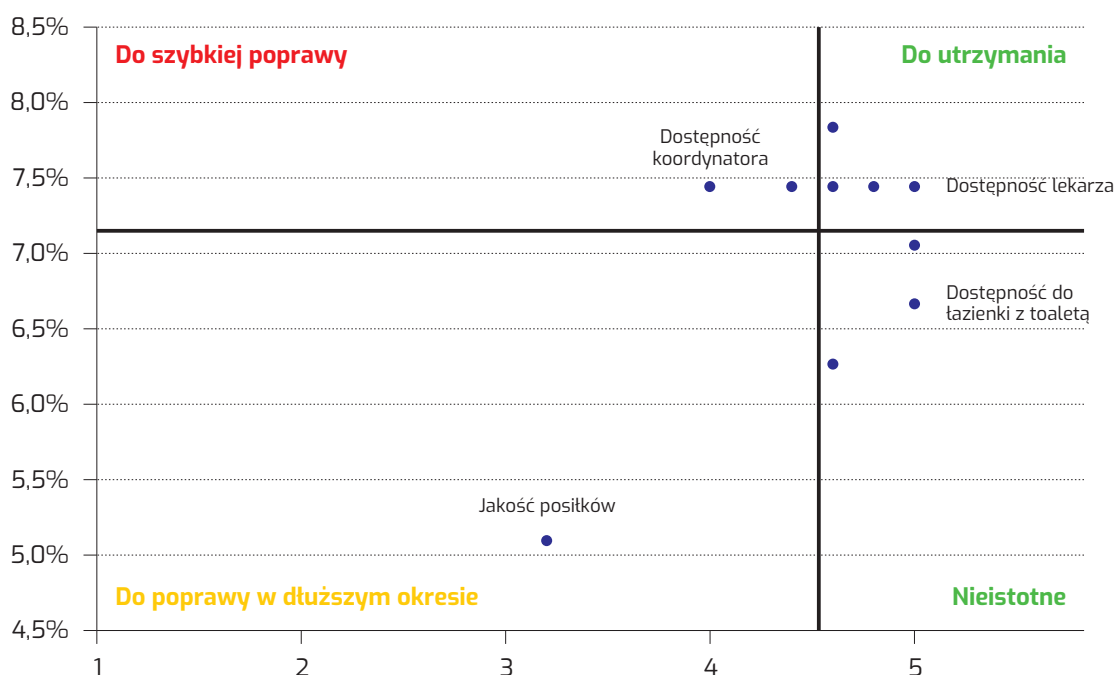


Rys. 4.22. Schemat mapy pozycjonującej

2. **NPS** (Net Promoter Score) – nowoczesny, prosty miernik pozwalający odczytać prawdziwe „emocje” pacjenta co do jakości usługi jaką dostał. Wskaźnik ten (mający maksymalną możliwą wartość 100%) może być bardzo wygodny do porównywania objętych takim badaniem organizacji.

Formalna wersja ankiety stanowi załącznik 6 do niniejszego raportu.

Na rys. 4.23 przedstawiono wyniki pilotażowego badania pacjentów – wyniki nie są reprezentatywne, oparte są o bardzo małą próbkę pacjentów, a ich zadaniem było jedynie sprawdzenie użyteczności ankiety. Badanie to miało też pomóc przygotować się do wdrożenia pełnego, powtarzalnego badania zadowolenia pacjentów.



Rys. 4.23. Przykład wykorzystania mapy pozycjonującej do oceny zadowolenia

Z pilotażowego badania wyciągnięto trzy ważne wnioski:

1. Narzędzie badawcze (ankieta) spełniać będzie swoją rolę.
2. Wskaźnik CSI oraz mapa pozycjonująca dadzą czytelny obraz sytuacji w szpitalu i pozwolą na monitorowanie skuteczności wdrażanych działań doskonalących.
3. Należy uświadomić badanych ankietą pacjentów jak oceniać jakość pracy szpitala, żeby wyniki nie były „wypląszone” (np. poinstruować jak posługiwać się skalą znaczenia, żeby nie wszystko było ocenione na wartość maksymalną).

W przeprowadzonym badaniu wartość wskaźnika NPS wyniosła 100%, ale z oczywistych powodów nie można jej traktować jeszcze jako miarodajnej.

5. Podsumowanie

Realizacja tak złożonego projektu, choć brzmi to jak truizm, wymaga odpowiedniej organizacji pracy i zapewnienia zasobów. Co ważne, w tego typu projektach zasoby to przede wszystkim zasoby ludzkie i nie są potrzebne praktycznie żadne inwestycje, które pociągałyby za sobą znaczne koszty. Jeżeli zatem projekt zostanie odpowiednio przygotowany, a jego przebieg zaplanowany, to przy właściwej motywacji pracowników, projekt ma dużą szansę na zakończenie się sukcesem. Poniżej zestawiono podstawowe zadania, z którymi zmierzyć się musi zespół projektowy i opis ich realizacji.

Zmapowanie procesów organizacji

Ta część projektu wymaga najszerszego zakresu zespołu. Poza moderatorem, który ma doświadczenie w tworzeniu map procesów potrzebni są przedstawiciele każdego realizowanego w organizacji procesu. Chodzi o przedyskutowanie i przeniesienie na mapę miejsca każdego procesu, pokazania zależności między nimi oraz wykazanie ewentualnych procesów alternatywnych. Bez wątpienia najważniejszym uczestnikiem warsztatów jest w tym przypadku przedstawiciel kierownictwa, który ma obraz całej organizacji i będzie w stanie podjąć ostateczną decyzję o zgodności mapy z rzeczywistym stanem organizacji.

Typowy czas przygotowania mapy procesów to jeden dzień pracy warsztatowej zespołu.

Mapowanie procesów – diagramy blokowe przebiegu procesów

Na tym etapie prac analizowane są i opisywane szczegółowo procesy zidentyfikowane w poprzednim etapie, które w ogólnej mapie procesów zostały indywidualnie nazwane i umieszczone w sposób wskazujący na ich bezpośrednie związki z innymi procesami. Opisanie szczegółowego przebiegu procesu jest kluczowe dla jego dalszego usprawniania, dlatego też zadanie to należy zrealizować szczególnie starannie.

W mapowaniu powinny wziąć udział wszystkie osoby (stanowiska) zaangażowane w proces. Np. dla procesu „Leczenie chirurgiczne” może to być: lekarz dyżurny, lekarz – asystent, pielęgniarki (m.in. dyżurna i oddziałowa), rehabilitant, rejestratorka, radiolog, przedstawiciel zespołu zabiegowego, kierownik (np. unitu). Ważne, żeby w warsztatach nie zabrakło żadnej z osób uwzględnianych w trakcie przebiegu procesu – chodzi o to, że mapowanie, poza podstawową funkcją opracowania mapy, ma też ważne zadanie „edukacyjne” związane z zaprezentowaniem właściwego, zatwierdzonego przez kierownictwo przebiegu.

Map procesów nie trzeba opracowywać dla wszystkich procesów organizacji, ponieważ nie byłoby to efektywne. Tak zwane procesy wspomagające, np. zakupy, księgowość, zarządzanie dokumentacją, mają zazwyczaj szczegółowe opisy zawarte w procedurach, instrukcjach lub wprost w wymaganiach prawnych. Są one też realizowane często przez

małe grono osób, przez co nie ma większych problemów z płynnością ich przebiegu i jakością uzyskiwanych wyników procesu.

Typowy czas opracowania jednej mapy (zależny oczywiście od długości procesu), to 2-4 dni pracy warsztatowej zespołu.

Opracowanie SIPOC

Wykorzystanie narzędzia SIPOC może stać się krokiem milowym w doskonaleniu organizacji, ponieważ jak żadne inne, pozwala na usystematyzowaną komunikację pomiędzy „klientami” i „dostawcami” poszczególnych procesów. SIPOC powinien być opracowany dla każdego procesu zawartego na mapie procesów organizacji (z możliwym wyłączeniem mniej istotnych procesów wspomagających). W każdym warsztacie SIPOC powinna uczestniczyć co najmniej jedna osoba z procesu będącego centrum analizy (osoba kompetentna, dobrze znająca proces) oraz po jednym przedstawicielu każdego „dostawcy” (procesu dostarczającego informacje lub wyroby do analizowanego procesu) oraz każdego „klienta” (procesu odbierającego informacje lub wyroby od analizowanego procesu). Celem tych warsztatów jest przede wszystkim opisanie i skwantyfikowanie zależności pomiędzy współpracującymi procesami. W czasie warsztatów analizuje się nie tylko „co” przepływa pomiędzy procesami, ale także to, czy są ustalone i zakomunikowane wymagania w tym zakresie (np. do kiedy wynik ma trafić do lekarza, w jakiej formie przekazać informację od pacjenta lekarzowi, w ilu projekcjach ma być wykonane zdjęcie mammograficzne itp.). To staje się podstawą do określenia, czy współpracujące ze sobą osoby (procesy) „rozumieją się” i spełniają swoje wzajemne potrzeby. Podczas warsztatów możliwe jest wyjaśnienie wzajemnych oczekiwań, wskazanie obiektywnych trudności, rozwiązanie problemów generowanych przez brak wiedzy „dostawców” lub „odbiorców” o drobnych z pozoru szczegółach, które mogą utrudniać lub dezorganizować działania poszczególnych działów, a których usunięcie nie jest ani kosztochłonne, ani trudne. Warsztaty są też forum, podczas którego można zoptymalizować działania, uprościć procedury, zmniejszyć ich pracochłonność poprzez optymalizację ich organizacji. Mają też ogromne walory wdrożeniowe wynikające ze wspólnej i „demokratycznej” dyskusji nad organizacją procesu i ich konsolidacyjnym wydźwięku. Uczestnicy warsztatów chętniej wdrażają nowe rozwiązanie bowiem identyfikują się z ich koncepcją, są wynikiem ich własnych przemyśleń i dyskusji, a nie narzuconym odgórnie rozwiązaniem.

Typowy czas warsztatów SIPOC dla jednego procesu to 2 dni (w tym opracowanie ostatecznej formy schematu powiązań).

Ocena ryzyka i zaplanowanie doskonalenia procesów

Można uznać, że to najważniejszy i docelowy etap projektu, w czasie którego powinno zostać zaplanowane rzeczywiste poprawienie procesu (w oparciu o zgromadzone wcześniej informacje o problemach w jego realizacji). Do prowadzenia warsztatów z oceny ryzyka (np. w programie PQ-FMEA) dobrze jest wykorzystać doświadczonego moderatora, który będzie pilnował podziału pomiędzy błędami i przyczynami, a także dobrze poprowadzi dyskusję w kierunku skutków poszczególnych błędów uwzględniających wpływ na pacjenta, ale także organizację (szpital). Niezbędna jest też osoba potrafiąca pracować z wybraną metodą identyfikacji przyczyn źródłowych (np. 5xWHY wykorzystaną

w projekcie, ale zamiennie może to być np. diagram Ishikawy, diagram pokrewieństwa lub diagram zależności). Skład zespołu realizującego ten etap projektu nie musi być już tak szeroki jak przy mapowaniu procesu czy SIPOC. Kluczowy jest udział osób dobrze znających organizację pracy i potrafiących wychodząc od wymagań zdefiniowanych wcześniej w SIPOC, zdefiniować możliwe problemy, a później na podstawie mapy przebiegu procesu zidentyfikować możliwe przyczyny tych problemów.

Czas analizy ryzyka w procesie oraz zaprojektowania działań doskonalących jest bardzo uzależniony od poziomu skomplikowania procesu, jego wpływu na pacjenta i organizację oraz stosowanych obecnie w organizacji rozwiązań zapobiegawczych. Należy się liczyć z tym, że pełna analiza jednego procesu to czas rzędu od kilku do kilkunastu dni pracy zespołu.

Ocena skuteczności projektu - miernik

Naturalnym zakończeniem każdego projektu powinna być próba oceny jego skuteczności. Do tego niezbędne jest ustalenie zestawu mierników, które będą w stanie w sposób miarodajny pokazać stan przed i po projekcie. Mierniki te powinny być oparte o zbierane już w organizacji dane lub powinien być zaprojektowany sposób pozyskiwania takich danych (czasami potrzebne jest np. odniesienie się do danych zewnętrznych spoza organizacji).

Specyfika przeprowadzonego projektu doprowadziła do wniosku, że optymalne byłoby „zmierzenie” efektów doskonalenia w trzech wymiarach:

1. Wymiar pacjenta – aspekty medyczne.
2. Wymiar pacjenta – aspekty pozamedyczne.
3. Wymiar klientów wewnętrznych – uczestników procesów.

Wymiar medyczny pacjenta może obejmować takie wskaźniki jak np.:

- Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem nienaciekającym (DCIS) o średnicy nie większej niż 2 cm (po wykluczeniu pacjentów z mutacjami BRCA1 i BRCA2) poddanych leczeniu oszczędzającemu gruczoł sutkowy.
- Odsetek świadczeniobiorców z nowotworem naciekającym o średnicy nie większej niż 3 cm (po wykluczeniu pacjentów z mutacjami BRCA1 i BRCA2) poddanych leczeniu oszczędzającemu gruczoł sutkowy.

Wzrost tak zdefiniowanych wskaźników pokazałby wyraźnie pozytywny wpływ projektu na zdrowie pacjentów (ocena poziomu jakości usługi medycznej).

Wymiar pozamedyczny pacjenta może obejmować takie wskaźniki jak np.:

- Wartość wskaźnika CSI (ang. Customer Satisfaction Index).
- Wartość wskaźnika NPS (ang. Net Promoter Score).
- Odsetek pacjentów zgłaszających formalne skargi (reklamacje) na poziom obsługi.

Wymiar klientów wewnętrznych może być opisany takimi miernikami jak np.:

- Odsetek badań (działań) odwołanych z uwagi na brak odpowiedniego przygotowania pacjenta.
- Ilość dokumentów zagubionych lub niepoprawnie przygotowanych w stosunku do ilości pacjentów obsługiwanych np. kwartalnie.

- Odsetek wyników badań niekompletnych (np. niepełne wyniki badania histopatologicznego, mammograficznego, konsultacyjnego).

Szczegółowo opisane standardy z zakresie oczekiwanych wyników poszczególnych procesów pozwolą na bardzo czytelne ocenienie, czy w wyniku projektu pojawiła się realna poprawa, co jest bez wątpienia kluczowe dla osób zarządzających organizacją (szpitalem) i dysponujących zasobami na realizację projektu.

Podczas realizacji niniejszego projektu dodatkowym wyzwaniem organizacyjnym była pandemia COVID-19, która w znaczącym stopniu wymagała zmian organizacyjnych, utrudniła procesy, znacząco je skomplikowała i rozbudowała o wiele nowych elementów. Utrudniła też porównanie wyników z okresem sprzed wdrożenia projektu. Jednak metody użyte w projekcie znacząco ułatwiły wprowadzenie nowych (nieznanych nawet uprzednio) procedur i modyfikację procesów. Na skuteczność stosowanych metod wskazuje fakt, że Breast Unit (BU) w porównaniu z innymi działami mógł wykazać:

- najmniejszy spadek ilości wykonanych procedur operacyjnych,
- najmniejszy spadek ilości wykonanych konsultacji,
- najmniejszy spadek ilości wykonanych badań diagnostycznych.

W poniższej tabeli 5.1 przedstawiono procentowo porównanie ilości rozliczonych grup JGP w miesiącach kwiecień i maj w latach 2019 vs 2020.

	Spadek kwiecień 2020 vs 2019	Spadek maj 2020 vs 2019
BU	24,21%	1,14%
Zakład Urologii	62,12%	44,59%
Oddział Ginekologii Onkologicznej	58,77%	46,49%

Tabela 5.1. Procentowe spadki ilości rozliczonych grup JGP

Jak widać w BU spadek w kwietniu 2020 r. w porównaniu z rokiem poprzednim wyniósł około 24%, przy spadkach w innych działach na poziomie 50-60%. W maju 2020 r. odnotowano zalewie jednoprocetowy spadek, przy kilkudziesięcioprocentowym wyniku w innych działach. Może być to dobra wskazówka do pozytywnej oceny nie tylko skuteczności projektu (poprawa organizacji pracy), ale także jego efektywności (optycalności).

Sukcesem jest też to, że w Breast Unit nie było potrzeby zamknięcia poszczególnych działów, co miało miejsce w innych jednostkach w następstwie ognisk COVID-19. Sukcesem jest też utrzymanie wysokiego poziomu zadowolenia pacjentów. Kolejnym krokiem powinno być utrzymanie powtarzalnych standardów oceny wyników procesów i wprowadzanie korekt, gdy takie będą potrzebne (co może wynikać np. ze zmian organizacyjnych, znaczących zmian w ilości pacjentów, zmian w wykorzystywanych systemach informatycznych). Częstotliwość podsumowywania wyników i planowania ewentualnych działań jest bardzo zależna od specyfiki procesów, ale powinno się przyjąć zasadę analizy w odstępach nie dłuższych niż 12 miesięcy.

Mając na uwadze zwiększającą się liczbę pacjentów onkologicznych przy nadal ograniczonych zasobach ludzkich i finansowych, weryfikacja jakości procesów związanych z wprowadzeniem Cancer Unitów jest niezbędna dla poprawy efektywności opieki onkologicznej w Polsce.

Bezsporną wartością projektu jest wypracowana metodyka, która pozwala na identyfikację procesów, ich otoczenia, opracowanie mierzalnych kryteriów oceny procesów, a następnie ich bieżące monitorowanie i ulepszanie. Prowadzenie projektu umożliwiło w perspektywie długoterminowej na korzystne zmiany w funkcjonowaniu Breast Unit DCO:

- Wprowadzenie narzędzi pozwalających wdrażać, monitorować, ulepszać procesy oraz zapobiegać powstawaniu błędów w miejsce ograniczania się do tradycyjnego wykrywania błędów.
- Poprawę komunikacji wewnątrz zespołu.
- Poprawę komunikacji z pacjentami i ich rodzinami.
- Wprowadzenie narzędzi angażujących wszystkich pracowników, pozwalających na bezkonfliktowe rozwiązywanie problemów pojawiających się na granicy poszczególnych procesów; np. narzędzie SIPOC pozwala na wyartykułowanie problemów (często frustrujących i istniejących od długiego czasu) bez zbędnego ładunku emocji i w atmosferze rozwiązywania problemów, a nie w atmosferze konfrontacji.
- Rozbudzenie w zespole świadomości, że zaspokajanie szerokiego spektrum wymagań pacjenta (nie tylko związanych z prawidłowością wykonanych procedur terapeutycznych) stanowi istotną gwarancję sukcesu i zadowolenia z wykonywanej pracy - uświadomienie znaczenia nie tylko kompetencji zawodowych „twardych” (wiedza, staranność w wykonywaniu czynności medycznych) ale i tych „miękkich” oraz „otoczenia” procesu (punktualność, empatia, umiejętność skorzystania z pomocy innych członków zespołu i poprawna komunikacja zarówno z pacjentami, ich rodzinami i personelem).
- Uświadomienie odpowiedzialności za wykonywane czynności i ich znaczenie dla pacjentów i innych członków zespołu, oraz że ich powtarzalność i przewidywalność jest kluczowa; skłonienie się do tworzenia i używania wystandaryzowanych algorytmów; motywacja do doskonalenia czynności, za którą jest się odpowiedzialnym.

Projekt doprowadził do ważnego wniosku: nie istnieją uniwersalne, możliwe do wdrożenia w każdej organizacji standardy postępowania. Choćby takie uwarunkowania jak rozmieszczenie budynków, wykorzystywane systemy informatyczne, ilość pacjentów czy kompetencje pracowników wymuszają odmienne podejście do standaryzacji. Niemniej jednak warto przy tym wykorzystać sprawdzoną metodykę identyfikacji procesów, ich powiązań, definiowania ryzyka oraz planowania działań. Wtedy łatwiej osiągnąć sukces i efektywnie wykorzystać ograniczone zwykle w służbie zdrowia zasoby ludzkie.

Niewątpliwą i największą korzyścią z realizacji projektu jest lepsza opieka nad pacjentami wynikająca ze skuteczniejszego wdrażania oraz kontroli standardów merytorycznych i organizacyjnych.

Spis załączników

- Załącznik 1 - BU procedury ISO a procesy na chirurgii.
- Załącznik 2 - standard komunikacji pomiędzy Zakładem Diagnostyki Chorób Piersi a Oddziałem Chirurgii Piersi.
- Załącznik 3 - Algorytm procedury lokalizacyjnej pod kontrolą USG.
- Załącznik 4 - Standard doboru i oceny personelu chirurgicznego.
- Załącznik 5 - Ankieta wstępna ważnych cech usługi.
- Załącznik 6 - Kwestionariusz oceny satysfakcji pacjentów.

