

*Sănătatea este o comoară pe care puțini știu să o prețuiască, deși aproape toți se nasc cu ea”.*

*HIPOCRATE*

## **Capitolul 1**

### **PROVOCĂRILE ȘI MIZELE SPITALULUI**

#### **1.1. Spitalul, un sistem complex**

Spitalul este un *sistem socio-tehnic și cultural complex*. Fiind un sistem complex, spitalul se caracterizează printr-un comportament emergent, ceea ce ne dezvăluie că, *a priori*, este impredictibil. Complexitatea unui spital generează posibilități relativ limitate de descriere a comportamentului resurselor sale umane. Mai mult, complexitatea limitează înțelegerea și cunoașterea largă a configurațiilor sale fizice și relaționale.

Spitalul este un sistem de îngrijire a sănătății oamenilor în care oricare configurație procesuală (luarea în sarcină a pacientului, circuitul medicamentului etc.) sau structurală (secția chirurgie, imagistică etc.), privită independent, poate fi considerată un sistem complex. De observat că natura complexă a unui spital este multiplicată de fiecare din dimensiunile procesuale și structurale: socială, tehnică și culturală. Între dimensiunile amintite se dezvoltă o rețea densă, pe alocuri hiperdensă, de interrelaționări. Aceasta înseamnă că între subsistemele și elementele fiecărui subsistem se stabilesc legături foarte strânse. Schimbarea produsă într-un subsistem sau element influențează ansamblul sistemului. Din acest punct de vedere, un spital trebuie să fie interesat de obiective cum sunt: flexibilitatea, reactivitatea și proactivitatea, calitatea și performanța serviciilor prestate pacienților. Realizarea obiectivelor este dependentă de modul cum un spital își pune în valoare rolul său în cadrul unui perimetru supus modificărilor permanente de mediu intern și extern.

În sistemul socio-tehnic și cultural complex al spitalului, omul, privit ca una dintre componentele sistemului global, devine preponderent. Ducq (2005) consideră că: „un spital este o întreprindere prestatoare de servicii speciale destinate unui client, numit pacient”. Așadar, într-un spital, pacientul va fi, în același timp atât obiectul cât și beneficiarul unui serviciu furnizat de mai mulți specialiști care îi influențează direct situația sa fizică și mentală. Într-adevăr, de la luarea în sarcină a pacientului și până la ieșirea (externarea) sa, mai multe discipline sunt organizate și coordonate pentru a putea îndeplini misiunea spitalului. Această considerație ne susține să apreciem că misiunea spitalului constă în a asigura securitatea pacientului și calitatea îngrijirilor

de sănătate pe întregul act medical. Prin acțiuni și interacțiuni între pacient și specialiștii<sup>1</sup> care interacționează cu alți specialiști<sup>2</sup> se poate administra tratamentul pacientului pe traseul constituit în dosarul medical. Toată această traversare, trecând prin internare, radiologie, diagnostic și farmacie este marcată de caracteristicile socio-tehnice și culturale ale spitalului.

Cercetarea dinamicilor spitalelor ne dezvăluie cel puțin trei aspecte. Primul aspect constă în aceea că obiectivele de flexibilitate, reactivitate și calitate a serviciilor prestate clienților de o organizație producătoare de bunuri materiale nu pot fi integrate direct într-un spital. Din acest punct de vedere, un spital este un sistem socio-tehnic și cultural cu particularități mult diferite de cele ale unei organizații producătoare de bunuri materiale. Spitalul angajează resurse materiale, umane și financiare pentru a obține rezultate clinice folosind o tipologie de competențe și proceduri de îngrijire a sănătății specifice fiecărei patologii. Desigur, o serie de principii și instrumente utilizate de organizațiile producătoare de bunuri materiale și experiențele lor acumulate nu pot fi luate în considerare pentru a satisface nevoile de evoluție ale spitalelor. Epstein și Hundert (2002) menționează că, deși specialiștii spitalelor doresc să apeleze la principiile și acumulările organizațiilor producătoare de bunuri materiale, cultura organizațională care se dezvoltă în domeniul sănătății respinge transferul lor. Motivul respingerii constă în necesitatea de a realiza o profundă adaptare a principiilor și acumulărilor acestor organizații la particularitățile lumii medicale.

Al doilea aspect se referă la poziția spitalelor față de managementul riscurilor. Referitor la acest aspect, distingem două situații: o insuficientă stăpânire a riscurilor și, acolo unde este implementat managementul riscurilor, un pilotaj imperfect. Insuficienta stăpânire a riscurilor generează o pierdere de performanță, de stabilitate în timp și de integritate. Pierderea performanței spitalului trebuie înțeleasă prin prisma disponibilității serviciului, a respectării constrângerilor și satisfacției pacientului. De exemplu, un risc cauzat de tratamentul medicamentos poate antrena invaliditatea pacientului sau chiar decesul. Un astfel de risc afectează negativ funcționarea spitalului sau generează un nivel de insatisfacție care prejudiciază reputația și imaginea sa. În mod asemănător, pierderea de stabilitate în timp pune spitalul în situația de a deveni inapt să furnizeze un serviciu dat în condiții de calitate, siguranță și securitate. Pierderea de stabilitate în timp este sinonimă cu modul anormal de funcționare a spitalului care ajunge să perenizeze o situație de disfuncționare.

În sfârșit, o pierdere de integritate descrie situația în care resursele spitalului devin incapabile să asigure, total sau în parte, misiunea sa. În această ipostază, spitalul poate manifesta incoerență într-un caz de urgență sau de excepție. Un pilotaj imperfect al riscurilor reflectă o situație culpabilă în care se află persoanele care dețin responsabilități în managementul riscurilor. Pilotajul imperfect al riscurilor se concretizează în afectarea negativă a așteptărilor și nevoilor pacienților. Pilotajul

---

<sup>1</sup> În continuare, prin termenul „specialiști” vom înțelege categoriile de resurse umane care se referă la medicii interniști, medicii chirurgi, fizioterapeuți, farmaciști etc. Acești specialiști compun corpul medical.

<sup>2</sup> Economisți, informaticieni, personalul serviciului logistic etc. Acești „alți specialiști” lucrează într-un spital, interacționează cu cei din corpul medical.

imperfect se transformă într-un important factor inhibitor în înțelegerea și anticiparea riscurilor. Efectele pilotajului imperfect al riscurilor sunt multiple. În general, spitalul se confruntă cu o creștere a neîncrederii diferiților actori în capacitatea sa de a identifica, analiza, evalua, trata, urmări și controla riscurile.

Cel de-al treilea aspect este o trimitere la noțiunea de „cultura pozitivă a erorii” (Rouet, 2006, p. 17). Mediul spitalicesc este, și astăzi, o lume foarte interesată de caracteristicile socio-tehnice ale spitalului și mai puțin de ceea ce se cheamă cultura pozitivă a erorii. Această situație induce o anumită rezervă față de disfuncționări și riscuri. Se întâmplă așa pentru că în mediul spitalicesc se confundă evaluarea și judecata valorii. Cei care compun corpul medical și paramedical cred că este vorba de cercetarea vinovaților de erori sau de disfuncționalități. Adevăratul sens al evaluării și judecării valorii este tocmai invers. Sensul corect al evaluării și judecării valorii constă în „a deconecta eroarea de actor sau de echipa pluridisciplinară și de a cerceta vulnerabilitățile în profunzime” (Ellenberg, 2004, p. 26). Obiectivul evaluării este, desigur, să genereze cadrul corect, real pentru cercetarea erorilor. În acest scop, trebuie acționat în amonte spitalului pentru diminuarea frecvenței riscurilor, pentru trecerea lor din zona riscurilor majore (inacceptabile) în zona riscurilor minore (acceptabile). Cercetarea riscurilor în amonte spitalului este un demers proactiv. Printr-un astfel de demers sunt reperate vulnerabilitățile spitalului. Totodată, abordarea spitalului din punctul de vedere al erorii permite actorilor săi să învețe cultura pozitivă a erorii. În urma unui proces de învățare, actorii spitalului dețin o mai bună înțelegere a erorilor, disfuncționalităților și riscurilor. De aceea, când apare un eveniment indezirabil (eroare, disfuncționalitate, risc) este necesar ca acesta să fie cercetat cu prioritate „din ce cauză” și „cum” și nu „care”.

Serviciul medical de îngrijire a sănătății este realizat în spitale publice și spitale private. După anul 1990, în România, se reia tradiția de structurare a serviciului medical în unități sanitare publice și private. Astăzi, și unitățile sanitare private pot implementa unul sau mai multe aspecte ale serviciului medical: îngrijirea sănătății, învățământ preuniversitar, universitar și post universitar, cercetare etc. Totuși, de regulă, portofoliul activităților medicale în spitalele private este mai restrâns decât cel al spitalelor publice.

Din punctul de vedere al caracteristicilor procesuale și structurale, spitalele private se încadrează în două modele de afacere: modelul afacerii familiale și modelul afacerii societare. «Modelul afacerii familiale» este specific clinicilor medicale cu proprietate individuală. În această categorie se includ centrele medicale de talie mică și mijlocie profilate pe o singură specializare sau pe un număr redus de specializări de îngrijire a sănătății. «Modelul afacerii societare» prezintă drept caracteristică esențială asocierea, iar principalul său element este capitalul. Clinicile medicale societare pot fi organizate sub următoarele forme: societate de persoane, societate de capitaluri și societate intermediară. Modelul clinicilor medicale societare include unitățile sanitare private de talie mare și, chiar, foarte mare. Aceste clinici au un profil al serviciului medical foarte apropiat de cel al spitalului public.

Apropierea progresivă a regulilor care acționează în cele două categorii de spitale - publice și private - pune întrebarea despre rolurile lor: Ce misiuni se cuvin de drept fiecăruia? De la această întrebare se poate ajunge la alte două întrebări: Pacienții și

Ministerul Sănătății se pot baza, în aceeași măsură, pe clinicile private pentru a garanta accesul la îngrijirea sănătății atunci când *riscurile de faliment* există doar în clinicile private? Practicile de depășire a orarelor, mai importante în clinicile private, pot îngradi accesul la îngrijirea de sănătate?

Istoria îndelungată a existenței spitalelor în România, și, mai ales în lume, ne arată că rolul lor evoluează în permanență. Astăzi, atât specialiștii cât și nespecialiștii constată că progresele medicinei sunt rapide și prezintă o importantă dinamică. Progresele înregistrate au permis spitalului să realizeze în continuu adaptări în termeni de resurse umane, echipament și de împărțire între specialiști a procesului de îngrijire medicală. Formarea continuă a fost orientată către noi domenii. Așa au apărut radiofizicienii și specialiștii în circulația extracorporală. Noii specialiști s-au dovedit indispensabili pentru a menține un bun nivel de competență într-un domeniu unde cunoștințele evoluează foarte repede. În ceea ce privește echipamentele vom observa că spitalul utilizează tehnologii tot mai sofisticate. Roboții chirurgicali, dispozitivele implantabile și telemedicina își pun amprenta asupra regândirii, de exemplu, a procesului de luare în sarcină a pacienților. Printr-o formare continuă adecvată, prin utilizarea de echipamente sofisticate a fost posibil, de pildă, ca dezvoltarea endoscopiei să treacă în gastroenterologie înainte ca pacienții să fie tratați în chirurgie viscerală. Așadar, progresele medicinei sunt dovezi evidente care ne permit să susținem că rolul spitalului se înscrie pe o spirală ascendentă.

## 1.2. Provocările spitalului

Urmărind evoluția condițiilor în care se efectuează serviciile medicale, se poate constata că spitalul prezintă un interes major față de unele *provocări*, cum sunt:

- lucrul în echipe pluridisciplinare;
- managementul echipelor;
- cererea pacienților de diversificare a serviciilor medicale;
- cererea de servicii medicale oferite a populației îmbătrânite;
- presiunea economică;
- proximitatea accesului la îngrijirea sănătății;
- exigențele pacienților în domeniul securității îngrijirii sănătății;
- clarificarea rolului spitalului public.

Exercițiul medical bazat, din ce în ce mai mult, pe echipamente care utilizează tehnologii tot mai sofisticate determină medicii să lucreze în *echipe pluridisciplinare*. Din acest punct de vedere, luarea în sarcină a cancerului este ilustrarea cea mai elocventă. Cancerul este o maladie care impune concertarea mai multor discipline medicale. Există, în acest caz, provocarea pentru reuniuni de concertare pluridisciplinară care evoluează spre analize terapeutice intim legate asociind chirurghi, radioterapeuți și oncologi. Firește, nu doar cancerul este o maladie care impune ca serviciul medical să fie efectuat de o echipă pluridisciplinară. Iată și un alt exemplu: organizarea permanenței îngrijirilor de sănătate. Prezența unei echipe este, în acest caz, esențială atât pentru recrutarea tinerilor medici, cât și pentru organizarea în sine a permanenței îngrijirilor de sănătate. Tinerii medici au, la rândul lor, privilegiul de a

face alegerea de a lucra în echipă, ceea ce complică recrutarea lor în structurile spitalelor de talie mică. La fel, permanența îngrijirilor de sănătate este o importantă constrângere pentru exercițiul medical într-un spital. Un bun răspuns la această constrângere este lucrul într-o echipă pluridisciplinară.

Exercițiul medical efectuat de o echipă pluridisciplinară necesită schimbări și în *managementul echipelor*. Sunt de fapt două schimbări: dezvoltarea cooperării între membri și responsabilizarea întregii echipe pentru a lua decizii. Ambele schimbări sunt dependente de cultura spitalului pentru acceptarea coordonării serviciilor medicale în spiritul managementului transversal. Acest tip de management se structurează în jurul proceselor centrale și de suport. Managementul transversal urmează o logică a serviciilor medicale, astfel încât pacientul devine centrul de interes al spitalului. Obiectivul principal al managementului transversal este o mai bună concertare a eforturilor diferitelor servicii medicale și o comunicare transversală care să atenueze lipsa de coerență interfuncțională. Într-o echipă pluridisciplinară, membrii săi comunică informal și, mai ales, nonverbal. Prin dezvoltarea managementului transversal, membrii echipei pluridisciplinare sunt responsabilizați în luarea de decizii atunci când intervin în cadrul serviciului medical. Oricare membru al echipei pluridisciplinare acționează atât din poziția sa de specialist, cât și de susținător al celorlalți membri. În consecință, membrii echipei pluridisciplinare sunt responsabilizați să realizeze în comun un serviciu medical.

Mișcările populației, azi către zonele urbane și periurbane, au un real impact asupra ofertei spitalului. Oferta poate deveni supradimensionată sau, din contră, insuficientă. Ambele tipuri de ofertă redau fenomenul de inadecvare a ofertei medicale. Inadecvarea poate fi globală sau doar specifică unui segment de activitate al spitalului. O ofertă chirurgicală foarte importantă pe un teritoriu dat care nu satisface nevoile în medicină este un caz de inadecvare a ofertei specifice. Inadecvarea este o sursă generatoare de riscuri. Cercetarea inadecvării ofertei spitalului ne poate dezvălui cunoașterea parțială sau chiar totală a *cererii pacienților de servicii medicale*. De aceea, mișcarea populației trebuie investigată de spital. În condițiile mișcării populației, rolul pacientului este determinant în aprecierea ofertei medicale. În caz de inadecvare a ofertei medicale, pacientul cere să fie asociat în reflecția corpului medical al unui spital; pacientul devine parte interesată (stakeholder). Totodată, inadecvarea ofertei medicale este necesar să fie percepută de către spital ca o amenințare a mediului extern. De această dată, prin management strategic se poate cerceta în profunzime amenințarea izvorâtă din cererea pacientului de servicii medicale. Investigarea strategică poate surprinde că pacientul este doritor, de exemplu, de modul de luare în sarcină care privilegiază sau nu menținerea lui la domiciliu. În acest fel, presiunea exercitată de pacienți determină spitalul să înțeleagă mai bine nevoile lor și să vină cu o ofertă medicală adecvată.

Investigarea provocărilor și mizelor spitalului ne solicită să avem o raportare la *cererea de servicii medicale a populației îmbătrânite*. Nevoile de îngrijire a sănătății persoanelor în vârstă sunt multiple și necesită o bună coordonare a activităților realizate de corpul medical al spitalului. În efortul de bună coordonare a tuturor activităților efectuate în perimetrul spitalului este nevoie să menționăm că acesta nu trebuie să fie singur actor. Firește, spitalul este principalul actor în luarea în sarcină a

populației îmbătrânite. Totuși, cererile sale de servicii medicale sunt diverse și impun ca și alte instituții să susțină spitalul cu informații despre alte modalități de acțiune. Ne întrebăm: Există în spitale cultura comunicării transversale? Care este cunoașterea spitalelor în domeniul managementului riscurilor? Ce rol va juca spitalul în viitor? Răspunsul nostru pe cele trei zone de interes ale spitalului îl vom da în această lucrare. În mod concret, noi sperăm să susținem spitalul din România cu informații utile din zona managementului riscurilor.

*Presiunea economică* asupra spitalului din România este enormă. Sunt prea multe probleme care „se adună” în perimetrul spitalului. Principala preocupare a spitalului este de a realiza o ameliorare a eficienței recurgând, de regulă, la o singură soluție: o mai bună utilizare a resurselor existente. Pentru ca spitalul să fie eficient trebuie să compare mai multe alternative de creștere a eficienței și să aleagă cea mai bună alternativă. Și mai aproape de succes ar fi dacă selectează, conform unor evaluări de ierarhizare, câteva alternative. O profundă transformare în sfera eficienței este posibilă printr-o mai bună adecvare a formei de luare în sarcină a pacientului în raport cu evoluția răspunsului la tratamentul medical urmat. În Franța, de exemplu, se întâlnesc *trei forme de luare în sarcină a pacienților: sejur complet de spitalizare, sejur scurt de spitalizare și ofertă ambulatorie de proximitate de tratare a pacienților*. În aceste condiții, relevanța selectării unei forme de luare în sarcină a pacientului determină managementul spitalului (la propunerea corpului medical) să opteze, mai întâi, pentru un sejur scurt de spitalizare. Alegerea generează cel puțin două efecte: diminuarea cheltuielilor de spitalizare și influențarea culturii colectivității spitalului (corp medical, corp paramedical și pacienți). În plus, alegerea sejurului scurt de spitalizare are consecințe asupra suprafețelor și arhitecturii spitalului. Acest ultim aspect poate conduce, la rândul său, la o diminuare importantă a posturilor de noapte cu impact asupra costurilor de spitalizare.

*Proximitatea accesului la îngrijirea sănătății* este o noțiune nedefinită în perimetrul spitalului din România. De aceea, pentru spitalele din România apare provocarea de a defini proximitatea îngrijirii sănătății. O definire este, între altele, un prilej de a lua în considerare evoluțiile induse prin constrângerea de mijloace necesare luării în sarcină a pacienților. Dacă ne referim la activitatea chirurgicală, vom constata că această activitate necesită a regrupare de echipe pluridisciplinare și de echipamente. Pentru realizarea acestui scop, uneori puțin înțeles, se impune un efort constant de educare a colectivității spitalului și a reprezentanților săi aleși. Evident, educarea acestor actori în spiritul proximității accesului la îngrijirea sănătății este un exemplu de realizare a acțiunilor în domeniul îngrijirii sănătății care cere o interogare asupra rolului unui spital.

*Exigențele pacienților în domeniul securității sănătății* determină spitalul să implementeze forme de organizare din ce în ce mai structurate pe imperativele securității serviciilor medicale. Din această perspectivă, exemplul infecțiilor contactate de pacienți în timpul sejurului de spitalizare ilustrează această exigență. Desigur, atunci când spitalul este preocupat de riscul de contaminare a pacienților va găsi o soluție de reducere și chiar de evitare a manifestării acestui risc. Prin urmare, instituționalizarea managementului riscurilor este de natură să sporească încrederea populației în spital. Pe de altă parte, instituționalizarea managementului riscurilor provoacă spitalul să