



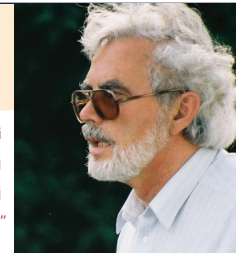
Audyty kliniczne w jednostkach stosujących promieniowanie jonizujące w celach medycznych

Jerzy Kuźnicki

Łódzki Ośrodek Szkoleniowo-Konsultacyjny „Łoś” sp. z o.o., ul. Lecznicza 6, 93-173 Łódź,
tel. +48 515 044 203, e-mail: juku@poczta.onet.pl

mgr inż. Jerzy Kuźnicki

Sekretarz Komisji ds. Procedur Wzorcowych i Audytów Klinicznych Zewnętrznych w Radiologii i Diagnostyce obrazowej i Radiologii Zabiegowej, współautor dokumentu pt. „Założenia do audytów klinicznych w radiologii i diagnostyce obrazowej i radiologii zabiegowej”



Wstęp

Na pierwszy rzut oka wszystko w tym temacie wydaje się być jasne – jest odpowiedni zapis w dyrektywie MED (97/43/EUROATOM) znajdujący odbicie w ustawie z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe i rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (od grudnia 2002 r. dwukrotnie nowelizowanym; ostatnia wersja z 18 lutego 2011 r.), z którego m.in. wynika obowiązek wykonywania audytów klinicznych w placówkach stosujących promieniowanie jonizujące do badania i leczenia ludzi. Zapis ten jednak okazał się niewystarczający, skoro w Unii Europejskiej uznano za potrzebne opracowanie dokumentu *Radiation Protection 159, Guidelines on clinical audit*, wydanego w październiku 2009 r. (12 lat po ukazaniu się dyrektywy MED).

Kilka faktów

Powagę sytuacji pozwala rozpoznać uważna lektura materiałów z sympozjum w Tampere z września 2008 r. Podsumowanie funkcjonowania audytów klinicznych w UE w obszarze stosowania promieniowania jonizującego wyrażono w słowach: **Clinical audits are mainly occasional. Clinical audits are carried out more regularly in Finland, France, Germany, Lithuania, Poland, Slovakia, Slovenia, UK and Switzerland. In some cases regular clinical audits are only internal (Spain, UK)*. Dlaczego zatem, pomimo pozornej dobrej kondycji, audyty kliniczne w obszarze stosowania promieniowania jonizującego do badań i leczenia ludzi są niewystarczające? Analizując doświadczenia sympozjum, można by wyciągnąć wniosek, że sytuacja w dziedzinie audytów klinicznych w Polsce jest podobnie zaawansowana jak w Niemczech.



Tymczasem, o ile Niemcy ustanowili struktury organizacyjne w tej dziedzinie w końcu lat 80. ubiegłego wieku, powołując przy Krajowych Izbach Lekarskich komórki (*Aerztliche Stellen fuer RoEV*) zajmujące się doradztwem w dziedzinie poprawy jakości i zmniejszenia dawki w oparciu o działania będące formą audytu zbliżonego do audytu klinicznego, o tyle w Polsce sytuacja była zupełnie inna. Dopiero w lutym 2009 r. (pół roku po wspomnianym seminarium w Tampere) powołano trzy komisje ds. procedur wzorcowych i klinicznych audytów zewnętrznych (o których mówi ustawa Prawo atomowe z 2000 r.). Jedną z nich działa w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej oraz radiologii zabiegowej, pozostałe klinicznych w radioterapii i medycynie nuklearnej. W Polsce jednak w zakresie audytów klinicznych zewnętrznych do dziś nie są zatwierdzone struktury organizacyjne i sposób finansowania tego przedsięwzięcia. Co prawda ustawa Prawo atomowe w art. 33g.p.14 stanowi: *Komisje (ds. procedur wzorcowych i audytów klinicznych zewnętrznych – dopisek autora) przeprowadzają nie rzadziej, niż co 4 lata audyt kliniczny zewnętrzny obejmujący przegląd poprawności stosowanych procedur w zakresie udzielanych świadczeń oraz kwalifikacje personelu, w tym również w zakresie określonym w art. 33i, a także w zakresie wyposażenia w aparaturę, warunków lokalowych i systemu zarzą-*

**Audyty kliniczne są zazwyczaj pomijane. Bardziej regularnie przeprowadza się je w: Finlandii, Francji, Niemczech, na Litwie, w Polsce, Słowacji, Słowenii, Wielkiej Brytanii i Szwajcarii. W niektórych przypadkach regularne audyty kliniczne są wyłącznie wewnętrzne (Hiszpania, Wielka Brytania).*



dziania jakością, a w art. 33c. pkt. 8 mówi: *Koszty przeprowadzania klinicznych audytów wewnętrznych i zewnętrznych, o których mowa w ust. 7, ponoszą zakłady opieki zdrowotnej, lecz to nie wystarcza do uruchomienia audytów zewnętrznych – brakuje bardziej szczegółowych regulacji. Chodzi tu o:*

- zagadnienia organizacyjne – Komisja działająca w rentgenodiagnostyce i radiologii zabiegowej obejmuje swoim obszarem działania kilkanaście tysięcy placówek,
- przepływy pieniężne – Komisje nie są podmiotami gospodarczymi.

Należy mieć nadzieję, że przedłożony Ministerstwu Zdrowia przez Komisję dokument pt. *Założenia do audytów klinicznych w radiologii i diagnostyce obrazowej i radiologii zabiegowej* spowoduje uruchomienie decyzji wykonawczych.

Czym różni się audyt kliniczny od innych audytów i kontroli

Dyrektywa MED definiuje audyt kliniczny w sposób następujący (definicja została podzielona na elementy w sposób zamierzony):

Audyt kliniczny to systematyczne badanie lub przegląd medycznych radiologicznych procedur prowadzące do poprawy jakości i rezultatu opieki nad pacjentem... (*co i po co?*) poprzez strukturalny przegląd, podczas którego działania, procedury i wyniki radiologiczne są porównywane ze standardami dobrych medycznych radiologicznych procedur... (*w jaki sposób?*) i modyfikacją postępowania według wskazań oraz w razie potrzeby zastosowania nowych standardów... (*podjęcie działań dla osiągnięcia celu*).

Dla prawidłowego zrozumienia idei audytu istotne jest określenie, czym audyt kliniczny różni się od innych stosowanych form sterowania i nadzoru, takich jak: audyt systemu zapewnienia jakości, akredytacja czy kontrola:

1. Audyt (systemu) jakości jest audytem weryfikującym, czy wdrożony system jakości QS (*Quality System*) w organizacji, np. pracowni lub zakładzie radiologii, jest zgodny z daną normą systemu jakości, np. ISO 9001 (ISO, 2000). Ocena QS zwykle dokonywana jest przez niezależny organ (audyt zewnętrzny), nazywany organem certyfikującym, który następnie wydaje certyfikat na zgodność QS z wybraną normą jakości. Organ certyfikujący jest ekspertem, jeśli chodzi o normy jakości, ale niekoniecznie zatrudnia jako audytorów osoby będące profesjonalistami w dziedzinie ochrony zdrowia. Audyt kliniczny z kolei odnosi się do praktycznej pracy klinicznej wykonywanej przez różnych profesjonalistów. Audytorzy powinni mieć rzetelną wiedzę i doświadczenie związane z pracą kliniczną.
2. Akredytacja to zewnętrzna ocena, której celem jest potwierdzenie kompetencji organizacji do realizowania określonych zadań (np. leczenia), na podstawie wcześniej określonych kryteriów/standardów. Akredytacja jest najbardziej zbliżonym modelem zewnętrznej oceny jakości świadczeń do audytu klinicznego, jednakże merytorycznie nie obejmuje wszystkich zagadnień przewidzianych audytem klinicznym.
3. Kontrola przestrzegania przepisów jest kontrolą prowadzoną przez organ administracji w celu zweryfikowania, czy praktyka radiologiczna jest prowadzona zgodnie z obowiązującymi przepisami (przepisy prawa, statuty, regulaminy). Typowo odnosi się ona jednoznacznie do obowiązujących przepisów. Niezgodność powinna prowadzić do wymuszenia działań. W prze-

ciwieństwie do kontroli, ocena w audycie klinicznym skupia się na uznanych normach dla dobrej praktyki. Wyniki audytów klinicznych są ujmowane we wnioskach raportu z audytu w postaci stwierdzeń i zaleceń. Audytor nie może wymuszać żadnych działań, o późniejszych działaniach decyduje sam użytkownik.

Ostatni punkt jest często źródłem nieporozumień przy kontrolach prowadzonych przez sanepidy w ramach nadzoru radiologicznego. Kontrole nie powinny oceniać merytorycznych elementów systemu zarządzania jakością w placówkach stosujących promieniowanie jonizujące do badania i leczenia ludzi, a jedynie sprawdzać wykonanie, wynikającego z ustawy i rozporządzenia ciążącego na kierowniku jednostki ochrony zdrowia, obowiązku wdrożenia i utrzymywania systemu zarządzania jakością w obszarze udokumentowania tych działań.

Z drugiej strony, nieporozumieniem jest traktowanie audytu klinicznego jako działań ograniczonych wyłącznie do sprawdzania, czy postępowanie kliniczne jest zgodne ze standardami czy zaleceniami towarzystw naukowych/procedurami wzorcowymi (a i z takimi głosami można było się spotkać podczas sympozjum zorganizowanego przez KCOR w OZ 4.10.2011 w Warszawie poświęconego audytom klinicznym), gdyż to z kolei byłoby sprowadzeniem ich do typowego postępowania akredytacyjnego. W kręgach urzędniczych określenie „kliniczny” sprowadzane jest wyłącznie do postępowania medycznego oderwanego od całej infrastruktury, w której jest ono wykonywane (w tym również systemu zarządzania jakością).

Ze względu na szeroki zakres działań i przyjęte kryteria oceny (odwołanie do dobrej praktyki) do przeprowadzenia audytu klinicznego potrzebne jest zaangażowanie zespołu specjalistów (radiolog, technik elektroradiologii, fizyk medyczny) mających doświadczenie w wykonywaniu procedur radiologicznych oraz znających wymagania systemu zarządzania jakością w radiologii.

Wskazówki z „europejskiego przewodnika po audytach”

Jak już wspomniano, audyt kliniczny nie jest tożsamy z audytem systemu zapewnienia jakości, ale nie oznacza to, że zagadnienia związane z tym systemem są wyłączone z audytu klinicznego. Przegląd systemu jakości w aspekcie audytów klinicznych nie jest ukierunkowany na sprawdzenie jego zgodności z normą jakości, takiej jak ISO 9001 (ISO, 2000), ISO 17025 (ISO, 2005) i ISO 15189 (ISO, 2007), ale powinien skupić się na ocenie:

- procedur aktualizacji i przydatności dokumentów jakości,
- zapewnienia odpowiednich zasobów dla procedur zapewnienia jakości (tj. podział pracy),
- właściwości stosowania procedur sterowania jakością w obszarze technicznym (udokumentowane programy i przewodniki, ich wdrożenie, wyniki; działanie wyposażenia, zgodność z kryteriami akceptowalności),
- stosowania właściwych procedur sterowania jakością w obszarze klinicznym (procedury, dokumentacja i wykorzystanie wyników, odpowiedzialności różnych grup zawodowych),
- wdrożenia i porównywaniu jakości (udokumentowane procedury, wyniki; wzajemne powiązania i oceny; wdrożenie zaleceń, uczenie się na wynikach; przeglądy kierownictwa, samooceny, audyty, certyfikacje, akredytacje, inspekcje pod kątem przestrzegania przepisów itd.),
- zapisów związanych z incydentami i innymi odchyleniami od założonych kryteriów jakości (przewodniki dla podjęcia



działań, odnotowywanie, zgłaszanie, działania zapobiegawcze i naprawcze, nauki wyciągane ze zdarzeń),

- mechanizmów sprzężenia zwrotnego, zapisów i działań (sprzężenie zwrotne od lekarzy kierujących, innych pracowników, pacjentów, innych klientów).

Dla każdego tematu z powyższej listy należy ustalić szczegółowe kryteria na podstawie „dobrej praktyki”.

W audycie klinicznym nie dokonuje się oceny, czy system zarządzania jakością został wdrożony zgodnie z normą, ale czy wdrożony przez jednostkę system pozwala jej osiągnąć założone przez nią cele jakościowe.

Audyty kliniczne powinny być działaniem systematycznym i ciągłym, przy czym audyty wewnętrzne i samooceny oraz audyty zewnętrzne mają tę samą wagę i powinny się nawzajem uzupełniać w celu uzyskania optymalnych wyników.

Audyty kliniczne wewnętrzne i samooceny przeprowadzane stanowią wewnątrz jednostki ochrony zdrowia część składową jej ogólnych procedur zapewnienia jakości. Stosuje się tu zasadę niezależności audytorów, chociaż możliwe jest powołanie audytorów z innego oddziału jednostki służby zdrowia, różnego od oddziału audytowanego. W przypadku małych jednostek nie będzie to jednak możliwe i wtedy audyty wewnętrzne mogą bardziej przyjąć formę samooceny niż faktycznego audytu wewnętrznego.

Zewnętrzne audyty kliniczne są przeprowadzane przez zewnętrzne ciała audytujące lub audytorów niezależnych od audytowanych jednostek ochrony zdrowia. Audyt zewnętrzny powinien pomóc w zapewnieniu dobrej praktyki, gdyż ujawnienie niektórych problemów za pomocą działań wewnętrznych może być trudne lub niewłaściwe.

Kliniczne audyty w praktyce, zarówno wewnętrzne, jak i zewnętrzne, mogą być różnego typu i poziomu, różnić się swoim obszarem, obejmując różne aktywności (zakres), oraz szczegółowością oceny (głębokość).

Pierwsza zmienna (zakres) oznacza, że pojedynczy audyt kliniczny może albo oceniać całą ścieżkę kliniczną procesu radiologicznego, od skierowania po kontynuację leczenia (audyt pełny), albo ograniczać się do specyficznych, krytycznych jego fragmentów (audyt częściowy). W dłuższej perspektywie czasowej celem powinno być zaudytowanie całej ścieżki klinicznej, podczas gdy audyty częściowe powinny skoncentrować się na szczegółach fragmentu procesu budzących największe zainteresowanie.

Druga zmienna (głębokość) oznacza, że audyty kliniczne mogą ocenić ogólną część praktyki bądź wszystkie procedury radiologiczne (poziom 1) lub z danej specjalności (poziom 2), bądź też może wejść głębiej w wybrane konkretne badanie albo leczenie (poziom 3).

Kiedy audyt kliniczny, wewnętrzny lub zewnętrzny, jest przeprowadzany w danej jednostce ochrony zdrowia po raz pierwszy, charakter audytu może być względnie powierzchowny w sensie głębokości, by osiągnąć wskazówki na temat ogólnej jakości procedur radiologicznych i tego, czy system jakości działa prawidłowo. W kolejnych reaudytach cele mogą być głębsze w wybranych obszarach krytycznych, podczas gdy ogólna ocena może być nieco uproszczona i zogniskowana na sprawdzeniu statusu problemów ujawnionych podczas wcześniejszych audytów.

W praktyce radiologicznej, w ujęciu Council Directive 97/43/EURATOM, audyty kliniczne powinny wskazywać zarówno krytyczne elementy ochrony radiologicznej pacjenta, jak i kluczowe składniki ogólnego systemu jakości. Można wyróżnić następujące priorytety audytu klinicznego praktyk radiologicznych:

Struktura	Misja jednostki praktyki radiologicznej Podział uprawnień i odpowiedzialności w zakresie bezpieczeństwa radiologicznego Poziomy personelu, kompetencje i ciągły rozwój zawodowy personelu, szczególnie w ochronie radiologicznej Adekwatność i jakość pomieszczeń oraz sprzętu
Proces	Praktyki uzasadniania i kierowania włącznie z kryteriami kierowania Dostępność i jakość przewodników badań i leczenia (protokoły, procedury) Protokoły optymalizacji Dawka dla pacjenta i jakość obrazu w radiologii diagnostycznej i procedurach medycyny nuklearnej, porównanie dawek pacjenta z akceptowanymi w kraju poziomami referencyjnymi Procedury napromienienia pacjenta w radioterapii (kolimacja wiązki, dokładność dozymetrii i planowania leczenia) Programy zapewnienia jakości i sterowania jakością Procedury awaryjne w użyciu promieniowania Wiarygodność systemów przekazu informacji
Wynik	Metody kontynuacji postępowania w badaniach i leczeniu (krótko- i długoterminowe).

W ocenie jakości przewodników badania lub leczenia należy zwrócić szczególną uwagę na stosowanie procedur optymalizacji. Związane jest to z rozważeniem dawki dla pacjenta w połączeniu z jakością obrazu w radiologii i medycynie nuklearnej i dokładności ulokowania rozkładu dawki w radioterapii.

Podstawowym składnikiem bezpiecznego postępowania klinicznego jest zapewnienie dozymetrii (IAEA, 2007). Dlatego, wśród niezbędnych elementów fizycznych każdego audytu klinicznego powinna znaleźć się ocena dawki dla pacjenta w przypadku rentgenodiagnostyki i medycyny nuklearnej oraz dawki dostarczonej pacjentowi podczas radioterapii.

Kryteria oceny w audycie klinicznym

Celem audytu klinicznego jest sprawdzenie zgodności działania z zasadami dobrej praktyki medycznej oraz pomoc w osiągnięciu tej zgodności. W odniesieniu do radiologii – diagnostyki obrazowej oznacza to ocenę zgodności z wymaganiami zawartości informacyjnej otrzymywanych obrazów, prawidłowość i adekwatność ich interpretacji oraz uzasadnienie wykonania procedury z wykorzystaniem promieniowania jonizującego i prawidłowość jej przebiegu. Odnosi się to zarówno do personelu, jak i do wykorzystywanego wyposażenia.

Dla każdego tematu będącego przedmiotem audytu klinicznego należy ustalić szczegółowe kryteria na podstawie „dobrej praktyki”. Przykładowo, program zapewnienia jakości w obszarze technicznym powinien specyfikować dla każdego testu (IAEA, 2009):

- cel testu,
- osoby odpowiedzialne za przeprowadzenie i ocenę testu,
- wymagane wyposażenie do przeprowadzania testów,
- minimalną częstość (jak często przeprowadzany),
- procedury testowe,
- formularze testowe lub arkusze do zapisu wyników,
- kryteria działania (wartości odniesienia i poziomy działania, poziomy naprawcze i wstrzymujące),
- działania naprawcze konieczne, gdy kryteria działania są nieosiągalne:



- typ działań naprawczych,
- ramy czasowe dla działań naprawczych,
- sprawdzenie skuteczności działań naprawczych.

Pojęcie „dobrej praktyki” może być subiektywne i dlatego wymaga uzgodnienia pomiędzy audytorem a audytowanym. W niektórych przypadkach może być ono narzucone przez przepisy. Wprowadzenie w polskich przepisach określenia procedur wzorcowych i obowiązku zgodności procedur roboczych z procedurami wzorcowymi nominuje te ostatnie do bycia „dobrą praktyką radiologiczną”. Nie oznacza to jednak obowiązku literalnej zgodności, w przypadku rozbieżności zawsze konieczne jest uwzględnienie uzasadnionej argumentacji audytowanego popartej argumentami klinicznymi. W sytuacji braku procedur wzorcowych, za dobrą praktykę można przyjąć wskazania towarzystw naukowych czy publikacje podręcznikowe lub w uznanych czasopismach naukowych.

Co dalej?

Wydawałoby się, że nie ma żadnych przeszkód w uruchomieniu audytów klinicznych wewnętrznych w radiologii. Są one jednym z podstawowych narzędzi zarządzania, o czym powinien wiedzieć każdy wyedukowany manager. Dodatkowo istnieje ustawy obowiązkiem przypisany kierownikom jednostek ochrony zdrowia stosowania ich w praktyce co najmniej raz w roku. Co zatem przeszkadza w uruchomieniu audytów klinicznych wewnętrznych? Myślę, że każdy z czytelników potrafi odpowiedzieć na to pytanie, odwołując się do realiów, w których pracuje. Gdybyśmy zestawili te powody, byłaby to długa lista, ale wszystkie miałyby wspólne źródło – brak głęboko uświadomionej potrzeby bądź brak pełnego przekonania o korzyściach. Wynika to z braku tradycji w stosowaniu tego narzędzia i niedoboru odpowiednich szkoleń na poziomie kadry kierowniczej w służbie zdrowia. Osobiście odnoszę wrażenie, że podejście do zarządzania jakością wielu kierowników jednostek ochrony zdrowia nie różni się od tego z początków lat 90. ubiegłego wieku. Od dyrektora jednego z przedsiębiorstw produkcyjnych usłyszałem: „My nie mamy czasu na wdrażanie systemu zapewnienia jakości, bo cała nasza kadra kierownicza jest całkowicie zajęta walką o utrzymanie się na rynku”.

Realizacja klinicznych audytów zewnętrznych w obszarze diagnostyki obrazowej i radiologii zabiegowej uwarunkowana jest w pierwszej kolejności przyjęciem przez Ministerstwo Zdrowia rozwiązań zawartych w dokumencie pt. „Założenia do audytów klinicznych w radiologii i diagnostyce obrazowej i radiologii zabiegowej”, przedstawionym przez Komisję ds. Procedur Wzorcowych i Klinicznych Audytów Zewnętrznych, opartych na następujących zasadach:

- ze względu na konieczność zaangażowania czynnych zawodowo profesjonalistów, konieczne jest wynagrodzenie dla audytorów ze stawką co najmniej porównywalną z otrzymaną za wykonywanie podobnych czynności w zawodzie;
- ponieważ ustawa wprowadza obowiązek odpłatności za audyt zewnętrzny przez jednostkę audytowaną, przedsięwzięcie powinno być samofinansujące się z ewentualnym sfinansowaniem przez budżet fazy rozruchowej (szkolenia, wyposażenie stanowisk audytorskich);
- ze względu na liczbę jednostek do audytowania założono, na wzór niemiecki, że większość audytów będzie przeprowadzana stacjonarnie, bez wizyty w jednostce audytowanej. Wiąże się to z koniecznością dostępu do pomieszczeń ze sprzętem potrzebnym do przeprowadzenia badań i przechowywania materiałów wpływających od użytkowników oraz z tym, że zespoły audytorskie po-

woływane będą przy Wojewódzkich Konsultantach ds. Radiologii, co dodatkowo wzmocni funkcję nadzoru specjalistycznego;

- sprawy finansowe (umowy z audytorami i fakturowanie jednostek audytowanych), a także rozsyłanie ankiet i korespondencji w zakresie audytów (na zlecenie Komisji lub Wojewódzkich Konsultantów ds. Radiologii) w początkowym okresie przejmie KCORwOZ. W rozmowach na ten temat często pojawia się znane sformułowanie: „wola polityczna jest, brak tylko pieniędzy”. Osobiście jestem przekonany, że gdyby w miejsce woli politycznej pojawiła się chęć wynikająca z uświadomionej potrzeby, to nie byłoby problemu z pieniędzmi.

Dyskusja

Audyty kliniczne nie są zagadnieniem samym w sobie, lecz są ściśle związane z zarządzaniem jakością. I nie mam tu na myśli podejścia formalnego dla spełnienia wymagań określonej normy, ale sposób myślenia i działania wynikający z istoty tego systemu – świadomego i planowego podejmowania działań w celu zaspokojenia potrzeb szeroko rozumianego klienta. Niewątpliwie powodzenie we wdrożeniu klinicznych audytów wewnętrznych zależy przede wszystkim od przekonania kierowników jednostek ochrony zdrowia, że są one przydatnym narzędziem dla nich w wywiązywaniu się ze swoich obowiązków oraz że przynoszą korzyści firmie, którą kierują. Pytanie: „W jakim stopniu i w jakiej formie powinno ingerować w ten proces budowania świadomości państwo?” nadal zostaje otwarte. Jedno jest jednak pewne: nie powinno w swoich działaniach deprecjonować roli zarządzania jakością w radiologii. A jest nim niewątpliwie traktowanie zarządzania jakością w radiologii jako zła koniecznego wynikającego z wymysłów urzędników unijnych.

Przykład takiego postępowania znajdziemy, porównując treść rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej w wersji aktualnie obowiązującej z dnia 18.03.2011 r. z poprzednio obowiązującą, tj. z dnia 25.08.2005 r. Wyraźnie widać próby uciekania od stosowania tak podstawowego terminu jak polityka jakości. A jak kierujący jednostką organizacyjną ma zarządzać jakością, jeśli nie opublikuje swojej polityki w tym zakresie? Jak ma wyglądać ocena skuteczności zarządzania, jeśli nie wiadomo, jakie konkretne cele chce osiągnąć jednostka ochrony zdrowia? Nie można tego skomentować stwierdzeniem, że ogólnie wiadomo, iż ma to być najwyższa jakość przy najmniejszej dawce promieniowania dla pacjenta. Jest to bowiem jedynie wyrażenie chęci, a nie mierzalny cel, którego osiągnięcie daje się zweryfikować. Taka ucieczka od artykułowania i weryfikowania konkretnych celów powoduje, że zarządzanie jakością staje się abstrakcją.

Innym, ale nie ostatnim, przykładem działania zawierającego w tle jasne przesłanie, że działania w dziedzinie zarządzania jakością w radiologii można traktować z przymrużeniem oka, jest postępowanie legislacyjne w dziedzinie audytów klinicznych zewnętrznych niepozostające bez wpływu również na audyty wewnętrzne. Komisje ds. Procedur Wzorcowych i Audytów Klinicznych Zewnętrznych powołano po ponad 8 latach od ukazania się ustawy określającej w sposób ramowy ich zadania, a do dziś minęły następne blisko 4 lata, kiedy komisje te nie mogą uruchomić audytów ze względów organizacyjno-finansowych.

Artykuł nie wyczerpuje tak obszernego tematu, jakim są audyty kliniczne w jednostkach stosujących promieniowanie jonizujące w celach medycznych. Mając świadomość tego faktu oraz wagi problemu, zachęcam do dalszej dyskusji.