

dravstvo

hodnost
ukrepi

osti
dravili
cije
regledi

elovanje

hodnost
zboljšave

šnična obravnava

nost
zadnjih 10 let
standardi

ost v primarnem zdravstvu

poslenih

sistema zdravstvenega varstva

9. dnevi Angele Boškin



10 LET VODENJA KAKOVOSTI V SLOVENSKEM ZDRAVSTVU: IZKUŠNJE, DOBRE PRAKSE, OVIRE

21. oktober 2016
hotel Špik, Gozd Martuljek

management

zadovoljstvo izobraževanje



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE



Splošna
bolnišnica
Jesenice



Fakulteta za zdravstvo
Jesenice



Društvo
medicinskih
sester, babic in
zdravstvenih
tehnikov
Gorenjske



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE



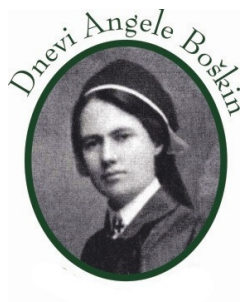
Fakulteta za zdravstvo
Jesenice



*Splošna
bolnišnica
Jesenice*

9. Dnevi Angele Boškin

10 LET VODENJA KAKOVOSTI V SLOVENSKEM ZDRAVSTVU: IZKUŠNJE, DOBRE PRAKSE, OVIRE



ZBORNİK PRISPEVKOV

21. oktober 2016, hotel Špik, Gozd Martuljek

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

614.2:005.336.3(497.4)(082)(0.034.2)

DNEVI Angele Boškin (9 ; 2016 ; Gozd Martuljek)

10 let vodenja kakovosti v slovenskem zdravstvu [Elektronski vir] : izkušnje, dobre prakse, ovire : zbornik prispevkov / 9. dnevi Angele Boškin, 21. oktober 2016, Gozd Martuljek ; [urednici Mateja Bahun, Breda Pavlenč]. - El. knjiga. - Jesenice : Splošna bolnišnica, 2016

ISBN 978-961-93891-2-6 (pdf)

1. Gl. stv. nasl. 2. Bahun, Mateja

286451712

9. DNEVI ANGELE BOŠKIN: 10 LET VODENJA KAKOVOSTI V SLOVENSKEM ZDRAVSTVU: IZKUŠNJE, DOBRE PRAKSE, OVIRE

Urednici:

Mateja Bahun, Breda Pavlenč

Programski odbor:

Mateja Bahun
Sandra Jerebic
Tanja Pristavec
Karmen Janša
Mojca Strgar

Organizacijski odbor:

Tanja Pristavec
Mateja Bahun
Andreja Kraigher
Sandra Jerebic
Marija Mežik Veber
Mojca Strgar
Alenka Bijol
Jana Lavtižar
Nada Macura Višič
Zorica Panić
Adrijana Ilievski
Breda Pavlenč
Štefana Jovičič
Maja Valjavec

Tehnični pregled gradiva: Nina Rustja

Izdala in založila: Splošna bolnišnica Jesenice

Oblikovanje in tisk: Antus, d.o.o. Jesenice

Naklada: 200 izvodov

(brezplačni izvod)

Za vsebino prispevka, točnost podatkov in jezik prispevka v celoti odgovarjajo avtorji prispevkov.

KAZALO

POGLED MINISTRSTVA NA ZADNJIH 10 LET KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU Sandra Tušar, Bernarda Kociper, Vesna Zupančič	1
ALI OCENJEVANJE SISTEMOV VODENJA PRIPELJE DO VEČJE KAKOVOSTI IN VARNOSTI? Rade Pribaković Brinovec, dr.med.....	7
ODPORNA ZDRAVSTVENA OBRAVNAVA IN VARNOST PACIENTOV - ALI POTREBUJEMO DRUGAČEN NAČIN RAZMIŠLJANJA, DRUGAČEN MODEL? izr. prof. dr. Andrej Robida	13
RAZVOJ ZAPOSLENIH IN RAZVOJ CELOVITE KAKOVOSTI KOT SISTEMSKI DIMENZIJI UČINKOVITE ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE izr. prof. dr. Brigita Skela Savič	21
UČENJE NA NAPAKAH OZIROMA NEUSPEHIH; PO ROI – RETURN ON INVESTMENT ŠE ROF – RETURN ON FAILURE Marko Kiauta.....	33
NEIZKORIŠČENE PRILOŽNOSTI KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU prim. mag. Miran Rems	39
ANALIZA VPLIVA MEDNARODNE AKREDITACIJE NA ZADOVOLJSTVO ZAPOSLENIH mag. Jožef Sever	43
KRITERIJI ZA ZAGOTAVLJANJE VARNE IN KAKOVOSTNE OSKRBE NA NEGOVALNEM ODDELKU Judita Slak	51
ORODJA ZA IZGRADNJO SISTEMA KAKOVOSTI V LABORATORIJU SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE doc dr. Ivica Avberšek Lužnik, mag. Martina Pogačar Kavčič.....	61
AVTONOMNOST DELA IN KOMPETENCE BABIC V SPLOŠNI BOLNIŠNICI JESENICE Barbara Sfiligoj, Katja Zupan, Nina Trifoni.....	67
PROČES AKREDITACIJE – DOSEŽKI V PRETEKLOSTI IN IZZIVI ZA PRIHODNOST V SPLOŠNI BOLNIŠNICI BREŽICE Rok Škvarč, Tinkara Pacek.....	75
VARNOST, UČINKOVITOST IN KAKOVOST UPRAVLJANJA Z ZDRAVILI V SPLOŠNI BOLNIŠNICI JESENICE – KJE SMO BILI, KJE SMO IN KAM GREMO? Brigita Mavsar-Najdenov	81
KAKOVOST IN VARNOST V PRIMARNEM ZDRAVSTVU - KJE SMO? Ksenija Noč, Jože Prestor	89
SODELOVANJE PRIMARNEGA IN SEKUNDARNEGA NIVOJA – PRIMER DOBRE PRAKSE Nada Macura Višič.....	95
AKCIJSKO RAZISKOVANJE V FIZIOTERAPIJI SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE Breda Pavlenč	99
ORGANIZACIJA DELA V ANTIKOAGULACIJSKI AMBULANTI Tanja Žontar.....	105

PROGRAM

7.45 – 8.15	Registracija
8.15 – 8.45	Uvodni pozdravi
Moderatorka: Sandra Jerebic	
8.45 – 9.05	Pogled ministrstva na zadnjih 10 let kakovosti v zdravstvu Sandra Tušar, Bernarda Kociper, Vesna Zupančič
9.05 – 9.25	Ali ocenjevanje sistemov vodenja pripelje do večje kakovosti in varnosti? Rade Pribaković Brinovec
9.25 – 9.55	Odporna zdravstvena obravnava in varnost pacientov – Ali potrebujemo drugačen način razmišljanja, drugačen model? izr. prof. dr. Andrej Robida
9.55 – 10.25	Razvoj zaposlenih in razvoj celovite kakovosti kot sistemski dimenziji učinkovite zdravstvene obravnave izr. prof. dr. Brigita Skela Savič
10.25 – 10.45	Učenje na napakah oziroma neuspehih; po ROI – return on investment še ROF – return on failure Marko Kiauta
10.45 – 11.05	Neizkoriščene priložnosti kakovosti v zdravstvu prim. mag. Miran Rems
11.05 – 11.20	Razprava
11.20 – 11.35	Odmor
Moderatorka: Mateja Bahun	
11.35 – 11.50	Analiza vpliva mednarodne akreditacije na zadovoljstvo zaposlenih mag. Jožef Sever
11.50– 12.05	Kriteriji za zagotavljanje varne in kakovostne oskrbe na negovalnem oddelku Judita Slak
12.05 – 12.20	Orodja za izgradnjo sistema kakovosti v laboratoriju Splošne bolnišnice Jesenice doc dr. Ivica Avberšek Lužnik, mag. Martina Pogačar Kavčič
12.20 – 12.35	Avtonomnost dela in kompetence babic v Splošni bolnišnici Jesenice Barbara Sfiligoj, Katja Zupan, Nina Trifoni
12.35 – 12.50	Razprava
12.50 – 14.10	Odmor za kosilo
Moderatorka: Mojca Strgar	
14.10 – 14.25	Proces akreditacije - Dosežki v preteklosti in izzivi za prihodnost v Splošni bolnišnici Brežice Rok Škvarč, Tinkara Pacek
14.25 – 14.40	Varnost, učinkovitost in kakovost upravljanja z zdravili v Splošni bolnišnici Jesenice – kje smo bili, kje smo in kam gremo? Brigita Mavsar-Najdenov
14.40 – 14.55	Kakovost in varnost v primarnem zdravstvu – kje smo? Ksenija Noč, Jože Prestor
14.55 – 15.10	Sodelovanje primarnega in sekundarnega nivoja – primer dobre prakse Nada Macura Višič
15.10 – 15.25	Akcijsko raziskovanje v fizioterapiji Splošne bolnišnice Jesenice Breda Pavlenč
15.25 – 15.40	Organizacija dela v antikoagulacijski ambulanti Tanja Žontar
15.40 – 15.55	Razprava
15.55 – 16.25	Odmor s pogostitvijo ali »da bo lažje zdržati do konca«
Moderatorka: Tanja Pristavec	
16.25 – 18.00	Boj za pozornost sogovornika Zdravko Zupančič
18.00 – 18.15	Razprava
Konec srečanja	

UVODNE MISLI

Živimo v času informacijske družbe, družbe, katere napredek se meri z razvojem, dosežki in dobrinami, v družbi v kateri so nemalokrat spregledane vrednote kot so sočutnost, razumevanje sočloveka, srčnost. Skozi čas si je prav ta družba, katere del smo, v želji po spremembah postavila številne mejnike na različnih področjih in prav te spremembe, bodisi male ali velike vedno so in bodo oblikovale in soustvarjale naš napredek in razvoj. Že mnoga desetletja na različnih področjih delovanja v ospredje kot ključ do uspeha, razvoja in nenazadnje obstoja, umeščamo prav pojem kakovosti, v zadnjih dveh desetletjih intenzivno tudi na področju zdravstvene dejavnosti. Kakovost s svojo implementacijo v zdravstveni sistem predstavlja gradnik oblikovanja kakovostne zdravstvene obravnave na vseh nivojih zdravstvenega varstva ter nenazadnje predstavlja tudi vse večjo konkurenčno prednost posameznih organizacij. Sistem kakovosti zagotavljamo, dopolnjujemo in soustvarjamo zaposleni s svojim usmerjenim in pozitivnim delovanjem, skrbjo za sočloveka in odgovornostjo do skupnih ciljev organizacije. Zaposleni v zdravstveni dejavnosti smo na svoji poklicni poti nemalokrat soočeni s številnimi izzivi iskanja in odkrivanja novih dimenzij kakovostne zdravstvene obravnave. Z zadovoljstvom in ponosom ugotavljamo, da zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi te izzive prepoznavajo kot priložnost za izboljšavo same zdravstvene obravnave ter tudi kot možnost za osebni in organizacijski razvoj. Ponosni smo na sleherni doprinos vsakega zaposlenega pri načrtovanju in realizaciji ciljev, usmerjenih k strokovnemu napredku zdravstvene nege.

V tem duhu, v duhu kakovosti in nadgradnje dobre prakse, smo v letošnjem letu v Splošni bolnišnici Jesenice s podporo in sodelovanjem Zbornice zdravstvene in babiške nege – Zveze prvič organizirali ŠOLO ZA KOORDINATORJA ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE. Udeleženke izobraževanja so bile diplomirane medicinske sestre / diplomirane babice s primarnega in sekundarnega nivoja zdravstvenega varstva, iz različnih slovenskih ustanov in različnih delovnih področij. Izobraževanje je trajalo sto pedagoških ur, od tega dvajset ur teoretičnih vsebin in osemdeset ur praktičnega usposabljanja v okviru klinične prakse in priprave študije primera. Pri izvedbi teoretičnega dela izobraževanja so sodelovali izkušeni sodelavci, ki vsakodnevno delujejo na področju koordiniranja zdravstvene obravnave in strokovnjaki iz različnih specialnih področij. Izobraževanje je uspešno zaključilo enajst kolegic, ki so pridobile naziv koordinator zdravstvene obravnave - specialna znanja VII/1.

Verjamem in prepričana sem, da smo zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi sposobni zrelo sprejeti in razumeti še višji nivo odgovornosti pri zagotavljanju kakovostne zdravstvene obravnave in prav s tem namenom smo z velikim veseljem in entuziazmom kot svoj doprinos k razvoju zdravstvene nege pripravili 9. dneve Angele Boškin.

Vsem udeležencem strokovnega srečanja želim prijetno druženje ter pridobitev novih znanj in motivacije za reševanje in premagovanje strokovnih izzivov, hkrati pa vas prijazno vabim k soustvarjanju prihodnjih, že 10. dnevov Angele Boškin.

Tanja Pristavec mag. zdr. nege

Pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege in oskrbe

POGLED MINISTRSTVA NA ZADNJIH 10 LET KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU

Sandra Tušar, Bernarda Kociper, Vesna Zupančič

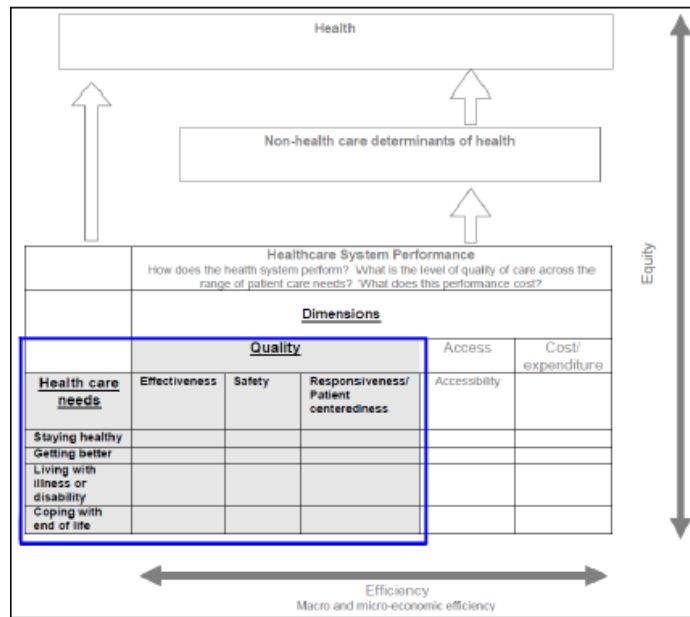
IZVLEČEK

Prispevek se navezuje na evalvacijo javne politike na področju prizadevanj za kakovost v slovenskem zdravstvu. Gre za pogled na eno izmed področij zagotavljanja uspešnosti sistema zdravstvenega varstva. Kronološki pogled na prizadevanja za kakovost v zdravstvu pokaže, da so bili zastavljeni cilji iz zadnje nacionalne strategije za kakovost in varnost v zdravstvu do določene taksonomske stopnje doseženi. Sedaj je nujen kritični pogled na sistem zagotavljanja kakovosti v zdravstvu z distance. V Sloveniji je moč povzeti, da je razvoj na področju kakovosti v zdravstvu, gledano primerjalno med letoma 2006 in 2016, opazen in odraža postopnost uvajanja različnih inovacij. Prisotne pa so tudi vrzeli, ki ji je potrebno v prihodnje premostiti. Cilj prizadevanj Ministrstva za zdravje je vzpostavitev trajnostno vzdržnega sistema zagotavljanja kakovosti. Imenovana je bila delovna skupina za pripravo predloga Zakona o kakovosti in varnosti v zdravstvu, ki bo dosedanje ukrepe za kakovost v zdravstvu in ocenjevanje kakovosti povezal v enoten, celovit in transparenten model, ki bo doprinesel k uspešnosti zdravstvenega sistema v Sloveniji, predvsem k boljšemu zadovoljstvu pacientov in izvajalcev storitev.

KLJUČNE BESEDE: kakovost, kronološki pogled, ocenjevanje uspešnosti sistema zdravstvenega varstva, vloga deležnikov, sodelovanje

1 UVOD

Primerna, kakovostna in varna zdravstvena oskrba ni samo zakonsko opredeljena pravica pacientov v Sloveniji, temveč je osnovna norma vsake države Evropske unije v 21. stoletju. Kakovostna zdravstvena oskrba je tista, ki dosledno dosega izide zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami, ob upoštevanju temeljnih načel kakovosti, kot so uspešnost, varnost, pravočasnost, kontinuiteta, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenje na pacienta. Strokovni standard je priporočilo, ki ga sprejme pristojni strokovni organ posamezne zdravstvene stroke za doseganje optimalne stopnje urejenosti na določenem področju (Zakon o pacientovih pravicah, 2008, 5., 11. čl.). Definiranje pojma kakovosti in merjenje kakovosti v sistemu zdravstvenega varstva se med državami Evropske unije razlikuje. Ocenjevanje sistema merjenja kakovosti pa je sicer pomemben del ocenjevanja uspešnosti sistema zdravstvenega varstva (Slika 1).



Slika 1: OECD okvir za ocenjevanje uspešnosti sistema zdravstvenega varstva

Vir: Evropska komisija (2016, str. 23)

Pojavlja se vprašanje, kako je s pričakovanimi učinki obstoječega sistema zdravstvenega varstva, kako jih vidijo in občutijo različni deležniki: pacienti, njihovi svojci, izvajalci, strokovnjaki in upravni subjekti, ter kje je slovensko zdravstvo primerjalno z drugimi državami. Kakovost v zdravstvu je, gledano posplošeno, rezultat materialnih virov in aktivnosti vseh deležnikov, ne glede na to, v kateri vlogi trenutno so. Gre za kompleksen več - sektorski proces, katerega kakovost je lahko opisana s preprostimi besedami: »odlična, dobra, sprejemljiva, nesprejemljiva kakovost« s kritičnim pogledom in projekcijo ocene deležnikov na sistem, proces ali izid zdravstvene oskrbe (Donabedianov model), ne upoštevajoč lastno odgovornost, z odmikom od realnega vrednotenja lastne vloge v tem procesu. Druga možnost je empirični pristop z na dokazih temelječim ukrepanjem za realizacijo v Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016 - 2025 »Skupaj za družbo zdravja« opredeljenih ciljev, in upoštevanjem orodja PDCA (Plan - Do - Check - Act) (Deming Institute PDSA, b.d.). Vzpostavitev zaključene zanke procesa ocenjevanja uspešnosti in znotraj tega kakovosti prek faz načrtovanja sistema ocenjevanja, izvajanja - zbiranje podatkov (npr. metoda delfi), preverjanja podatkov (analiza in primerjava podatkov), informiranja deležnikov z ugotovitvami in ukrepanjem (uvajanje potrebnih sprememb) je skupni imenovalac prizadevanj vseh deležnikov za kakovost v zdravstvu.

Trajni razvoj kakovosti zdravstvene oskrbe je namreč neprestani dinamični proces, v katerem se ugotavlja in uporablja najboljše zdravstvene rezultate, da bi dosegli najboljšo medicinsko prakso; vključuje splošno uporabne zasnove nadzora, ocenjevanja, napredka in zagotavljanja kakovosti. Pri procesnem pristopu je na poti za kakovost v zdravstvu nujno narediti prizadevanja za kakovost vidna. Vzdrževanje izboljšav in nenehno izboljševanje je kompleksen proces (Robida, 2009). Pri vzdrževanju lahko pomaga motivacija deležnikov ter strukture za podporo vpeljanim spremembam.

2 POT ZA KAKOVOST V SLOVENSKEM ZDRAVSTVU

V Nacionalni strategiji za kakovost in varnost v zdravstvu 2010-2015 (Ministrstvo za zdravje, 2010) so bili opredeljeni cilji: (1) razvoj sistematičnega vodenja kakovosti in varnosti, (2) razvoj kulture varnosti in kakovosti, (3) vzpostavitev sistema izobraževanja in usposabljanja s področja kakovosti ter varnosti ter (4) razvoj sistemov za izboljšanje uspešnosti in učinkovitosti zdravstvene oskrbe. Kronološki pogled na pot prizadevanj za kakovost v zdravstvu (Tabela 1) jasno pokaže, da so bili zastavljeni cilji do določene taksonomske stopnje doseženi.

Tabela 1: Kronološki pogled na pot prizadevanj za kakovost v zdravstvu od 2006 do 2016

Obdobje	Pomembne aktivnosti in dokumenti	Realizacija ciljev
2006 - 2009	Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu (2006), uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice (2006), obveza o uvedbi 2 kliničnih poti in poročanju o ocenjevanju kakovosti na podlagi 6 kazalnikov kakovosti v Splošnem dogovoru (2006), Metodološka priporočila za oblikovanje in uvajanje kliničnih poti (2006), Nacionalna anketa o izkušnjah odraslih pacientov v akutni bolnišnični obravnavi in v psihiatričnih bolnišnicah (2008), Zakon o pacientovih pravicah (2008), priročnik Pot do odlične zdravstvene prakse (2009), Priročnik za oblikovanje kliničnih poti (2009), niz dogodkov po vseh regijah na temo opozorilnih nevarnih dogodkov (2009).	Aktivnosti predhodnega obdobja za cilje 1, 2, 4.
2010 - 2013	Konceptualni okvir za mednarodno klasifikacijo za varnost pacientov (2010), Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov (2010), Strategija kakovost in varnost v osnovni zdravstveni dejavnosti v Sloveniji (2010), Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010-2015), ustanovitev Sektorja za kakovost in varnost sistema zdravstvenega varstva (2011), model vzpostavitve sistema akreditacije v Sloveniji (2011), imenovanje posvetovalnega telesa ministra na področju kakovosti in varnosti (2011), mednarodna konferenca: Odličnost v zdravstvu - primerljivost kakovost, varnost pacientov, kompetenc in mednarodna akreditacija (2011), Priročnik o kazalnikih kakovosti (Aneks 2 k Splošnemu dogovoru) (2011), Prevod standardov JCI in pisni dogovori z nekaterimi akreditacijskimi hišami za prevod in objavo standardov v slovenskem jeziku (2011), Priročnik Vodenje kakovosti v slovenskih bolnišnicah (2011), dogodki, posvet, konference (2012, 2013), preimenovanja sektorja v Sektor za kakovost in organizacijo zdravstvenega varstva (2013).	1,2,3,4
2014 - 2016	2014 – Terminološki slovar izrazov v sistemu zdravstvenega varstva • 2015 – Analiza realizacije strateških ciljev Strategije KV, imenovanje projektne skupine za organizacijo sistema kakovosti in varnosti v zdravstvu (2016), imenovanje projektne skupine za prenovo kazalnikov kakovosti, vključno z metodologijo (2006), imenovanje Sveta za kakovost in varnost v zdravstvu (2016), Poročilo raziskave o sistemu zdravstvenega varstva v Sloveniji (Albreht, et. al, 2016), Imenovanje delovne skupine za pripravo predloga Zakona o kakovosti in varnosti v zdravstvu, HSPA seminar (2016).	1,2,3,4

Vir: (Ministrstvo za zdravje, 2016)

Naštete aktivnosti in dokumenti kažejo na prizadevanja na področju zagotavljanja kakovosti v zdravstvu, vendar pa ne dajo celostne slike napredka, ki se je odvijal na terenu. V Tabeli 2 je predstavljena primerjava situacije med letom 2006 in 2016.

Tabela 2: Primerjava situacije med letom 2006 in 2016

	2006	2016
Kazalniki kakovosti v bolnišnicah	6 kazalnikov	76 kazalnikov
Klinične poti	ne	da, 14 in več
Akreditacija bolnišnic	ne	22 bolnišnic
anketa o izkušnjah pacientov v bolnišnici	ne	da
pravice pacientov	ni povečane pozornosti	zakon
nadzori NAKOBO in Komisija za smotrno rabo protimikrobnih zdravil	ne	da (5 nadzorov letno)
opozorilni nevarni dogodki	4 prijave	10 prijav v 9 mesecih
komisije za kakovost in varnost v bolnišnicah	ne	da
Svet za kakovost in varnost v zdravstvu v RS	ne	da
projektna skupina za izobraževanje kakovosti in varnosti v zdravstvu	ne	da (vsebine se implementirajo v predmetnik)
e- podpora (recepti, naročanje)	ne	da
ocenjevanje kakovosti na primarni ravni zdravstvenega varstva	ne	delno z uvedbo referenčnih ambulant
ocenjevanje kakovosti zdravstvenih storitev v domovih za starejše in drugih soc. var. zavodih	ne	ne
integrirana obravnava	da (priprava predloga za uveljavljanje)	ponovno povečanje pozornosti

V Sloveniji je moč povzeti, da je razvoj na področju kakovosti v zdravstvu, gledano primerjalno med letoma 2006 in 2016, opazen in odraža postopnost uvajanja različnih inovacij. Evropska komisija (2016) predlaga, da se v prizadevanjih za najboljšo prakso pri ocenjevanju kakovosti in uspešnosti zdravstvenega varstva postavlja šest ključnih vprašanj: »Kaj?«, »Kdaj?«, »Kdo?«, »Zakaj?«, »Kako?« in »Kaj potem?«. Po tem ključu so aktivnosti povezane s kakovostjo v zdravstvu npr. tudi inovacije na področju promocije zdravja in preventive na primarnem zdravstvenem varstvu. Referenčne ambulante predstavljajo pomembno spremembo na primarni ravni zdravstvenega varstva. V Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 (2016) je zapisano, da prispevajo k celoviti obravnavi urejenih kroničnih bolnikov vključno z izobraževanjem bolnikov in zagotavljajo aktiven pristop k preventivni dejavnosti. Pomembni dejavniki v prizadevanjih za kakovost so tudi aktivnosti Komisije za obvladovanje in preprečevanje bolnišničnih okužb - NAKOBO in Nacionalne komisije za smotrno rabo protimikrobnih zdravil v Sloveniji, uvedba e-podpore, itd. Gre še za vrsto drugih zelo različnih prizadevanj na vseh ravneh zdravstvenega varstva, in prav vsako prizadevanje je pomembno.

3 NAČRTI ZA NAPREJ

Cilj prizadevanj Ministrstva za zdravje je vzpostavitev trajnostno vzdržnega sistema zagotavljanja kakovosti, ki ni statičen, temveč fleksibilen; ne v smislu prilagajanja dejanskim možnostim, temveč v smislu nenehnega izboljševanja v dobro pacientom, družinam, skupinam in celotne skupnosti. Informiranje javnosti o postopku ocenjevanja in oceni kakovosti zdravstvenih storitev mora postati obvezni del javne osebne izkaznice izvajalcev na vseh ravneh sistema zdravstvenega varstva. Ministrstvo za zdravje nadaljuje svoje poslanstvo v prizadevanjih za kakovost v zdravstvu in uspešnost sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji. Naslednji koraki so jasni:

1. organizacija in udeležba na odprtih izmenjavah izkušenj o razvoju in uporabi orodij v državah članicah Evropske unije,
2. prepoznavanje skupnih dejavnikov uspeha na primerih dobre prakse, problemov in ovir, ki so lahko »ponovljivi« v drugačnih sistemih zdravstvenega varstva,
3. pregled empiričnih dokazov s področja kakovosti in uspešnosti zdravstvenega sistema v Sloveniji ter iskanje primerljivih podatkov za primerjanje (OECD, 2015; Evropska komisija, 2016; Albreht idr., 2016, itd.),
4. zagotovitev ustrezne podpore (HSPA) za analizo orodja v podporo oblikovanju politik zagotavljanja/ ocenjevanja kakovosti in uspešnosti sistema zdravstvenega varstva,
5. določitev kriterijev za izbiro prednostnih področij kakovosti in uspešnosti v zdravstvu in razvoj usklajenega konceptualnega okvira z opredelitvijo potrebnih predpostavk/ izhodišč, načel, pristopov in domen,
6. pregled orodij in metodologij za oceno kakovosti in uspešnosti v zdravstvu (npr. za ugotavljanje, kdaj je bila kakšna storitev izvedena nepotrebno),
7. redefinirati indikatorje kakovosti in postopke za ocenjevanje kakovosti in uspešnosti na izbranih prioritarnih področjih, s katerimi bi se identificirale vse poklicne skupine v zdravstvu in pacienti kot uporabniki storitev,
8. ustvariti mednarodno primerljive podatke, ki bodo uporabni za strokovno javnost in izboljševanje družbene skrbi za zdravje, ter določiti časovno in vsebinsko smotrne oblike poročanja, ki so skladne z oblikami poročanja za HSPA in za druge aktualne baze podatkov (za Eurostat in OECD statistike), itd.

Ministrstvo za zdravje je že imenovalo delovno skupino za pripravo predloga za Zakon o kakovosti in varnosti v zdravstvu, ki bo dosedanje ukrepe za kakovost v zdravstvu in ocenjevanje kakovosti povezal v enoten celovit in transparenten model z institutom, ki bo doprinesel k uspešnosti zdravstvenega sistema v Sloveniji, predvsem k boljšemu zadovoljstvu pacientov in izvajalcev storitev.

4 ZAKLJUČEK

Ne glede na vse navedene aktivnosti pa je možno glede na obstoječe stanje posredno sklepati, da so najpomembnejši generator usklajenega delovanja vseh vrst akterjev za kakovost v zdravstvu in uspešnost sistema zdravstvenega varstva sinergično delujoči povezani posamezniki s strokovnim znanjem, komunikacijskimi veščinami in osebno motiviranostjo.

LITERATURA

- Albreht T, Pribakovič Brinovec R, Poldrugovac M, Kostnaphek TM, Zaletel M, Panteli D, Maresso A. Slovenia Health system review. *Health Systems in Transition* 2016; 18: 3. Dostopno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/312147/HiT-Slovenia_rev3.pdf?ua=1 (16. 9. 2016).
- Evropska komisija [European Union]. So What? Strategies across Europe to assess quality of care. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016. Dostopno na: http://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/docs/sowhat_en.pdf (16. 9. 2016).
- Ministrstvo za zdravje. Arhivska gradiva. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2016. Dostopno na SPISS.
- Ministrstvo za zdravje. Nacionalna strategija za kakovost in varnost v zdravstvu 2010-2015. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2010. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/nacionalna_strategija_kakov_in_varn_20102015/Nacionalna_strategija_kakovosti_in_varnosti_v_zdravstvu_2010-2015.pdf (16. 9. 2016).
- OECD. Health at a Glance. OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2015. Dostopno na: <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm> (16. 9. 2016).
- Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025. Uradni list Republike Slovenije št. 25/16. Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2016-01-0999> (16. 9. 2016).
- Robida A. Pot do odlične zdravstvene prakse. Vodnik za izboljšanje in presojo lastne zdravstvene prakse. Ljubljana: Planet GV; 2009.
- The Deming Institute PDSA. b.d.. Dostopno na: <https://www.deming.org/theman/theories/pdsacycle> (16. 9. 2016).
- Zakon o pacientovih pravicah. Uradni list Republike Slovenije št. 15/08.

ALI OCENJEVANJE SISTEMOV VODENJA PRIPELJE DO VEČJE KAKOVOSTI IN VARNOSTI?

Rade Pribaković Brinovec, dr.med.

IZVLEČEK

Aktualni izzivi slovenskega zdravstvenega sistema so v zagotavljanju stabilnih virov financiranja, izboljšanju procesov nakupovanja storitev, boljšem obvladovanju stroškov ter optimizaciji in boljši koordinaciji zdravstvene oskrbe. Na vprašanje, ali ocenjevanje sistemov vodenja pripelje do večje kakovosti in varnosti, ni enostavnega odgovora. Zunanje vrednotenje kakovosti nekega sistema samo po sebi nima učinkov, če izboljševanje kakovosti v organizacijah ni prepoznano kot vrednota in cilj.

Ob presojah, ki jih izvaja SIQ v zdravstvenih organizacijah, smo v zadnjih šestih letih ugotavljali, da so najpogostejše neskladnosti povezane z izvedbo storitev, obvladovanjem nadzorne in merilne opreme ter dokumentacije, s človeškimi viri, infrastrukturo in delovnim okoljem. Pri izvajanju zdravstvenih storitev in zagotavljanju kakovosti je težko oceniti, koliko k uspešnosti prispeva sam proces zunanjega vrednotenja kakovosti. Lahko pa domnevamo, da ima pri tem pomemben vpliv kultura kakovosti, ki predstavlja za posamezno organizacijo vrednoto in cilj.

UVOD

Slovenski zdravstveni sistem kot celota izkazuje dobre rezultate po številnih kazalnikih. Kazalniki zdravstvenega statusa so dobri ali celo med najboljšimi v primerjavi z državami Srednje in Vzhodne Evrope, nekateri, kot je umrljivost dojenčkov, celo v primerjavi z EU15. Tudi strukturni kazalniki in kazalniki učinkovitosti bolnišnic umeščajo Slovenijo v ali blizu povprečja EU15. To pa seveda ne pomeni, da tudi na tem področju ni priložnosti za izboljšanje in večjo učinkovitost sistema (1).

Aktualni izzivi slovenskega zdravstvenega sistema so v zagotavljanju stabilnih virov financiranja, izboljšanju procesov nakupovanja storitev, boljšem obvladovanju stroškov ter optimizaciji in boljši koordinaciji zdravstvene oskrbe (1).

V Sloveniji je bilo v preteklem obdobju sprejetih in uveljavljenih veliko sistemskih pobud in ukrepov na področju zagotavljanja kakovosti in varnosti, ki pa se v praksi niso udeležile. Ministrstvo za zdravje je v letu 2010 sprejelo Nacionalno strategijo kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015), na osnovi katere je bil v Priročniku o kazalnikih kakovosti (2011) sprejet tudi ustrezen sistem nacionalnih kazalnikov kakovosti. Na tej podlagi je bil vzpostavljen sistem spremljanja kazalnikov kakovosti, predvsem v bolnišnicah, vendar zbrani kazalniki pogosto niso prepoznani kot orodje za nenehno izboljševanje (2).

Vrednotenje kakovosti v zdravstvu izhaja iz splošnih zahtev po zagotavljanju dostopnosti, transparentnosti ter družbene in finančne odgovornosti. V preteklosti so se razvile različne metode zunanjskega ocenjevanja, od strokovnih nadzorov kakovosti dela strokovnjakov, preko različnih sistemov akreditacij, usmerjenih v izpolnjevanje zahtev specifičnih strokovnih standardov, do presoje sistemov kakovosti, usmerjenih v celovito upravljanje kakovosti s poudarkom na obvladovanju procesov (3). Cilj vseh teh pristopov naj bi bilo izboljševanje kakovosti, ki vključuje prizadevanja strokovnjakov, pacientov, plačnikov in upravljalcev zdravstvenega sistema, k boljšim izidom zdravljenja, učinkovitejšemu delovanju sistema in boljšemu strokovnemu razvoju (4).

Na vprašanje, ali ocenjevanje sistemov vodenja pripelje do večje kakovosti in varnosti, ni enostavnega odgovora. Zunanje vrednotenje kakovosti nekega sistema samo po sebi nima učinkov, če izboljševanje kakovosti v organizacijah ni prepoznano kot vrednota in cilj. Takrat, ko pa je nenehno izboljševanje prepoznano na tak način, pa organizacija ne potrebuje več nujno zunanjskega vrednotenja. Paradoks je v tem, da takrat, ko se v organizaciji zgodi preskok k prepoznavanju in udejanjanju vrednot in ciljev kakovosti, nastane tudi potreba po primerjavah z drugimi ustanovami, po notranjih in zunanjih vrednotenjih kakovosti, ter po javnem izkazovanju svoje odličnosti (5).

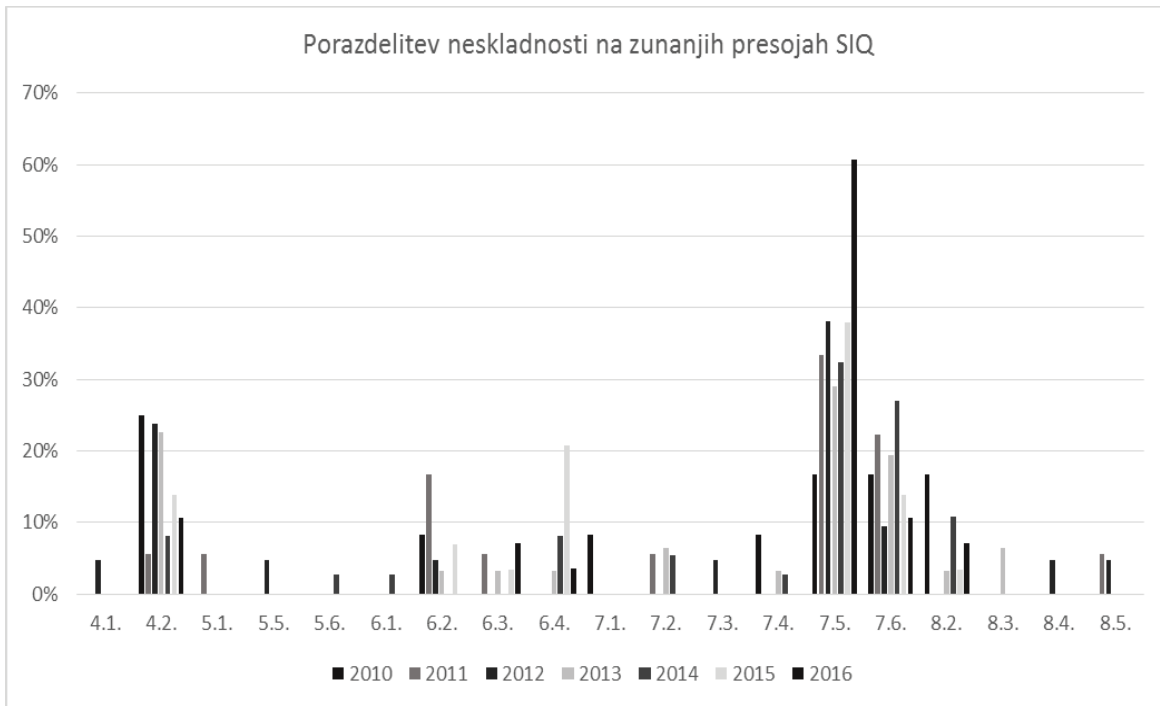
ZDRAVSTVENA OSKRBA MED 'KAJ IMAMO' IN 'KAJ BI LAHKO IMELI'

V zdravstvu se pogosto srečujemo z razkorakom med dejansko in potencialno uspešnostjo in učinkovitostjo. Raziskovalci že dlje časa ugotavljajo, da tako pri rabi storitev s strani pacientov, kot pri zagotavljanju storitev s strani izvajalcev prihaja do razlik v njihovi porazdelitvi, obsegu in vsebini storitev, ki jih ne znamo pojasniti drugače kot z neučinkovitostjo zdravstvene oskrbe (6). Porajajo se vprašanja, ali se kakovost zdravstvene oskrbe z leti sploh izboljšuje.

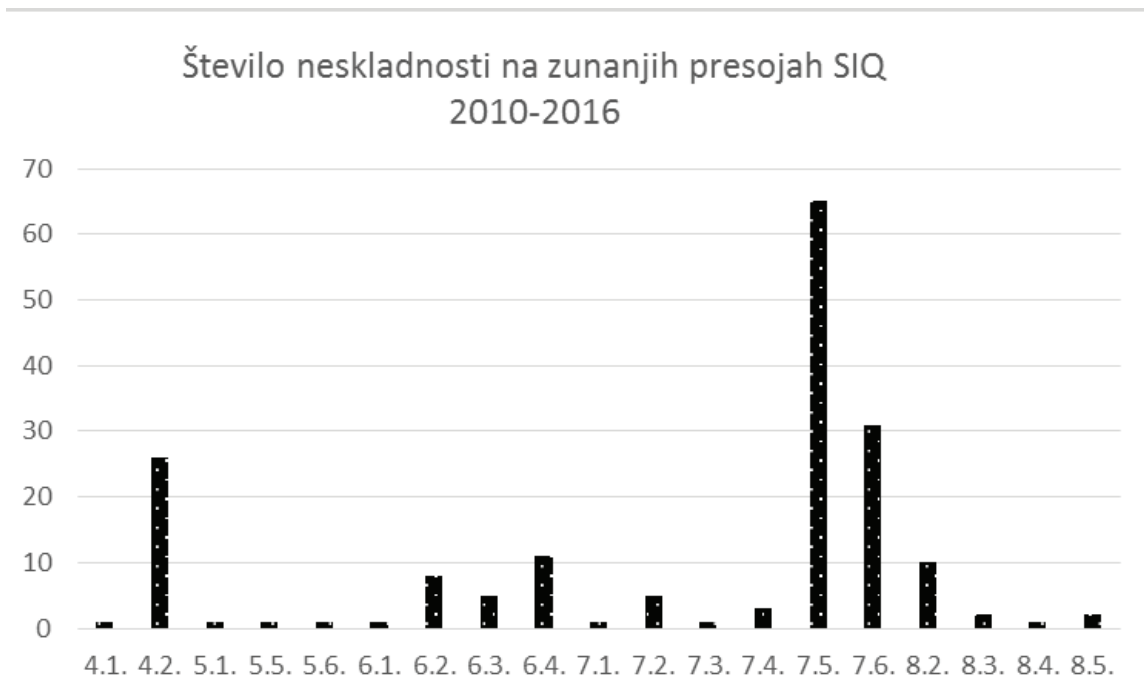
Če želimo vrednotiti kakovost, jo moramo seveda meriti. Z merjenjem, ki vključuje zbiranje in analiziranje podatkov, in z javnim poročanjem lahko pridobimo pozornost akterjev in vplivamo na izboljševanje kakovosti. Vendar bo samo merjenje brez sistemskih sprememb ostalo brez učinka na kakovost. Izboljševanje zahteva čas, ljudi in druge vire. Potrebno je vodenje s postavljanjem ciljev in prioritet ter vzpostavljanjem kulture kakovosti. Do sprememb lahko pripelje angažiranje vseh članov zdravstvenega tima, krepitev kompetenc in nenehno učenje (7).

UGOTOVITVE SIQ OB PRESOJAH

Ob presojah, ki jih izvaja SIQ v zdravstvenih organizacijah, smo v zadnjih šestih letih ugotavljali, da so najpogostejše neskladnosti povezane z izvedbo storitev, obvladovanjem nadzorne in merilne opreme ter dokumentacije, s človeškimi viri, infrastrukturo in delovnim okoljem. Najmanj pogosto so bile neskladnosti ugotovljene v povezavi z odgovornostjo vodstva, načrtovanjem realizacije storitev in razvojem (Slika



1 in 2).



Slika 1. Porazdelitev neskladnosti, ugotovljenih na zunanjih presoajah SIQ, 2010-2016, po točkah standarda ISO 9001:2008, v deležu znotraj posameznih let. Vir: SIQ

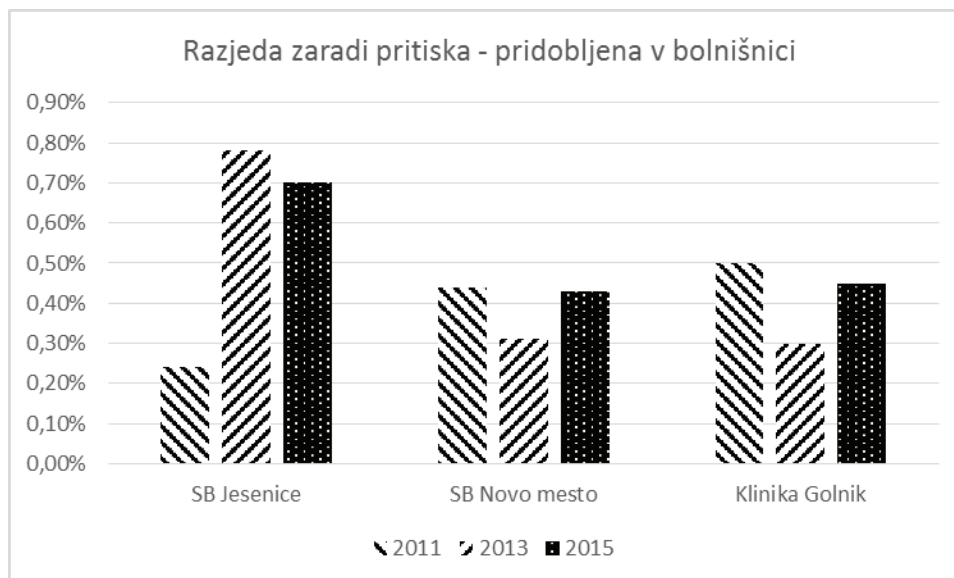
Slika 2. Skupno število neskladnosti, ugotovljenih na zunanjih presoajah SIQ, 2010-2016, po točkah standarda ISO 9001:2008. Vir: SIQ.

Pri presoji realizacije storitev ugotavljamo, da je povezanost med strateškimi cilji, cilji kakovosti in procesnimi cilji vedno boljša. Vodenje, komuniciranje in osredotočenost na odjemalce ne predstavljajo kritičnih področij kakovosti. Načrtovanje je vedno bolj sistematično, roki, odgovornosti in viri so pogosteje določeni. Pri izvedbi storitev pogosto ugotavljamo odstopanja od pravil organizacije ali od zakonodaje ter neustrezno sledljivost postopkov in dokumentacije pri obravnavi pacientov. Podobna odstopanja od pravil organizacije ali od zakonodaje ugotavljamo tudi pri merilni in nadzorni opreми.

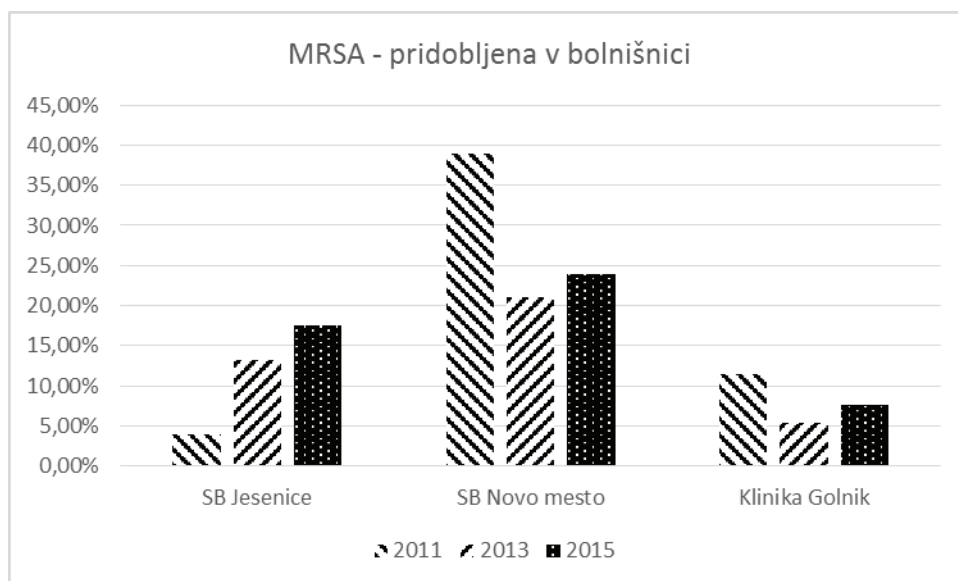
PRIMERJAVA MED IZBRANIMI BOLNIŠNICAMI

Spodbudno in zahtevno zunanje in notranje okolje prispeva k temu, da lažje govorimo o uspešnosti, kakovosti in varnosti. Uspešnost zdravstvene oskrbe ponavadi opisujemo z izidi, kot so umrljivost, pogostost izbranih zapletov itd., in s procesnimi merami, kot so upoštevanje strokovnih priporočil, smernic itd. Procesne mere pogosto uporabljamo kot kazalnik upoštevanja uveljavljenih standardov in s tem implicitno predpostavimo, da uspešni procesi vodijo k dobrim izidom, kar pa ni vedno nujno oz. se ne razume samo po sebi (8).

Za primerjavo sem izbral kazalnika Razjede zaradi pritiska in MRSA v SB Jesenice, SB Novo mesto in na Kliniki Golnik (Slika 3 in 4). Ta kazalnika izida sta bila uvedena leta 2006. Pri izbiri kazalnikov izida je pomembna pogostost, resnost in preprečljivost izidov, pa tudi verjetnost dobrega zaznavanja in poročanja pojavov, ki jih opazujemo. Razjeda zaradi pritiska in kolonizacija oz. okužba z MRSA sta relativno pogosta pojava, ki predstavljata veliko breme za paciente in za izvajalce, hkrati pa so za njuno preprečevanje na voljo ustrezne strategije.



Slika 3. Razjeda zaradi pritiska – pridobljena v bolnišnici, št. primerov na 1000 hospitaliziranih, 2011-2015. Vir: spletne strani bolnišnic.



Slika 4. MRSA – pridobljena v bolnišnici, št. primerov na 100 pacientov z MRSA, 2011-2015. Vir: spletne strani bolnišnic.

Iz podatkov je razvidna rast deleža pridobljenih razjed zaradi pritiska (razen v SB Jesenice) in kolonizacije/okužb z MRSA v zadnjih treh letih. V SB Jesenice, SB Novo mesto in na Kliniki Golnik sta razjeda zaradi pritiska in kolonizacija/okužba z MRSA prepoznani kot odklona, ki ju je potrebno zaznavati, spremljati in preprečevati oz. ustrezno zdraviti. V primeru teh dveh pojavov je težko ugotoviti, koliko k njunemu uspešnemu ali neuspešnemu reševanju prispeva sam proces zunanjega vrednotenja kakovosti. Lahko pa domnevamo, da je imela pri vzpostavitvi pristopov za njuno obvladovanje pomemben vpliv kultura kakovosti, ki je predstavljala vrednoto in cilj.

REFERENCE:

1. Ministrstvo za zdravje. Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji, Povzetek in ključne ugotovitve. Ljubljana, 2016. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/Analiza/analiza_ZS_povzetek_in_kljucne_ugotovitve_lektorirana_verzija.pdf (10.10.2016).
2. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«. Uradni list RS, 25/2016. Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2016-01-0999> (10.10.2016).
3. Shaw CD. External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. Int J for Qual Health Care 2000; 12: 169-75.
4. Batalden PB, Davidoff F. What is »quality improvement« and how can it transform healthcare? Qual Saf Health Care 2007; 16: 2-3.
5. Nabitz U, Klazinga N, Walburg J. The EFQM excellence model: european and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. Int J for Qual Health Care 2000; 12: 191-201.
6. Newhouse JP. Why is there a quality chasm? Health Affairs 2002; 4: 13-25.

7. McGlynn EA, Adams JL, Kerr EA. The quest to improve quality, Measurement is necessary but not sufficient. *JAMA Intern Med* 2016 doi:10.1001/jamainternmed.2016.6233.
8. McKibben L, Horan T, Tokars JI, Fowler G, Cardo DM, Pearson ML, et al. Guidance on public reporting of healthcare-associated infections: recommendations of the healthcare infection control practices advisory committee. *Am J Infect Control* 2005; 33: 217-26.

ODPORNA ZDRAVSTVENA OBRAVNAVA IN VARNOST PACIENTOV - ALI POTREBUJEMO DRUGAČEN NAČIN RAZMIŠLJANJA, DRUGAČEN MODEL?

izr. prof. dr. Andrej Robida

IZVLEČEK

Zdravstvena obravnava, ki jo prejme pacient večkrat ni skladna s standardi ali konsenzom strokovnjakov. Naši klinični sistemi in procesi so pogosto nezanesljivi in mnogo pacientov doživi škodo ob prejemanju zdravstvene oskrbe, čeprav jim nameravamo pomagati. Zavedati se moramo, da varnost pacientov ni samo zapis standardov, kliničnih smernic, protokolov, opomnikov itd., ampak tudi pogled na zmožnost prilagajanja osebjem kot posameznika in prilagajanja zdravstvene organizacije. Izvajanje varne, visoko kakovostne zdravstvene obravnave je prepletanje med discipliniranim, reguliranim vedenjem in potrebnim prilagajanjem in prožnostjo. Pravila in postopki niso nikoli popolna rešitev za varnost in včasih je potrebno odstopiti od standardnih postopkov pri uresničevanju varnosti. Zavedati pa se moramo, da so protokoli za rutinske naloge standardizirani in natančno specificirani, ker so te naloge bistvene za varno in visoko kakovostno zdravstveno obravnavo.

Pogled na varnost pacientov, ki ga poznamo sedaj je škodljiv, ker ničesar ne spremeni. Redke so zdravstvene organizacije, ki so se premaknile od obtoževanja posameznika k širšemu pogledu na sisteme zdravstvene obravnave. Najti se skuša vzroke za napake in jih odstraniti, da se v bodoče ne bi pripetile. Sistemski pristop je z iskanjem vzrokov za napake v določenih primerih uspešen, a tudi tukaj gre za reaktivne reakcije po škodljivem dogodku in vzrokov se velikokrat ne najde.

Drugačen pristop je možen z upoštevanjem odpornosti. Odpornost je notranja zmožnost sistema, da prilagodi svoje delovanje pred, med ali po spremembah in motnjah tako, da zadrži zahtevano delovanje celo po večji nesreči ali kadar je pod nenehnim stresom. Model odpornosti zdravstvene obravnave je nov način pristopa, ki omogoča uspeh v variabilnih pogojih, je proaktiven in se osredotoča na stvari, ki gredo pravilno, tako da je število nameravanih in sprejemljivih izidov za paciente vsak dan čim višje.

KLJUČNE BESEDE: varnost pacientov, odporna zdravstvena obravnava

1 UVOD

Pred dvema desetletjema o varnosti pacientov nismo govorili. Škodljivi dogodki zaradi napak so ostali znotraj zdravstvenih ustanov, pacientom se je povedalo, da je šlo za komplikacijo njihove bolezni ali zdravljenja in napake so se skrivale. Delni razlogi so bili

v povečevanju perfektnosti zdravnikov in v molčanju o teh problemih v procesu učenja študentov medicine, mladih zdravnikov, medicinskih sester in drugih zdravstvenih strokovnjakov (Robida, 2010). Tam, kjer je bilo očitno, da je prišlo do napake so se sprožili odškodninski in kriminalistični postopki, ki so bili redki in niso skoraj nikoli prišli v javnost, ker medijev niso dosegli. Nekoliko kasneje so se nesrečni dogodki začeli analizirati, a na žalost na napačen način. Bodisi notranji in večkrat tudi zunanji nadzori niso pokazali nič napačnega, bodisi se je obtožilo posameznega zdravnika ali drugega zdravstvenega strokovnjaka (Korošec, 2009). Analize škodljivih dogodkov so bile osredotočene na posameznika izhajajoč iz dikcije kazenskega zakonika, ki človeško napako oziroma njene posledice enači s kriminalnim dejanjem (Kazenski zakonik, 2008). Nikdar pa se tisti, ki so dogodek analizirali, predvsem medicinski izvedenci na sodišču in sodniki niso vprašali, zakaj je nekdo ravnal tako kot je in niso poiskali vzrokov za napako ampak obtožili tistega, ki je bil zadnji v verigi napak ali pa je bil potisnjen v sistem dela, ki je bil tak, da bi kdorkoli lahko v takem sistemu ali v takem procesu naredil človeško napako (Robida, 2013). To se večinoma dogaja še danes in redke so tiste zdravstvene ustanove, ki se lotijo varnosti na podlagi znanosti o varnosti, ki zahteva tudi pravično analizo napak s pogledom na sistemske dejavnike in ne samo na obtoževanje posameznika (Robida, 2004).

Kadar mediji izvedo za škodljivi dogodek, je kar takoj kriv posamezni zdravstveni strokovnjak, čeprav se v zadnjem času nekoliko več govori o sistemskih problemih. Velikokrat se pri nas očita, da se žele zdravniki in drugi strokovnjaki, ko se zgodi napaka s škodo za pacienta skriti za sistem. Namreč na varnost se pri nas spozna vsakdo in večina ljudi reagira na podlagi neznanja o znanosti o varnosti z lažnim občutkom, da napak ne bo, če bo kaznovan posameznik, ki je bil vpleten v sistem, kjer je prišlo do napake. Ljudje se niti ne zavedajo, da je namen znanosti o varnosti preprečevanje škode zaradi napak (Vincent idr., 2000). Večina napak ima svoje korenine v sistemih in procesih, kjer leži množstvo latentnih pomanjkljivosti ali napak, ki čakajo da se zgodijo in je osebje, ki dela v takih sistemih in s takimi procesi vanje potisnjeno in se nikoli ne ve, kdaj bo to osebje storilo aktivno napako. Primer latentne napake je že besedilo v kazenskem zakoniku. Zakaj? Izidi kriminalističnega preganjanja za posledice človeške napake so vsem poznani, molčanje in skrivanje napak, pripisovanje napak komplikacijam in defenzivna medicina. Zato se varnost pacientov ne izboljšuje. Če kriminalističnega preganjanja ne bi bilo, če ne bi bilo te latentne napake, je upati, da se bo sčasoma odprto govorilo o napakah in poiskalo rešitve za izboljšanje varnosti pacientov (Reason, 1997).

Največji napredek na področju zavedanja o epidemiološki razsežnosti varnosti pacientov je prišel z objavo raziskav o naravi in pogostnosti napak (de Vries idr., 2008; Haynes idr., 2009).

Kljub nesistemskemu in nesistematičnemu urejanju tega občutljivega področja je le prišlo do napredka na nekaterih področjih kot je izvajanje varnostnih vizit in pogovorov o varnosti, ponekod tudi do poskusov sodobne analize napak s ciljem učenja iz napak in njihovega preprečevanja. Nekaj so pri nas k temu pripomogla tudi strokovna srečanja,

zlasti na področju zdravstvene nege, ki ga veliko fakultet in visokih zdravstvenih šol ter društev medicinskih sester redno organizirajo. To so samo drobcji, sicer potrebni, a raziskave so pokazale veliko ranljivost zdravstvenih obravnav zaradi pomanjkljivosti in neurejenosti procesov, slabe komunikacije tako s pacientom in svojci kot med zdravstvenimi strokovnjaki, nedorečenega ali slabega timskega dela, motenj pri delu in podobno. Veliko različnih vrst ukrepov je pokazalo, da se škodljivi dogodki zaradi napak lahko zmanjšajo z zvečanjem zanesljivosti sistemov in procesov. Taki procesi so denimo e-recept, elektronska naročila za preiskave, standardizacija in poenostavitev procesov kot so standardizirana komunikacija, standardizirana predaja pacienta. Malo pa je primerov, ki bi na veliko vplivali na izboljševanje varnosti pacientov. Dva primera izstopata: zmanjševanje okužb krvi povezanih s centralnimi katetri in opomnik SZO za varno kirurgijo (Pronovost idr., 2006; Haynes idr., 2009).

Na mnogih področjih v Sloveniji ponavljamo systemske napake, ki so jih pred desetletji že delali drugi. Nič ni drugače z varnostjo pacientov. Sedaj smo približno v prvi polovici 20. stoletja, kjer človeško napako enačimo s človeško krivdo. Ukrepi za izboljšanje varnosti pacientov ciljajo na posameznika in »rešitve«, ki jih uvajamo pomenijo kontrolo človeškega delovanja. Do ravnanj z varnostjo nismo prišli niti do druge polovice 20. stoletja, ko so začeli kontrolirati tehnologijo. Počasi prehajamo v razvoj birokratskega pristopa štetja negativnosti kot so odkloni/ napake in kršitve (v kolikor jih zaradi kulture strahu ne uspemo skriti ali pripisati komplikacijam). To pomeni, da se je v drugi polovici 20. stoletja v nekaterih razvitih državah varnost pacientov preselila iz etične odgovornosti posameznika v birokratsko odgovornost ljudi, ki ne delajo v prvi liniji s pacienti. Tako v zdravstvu še vedno uporabljamo preživle modele kontrole in striktno standardizacije (Berwick, 2003). V Sloveniji pri varnosti pacientov še vedno prelagamo odgovornost v mikrosistem, na zdravnike, medicinske sestre in drugo zdravstveno osebje in poudarjamo birokratski pristop (Robida, 2016).

Pri nas štejemo za napako samo nenameravana dejanja, ki pripeljejo do škode za pacienta. Napake, ki dosežejo pacienta in so brez škode ali skorajšnje napake pa povsem zanemarjamo. Tako razumevanje napak izvira iz medicinsko-pravnega koncepta škode. Še vedno ne razlikujemo škode, ki je nastala zaradi človeške napake in škode, ki je nastala zaradi lahkomišelnega ravnanja, kjer nekdo sicer ne namerava napraviti škode, a se zaveda da je tveganje za škodo veliko, če nekaj naredi ali opusti in pri tem išče korist predvsem zase in ne za pacienta. Sem spadajo tudi nekatere, a ne vse kršitve, pravil stroke in delovnih procesov (Robida, 2013).

Koncept škode zaradi napak kot ga razumemo pri nas je preozek. Zakasnela diagnoza ali škodljivo dolga čakalna doba spada prav tako med napake kot npr., nepravilna napeljava medicinskih plinov, operacija napačnega pacienta, prevelik odmerek zdravila... (Graber, 2013; Singh, Mayer in Thomas, 2014). Velikokrat pa zakasnelo diagnozo ali pa slabo dostopnost do zdravljenja na sekundarni ravni smatramo le kot slabo kakovost ali odklon od standardov.

Pesimističen pogled na varnosti zdravstvene obravnave pravi, da zdravstvo ne bo nikoli doseglo varnosti v letalstvu in da je treba to sprejeti kot dejstvo in da moramo

nepopolnosti obvladovati najboljše kot zmoremo. Napake v zdravstvu se bodo brez dvoma dogajale, pacienti bodo včasih doživeli škodo za zdravje zaradi napak in najboljše, kar lahko storimo je, da na škodljivi dogodek hitro ukrepamo in skušamo škodo omiliti na najmanjšo možno mero. Lahko se strinjamo, da so delovni pogoji in stopnje zanesljivosti pogosto po nepotrebnem slabi in da so zelo potrebne strategije za obvladovanje teh tveganj za paciente. Vendar pa so tu temeljni razlogi za razširitev našega pogleda na varnostne strategije, ki presegajo samo izboljševanje zanesljivosti. Zavedati se moramo, da različni izzivi in različne vrste dela v zdravstvu zahtevajo različne strategije. Ena velikost varnosti ne ustreza vsem (Robida, 2016).

2 VARNOST V ČLOVEŠKIH DEJAVNOSTIH NA SPLOŠNO

Nekatere dejavnosti so skrajno prilagodljive, kjer gre za zavestno sprejemanje tveganj. Druge so visoko zanesljive, kjer je potrebno obvladovanje tveganj in tretje so skrajno varne, kjer se tveganjem izogiba. Vsak od teh izrazov, zlasti prva dva, je povezan s številnimi teorijami in koncepti. Skrajna-prilagodljivost preprosto pomeni, da ta pristop v veliki meri sloni na sodbi, prilagodljivosti in odpornosti posameznika. V skrajno-prilagodljivem modelu imata individualna avtonomija in strokovno znanje prednost pred hierarhično organizacijo skupine. Visoka zanesljivost dejansko odraža koncept visoko zanesljivih organizacij, a tukaj kaže predvsem na prožen in obenem pripravljen odziv timov pri obvladovanju tveganj. Ta pristop se prav tako v veliki meri naslanja na osebne spretnosti in odpornost, vendar na bolj pripravljen in organiziran način. Individualna pobuda ne sme prevladati na račun varnosti in uspeha tima (Weick in Sutcliffe, 2007). Skrajna-varnost se nanaša na absolutno prioriteto, ki jo ima varnost v teh okoljih in načine za doseganje take varnosti. S tem pristopom se korenito obrnemo proč od zanašanja samo na človeške veščine in iznajdljivosti in se osredotočimo na standardizacijo, avtomatizacijo in izogibanje tveganju, kjer je to mogoče. Profesionalnost v teh okoljih še vedno zahteva zelo visoko stopnjo veščin, ampak veščine predstavlja predvsem izvedba znanih in izvežbanih rutin, ki zajema tako rutinske delo kot urgentne situacije. Idealno bi bilo, da se ne bi bilo treba sklicevati na izjemno strokovno znanje in izkušnje. Namesto zanašanja na izjemno strokovno znanje, izčrpna priprava in trening omogoča vsem v timu, da izpolnjujejo zahtevane standarde uspešnosti in da so usposobljeni do te mere, da so zamenljivi v okviru svojih kompetenc. Trening izvajalcev v prvi liniji, v mikrosistemu, se osredotoča na spoštovanje njihovih različnih vlog, na način kako delajo v timu in kako naj se pripravljene na urgentne situacije odzovejo. Tako je minimalizirana potreba po improviziranih ad hoc postopkih.

Vsak od treh širših pristopov k obvladovanju tveganj poda avtentičen način organiziranja varnosti s svojim značilnim pristopom in svojimi možnostmi za izboljševanje (Grote, 2012).

V praksi razlikovanje morda ni tako jasno, vendar delitev na tri modele služi za ponazoritev glavne razsežnosti in dejavnikov, ki so v igri.

3 KATERI PRISTOPI K VARNOSTI BI BILI PRIMERNI ZA ZDRAVSTVENO DEJAVNOST?

Zdravstvena dejavnost je zelo kompleksna, saj ne gre samo za eno dejavnost, ampak lahko govorimo o množstvu različnih dejavnosti in procesov. V bolnišnici so področja z visoko standardizirano oskrbo, ki zelo natančno ustrezajo skrajno varnemu modelu. Sem spadajo lekarna, radioterapijo, nuklearna medicina in večina procesov transfuzije krvi. Vse te dejavnosti so zelo standardizirani in so močno odvisni od avtomatizacije in informacijske tehnologije. Predstavljajo otoke zanesljivosti znotraj veliko bolj kaotičnega širšega bolnišničnega okolja. V nasprotju s tem veliko oddelkov, kjer se zdravijo pacienti ustreza vmesnemu modelu timske zdravstvene oskrbe, kjer standardi in protokoli omogočajo pomemben nadzor nad nevarnostmi kot so denimo okužbe, a kjer sta strokovna presoja in prožnost bistvenega pomena za izvajanje varne in visoko kakovostne zdravstvene oskrbe (Vincent, Benn in Hanna, 2010).

Druge dejavnosti bolnišnice, kot so urgentna kirurgija, se nenehno ukvarjajo z zapletenimi primeri in delajo v zelo težkih pogojih. Delo se deloma lahko načrtuje, vendar so potrebne precejšnje prilagoditve iz ure v uro zaradi različnih pacientov, zapletenosti njihovih bolezni in nepredvidenih motenj. Na vseh področjih zdravstvene dejavnosti, ne glede na to, kako se morajo prilagajati, se naslanjamo na trdno podlago ključnih postopkov. Prilagodljivost je relativen pojem in ni povabilo, da opustimo vse smernice in delamo po svoje. Poleg tega bi bilo lahko veliko aktivnosti v zdravstvu bolj standardizirano kot jih je v resnici. V mnogih bolnišnicah elektivno in urgentno kirurgijo izvajajo isti timi na isti dan, kar zagotavlja stalno motnjo v rutinskih postopkih in nezadostno osredotočenje na urgentne paciente, tako, da se ves sistem premakne na prilagodljiv način dela. Podobno velja v primarnem zdravstvu, kjer zdravniki opravljajo redno ambulantno delo in so poleg tega zadolženi še za urgentne primere na terenu. Vse te poklicne dejavnosti se morajo prilagoditi na spreminjajoče se situacije. V nenavadnih okoliščinah se mora kateri koli tim, ne glede na to, kako je standardizirano okolje, prilagoditi in primerno situaciji odzvati. Zelo prilagodljivi timi še vedno potrebujejo trdno jedro postopkov, ki se dosledno upoštevajo. Zdravstveni tim lahko v enem samem dopoldnevu dela na skrajno varen način, na primer, ko je klinična pot v celoti primerna za pacienta. Tako lahko tim deluje v načinu visoke zanesljivosti, za kratek čas pa v skrajno prilagodljivem načinu, ko to zahtevajo okoliščine. Dolgoročnejši pristopi zahtevajo kar precejšnjo prilagodljivost ne samo znotraj tima, ampak širše, v zdravstveni organizaciji in morda tudi v regulativnem okolju (Amalberti idr., 2005).

4 PREHOD NA NOV PRISTOP

Prehod na nov pristop k varnosti je mogoč, vendar se pogosto dogodi šele po dogodku, ki vpliva na celotno dejavnost. Primer je otroška srčna kirurgija v Sloveniji (Gregorič idr., 2015). V tem primeru in mnogih drugih prehod ni bil pristop same bolnišnice za spremembe, ampak je bil naložen od regulatornih organov. Ko se to zgodi, je potrebno dolgotrajno obdobje prilagajanja, v katerem se sistem seli postopoma k novemu pristopu,

izgubi prejšnji model in pridobi prednosti novega modela, predvsem v smislu varnosti. Prehod na nov pristop k varnosti ne more potekati brez sprememb delovnih pogojev, ki jih naloži zunanje okolje, izven same dejavnosti. Spremembo modela mora sprejeti tudi osebje v prvi liniji, v mikrosistemu in mora biti v skladu z vrednotami in kulturo tako timov kot širše organizacije. Če ne moremo ali nočemo spremeniti teh pogojev, bo izboljšanje varnosti skromno in omejeno na lokalne izboljšave. Če ostanemo »v sedanjem modelu«, potem se lahko varnost izboljša le nekoliko.

Drugačen pristop je možen z upoštevanjem odpornosti. Odpornost zdravstvene dejavnosti je notranja zmožnost sistema, da prilagodi svoje delovanje pred, med ali po spremembah in motnjah tako, da zadrži zahtevano delovanje v pričakovanih in nepričakovanih pogojih. Gre za prilagoditev nestabilnim okoliščinam (Hollnagel, Woods in Leveson, 2006). Model odpornosti zdravstvene obravnave je nov način pristopa, ki omogoča uspeh v variabilnih pogojih, je proaktiven in se osredotoča na stvari, ki gredo pravilno, tako da je število nameranih in sprejemljivih izidov za paciente vsak dan čim višje. Oboje, uspehi in napake imajo korenine v variabilnosti uspešnosti posameznika, tima in sistema. Doslej in sedaj se osredotočamo predvsem ali samo na stvari, ki gredo narobe. Gre za reaktivni pristop, ki predvideva, da se bo varnost izboljšala, ko bomo našli napake in nato izločili sistemske vzroke zanje ali vzroke vsaj omilili. Mimogrede, to še zdaleč ni praksa v slovenskem zdravstvenem sistemu, čeprav sloni na zastarelem modelu. V zdravstvu je razmerje med stvarmi, ki gredo prav in stvarmi ki gredo narobe 1:10 (Carhey, deLeval in Reason, 2001).

Nov pristop bi omogočal uspehe v različnih, ne samo idealnih ali normalnih pogojih, kar pomeni, da bi bilo število vsakodnevnih nameranih in sprejemljivih izidov čim višje. Vzroki za stvari, ki gredo narobe so bolj ali manj enaki vzrokom za stvari ki gredo prav. To pomeni, da se mora spremeniti celo definicija varnosti od »izogibanje vsemu kar gre narobe« v »zagotavljanje, da gre vse prav«.

Ljudje smo zmožni prilagoditve pogojem v katerih delamo. Rezultat tega je variabilnost v uspešnosti, ne v negativnem, kjer se na variabilnost gleda kot na odklone od norm ali standardov, ampak v pozitivnem smislu, kjer variabilnost predstavlja prilagoditev, ki je osnova za varnost in tudi produktivnost.

Praktično to pomeni, da ne analiziramo samo stvari ki gredo narobe, kar pomeni retrospektivno pogled na varnost, pač pa tudi stvari, ki gredo prav in zavzamemo predvsem proaktivni pristop k varnosti. Potrebna sta oba modela za varnost pacientov: retrospektivni, kjer napake analiziramo z namenom učenja za preprečevanje napak v prihodnje in prospektivni z upoštevanjem odpornosti, kjer dogodke vnaprej pričakujemo in reagiramo preden se zgodijo (Weick, 2011; Robida, 2013).

Ljudje, ki delajo v mikrosistemu, v prvi liniji, večinoma opravljajo rutinske stvari in imajo redko dovolj časa, da bi mislili proaktivno. Odpornost zdravstvene obravnave pa zahteva, da pomislijo, kaj bi se lahko zgodilo, da se vnaprej pripravijo na primerno ravnanje, ko se situacija lahko nenadoma spremeni.

5 ZAKLJUČEK

Nekaj praktičnih predlogov kako začeti s proaktivnim pristopom:

- Ugotovimo, kaj poteka prav in tudi kaj gre narobe.
- Ko gre kaj narobe, pogledjmo na dnevne splošne variabilnosti in ne samo na specifične vzroke.
- Preglejmo kaj se redno dogaja in se osredotočimo na pogostnost dogodkov in ne toliko na resnost dogodkov.
- Dovolimo si nekaj časa, da razmislimo, kako stvari potekajo in kako bi lahko tekle.
- Bodimo pozorni na možnosti, da gredo stvari lahko narobe.

Zdravstvo je socio-tehnični sistem, ki postaja vedno bolj kompleksen in je retroaktivni pristop, obravnavanje napak, ko so se že zgodile, nezadosten. Zaradi tega naj ne bi bilo težko prevzeti proaktivnega razmišljanja, a kaj ko v očeh regulatorjev in pravosodja še vedno prevladuje pogled na človeške napake s kaznovanjem posameznika. Verjetno tudi tam nimajo časa malo razmisliti, da njihov način ni izboljšal varnosti pacientov, celo zelo jo je poslabšal.

LITERATURA

- Amalberti R, Auroy Y, Berwick D, Barach P. Five system barriers to achieving ultra-safe health care. *Ann Intern Med* 2005; 142: 756–64.
- Berwick DM. Improvement, trust and healthcare workforce. *Qual Saf Health Care* 2003; 11: 448-52.
- de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care* 2008; 17: 216–23.
- Graber ML. The incidence of diagnostic error in medicine. *BMJ Qual Saf* 2013; 22(Suppl 2): ii21–ii27.
- Gregorič I, Derganc M, Ebelst T, Hazekamp M, Robida A. The department of pediatric cardiac surgery a University clinical center Ljubljana, Republic of Slovenia: audit report for 2007-2014. Ljubljana: Medical Chamber of Slovenia, 2015.
- Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, Dellinger EP, Gawande AA. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 2009; 360: 491–9.
- Hollnagel E, Woods DD, Leveson N. Resilience engineering: concepts and precepts. Aldershot: Ashgate; 2006.
- Kazenski zakonik. Uradni list Republike Slovenije št. 55/2008.
- Korošec D. Kazniva napak v zdravstvu- Kazenska odgovornost. In: Etika v belem - 7. Posvet- Napaka v zdravstvu in njena obravnava; 2009 Okt 23-24; Bled, Slovenija. Bled: Agencija za management; 2009.
- Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, Goeschel C. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med*. 2006; 355: 2725–32.
- Reason JT. Managing the risks of organizational accidents. Aldershot: Ashgate; 1997.
- Robida A. Opozorilni nevarni dogodki: kakovost v zdravstvu. *Zdrav Vestn*. 2004; 73: 681-7.
- Robida, A. Pot do odlične zdravstvene prakse. Ljubljana: Planet GV; 2009.

- Robida A. Varnost pacientov, napake, sindrom ranljivega sistema in pravična kultura. In: Berkopec M (ed). Vrednote v zdravstveni neg - 2. Dnevi Marije Tomšič; 2010 Jan 21-2; Novo mesto, Slovenija. Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Visoka šola za zdravstvo; 2010.
- Robida A. Napake pri zdravstveni obravnavi pacientov: Sistematična analiza globljih vzrokov napak. Bled: Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave; 2013.
- Robida, A. Ena velikost ustreza vsem. ISIS. 2016; Avgust-September: 22-3. Dostopno na <http://www.prosunt.si/ena-velikost-ustreza-vsem/> (30. 8. 2016).
- Singh H, Meyer A, Thomas E. The frequency of diagnostic errors in outpatient care: estimations from three large observational studies involving US adult populations. *BMJ Qual Saf.* 2014.
- Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ, Hewet D, Prior S in Strange P. How to investigate and analysis clinical incidents: Clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. *BMJ* 2000; 320: 777-81.
- Vincent C, Benn J, Hanna GB. High reliability in health care. *BMJ* 2010; 340:c84.
- Weick KE. Organising for transient reliability. The production of dynamic non-events. *JCCM* 2011; 38: 357-81.

RAZVOJ ZAPOSLENIH IN RAZVOJ CELOVITE KAKOVOSTI KOT SISTEMSKI DIMENZIJI UČINKOVITE ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE

izr. prof. dr. Brigita Skela Savič

IZVLEČEK

Ena od dimenzij učinkovitosti zdravstvenega sistema je doseganje celovite kakovosti, ki se kaže na ravni znanj, veščin in sposobnosti zaposlenih za delo na nenehnem spremljanju in izboljševanju lastnega dela, vzpostavljenih vrednot in stališč ter odgovornosti do kakovosti dela ter usposobljenosti managementa za zagotavljanje resursov in spodbud na področju kakovosti v zdravstvu. Med poklicno sodelovanje je pomemben element doseganja kakovosti in varnosti v zdravstvu. Pri pripravi zdravstvenih delavcev za delo v zdravstvenem sistemu je potrebno upoštevati, da je potrebno v izobraževanje in strokovno delo vnesti elemente, ki so omenjeni kot ključni za nadaljnji razvoj zdravstvenega sistema, to so med drugimi prizadevanje za na dokazih delujoče delo, zagotavljanje interdisciplinarnega usposabljanja in delovanja, podpora uvajanju sprememb, prevzemanje odgovornosti, kakovost dela in varnost.

KLJUČNE BESEDE: znanje, izobraževanje, akreditacija, standardi, nacionalna agencija, kakovost

1 UVOD

Učinkovitost je pomembna na vseh področjih dela v zdravstvu in vseh funkcijah delovanja sistema. Le tako se ultimativno lahko dosežejo cilji izboljšav v zdravstvu, dostopnost in odzivnost ter poštenost pri financiranju. Merjenje učinkovitosti je zlasti pomembno, ko je na voljo malo sredstev za zdravstvo, saj le to omogoča, da zdravstveni sistem proizvede boljše storitve ob sredstvih, ki so na voljo (Hsu, 2010).

Gledano sistemsko, so dejavniki učinkovitosti zdravstvene obravnave zelo različni. Neučinkovita zdravstvena obravnava se kaže kot prekomerna bolnišnična obravnava, dolge ležalne dobe, dolge čakalne vrste, povečano število zapletov v obravnavi, pomanjkljiva aplikacija standardov kliničnega dela in kliničnih poti, neustrezen nadzor dela, neučinkovito ravnovesje med nivoji zdravstvene obravnave, prekomerno predpisovanje zdravil, prevelika in neučinkovita raba zdravil in zdravstvenih produktov ter storitev, prevelike zaloge, neustrezna struktura kadrov, neustrezno število in velikost bolnišnic, slaba izkoriščenost infrastrukture, slaba preglednost delovanja, nepravilno osredotočanje resursov, slaba razmejitev med programi za promocijo zdravja, preventivo in zdravljenjem, raba nizkocenovnih in visoko cenovnih resursov ni podprta z dokazi, ranljivost za korupcijo idr. (Hsu, 2010; Glassman, 2013). Avtorji navajajo tudi klinične indikatorje učinkovitosti, kot so število obiskov oddelka nujne medicinske pomoči,

ki bi lahko bili obravnavani na oddelkih nižje zahtevnosti, povprečna ležalna doba glede na zahtevnost zdravstvene obravnave, stroški na oddelek/enoto z vključenim spremljanjem kakovosti dela, skupni stroški obravnave primera z vključenimi stroški morebitnih zapletov pri obravnavi, podvojeni diagnostični testi, delež stroškov za administracijo, delovne ure na delovno epizodo obravnave z vključeno različnostjo problemov obravnavanih primerov, delež porabljenih ur zdravstvenih delavcev na posamezni primer, povprečni stroški zdravljenja bolezni z vključeno različnostjo poteka bolezni, idr. (Cylus in Smith, 2012; Smith, 2012).

Glede na znano demografsko sliko, se dejavniki učinkovitosti usmerjajo tudi na nove potrebe populacije in mehanizme, kako obvladovati kronične bolezni, kako dostopati do ranljivih skupin v populaciji, kako reorganizirati zdravstveni sistem in na drugi strani kako krepiti zdravje družbe. Poleg že zgoraj omenjenih, so pogosto navedeni še naslednji dejavniki učinkovitosti: izboljšanje sistema prenosa informacij, uveljavljanje nacionalnih agencij za kakovost v zdravstveni obravnavi, uporaba na pacienta usmerjenih izidov obravnave, uporaba metod za spodbujanje državljanov za učinkovito rabo zdravstvenega sistema, razviti mehanizme odgovornosti, ki bodo podprti z zunanjim pregledom delovanja zdravstvenega zavoda (Cylus in Smith, 2012).

Če povzamemo, se kot ključni pokažejo dejavniki učinkovitosti zdravstvene obravnave na treh področjih (Hsu, 2010; Glassman, 2013):

- Potrebe po zdravstvenih storitvah – stopnja prihodkov in zmožnost javnega sektorja na ravni države, kar se kaže v stopnji uporabe in razširjenosti zdravstvenih storitev, standardih zdravstvene obravnave in podvajanj v sistemu. Tako je nabava materialov in storitev povezana s stopnjo razvoja ekonomije, managementom človeških virov, strukturo zdravstvenih zavodov kot institucij in močjo kapacitet v javnem sektorju.
- Pomanjkanje resursov in zmožnosti odločanja – oba dejavnika sta slaba motivatorja za učinkovitost in onemogočata uresničevanje sposobnosti managementa zdravstvene ustanove na področju upravljanja inputov in outputov. Slaba infrastruktura zdravstvenega sistema in posameznega zavoda in neučinkovit razvoj človeškega kapitala vodi v izgubo samozaupanja in zmožnosti managementa in zdravstvenega sistema. Poenoten nadzor znižuje priložnosti za povečanje učinkovitosti in propagira neučinkovitost.
- Mehanizmi plačevanja storitev – na strani izvajalcev je učinkovitost večja, če je financiranje prospektivno in manjša, če je retrospektivno. Na personalni ravni je potrebno prepoznati iniciative, ki so povezane z učinkovitostjo izvajanja storitev.

Vsaka država lahko izboljša učinkovitost zdravstvene obravnave ter tako povečuje obseg univerzalne košarice ali storitev, ki jih ponuja. V prispevku se osredotočamo na dve dimenziji učinkovitosti to sta vloga in razvoj zaposlenih in razvoj celovite kakovosti kot sistemski dimenziji učinkovite zdravstvene obravnave.

2 VLOGA IN RAZVOJ ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVU IN DELOVNA UČINKOVITOST

Zdravstveni delavci so ključni del zdravstvenega sistema in predstavljajo polovico vseh stroškov v zdravstvu (Hernandez idr., 2006). Pomanjkanje zdravstvenih delavcev je pogosto največja ovira za učinkovitost zdravstvenega sistema, kar je posledica neustreznega kadrovanja in usposabljanja, slabega mentorstva, fluktuacije in izgorelosti. Vse navedeno se odraža v znižani produktivnosti in kakovosti izvedenih storitev. Predvidevanja na osnovi omejenih dokazov so, da neučinkovitost predstavlja do 25% vseh stroškov za zdravstvo, kjer stroški zaposlenih predstavljajo med 45-65% vseh stroškov (Hsu, 2010). Kako nadomestiti to izgubo, kako izboljšati produktivnost zdravstvenih delavcev? Odgovor na to vprašanje je predvsem ustrezno nagrajevanje in boljše upravljanje sposobnosti zaposlenih za opravljanje delovnih nalog.

Zagotovo je eden od pomembnih izzivov slovenskega zdravstvenega sistema na področju razvoja zaposlenih in doseganja njihove delovne učinkovitosti, določiti kadrovske in delovne standarde ter časovne normative na osnovi primerljivosti z mednarodnimi standardi in normativi ter strokovnimi spoznanji, organizacijskimi procesi in tehnologijami v RS. Na osnovi tega bo mogoče načrtovati zaposlovanje in izobraževanje vseh zdravstvenih delavcev in narediti potrebne projekcije za prihodnost. Slovenija se v številnih kazalnikih na področju zdravstva primerja z državami EU in OECD, predvsem za kazalnike izidov zdravstvene obravnave radi povemo, da jih dosegamo in to z manjšimi sredstvi BDP kot druge države. Ključno za sledenje potrebam populacije in smernicam na področju razvoja novih zdravstvenih in družbenih pristopov v prihodnosti glede na demografske trende je, da dosegamo tudi standarde na področju števila zdravstvenih delavcev na 1000 prebivalcev. Pri številu ključnih zdravstvenih delavcev (zdravniki, diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki, diplomirane babice/babičarji, idr.) na 1000 prebivalcev je potrebno doseči povprečje držav EU in OECD.

Ob dejstvu, da smo člani EU, je potrebno poleg števila različnih zdravstvenih delavcev na 1000 prebivalcev (zdravniki, diplomirane medicinske sestre, diplomirane babice, ginekologi, porodničarji, pediatri, družinski zdravniki, idr.), upoštevati še to, da je za najštevilčnejši skupini le teh, to so zdravniki in medicinske sestre, potrebno pri izobraževanju upoštevati EU Direktivo 2013 (Directive, 2013) in njene predhodnice. Izobraževanje za zdravnike je v RS urejeno v skladu z omenjeno direktivo, medtem, ko je za zdravstveno nego izobraževanje še vedno na dveh nivojih (srednje šole in visoke šole/fakultete). Srednješolsko izobražen kader je v zdravstvenem sistemu v večini, kar Slovenijo uvršča v skupino držav, ki ima najmanj po EU Direktivi izobraženih medicinskih sester na 1000 prebivalcev. Na to neskladje opozarja tudi najnovejša deklaracija Mednarodnega sveta medicinskih sester (Declaration, 2015), ki je bila sprejeta meseca oktobra v Opatiji, Hrvaška. To za zdravstveno politiko in zdravstveni management pomeni, da je v kliničnih okoljih potrebno postopno povečevati število diplomiranih medicinskih sester, ki so izobražene v skladu z EU Direktivo ter najti ustrezne rešitve za zmanjšanje obstoječega izobraževanja na stopnji srednješolskega izobraževanja v zdravstveni negi, že zaposlenemu srednješolsko izobraženemu kadru

v zdravstveni negi pa omogočiti izobraževanje na visokošolski ravni. Zakaj je potrebno pristopiti k spremembi kadrovske strukture v zdravstveni negi? Zadnje odmevne raziskave, ki pokažejo, da morajo nacionalne strategije razvoja kadrov v zdravstvu v državi vključevati pomen in vlogo vseh poklicnih skupin in ne samo zdravnikov, so raziskave opravljene v okviru konzorcija raziskav z imenom »RN4CAST« (Nurse Forecasting, 2011; Sermeus idr., 2011; Aiken idr., 2014), ki ga je ustanovila Evropska komisija z namenom napovedati potrebe po medicinskih sestrah v družbi, ne samo iz vidika količine, temveč tudi iz vidika kakovosti znanj, kompetenc in sposobnosti ter vpliv le tega na kakovost zdravstvene obravnave pacientov. Projekt je potekal v obdobju 2009 – 2011 na naslednjih področjih raziskav: zdravje, optimizacija zagotavljanja zdravstvene obravnave, kakovost, učinkovitost in solidarnost zdravstvenih sistemov, načrtovanje kadrov v zdravstveni negi. V projektu je sodelovalo 12 držav EU. Vključenih je bilo 486 bolnišnic in 2169 njihovih enot, 33731 medicinskih sester in 10866 pacientov, pregledanih je bilo 422.730 zdravstvenih kartonov pacientov. Ključne ugotovitve raziskave, ki so objavljene v 30 znanstvenih člankih, pokažejo na pomen števila zaposlenih v zdravstveni negi in stopnje dosežene izobrazbe le teh v povezavi z izidi zdravstvene obravnave. Raziskava pokaže na pomen univerzitetnega izobraževanja v zdravstveni negi. Urejenost delovnega okolja se izkaže kot pomemben element zmanjševanja sindroma izgorelosti pri medicinskih sestrah. Zadovoljstvo pacientov je povezano z zadovoljstvom medicinskih sester, le to se kaže s podporo managementa za kakovostno izvajanje zdravstvene nege, z odnosi med medicinskimi sestrami in zdravniki, vključevanjem v odločanje, določanje organizacijskih prioritet za doseganje kakovosti pri delu.

Naslednje področje doseganja delovne učinkovitosti v slovenskem zdravstvu je evidentiranje efektivnega dela in opredelitev enote merjenja opravljenega dela posameznika (oblike dela: redno, nadurno, dežurstva). Prav tako je potrebno predpisati minimalni in maksimalni obseg dela, ki ga izvede posameznik in le tega povezati z nagrajevanjem.

V slovenskem zdravstvu je potrebno razviti sistem plač, ki bo stimulativen, usmerjen v delovno učinkovitost, odgovornost za kakovost dela in prispevek k razvoju zdravstvenega zavoda. Dogovoriti je potrebno plačilo za obseg dela, ki presega dogovorjeni obseg za redno plačo in razviti mehanizme za plačilo za delo izven delovnega časa v zavodu, kjer zaposleni deluje ali izven. Delo pri drugih izvajalcih naj bo regulirano preko matičnega delodajalca. Pred odobritvijo le tega je potrebno izpolniti obveznosti iz košaric A in B. Elementi plače in stimulacije za kakovostno opravljeno delo naj vključujejo: narejen obseg dela, stroškovno učinkovitost, doseganje kazalnikov kakovosti, doprinos k uvajanju izboljšav in razvoju zavoda.

Razvoj zaposlenih v zdravstvu naj poteka kot kontinuiran profesionalni razvoj, ki vključuje znanja, veščine in sposobnosti na ravni strokovnega dela, kot na ravni spremljanja in izboljševanja lastnega dela, kakovosti dela, varnosti, prevzemanje odgovornosti, timsko delo, interdisciplinarnost in medpoklicno sodelovanje. Danes namreč učinkovito načrtovanje potreb po kadrih v zdravstvu vključuje upoštevanje

znanj, veščin, ki jih bomo potrebovali v prihodnosti (Curson idr., 2010). Demografske spremembe bodo v prihodnosti pomembno vplivale na zdravstveno dejavnost v večini Evropskih držav, ne le na področju zdravja ljudi, temveč tudi na področju staranja zdravstvenega osebja. Staranje zdravstvenega osebja bo zahtevalo povečanje izobraževanja zdravstvenih delavcev (zdravniki, medicinske sestre). Prišlo bo do pomanjkanja kapacitet za povečano izobraževanje zdravnikov in medicinskih sester na strani visokošolskih učiteljev in možnosti usposabljanja v kliničnem okolju (Schofield, Fletcher in Callander, 2009; National Health Workforce Taskforce, 2008). Načrtovanje kariere kadrov in usposabljanja mora biti usmerjeno na znanja o spremljanju in izboljševanju lastnega dela in zagotavljanju odličnosti (National Health Workforce Taskforce, 2008). Ko govorimo o znanju zdravstvenih delavcev, ne mislimo samo na znanje za opravljanje strokovnih nalog, temveč mislimo tudi na prenos znanja, implementacijo smernic in kontinuirano izobraževanje. Prenos znanja se lahko dogaja, če se zdravstveni profesionalci izobražujejo, kako delati v timu, obvladujejo sodobne informacijsko tehnologijo, se znajo spopadati s prekomernim številom informacij in dokazov ter nenehno povečujejo svojo pozornost za izboljševanje kakovosti lastnega dela. Ta izhodišča so ključnega pomena v razvoju kariere in oblikovanju interesov za zaposlene v zdravstvu (Davis, 2006).

Razvoj človeških virov je prepoznan kot eden od ključnih elementov za učinkovitost zdravstvenega sistema in uvajanje sprememb v delovanju le tega, zato je zaposlene v slovenskem zdravstvu potrebno usposobiti za uvajanje sprememb. Vključevanje zaposlenih v uvajanje sprememb se je pokazalo zlasti pomembno pri izboljševanju izidov zdravstvene obravnave pacientov, raziskave dajejo velik poudarek na pomen usposabljanja zaposlenih, ki mora imeti jasno definirane specifične cilje usposabljanja, prav tako je dan poudarek na vključevanje zaposlenih pri postavljanju ciljev in njihovem preverjanju dosežkov na ciljeh.

V sistematičnem pregledu literature o učinkih razvoja zaposlenih v zdravstvu, v katerega je bilo vključenih 99 raziskav, je bilo prepoznanih več iniciativ pri razvoju zaposlenih, ki imajo večje ali manjše učinke na delovanje in izide zdravstvene obravnave (Patterson idr., 2015). Navajamo le nekatere od njih:

- Delovno okolje - ima pozitivne učinke na čas obravnave, stopnjo umrljivosti in čakalne dobe, sposobnosti preoblikovanja delovnega okolja poveča zadovoljstvo pacientov.
- Število zaposlenih in delovne ure - kot pomemben dejavnik učinka števila osebja na pacienta se pokažejo značilnosti, ki jih ima pacient. Zmanjšanje števila delovnih ur ima nekatere negativne učinke na izide zdravstvene obravnave (povečanje komplikacij, negativni indikatorji varnosti pacientov, zamude v diagnostičnih testih).
- Uvajanje novih delovnih mest v obstoječe time, ki povečujejo učinkovitost delovnih procesov, inovativnost, sposobnosti delegiranja, prenosa kompetenc, idr. Pristop se pokaže kot učinkovit pri zdravnikih, z znižano stopnjo umrljivosti pri pacientih in krajšim časom trajanja obravnave. Sodelovanje med zdravniki in diplomiranimi medicinskimi sestrami s strokovnim magisterijem (ANPs) se je pokazalo s pozitivnimi učinki na izide zdravstvene obravnave.

- Nadomeščanje stalnega osebja z začasnimi zaposlitvami, z osebjem nižje izobrazbe ali mlajšimi zaposlenimi ima različne učinke. Število stalno zaposlenih diplomiranih medicinskih sester na pacienta v večini raziskav pokaže povečanje zadovoljstva pacientov, zmanjšanje stopnje okužb in umrljivosti. Nadomeščanje zdravnikov z ANPs ali drugimi profili se pokaže s pozitivnimi učinki na izide zdravstvene obravnave, z enakovrednimi učinki in tudi brez učinkov, negativnih učinki niso bil zaznani.
- Nadomestila in plačila. Raziskav na tem področju je malo, tri so bile vključene v raziskavo. Iz rezultatov ne moremo delati zaključkov, da je plačilo povezano z izidi zdravstvene obravnave.
- Vključevanje zaposlenih. Štiri od petih raziskav pokažejo pozitivne učinke vključevanja zaposlenih.

Tako so pomembne dimenzije delovne učinkovitosti v slovenskem zdravstvu, ki so povezane z vlogo in razvojem zaposlenih in odgovornostjo managementa za zagotavljanje pogojev za delo, spodbudno delovno okolje, organiziranost dela, število zaposlenih in opravljene delovne ure ter število zaposlenih in zahtevnost pacientov. Že predhodno navedene raziskave opozorijo na pomen vseh navedenih dejavnikov (Cylus in Smith, 2012; Sermeus idr., 2011; Aiken idr., 2014; Patterson idr., 2015).

Uvajanje novih delovnih mest in delovnih profilov v obstoječo dejavnost po zgledu razvitih držav. Dober in uveljavljen je primer uvedba delovnega mesta »Advance Nurse Practitioner« (ANP) ali v Sloveniji magister/magistrice zdravstvene nege, ki dela na zahtevnejših oblikah dela. Smiselnost, strokovnost in ekonomsko učinkovitost uvedbe ANP potrjujejo številne raziskave. Na ta način se poveča dostopnost zdravstvene obravnave in zdravstvenih storitev, kar je ustrezen odziv na dolgoživost, povečano število kroničnih obolenj, rast neenakosti v zdravju, potreb po krepitvi zdravja in grožnjam zdravju. Pričakovane potrebe zdrave in bolne populacije za prihodnost spreminjajo vlogo zdravstvenih poklicev, kjer ključno odgovornost za dobro med poklicno delo in sodelovanje nosijo zdravniki in diplomirane medicinske sestre s podiplomskim izobraževanjem (strokovni magisteriji, specializacije). Po zgledu razvitih držav je potrebno izvesti prenos del in nalog na ravni zahtevnejših, vendar stabilnih zdravstvenih obravnav iz zdravnika na podiplomsko izobražene diplomirane medicinske sestre/zdravstvenike. Le z ustreznim podiplomskim izobraževanjem je to mogoče narediti varno, mednarodno primerljivo in učinkovito za paciente in zdravstveni sistem. Področja dela, kjer se bodo v prihodnosti oblikovala nova delovna mesta za magistre in specialiste zdravstvene nege so: kronične bolezni, družinska zdravstvena nega, akutna obravnava določenih stanj, gerontologija, psihiatrija, pediatrija, anestezija, babiška nega, promocija zdravja, idr.

Pomembna dimenzija razvoja zaposlenih v zdravstvu je razvoj managerjev in vodij, ki morajo imeti znanja, kompetence in sposobnosti za upravljanje in vodenje v obliki podiplomskih izobraževanj na naslednjih področjih:

- komunikacija in gradnja odnosov,
- znanje o zdravstvu in okolju,

- sodobni pristopi v vodenju,
- izgradnja profesionalizma na vseh ravneh,
- učinkovito upravljanje sistema,
- razvoj znanj in sposobnosti pri zaposlenih za ustrezen odziv na potrebe okolja, demografske trende, javno zdravstvene probleme,
- izgradnja vrednot, ki podpirajo na dokazih temelječe delo, odgovornost, kakovost in varnost, medsektorsko povezovanje,
- udejanjanje politike nenehnega spremljanja in izboljševanja kakovosti ter udejanjanja načel kakovosti,
- uvajanje informacijske tehnologije v zdravstvu tudi iz vidika izboljševanja procesov dela in aktivne vključenosti uporabnikov storitev.

3 DIMENZIJE CELOVITE KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU

Ena od dimenzij učinkovitosti zdravstvenega sistema je doseganje celovite kakovosti, ki se kaže na ravni znanj, veščin in sposobnosti zaposlenih za delo na nenehnem spremljanju in izboljševanju lastnega dela, vzpostavljenih vrednot in stališč ter odgovornosti do kakovosti dela ter usposobljenosti managementa za zagotavljanje resursov in spodbud na področju kakovosti v zdravstvu. Med poklicno sodelovanje je pomemben element doseganja kakovosti in varnosti v zdravstvu, saj se sodelovanje in timsko delo ne zgodi samo od sebe, zlasti ne, ker različni zdravstveni delavci v času formalnega izobraževanja niso izpostavljeni temu, da bi medsebojno sodelovali (Ladden idr., 2006).

Za učinkovito uvajanje principov celovite kakovosti je temeljnega pomena, da vsi zaposleni vedo kaj celovita kakovost je, kaj so cilji uvajanja, orodja uvajanja in načrt uvajanja. To ne pomeni samo to, da morajo biti zaposleni dodiplomsko izobraženi na tem področju, temveč morajo biti ustrezno podiplomsko usposobljeni za njegovo uvajanje (Palo in Padhi, 2003) in aktivno vključeni v celoten proces priprave in uvajanja (Gregori idr., 2009). Celovita kakovost ne sme imeti v ospredju samo kakovost storitev, temveč se mora usmeriti tudi v potrebe zaposlenih, zaposlene je potrebno vključiti v sprejemanje odločitev (Gregori idr., 2009). To je najboljša pot za premagovanje odporov do sprememb (Striem, Ovretveit in Brommels, 2003). Povezava med vodji in zaposlenimi se izkaže kot ključna vloga uspešnosti uvajanja celovite kakovosti, sodelovanje je odvisno od značilnosti obojih. Znanja o celoviti kakovosti ni mogoče uniformirati, temveč le to reflektira v zmožnostih in sposobnostih razvoja zaposlenih (Gregori idr., 2009).

Naloga vsake zdravstvene organizacije je, da oblikuje kulturo medsebojnega sodelovanja za izboljševanje skupnega dela. Zato je potrebno zaposlene vključiti v skupne izobraževalne programe, kjer delajo na skupnem projektu izboljševanja njihove lastne prakse v katero so dnevno vključeni. Razumevanje odnosov in vedenj med zaposlenimi je temelj za razumevanje zdravstvenega sistema. Učenje v timu izboljšuje

sodelovanje, zadovoljstvo z delom, izboljšuje učinkovitost, inovativnost in zadovoljstvo zaposlenih ter znižuje fluktuacijo (Skela Savič, 2010). Pri uvajanju celovite kakovosti gre v prvi vrsti za upoštevanje perspektive razvoja človeškega kapitala v smislu upoštevanja pričakovanja uporabnikov storitev in zaposlenih, spodbujanje profesionalnega razvoja zaposlenih, ustreznega motiviranja in timskega dela. Vse navedeno se mnogokrat kaže kot ovira, v različnih profesionalnih kategorijah (Gregori idr., 2009).

Za doseganje celovite kakovosti igra pomembno vlogo nacionalna spodbuda in zahteva po obvezni akreditaciji zdravstvenih zavodov. Akreditacija mora biti pogoj za izvajanje zdravstvene dejavnosti, vendar ni mehanizem za dostop do javnih sredstev. Dogovarjanje o dostopu do javnih sredstev je ločen proces, vendar je akreditacija pogoj za izvajanje zdravstvene dejavnosti iz javnih sredstev ali samoplačniško. Akreditacija mora biti ne plačljiva. V ta namen RS potrebuje Nacionalno agencijo za kakovost v zdravstvu (NAKZ), ki bo neodvisen akreditacijski organ, ustanovi ga Vlada RS. Imeti mora jasno izdelano poslanstvo, vizijo in strateške cilje, ki vključujejo pet ključnih spremenljivk:

- klinična učinkovitost: preprečevanje prezgodnjih smrti, kakovost življenja pri kroničnih obolenjih z dolgotrajno oskrbo, obdobje rehabilitacije po bolezenskih epizodah,
- varnost pacientov: zagotavljanje varnega zdravstvenega okolja za delovanje dejavnosti, preprečevanje škode/poškodb po zgledu "European Network on Patient Safety and Quality of Care",
- izkušnje pacientov: zagotavljanje pozitivnih izkušenj,
- ključni standardi za zagotavljanje kakovosti in varnosti za prejemnike zdravstvene oskrbe in izvajalce,
- nenehno izboljševanje kakovosti dela in izidov zdravstvene obravnave iz vidika organizacijske in klinične kakovost.

Naloge NAKZ so:

- postavitev nacionalnih standardov kakovosti v zdravstvu s kazalniki po zgledu uspešnih agencij in združenj na področju kakovosti v zdravstvu (primer NICE);
- izdelati mednarodno primerljiva merila za akreditacijo zdravstvenih zavodov v skladu z mednarodnimi smernicami, standardih in priporočilih v EU;
- NAKZ naj deluje kot pospeševalec razvoja kulture kakovosti in varnosti v zdravstvu ter pospeševalec uvajanja dobrih mednarodnih praks;
- izvaja izobraževanje strokovnjakov za izvedbo akreditacij, izobraževanja za dvig kulture in znanj na področju kakovosti in varnosti v zdravstvu idr.

Pri pripravi nacionalnih standardov je potrebno doseči:

- odprtost in transparentnost v pripravi, sodelovanje vseh deležnikov (RSK, MZ, NIJZ – javno zdravje, zdravstveni zavodi, visokošolski zavodi, sektor sociale, nacionalna profesionalna združenja, nacionalna združenja pacientov, nevladne organizacije, druga združenja deležnikov, idr.),

- izvajalcem zagotavljajo odločanje o zdravstveni obravnavi na osnovi najnovejših dokazov in najboljše prakse,
- uporabnikom in njihovim svojcem omogočajo informacije o pričakovanih, ki jih lahko utemeljeno pričakujejo od izvajalcev glede kakovosti zdravstvenih storitev in zdravstvene obravnave in socialnih storitev,
- zdravstvenim zavodom omogočajo hitro in pregledno spremljanje njihove ustrezne organiziranosti,
- financerjem dajejo uvid, v kolikšni meri financirajo kakovostno in učinkovito zdravstveno obravnavo, ki je usmerjena v nenehno izboljševanje kakovosti dela.

Merila za akreditacijo naj natančno opredelijo:

- katere zdravstvene dejavnosti in storitve lahko nudi izvajalec in v kakšnem obsegu glede na zaposlitvene in materialne zmogljivosti,
- katere minimalne standarde kakovosti mora doseči,
- potrebne zmogljivosti za delovanje dejavnosti,
- kakšen je poslovni model s strategijo poslovanja,
- potrebne zdravstvene in podporne dejavnosti,
- kako tečejo zdravstveni in podporni procesi pri izvajalcu,
- kakšna je vzdržnost poslovanja glede na sredstva in lastniško strukturo,
- veljavnost akreditacije, obnovitev akreditacije, odvzem akreditacije, izredne evalvacije, idr.

Nacionalni odbor za kakovost in varnost nadzira delovanje NAKZ. Združuje vodje/odločevalce ključnih nacionalnih organizacij, ki so odgovorne za zdravje in zdravstveni sistem, eksperte in predstavnike uporabnikov. Zadolžen je za sistematični pogled na kakovost v zdravstvenem sistemu in njegovo interakcijo s sistemom sociale. Daje usmeritve tako NAKZ kot politiki na področju kakovosti v zdravstvu. Cilj je kakovosten, varen in učinkovit celostni zdravstveni sistem v RS.

WHO Evropa usmerja, da je potrebno najti akreditacijske metode, ki bodo v prvi vrsti izboljševale nacionalni zdravstveni sistem. Mednarodna praksa pokaže, da danes večina držav v EU pomembnost organizacijske in klinične kakovosti opredeljuje zakonsko, ne pa vse z akreditacijo, ampak tudi v obliki različnih institucij, ki so zadolžene za razvoj in spremljanje kakovosti v zdravstvu na nacionalni ravni (Shaw, 2010).

Usposabljanje zaposlenih za klinične, aplikativne in akcijske raziskave s ciljem spremljanja in izboljševanja lastnega dela ter razumevanje in udeleževanje na dokazih podprte prakse in managementa. Raziskave so tiste, ki omogočajo izvajanje na dokazih podprte prakse. Le ta povečuje kakovost in zanesljivost zdravstvene obravnave, izboljšuje izide zdravstvene obravnave in zmanjšuje variiranje v zdravstveni obravnavi in stroških (Melnyk idr., 2012a). Kljub navedenim koristim pa na dokazih podprta praksa ni razširjeni standard dela v zdravstvu (Melnyk idr., 2012b). Koncept na dokazih podprte prakse od izvajalcev zahteva, da pri svojem delu uporabljajo najboljše, preverjena, najnovejša in najpomembnejša spoznanja raziskav. Dodana

vrednost na dokazih podprte prakse je tudi dimenzija prenašanja znanja in vedenja na uporabnike. Na dokazih podprta praksa funkcionira na premisah postavljanja kliničnih vprašanj, iskanja in zbiranja najpomembnejših podatkov in dokazov, kritične presoje podatkov oz. dokazov z obstoječim načinom dela, soočenje pridobljenih spoznanj z obstoječim kliničnim delom in potrebami pacientov ter aplikacijo spoznanj v klinično delo. Iskanje, presojanje, soočanje z obstoječim delovanjem, aplikacija in evalvacija so temeljne komponente na dokazih podprte prakse. Pomembno je poznati korake na dokazih podprtega dela: (0) oblikovanje kulture za razvoj na dokazih podprtega dela, (1) zastavljanje kliničnih vprašanj po PICO tehniki, (2) iskanje najboljših dokazov, (3) kritična ocena dokazov, (4) integracija dokazov z obstoječim načinom dela in preferencami pacienta za najboljše klinične odločitve, (5) vrednotenje izidov uvedenih sprememb, (6) razširitev izidov (Melnik idr., 2012a).

Ustrezna organizacijska infrastruktura je tesno povezana z večjim delovanjem in intenzivnostjo uvajanja nenehnega izboljševanja kakovosti. Kot ključni elementi organizacijske infrastrukture se izkažejo klinični informacijski sistem in klinična integracija, ker oba predstavljata povezovanje med organizacijskimi »mejami«. Financiranje v uvajanje sistema kakovosti se izkaže kot malo povezano z uspešnostjo uvedbe sistema. Finančna podpora ima vpliv na razširitev projekta v organizaciji, ne pa na uspešnost. Kot pomembna se izkažejo leta delovanja bolnišnice na področju uvajanja kakovosti, ki so statistično značilno pozitivno povezana z vsemi področji uvajanja kakovosti in intenzivnostjo uvajanja po oddelkih. Leta delovanja se kažejo v kulturni transformaciji in rastočem napredku (Alexander idr., 2006). Večina elementov kakovostnega dela ni povezanih z visokimi stroški.

Uvajanje sistema celovitega upravljanja kakovosti je široko analizirano v zdravstvu s strani prepoznanih avtorjev. Ameriški medicinski inštitut že v letu 2001 (Institute, 2001) opredeli, kaj bo oblikovalo znanje in kakovost dela zdravstvenih delavcev v prihodnosti:

- **Zdravstvena obravnava mora ustvarjati razmerja kontinuirane dostopnosti** – Pacient naj dobi zdravstveno obravnavo, ko jo potrebuje, v različnih oblikah, kot so neposreden obisk v zdravstveni ustanovi, nudenje pomoči preko interneta, telefona in drugih oblik, ki lahko nadomestijo neposreden kontakt.
- **Zdravstvena obravnava naj bo oblikovana glede na potrebe in vrednote pacienta** – Sistem zdravstvene obravnave bi moral ponujati obravnavo najpogostejših skupin potreb pacientov, mora pa biti tudi sposoben odzivanja na individualne bolnikove potrebe in preference.
- **Pacient je vir kontrole** – Pacientom je potrebno dati ustrezne informacije in priložnosti, da izvajajo odločanje in kontrolo nad odločitvami, ki so jih sprejeli ali so jim bile predlagane v zvezi z njihovo obravnavo. Sistem spremljanja naj omogoča spremljanje razlik v pacientovih preferencah in odločitvah, ki so bile sprejete.
- **Znanje se deli in informacije prosto tečejo** – Pacienti naj imajo svoboden dostop do njihovih zdravstvenih in medicinskih podatkov in kliničnega znanja. Osebje v kliničnem okolju naj komunicira učinkovito in naj zagotavlja dostop do informacij.

- **Odločanje naj temelji na dokazih** – Pacient naj dobi zdravstveno obravnavo, ki temelji na najboljšem dostopnem znanju, ki izhaja iz znanstveno raziskovalnega dela. Ista zdravstvena obravnava se naj ne spreminja glede na zdravstvenega delavca in glede na prostor/oddelek.
- **Varnost je ključna v sistemu zdravstvene obravnave** – Pacient mora biti varen pred poškodbami/nevarnostmi, ki jih lahko povzroči sistem/posameznik. Potrebno je nameniti veliko pozornost sistemu, ki preprečuje in blaži napake.
- **Potrebna je transparentnost** – Zdravstvena obravnava naj bo načrtovana na način, da pacientu in družini daje dostop do informacij, ki omogočajo informirano sprejemanje odločitev glede zdravljenja, izbire bolnišnice, zdravstvenega osebja in alternativnega zdravljenja. Informacije naj vsebujejo podatke o varnosti, na dokazih temelječem izvajanju dela in izkušnjah pacientov.
- **Napovedovanje potreb** – Sistem naj napoveduje potrebe pacienta in naj ne deluje le na osnovi reagiranja na dogodke.
- **Premišljeno uporaba virov** – Sistem zdravstvene obravnave na premišljeno načrtuje in uporablja vire in pacientov čas.
- **Sodelovanje med strokovnjaki je prioriteta** - Strokovnjaki na vseh področjih in zdravstvene ustanove naj aktivno sodelujejo in komunicirajo za zagotavljanje ustreznega izmenjavanja informacij in koordinacije zdravstvene obravnave v zdravstvenem sistemu.

4 ZAKLJUČEK

Priprava zaposlenih za nove izzive v zdravstveni obravnavi je nujna. Pomembno izhodišče je, da zdravstvena obravnava ni le ena od storitvenih industrij, temveč jo je potrebno dojeti kot storitev, kjer ljudje skrbijo za druge ljudi takrat, ko je to potrebno. Pri pripravi zdravstvenih delavcev za delo v zdravstvenem sistemu je potrebno upoštevati, da je potrebno v izobraževanje in strokovno delo vnesti elemente, ki so omenjeni kot ključni za nadaljnji razvoj zdravstvenega sistema, to so med drugimi prizadevanje za na dokazih delujoče delo, zagotavljanje interdisciplinarnega usposabljanja in delovanja, podpora uvajanju sprememb, prevzemanje odgovornosti kakovost dela in varnost.

LITERATURA

- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 2014; 383(9931): 1824-30.
- Alexander JA, Weiner BR, Skortell SM, Kaker LC, Becker MP. The Role of Organizational Infrastructure in Implementation of Hospitals' Quality Improvement. *Hospital Topics*, 2006; 84(1): 11-20.
- Curson JA, Dell ME, Wilson RA, Bosworth DL, Baldauf B. Who does workforce planning well?: Workforce review team rapid review summary. *Int J Health Care Qual Assur*, 2010; 23(1): 110-9.
- Cylus J, Smith P. Comparative measures of efficiency. In Papanicolas I, Smith P, eds. *Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research*. Buckingham: Open University Press; 2012.

- Davis D. Continuing Education, Guideline Implementation, and the Emerging Transdisciplinary Field of Knowledge Translation. *J Contin Educ Health Prof*, 2006; 26: 5–12.
- Declaration. S.I.: ICN; 2015.
- Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council. *Official Journal of the European Union*, 2013; L354/132.
- Glassman A, Fan V, Mead O. *More Health for the Money, Putting Incentives to Work for the Global Fund and Its Partners*. Washington: Center for Global Development; 2013.
- Gregori D, Napolitano N, Scarinzi C, Semeraro A, Rosato R, Pagano E, Zigon G, et al. Knowledge, practice and faith on Total Quality Management principles among workers in the Health Care System: Evidence from an Italian investigation. *J Eval Clin Pract* 2009, 15(1); 69–75.
- Hernandez P, Drager S, Evans DB, Tan-Torres Edejer T, Dal Poz MR. *Measuring expenditure for the health workforce: evidence and challenges*. Background paper prepared for The World health report 2006 – working together for health. S.I.: World Health organization, 2006. Dostopno na: <http://www.who.int/nha/docs/Paper%20on%20HR.pdf> (7. 7. 2010).
- Hsu. *The relative efficiency of public and private service delivery*. S.I.: World Health Organization, 2010.
- Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. S.I.: Institute of Medicine; 2001. Dostopno na: <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf> (26. 3. 2011).
- Ladden MD, Benash G, Stevens DP, Moore GT. Educating interprofessional learners for quality, safety and systems improvement. *J Interproof Care*, 2006; 20(5): 497 – 505.
- Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Gallagher-Ford L, Kaplan L. The state of evidence-based practice in US nurses: Critical implications for nurse leaders and educators. *JONA*, 2012a; 42(9): 410–7.
- Melnyk BM, Grossman D, Chou R, Mabry-Hernandez I, Nicholson W, Dewitt T, et al. US preventive services task force. USPSTF perspective on evidence-based preventive recommendations for children. *Pediatrics*, 2012b; 130(2): 399–407. doi: 10.1542/peds.2011-2087.
- National Health Workforce Taskforce: *Data, capacity and clinical placements across Australia: a discussion paper*. Melbourne: National Health Workforce Taskforce; 2008.
- Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing (RN4CAST)*. (2009-2011).
- Patterson M, Rick J, Wood S, Carroll C, Balain S, Booth A. Systematic review of the links between human resource management practices and performance. *Health Technol Assess* 2010; 14(51).
- Palo S, Padhi N. Measuring effectiveness of TQM training: an Indian study. *International Journal of Training and Development* 2003; 7(3): 203–16.
- Schofield DJ, Fletcher SL, Callander EJ. Ageing medical workforce in Australia - where will the medical educators come from? *HRH* 2009; 82(7): 1-6.
- Sermeus W, Aiken LH, Van den Heede K, Rafferty AM, Griffiths P, RN4CAST consortium, et al. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nurs* 2011; 18(10): 6.
- Shaw CD, Bruneau C, Kutryba B, de Jongh G, Suñol R. Towards hospital standardization in Europe. *Int J Qual Health Care* 2010; 22(4): 244–9.
- Skela Savič B. Znanje o kakovosti v zdravstvu in zdravstveni negi. In: Kramar Z, Kraigher A, eds. *Učimo se varnosti od najboljših: prikaz dobrih praks: strokovni seminar: zbornik predavanj, 3. dnevi Angele Boškin, Gozd Martuljek, 22. in 23. 4. 2010*. Jesenice: Splošna bolnišnica, 2010, str. 24-29.
- Smith PC. What is the scope for health system efficiency gains and how can they be achieved? *Eurohealth incorporating Euro Observer* 2012; 18(3).
- Striem J, Ovretveit J, Brommels M. Is health care a special challenge to quality management? *Insight from the Danderyd Hospital case*. *Qual Manag Health Care* 2003; 12(4): 250–8.

UČENJE NA NAPAKAH OZIROMA NEUSPEHIH

Po ROI – Return On Investment še ROF – Return On Failure *1

Marko Kiauta

IZVLEČEK

Napak ne moremo zagrešiti zavestno. Če je zavestno je to sabotaza. Iz napak se učimo. Sistemi, ki napake preganjajo so mrtvi. Odnos do napak vzgajajo stare modrosti. Če se ne učimo iz preteklosti tudi prihodnosti ne moremo načrtovati uspešno. Potreben je preskok. Napake – neuspehi so pravzaprav investicija, v kolikor se znamo iz njih učiti. Da je učenje uspešnejše, je koristno vzpostaviti proces reagiranja. Samo preganjanje napak je uničujoče za inoviranje, saj vsaka nova ideja v sebi poleg koristi skriva tudi tveganja. A nikoli nič tvegati je tudi veliko tveganje. Odnos do napak kaže tudi na osebno zrelost posameznika.

KLJUČNE BESEDE: napake, neuspeh, varnost, učenje, samo-odgovornost

IZHODIŠČNI OKVIR RAZMIŠLJANJA

Napake ne moremo zagrešiti zavestno. Namerno storjena napaka ni napaka temveč sabotaza. To vključuje tudi malomarnost – opustitev vestnega ravnanja, ki je pravzaprav oblika neodgovornosti. In kako ločiti napako od sabotaze? Tako dolgo kot storilec ne prizna hudobnega namena, ravnajmo kot da gre za napako.

Iz napak se učimo. Iz svojih, naših, drugih. Prikrivanje napak je intelektualni greh. Pravi problem niso napake, temveč njihovo prikrivanje. V psihiatriji velja, da ni problem, če imamo problem. Težave prinese zanikanje problema. V temeljnih načelih vodenja BMW je zapisano: "Vsak lahko naredi napako, le tega ne, da bi jo v škodo podjetja prikril." V Motoroli slavijo "neuspeh meseca" v podporo podjetniškemu tveganju in učenju iz neuspehov.

Napakam neprijazni sistemi so praktično mrtvi. Čas jih povozi. Na to je lepo opozoril Seneka: Usoda (priložnosti, težave, napake,..) voljnega vodi, brezvoljnega požira. Mnogi izgoreli v zdravstvu bodo temu pritrčili, saj so žrtve mrtvosti sistema.

1 ODNOS DO NAPAK – STARE MODROSTI

Stare modrosti so preživele tisočletja. Ljudje so njihovo vrednost ob preizkušnjah ves čas preverjali. Ocenjujejo, da je do sedaj živelo okrog 100 milijard ljudi. Njihova življenja gotovo niso bila zama, saj so poleg preverjenih modrosti za seboj zapuščali vedno več znanja in bolj varne pogoje življenja. To je humus iz katerega črpajo sedaj živeče generacije. Ni vse uporabno tudi za nove razmere našega časa. Zato z nekaj skepse prisluhnimo nekaterim modrostim starih Rimljanov o njihovem odnosu do napak. Pred 2000 leti je Seneka opozarjal: "Tuje napake so nam pred očmi, naše pa nosimo na

hrbtu." Ali se tega zavedamo? Sprejemamo to? Odgovor dobimo, če zmoremo hrabrosti in se ozremo na svoja ravnanja v zvezi z napakami. Kakšen odnos zavzemam do lastnih napak? Si jih dovolim ozavestiti in priznati? Prevezem zanje odgovornost do sebe in do drugih? Spet stari Rimljani: "Motiti se je človeško, vztrajati v zmoti je lastnost bedaka« in celo "Motiti se je človeško, vztrajati v zmoti je vražje«. Zanikanje svojih napak pred drugimi in pred seboj v času odraščanja je do neke mere razumljivo, ker je možni motiv za to želja, da sebi in drugim dokazujemo, da smo že sposobni za to in to. Zanikanje svojih napak v času, ko smo že odrasli in smo deležni že določene družbene vloge, pa je prizadevanje da bi se povzpeli nad druge oziroma, da bi ohranili nek položaj. To je prizadevanje za vzvišenost. Šele ko si upamo se nehati braniti in zanikati in se spustimo (ponižamo) z nerealnega položaja brez napak, v realen, se pravo učenje iz napak lahko dobro začne. Tako držo označuje vrednota humility (ponižnost). Pri tem nam spet lahko pomaga Seneka "Zmota je brez krivde." Tedaj lahko v nas zaživi stara modrost: »Včerajšnja zmota naj ti bo današnja učiteljica".

Pri nas žal kot narod še vedno prevladuje reklo: Pustimo preteklost, ozrmo se naprej! A tisti, ki so uspešni in to želijo tudi ostati taki, se ne držijo tega načela. Nasprotno. V Domelu, enemu od svetilnikov, ki nam kažejo pot naprej, se držijo načela: "Če želimo planirati za eno obdobje naprej, se moramo ozreti po dveh nazaj." A oziranje nazaj nam ni koristno, če v njem ni tudi spomina na napake. Na primer take slepote opozarja TV dokumentarni film, v katerem so angleške in francoske šolarje spraševali o znamenitih bitkah iz tisočletnega bojevanja med Angleži in Francozi. Oboji so našli dolg seznam bitk. A seznama se nista ujemala, saj se je vsak učil le o zmagah svojega naroda. Če vlada (katera koli) z učbeniki iz zgodovine manipulira, se to obnese le nekaj časa (Spreinger, 1997).

Prepričanje, da je včerajšnja napaka današnja učiteljica omogoči tudi, da postanemo (bolj) zadovoljni s seboj in to nas pripelje še do ene modrosti Seneke: "Ko zna človek biti zadovoljen s seboj, je zadovoljen tudi z drugimi." V tej luči še enkrat pogledajmo misel: "Tuje napake so nam pred očmi, naše pa nosimo na hrbtu." Ko dozorimo do stanja, da se strpno učimo iz svojih napak, znamo biti strpni tudi do napak drugih.

Seveda pa je priznavanje in prevzemanje odgovornosti šele prvi korak. Napake in neuspehi se dogajajo tako uspešnim kot neuspešnim. Razlika ni v tem, da se enim dogajajo enim pa ne. Razlika je v načinu reagiranja. Pomembno je ugotavljanje, kaj točno je bilo v delovanju ali obnašanju napačno, da tega ne ponavljamo v prihodnosti. To je učenje. A učenje ni dovolj. Ohranjanje ter krepitev zaupanja in spoštovanja narekuje, da se tistim, ki so bili oškodovani ali prizadeti, opravičimo in popravimo ali nadomestimo škodo, ki smo jim jo povzročili. S tem pokažemo da so nam pomembni, da jih spoštujemo. Naj to poglavje zaključim z navedbo priporočila psihologov (Milivojević, 2014). Bistveno je razlikovanje med napačnim postopkom in osebo, ki ga je naredila. To nam omogoča ohranjanje spoštovanje in zaupanje ob skupnem učenju o nekem neprimernem delovanju, postopku ali obnašanju.

2 ODNOS DO NAPAK – NEUSPEH JE LAHKO INVESTICIJA

Danes na svetu (žal) prevladuje kapitalistični pogled. Investirali smo v to in to. Koliko se nam je povrnilo? ROI (return on investment) je eno glavnih meril s katerim se meri uspeh. Nič novega. Nova pa ideja ROF (Return On Failure). To je merilo, s katerim merimo koliko in kaj nam je prinesla investicija v nekaj, kar ni uspelo (Birkinshaw, in Hass, 2016). Vzpostavimo proces učenja iz neuspehov/napak:

1. Učimo se iz neuspeha/napak. Proučujemo vse kar ni prineslo pričakovanih rezultatov in poiščimo čim več naukov.
2. Izkristalizirajmo nauke v nova (spo)znanja in jih razširjajmo po organizaciji.
3. Analizirajmo ali nam proces učenja iz neuspehov/napak daje koristi, ki bi jih lahko.

Pri tem si lahko pomagamo z vprašanji: Kaj smo se naučili o potrebah in željah odjemalcev in o našem trenutnem trgu? Kaj smo spoznali o prihodnjih trendih? Kako naj glede na to prilagodimo naša predvidevanja? Kaj smo odkrili o tem kako sodelujemo med seboj? Kako uspešni so procesi, struktura in kultura naše organizacije? Kako smo povečali naše veščine kot posamezniki in kot tim? Ali smo z učenjem iz napak povečali zaupanje in ugled? Ali smo prepoznali katere potrebe za pomembne izboljšave / razvoj?

3 ODNOS DO NAPAK - PROCES REAGIRANJA

Napaka kliče po reagiranju, če nam ali komu drugemu z njo povzročimo problem. Gled na način reagiranja literatura navaja več organizacijskih kultur (Otoničar, b.l.). Za patološko organizacijsko kulturo je značilno obdolževanje posameznika, prikrivanje napak, izogibanje odgovornosti in onemogočanje vpeljave novosti. Za birokratsko je značilna osamitev nosilca informacije, zmanjševanje pomena napake in reševanje trenutnih težav, brez vpeljevanja sistemskih rešitev. Za generativno organizacijsko kulturo je značilno medsebojno obveščanje, nenehno ukvarjanje s potencialnimi napakami in vpeljevanje rešitev na celoten sistem.

Logično je, da organizacija, v kateri prevladuje obtoževanje posameznika, išče rešitve v spreminjanju posameznikov v manj zmotljive ali samovoljne. Če pa je kultura organizacije že dovolj razvita, poskušajo v organizaciji delovati na več nivojih: na osebni, na timski, na delovnem okolju in na organizaciji/sistemu kot celoti (Reason, 2016). V takih pogojih lahko reagiranje do napake obravnavamo tudi v kontekstu reševanja problemov. Poglejmo kako naj bi to potekalo po modelu sedmih korakov (Brassard idr., 2000) (tabela 1).

Tabela 1: Model sedmih korakov, ki ga lahko uporabimo pri reagiranju na napake

Korak	Glavne naloge	Možna orodja
Plan		
1. Opis problema	-analiza pomembnih parametrov -vzpostavitev tima -zoženje področja obravnave -zapis opisa problema	kontrolne karte, pareto diagram, diagram časovnega poteka parametra (run chart)
2. Opis Sedanjega Poteka procesa	-izdelava diagrama poteka procesa -ovrednotenje diagrama po točkah parametrov ob sodelovanju z lastniki, uporabniki in odjemalci procesa	diagram poteka
3. Prepoznavna in potrditev vzrokov problema/ov	-priprava diagrama vzrokov in posledic -prepoznavanje možnih vzrokov problema -po potrebi zbiranje podatkov o prepoznavanju uteži vzrokov -potrditev glavnih vzrokov	klasično viharjenje možganov diagram vzrokov in posledic matrični diagram
4. Razvoj rešitve in priprava načrta ukrepov	-nabiranje idej o možnih rešitvah -rangiranje možnih rešitev; izbor najboljše -nabiranje idej o nalogah, potrebnih za izbrano rešitev -izdelava podrobnejšega plana	afinitetni diagram; gantov diagram, matrika odločanja oziroma prioritet matrika odgovornosti drevesni diagram
Do		
5. Uvedba rešitve	-komuniciranje o planu -redni sestanki spremljanja informacij o izvajanju plana	plan izbrane rešitve orodja za izbrane ukrepe
Chek		
6. Pregled in ocena	pregledovanje rezultatov spremembe po potrebi nadzor procesa izvajanja standardiziranje izboljšave nadaljevanje spremljanja procesa spreminjanja	kontrolne karte pareto diagram diagram časovnega poteka parametra (run chart)
7. Analiza in ukrepanje na osnovi ugotovitev	ocena izvedbe spremembe (proces, tim, rezultati); po potrebi predlog sprememb če je potrebno, nadaljevanje procesa izboljšav; standardizacija kjer je možna proslavljanje uspeh	diagram časovnega poteka parametra (run chart)

Vse korake podrobneje opisuje že omenjeni žepni priročnik (Brassard idr., 2000).

4 ODNOS DO NAPAK – INOVACIJE

Vsaka nova ideja po naravi v sebi skriva možnost uspeha in tveganja da spodleti, sicer to ne bi bila nova ideja.

Ob branju Načelo samoodgovornosti Reinhard-a Spreinger-ja smo lahko priča temu, kaj nastane, če istega človeka doletita dve diktaturi. Najprej nacizem, nato pa še diktatura komunizma. To je Reinhard Spreinger doživel kot prebivalec vzhodne Nemčije. Ima poln kufer reda, egalitarizma, kolektivizma. Prisluhnimo njegovemu razmišljanju. Pravi: "Napake ne obstajajo. Lahko vam pokažem stol. Ne morem pa vam pokazati napake. **Napaka je le interpretacija.** Napaka je le vprašanje izbrane perspektive. Goethe je to perspektivo komentiral: "Spotikanje pospešuje". Napake ne moremo zagrešiti zavestno. Namerno storjena napaka ni napaka temveč **sabotaža**. To vključuje tudi malomarnost – opustitev vestnega ravnanja, ki je pravzaprav oblika neodgovornosti. In kako ločiti napako od sabotaže? Tako dolgo kot storilec ne prizna hudobnega namena, ravnajmo kot da gre za napako. To je tako imenovani pozitivni Y pristop: vsi, so obravnavani kot dobronamerni, dokler ne dokažejo nasprotno. Nedopustno je, kako negativno dojemamo pojave kot so "priznanje napake, priznanje zmote, odstop, menjanje stališča". Osebo, ki javno prizna kaj takega, imajo za mevžo ali slabiča.

Prisluhnimo Reinhard-u Spreinger-u še v njegovem poglavju Tveganje brez tveganj. Pavi, pretirano zavzemanje za VARNOST in RED v mnogih organizacijah ob istočasnem spodbujanju PODJETNEGA RAVNANJA in INOVATIVNOSTI ustvarja kulturo protislovja. Mnogi zaposleni sledijo spodbujanju za varnost in se skrijejo v udobno (varno) delovno okolje, odporno pred tveganji. Tako "varno" ravnanje je **varnost za ceno koristnosti**. Recimo, da je ura deset minut čez devet. Na vprašanje "Koliko je ura?" je varen odgovor "Nekje med osmo in deseto uro", a vprašljivo koristen. Manj varen odgovor "Devet minut čez devet." je sicer netočen, a je koristnejši. In spomnimo se birokratov, ki si žal lahko privoščijo, da jim lahko zadošča, da ne delajo napak, na račun tega, da niso koristni.

Eden najpomembnejših in najbolj zakoreninjenih razlogov, ki zavirajo rast, je strah pred neuspehom. In kako nam pri iskanju ravnotežja med varnostjo in koristnostjo lahko pomaga ISO 9001:2015? Zahteva razmišljanje na podlagi tveganj. A ne zato, da bi se odpovedali priložnostim, ki so po pravilu povezane z večjimi ali manjšimi tveganji. V točki 6.1 postavlja zahtevo Ukrepanje za obvladovanje tveganj **in priložnosti**. V razpravah, ki tolmačijo to zahtevo skoraj izključno prevladuje osredotočenost na tveganja, čeprav standard zahteva tudi ukrepanje v zvezi s priložnostmi. Torej ne, da se priložnostim zaradi z njimi povezanimi tveganji odpovemo, temveč zato, da v primeru ukrepov odzivanja za izkoriščanje priložnosti, ukrepamo tudi za obvladovanje s priložnostmi povezanimi tveganji. In v imenu trajnosti uspeha je potrebno sprejemati tudi ukrepe, ki so kratkoročno gledano, vse prej kot pristop vitkosti.

Neuspehi so (**lahko**) investicije.

- O Tomu Watsonu, ustanovitelju IBM, pripovedujejo, da je mladeniča, ki je pravkar

povzročil izgubo desetih milijonov dolarjev, poklical k sebi in na njegovo vprašanje, ali bo odpuščen, odgovoril: "Kako ste prišli na to misel, saj sem pravkar **vložil** deset milijonov v vaše izobraževanje." Očitno je za tega mladeniča ocenil, da je tega vreden.

- Po raziskavi Boston Consulting Group iz leta 2015, je 31% vprašanih prepoznalo kulturo izogibanja tveganjem kot glavno prepreko za inovativnost (Birkinshaw in Hass, 2016).

5 ZAKLJUČEK

Lao Tse: »Moder človek uvidi svoje napake. Ko jih uvidi, jih prizna. Ko jih prizna, jih popravi. A tiste ljudi, ki mu kažejo njegove napake, dojema kot dobronamerne učitelje.«

Najbolj nas bogati odzivanje na priložnost, ki nam jih prinaša življenje. Spomnimo se politike kakovosti društva Hospic:

Ne dodajajmo dni življenju, dodajajmo življenje dnevom.

Kaj pa je tisto, čemur rečemo življenje, ki polni naše dni? To so dogodki, sodelovanje v katerih si osmišljamo čas. In **rastemo** le v dogodkih, pri katerih sodelujemo. In kako to rast plačujemo? S pripravljenostjo sprejemati in obvladovati tveganja, ki so povezana z našim odzivanjem na priložnostmi. In s čem tvegajo prostovoljci, ki pomagajo umirajočim? Tvegajo gotovo veliko. In če ta tveganja obvladajo, dajo in dobijo veliko.

Razširimo razmišljanje o tveganjih na vse situacije, ki nam jih prinaša življenje. Če odgovornosti za obvladovanje tveganj ne sprejmemo, se s tem odrečemo tudi priložnostim, ki nam lahko prinesejo rast, a le ob sočasnem obvladovanju tveganja. Izogibanje takim tveganjem lahko temelji le na enem.

Na oceni, da **ne bomo zmogli** ali da **ni vredno**.

Če si dovolimo odzivati tako v zvezi z vsemi situacijami, to odraža nespoštovanje. V prvem - da ne bomo zmogli – je nespoštovanje samega sebe, če se praviloma izogibamo vsakemu tveganju. V drugem primeru – da ni vredno – pa ne spoštujemo tega, kar nam ponuja življenje. In če je to naš standarden odziv, je to očiten dokaz naše nevhvaležnosti in nespoštovanja, v tem primeru našega življenja in življenja na sploh.

LITERATURA

Birkinshaw J, Hass M. Increase your return on failure. HBR, May 2016: 88- 93.

Brassard M, Field C, Oddo F, Page B, Riller D, Smith L. The Problem Solving, Memory Jogger: Seven steps to improved processes. Salem: GOAL/QPC; 2000.

Milivojević Z. Psihologike svakodnevnog života: prilozi kolektivnoj emocionalnoj pismenosti - tekstovi iz Politike. Novi Sad: Psihopolis institut; 2014: 73-74.

Otoničar N. Organizacijska kultura in odnos do napak. 16. letna konferenca SZK: Interno gradivo SZKO; b.l.

Reason J. Human error: models and management. BMJ, 2016; 354: i4815.

Spreinger RK. Prijateljske napake. In: Urbanija A, Brumec D, eds. Načelo samoodgovornosti – pot k motivaciji. Ljubljana: Gospodarski vestnik, 1997: 168.

NEIZKORIŠČENE PRILOŽNOSTI KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU

prim. mag. Miran Rems

IZVLEČEK

Kakovost je del našega vsakdanjega dela in je s tem tudi časovno opredeljena. Je aktivna različno močno, različno široko in različno globoko, odvisno od okolja. S tem posega v procese, ki so osnova razumevanja. Ne morem mimo vrednot, ki so temelj in mimo nepopolnega dela, ne glede na vzrok. Osnovna vrednota, ki jo najmanj spoštujemo je pacientov čas. Ne samo čakalne dobe, ki so posledica finančnih in organizacijskih težav, ampak čas, ki ga upravljamo mi, v neposrednem kontaktu s pacientom. Je del celovite kakovosti, ki vpliva na odločitve na vodstvenem nivoju. Večino vodij ne uporablja za odločanje podatkov o lastnem delu s pacienti. Pri finančnem delu odločanje to vsekakor, pri kliničnem pa je odločanje še vedno bolj subjektivno kot objektivno. Če ima vsaka bolnišnica kar nekaj zaposlenih, ki se ukvarjajo s finančno analizo, jih je zelo malo ali nič, ki se ukvarjajo s klinično analizo. Le na podlagi takih analiz pa je mogoče odločanje na podlagi podatkov.

KLJUČNE BESEDE: *kazalnik kakovosti, proces, management v zdravstvu, spreminjanje na podlagi dokazov*

»Untapped potential is the difference between where a person is now and where he or she can be.«

Bo Bennett

1 NEIZKORIŠČENA PRILOŽNOST

Priložnost je posledica neke okoliščine, ki je ugodna za uresničitev česa. Pogosto se nam ponudi priložnost, pri kateri izkoristimo svoj namen. Lahko je idealna, lahko izredna lahko pa tudi redka. Je hkrati nek dogodek ali dejstvo ali aktivnost, ki omogoča uresničitev česa. Kot prijetno okolje, ki nam da možnost polnega ustvarjanja. Kot varno okolje, ki nam daje možnost sprejetosti. Kot aktivno okolje, ki nam daje možnost doseganja boljših rezultatov. Priložnost zdravstvenih profesionalcev vseh poklicev je, da nudimo pacientom okolje, odnos in znanje. Le v takem sistemu se bo dogajalo, da se bodo pacientu njegove pričakovane in ponujene priložnosti izpolnile. Razočaranje je korak nazaj in postane mlinski kamen okrog na odnosu pacient /sistem. Če pogledamo širše, v današnji čas priljubljenih posploševanj in rumenotiskovnega zagona virtualnih anonimnežev, je razočaranje del vsakodnevne kulture kritičizma, ki ne dodaja konstruktivne note. Neizkoriščenost priložnosti dodaja v ta lonec brbotajoče vsakdanjosti. Načeloma si vsi želimo urejenega okolja, pa ga vedno ne podpiramo.

Kot pacienti si vsi, tudi zdravstveni delavci, želimo varnega okolja v bolnišnici, kjer smo še posebej ranljivi. Bolnišnica s svojim režimom predstavlja konglomerat hotela, zapora, vojašnice in zavetišča. Ko je pacient sprejet ga preoblečemo v uniformo (bolnišnične pižame), damo mu hrano, ki si jo običajno ne želi preveč, prepovedujemo kajenje, ukazujemo dnevni red in pričakujemo, da se mu pacient podreja. V takem okolju je jasno, da je pacientovo razočaranje lahko globlje. Večina vse to sprejema z zavedanje, da je omejitev osebne svobode in deloma tudi integritete potrebna za ponovno pridobitev zdravja. V tako občutljivo okolje je zato nujno vgrajevati varovalke, ki zagotavljajo varnost in hitro in po možnosti popolno okrevanje. Sem sodijo sistemske rešitve, ki se vlečejo zgodovinsko in jih glede na hitrost našega časa prilagajati in popravljati, da ne postanejo neizkoriščena priložnost.

2 PACIENTOV ČAS KOT VREDNOTA

Vrednote so v bolnišnicah, kjer je kakovost vsakdanjik običajno objavljene vsaj na spletnih straneh, običajno pa tudi javno izpostavljene na oddelkih in skupnih prostorih, kjer se gibajo tudi obiskovalci. Srečujemo izraze spoštovanja, strokovnost, človečnost, sodelovanje. Izpolnjevanje vrednot v odnosu med vrednoto, rezultatom in stroškom mora postati glavni cilj zdravstva (Porter, 2101). Pacientov čas se manj krat pojavlja kot vrednota. Razumevanja pacientovega časa sega v začetek procesa, k osebnemu zdravniku, kamor se pacient s težavami prvo zateče. Koliko časa čaka v čakalnici? Je naročen na pogovor in pregled? Ima zdravnik ločeno delo v ambulanti in dežurni službi? Upošteva zdravnik in predhodni pacienti tudi čas ostalih, prihodnjih pacientov? Proces je lahko nato kruto prekinjen v čakanju na potrebno diagnostično preiskavo. Če so laboratorijske preiskave v domeni družinskega zdravnika in zato ne potrebujejo veliko dodatnega časa za izvedbo, je drugače pri napotitvah na ostale potrebne preiskave (na primer ultrazvok, računalniška tomografija in podobno). Pacientovo dožemanje lastne težave ga napoti tudi k samoplačniške ambulante ali preiskave. In enake težave z razumevanjem pacientovega časa se lahko ponovijo na sekundarnem nivoju. Čas postaja pomemben, saj si pacient želi hitre in strokovne obravnave v sistemu. Prav med posameznimi elementi sistema (med primarnim in sekundarnim nivojem) pa prihaja do časovnih lukenj. Lahko bi rekli, da gre za nekakšno »no men's land«, kjer se vsi obrnejo na sistem, ki je v lastništvu države.

3 VODENJE S KAZALNIKI – MALA ŠOLA MANAGEMENTA

V zdravstvu se kakovost v glavnem razume kot rezultat dela posameznika, kljub temu da gre za uspeh tima ali celo celotne organizacije. Veliko manj se upošteva povezava s financiranjem oziroma iskanjem indikatorjev v sami infrastrukturi. Vedno pogosteje se pojavljajo kot posamezni klici v javnost, ko se kazalnik izidov poslabšajo, ali če kakšno ekscesno dejanje postane središčni dogodek. Voditeljstvo, ki je po bolnišnicah in ostalih zdravstvenih ustanovah premalo poudarjeno je bolj slučaj genotipov in družinskih izkušenj kot pa rezultat planiranega razvoja kadrov. Gre za razmišljanje da

je to lateralno področje kakovosti upravljanja s kadri in je neprepoznavna priložnost za boljše vodenje in višjo kakovost. Naši kadrovski oddelki so običajno skladišča potrdil in diplom. Da bi proizvajali vodeno izobraževanje za bodoče voditelje se še ne dogaja. Predvsem za srednji menedžment (predstojnike in odgovorne medicinske sestre) ni planiran izobraževanj v voditeljstvu, kakovosti, tudi ekonomiji, komunikaciji, vodenju sestankov in podobne sposobnosti, ki so nujne za uspešno delo. Tako je določitev o izboru naslednjega vodje oddelka odvisna od mnogih, včasih popolnoma iracionalnih odločitev, temelječih na senioriteti. V kadrovskih oddelkih morajo skrbeti, da se izboljša učinkovitost organizacije in je podcenjena v večini ustanov (Vermeeren idr., 2014). Ni nepomembno da v ta sklop sodijo tudi sveti zavodov. Bolnišnice z bolj učinkovitim vodstvom imajo boljše rezultate zdravljenja in so na lestvicah ocenjevanja višje v primerjavi med angleškimi in ameriškimi bolnišnicami. Boljše bolnišnice imajo svete zavodov oziroma »hospital boards«, ki spremljajo delo s pomočjo kakovostne metrike (Tsai idr., 2015). Torej je dinamika dobre bolnišnice odvisna od celotne voditeljskega ustroja, ki se prične s svetom zavoda in nadaljuje pri vodstvu bolnišnice. V takem okolju je možno še izboljšati klinične rezultate, kljub temu da na prvi pogled ne nudijo veliko povezave. Neizkoriščena priložnost.

Tu vstopa v sistem kakovosti zunanja presoja. Naš star rek govori o lastni hvali, ki se pod mizo vala. Danes ni resnega sistema zagotavljanja kakovosti, ki ne bi temeljil na objektivni zunanji presoji. Jasno je da imajo akreditirane bolnišnice boljše kazalnike kakovosti kot neakreditirane (Scmaltz idr., 2011). To je prepoznal že bivši minister kot predstavnik lastnika bolnišnic. Postopoma prepoznavamo vsi, nekateri z večjim, drugi z manjšim navdušenjem. Seveda spreminjanje potrebuje energijo, vendar če vemo za kašne cilje gre ne more biti ovir pri odločitvi, še manj izgube volje na nadaljnji poti. Zato je potrebno da javnost seznanjamo z našimi rezultati, posebej še z rezultati, ki kažejo na našo kakovost. Definirani so celo nacionalno, a hkrati puščajo prostor za spremljanje v hišah, kjer kakovost razumejo resno in zavzeto. Ne sme se dogajati, da na spletnih strani bolnišnic ne najdeš kazalnikov kakovosti, ki bi po dogovoru morali biti objavljene. Še manj je jasno, da se le ti ne spremljajo na nivoju države in se vračajo preko svetov zavodov nazaj v bolnišnico. Neizkoriščena priložnost.

4 SPREMINJANJE NA PODLAGI DOKAZOV

Nekako hitro razumemo, da je nekaj potrebno spremeniti, če to nismo mi sami. Hitro uvidimo potrebo po spremembi, če se nam ni potrebno nič spremeniti. Spreminjanje je smiselno in usmerjeno, če je na podlagi podatkov, dokazov, lahko abstrahiramo da le na podlagi števil. Torej brez analize ne gre. Vsekakor mora biti analiza prediskutirana in kritično ocenjena. Usmeritve so lahko samo na razumevanju lastnih rezultatov. Ni mogoče dela usmerjati brez realnih podatkov kako delamo. Sem sodijo tudi viri in strukture, ki so potrebni za proces. To je v bolnišnicah običajno del voditeljstva in srednjega managementa. In odločitve? So vedno skladno z dokazanimi potrebami? So vedno usmerjene z upoštevanjem vrednot in ciljev kakovosti? So bolj posledica želja, ki os lahko utopične ali vsaj nerealne? In zopet je rešitev kruto enostavna. Spremljanje

kazalnikov kakovosti nam daje jasne usmeritve. Kje potrebujemo več kadrovske, materialne podpore, kje več vzpodbude in kje več pohvale? Vsi razumemo, da so viri omejeni in ni mogoče, da bi vse imeli vsi. Ravno tako ni mogoče, da vsi potrebujejo vse prav sedaj. Kaj, komu, kdaj in zakaj so težka vprašanja v odločevalskem procesu. Menedžiranje na podlagi dokazov je prenos principov, ki temeljijo na najboljših organizacijskih praksah (Rousseau 2006). Brez podatkov, ki se jim lahko zaupa so te odločitve arbitrarne. Slonijo na kapitalu, ki ga vodja ima in se lahko močno zamaje, če je odločitev napačna, subjektivna. Sproži se veriga opazk, pripomb in postopnega popuščanja želje po spremljanju rezultatov. Zakaj pač, če jih management ne upošteva. Tak kazalniki postanejo sami sebi namen, se ne poročajo, se ne sledijo se ne uporabljajo za svoj namen. Upravljanje se izpreže in veliko energije in volje je potrebno, da se ponovno vzpostavi. K sreči v današnjem času hitrih informacij in poudarka na smernicah kazalniki lahko vsaj intimno ostajajo pri življenju. Bolnišnica pa jih potrebuje vse. Dobro pripravljene, odlično analizirane kot podlago za spremembe. Neizkoriščena priložnost. Tudi na nivoju države.

LITERATURA

Porter ME. What Is Value in Health Care? *N Engl J Med* 2010; 363: 2477-81.

Rousseau DM. Is there such a thing as "Evidence based management"? *Academy of Management Review* 2006, 31(2): 256–69.

Schmaltz SP, Williams SC, Chassin MR, Loeb JM, Wachter RM. Hospital performance trends on national quality measures and the association with Joint Commission accreditation. *J Hosp Med* 2011 Oct; 6(8): 454-61.

Tsai TC, Jha AK, Gawande AA, Huckman RS, Bloom N, Sadun R. Hospital board and management practices are strongly related to hospital performance on clinical quality metrics. *Health Aff (Millwood)* 2015 Aug; 34(8): 1304-11.

Vermeeren B, Steijn B, Tummers L, Lankhaar M, Poerstamper RJ, van Beek S. HRM and its effect on employee, organizational and financial outcomes in health care organizations. *Hum Resour Health* 2014 Jun 17;12: 35.

ANALIZA VPLIVA MEDNARODNE AKREDITACIJE NA ZADOVOLJSTVO ZAPOSLENIH

mag. Jožef Sever

IZVLEČEK

Teoretična izhodišča: Zadovoljstvo zaposlenih je ena najkompleksnejših nalog sodobnega managementa organizacij, še posebej humanih ustanov, kot je bolnišnica. Akreditacija je eden od vplivnih mehanizmov za ocenjevanje uspešnosti zdravstvenih organizacij. Akreditacijski sistemi lahko spreminjajo merila, po katerih se določa uspeh zdravstvene organizacije. Naš namen je bil raziskati, kako postopek akreditacije in dodatne aktivnosti, ki jih zahteva, vplivajo na zadovoljstvo zaposlenih v Splošni bolnišnici Murska Sobota.

Metoda dela: V teoretičnem delu raziskave smo uporabili metodo komparacije in sinteze. V empiričnem delu raziskave smo uporabili kvantitativno metodo raziskovanja, in sicer neeksperimentalno kvantitativno raziskovanje z uporabo primarno zbranih anketnih podatkov. Za ta namen je bila na podlagi prirejenega anketnega vprašalnika izvedena kvantitativna raziskava, ki je zajela vzorec 217 zaposlenih v Splošni bolnišnici Murska Sobota.

Rezultati: Glavni sklep raziskave je, da je akreditacija bolnišnice pozitivno vplivala na zadovoljstvo zaposlenih. Naslednji pomemben sklep raziskave je, da je proaktivno delovanje zaposlenih pozitivno povezano z zadovoljstvom zaposlenih. Sklep raziskave je tudi, da se je pokazala pričakovana razlika v zadovoljstvu zaposlenih med zdravstvenimi in nezdravstvenimi delavci. Pri zdravstvenih delavcih je moč zaznati nekoliko višji nivo zadovoljstva kot pri nezdravstvenih.

Razprava in zaključek: Zaključimo lahko, da je akreditacija, kljub povečanim zahtevam glede obstoječega znanja in ustaljene prakse, pozitivno vplivala na zadovoljstvo zaposlenih, tako v zdravstvenem kot nezdravstvenem sektorju. Zaposleni so se aktivno vključili v postopek akreditacije, ponotranjili nova pravila in lastni prispevek pri izboljšavah dojemali kot doprinos k splošnemu izboljšanju kakovosti storitev na ravni celotne bolnišnice. To pa se odraža kot povečano zadovoljstvo zaposlenih po izvedbi postopka akreditacije. Izid raziskave je uporabno spoznanje za sodoben management zdravstvenih organizacij. Raziskavo bi bilo smiselno ponoviti čez določeno časovno obdobje, narediti primerjavo ter jo razširiti na vse nivoje zdravstvenega varstva v Sloveniji.

KLJUČNE BESEDE: zdravstvo, zadovoljstvo, zaposleni, akreditacija, kakovost, management

1 OPREDELITEV OBRAVNAVANEGA PROBLEMA

Zaposleni so eden izmed najpomembnejših dejavnikov poslovanja sleherne organizacije in prav zaradi tega je treba narediti vse, da se v organizaciji dobro počutijo, ustvarjajo pozitivno vzdušje in pripomorejo k ugledu organizacije. To se še posebno odraža v humani ustanovi, kot je bolnišnica. Lipičnik (1998, str. 23) meni, da so zaposleni zadovoljni le, če se izpolnijo posameznikova pričakovanja. Stopnja zadovoljstva pa je odvisna od količine izpolnjenih dejavnikov zadovoljstva, ki so pomembni za zaposlenega. Velik poudarek daje motivaciji, ki vpliva na zadovoljstvo zaposlenih ter vodi k doseganju višjih ciljev in samopotrjevanja.

2 DELOVNO ZADOVOLJSTVO

Zadovoljstvo zaposlenih pri delu predstavlja eno najbolj kompleksnih področij, s katerimi se pri upravljanju svojih zaposlenih soočajo današnji managerji. Številne študije potrjujejo, da ima zadovoljstvo zaposlenih pri delu velik vpliv na motivacijo zaposlenih, produktivnost zaposlenih ter uspešnost poslovanja celotne organizacije. Kljub številnim znanstvenim raziskavam kot tudi v vsakdanjem življenju še vedno obstaja vprašanje, kaj se opredeljuje kot zadovoljstvo zaposlenih pri delu, saj v resnici nimamo niti dokončne opredelitve, kaj sploh delo je (Aziri, 2011).

Delovno zadovoljstvo je pomembno za vse zaposlene v bolnišničnem okolju. Analize kažejo, da je strokovni razvoj najpomembnejši za zdravnike, sledijo diplomirane medicinske sestre in drugi zaposleni. Medicinske sestre in drugo pomožno osebje dajejo velik poudarek ustreznemu in pravočasnemu informiranju njihovih nadrejenih (Krogstad idr., 2006).

Zanimive so tudi študije o zadovoljstvu na delovnem mestu med različnimi poklicnimi skupinami zaposlenih v bolnišnici. V eni izmed študij, ki so jo izvedli v enem izmed zdravstvenih zavodov na Finskem, je bilo ugotovljeno, da so najmanj zadovoljni na področju zdravstvene nege, sledijo jim še zaposleni v tehnično-vzdrževalni službi. Najbolj zadovoljno pa je administrativno osebje ter zdravniki (Kvist, Mäntynen in Vehviläinen Julkunen, 2013).

3 AKREDITACIJA ZDRAVSTVENIH USTANOV

Akreditacijo bolnišnic je že skoraj pred sto leti razvil American College of Surgeons v Združenih državah Amerike (Smits, Spachutikul in Mate, 2014). Ljudje, ki delajo v zdravstvenih organizacijah, so zavezani k zagotavljanju najboljše možne skrbi za svoje bolnike. V sodobnem okolju zdravstvenega varstva je to zelo težko vzdrževati. Akreditacija zagotavlja temelje za oblikovanje sistemov oskrbe v različnih zdravstvenih organizacijah. Visoka zanesljivost navdihuje ljudi in organizacije, da si prizadevajo za najvišjo raven učinkovitosti (Wilson, 2014). Akreditacijo zdravstvenih organizacij je treba spodbujati in podpirati, saj le-ta pomembno vpliva na izboljšanje zdravstvenih storitev. Številni avtorji opisujejo, da akreditacija izboljša proces zdravstvenih storitev.

Zelo pomembna so izobraževanja zdravstvenih delavcev o koristih in prednostih akreditacije. Posebej so izpostavljene prednosti in koristi za zaposlene (Alkhenizan in Shaw, 2011).

4 POVEZAVA AKREDITACIJE ZDRAVSTVENIH USTANOV Z ZADOVOLJSTVOM PRI DELU

Goubar (2015, str. 106–7) je na podlagi ugotavljanja zadovoljstva zaposlenih, poleg ocenjevanja delovnih razmer, odnosov pri delu in organiziranosti organizacije, ocenjevala tudi odnos do kakovosti in standarda DIAS po pridobitvi akreditacije. Pokazala se je visoka stopnja zadovoljstva zaposlenih s svojim delom in odnosi s sodelavci. Nezadovoljstvo pa se kaže v odnosu vodstva do podrejenih, organiziranosti in načinu vodenja medicinskega sektorja v izbrani organizaciji. Večina zaposlenih ima pozitivno stališče do standardov kakovosti v zdravstvu in zahteve standarda DIAS. Manzo in sodelavci (2012) ugotavljajo korelacijo med zadovoljstvom zaposlenih in akreditacijo bolnišnice. Zaposleni se čutijo odgovorne za priznanje in status, ki ga je bolnišnica pridobila s procesom akreditacije. Poleg zadovoljstva izpostavljajo še druge pozitivne vidike, kot so: povečana možnost strokovnega razvoja, izboljšana varnostna kultura, standardizacija posameznih procesov, boljše upravljanje z medicinsko tehničnimi pripomočki (edukacija posameznih strokovnjakov), učenje in izmenjava izkušenj v organizaciji.

5 RAZISKAVA O ZADOVOLJSTVU ZAPOSLENIH V POVEZAVI Z AKREDITACIJO V SPLOŠNI BOLNIŠNICI MURSKA SOBOTA

Uspešna akreditacija je pomemben pokazatelj kakovostne izvedbe storitev in ugleda zdravstvene ustanove, vendar pa od zaposlenih zahteva pridobitev dodatnih znanj in večje delovne obremenitve. Naš namen je bil raziskati, kako postopek akreditacije in dodatne aktivnosti, ki jih zahteva, vplivajo na zadovoljstvo zaposlenih v bolnišnici.

5.1 Dejavniki zadovoljstva, s katerimi smo merili stopnjo zadovoljstva zaposlenih v Splošni bolnišnici Murska Sobota

Za merjenje zadovoljstva zaposlenih v Splošni bolnišnici Murska Sobota smo izpostavili naslednje dejavnike: delovne razmere; samostojnost, soodločanje; odnose pri delu; karierni razvoj; informiranost, komunikacija; varnost zaposlitve; delovne obremenitve; neposredni vodja in vodstvo bolnišnice ter proaktivnost zaposlenih.

5.2 Postopek, vzorec, inštrument

Raziskava je potekala v Splošni bolnišnici Murska Sobota med zaposlenimi v zdravstveni in nezdravstveni dejavnosti. V času raziskave je bilo v bolnišnici zaposlenih 679 zdravstvenih in 265 nezdravstvenih delavcev. Med zdravstvene delavce se uvrščajo: zdravniki, medicinske sestre, fizioterapevti, delovni terapevti, delavci v laboratoriju.

Med zaposlene v nezdravstveni dejavnosti pa štejemo: administratorsko službo, čistilno službo, vzdrževalno službo in ostale zaposlene. V raziskavo smo vključili 30 % zaposlenih v zdravstveni dejavnosti in 40 % v nezdravstveni dejavnosti. Vprašalnik je bil naključno razdeljen na posamezna delovna mesta bolnišnice. Število anket je bilo natančno prilagojeno velikosti delovišč oziroma posameznih delovnih enot. Pričakovali smo 50–60 % odzivnost, dejansko pa je bilo vrnjenih 68,2 % vseh anketnih vprašalnikov. Vrnjenih je bilo 217 anketnih vprašalnikov. Število vrnjenih anket dokazuje, da je bil vzorec zelo reprezentativen.

5.3 Rezultati

Zadovoljstvo zaposlenih v bolnišnici je pozitivno povezano z akreditacijo bolnišnice.

Zadovoljstvo zaposlenih pred in po začetku postopka akreditacije – t-preizkus dvojic. Vse dimenzije zadovoljstva so statistično značilno višje po akreditaciji.

Tabela 1: Zadovoljstvo zaposlenih pred in po začetku postopka akreditacije – t-preizkus dvojic

	Aritmetična sredina	Standardni odklon	t	Št. prostostnih stopenj	p
Delovne razmere – pred	3,31	0,75	-12,205	198	< 0,0001
Delovne razmere – po	4,00	0,58			
Samostojnost, soodločanje – pred	3,23	0,69	-8,789	198	< 0,0001
Samostojnost, soodločanje – po	3,70	0,70			
Odnosi pri delu – pred	3,45	0,72	-2,999	207	0,003
Odnosi pri delu – po	3,63	0,76			
Karierni razvoj – pred	3,11	0,78	-3,006	197	0,003
Karierni razvoj – po	3,31	0,88			
Informiranost, komunikacija – pred	3,07	0,78	-9,002	197	< 0,0001
Informiranost, komunikacija – po	3,64	0,79			
Varnost zaposlitve – pred	3,41	0,76	-3,372	197	0,001
Varnost zaposlitve – po	3,60	0,77			
Delovne obremenitve – pred	3,43	0,66	2,221	197	0,028
Delovne obremenitve – po	3,26	1,06			
Neposredni vodja – pred	3,55	0,77	-5,231	196	< 0,0001
Neposredni vodja – po	3,80	0,81			
Vodstvo bolnišnice – pred	3,26	0,61	-7,122	197	< 0,0001
Vodstvo bolnišnice – po	3,60	0,74			

Aktivni pristop vseh zaposlenih pri postopkih akreditacije pozitivno vpliva na zadovoljstvo zaposlenih. Proaktivnost zaposlenih – t-preizkus dvojic. Aktivni pristop je statistično značilno bolj ocenjen.

Tabela 2: Proaktivnost zaposlenih – t-preizkus dvojic

	Aritmetična sredina	Standardni odklon	t	Št. prostostnih stopenj	p
Proaktivnost zaposlenih - pred	3,16	0,66	-9,833	197	< 0,0001
Proaktivnost zaposlenih - po	3,74	0,69			

Med zdravstvenimi in nezdravstvenimi delavci obstaja značilna razlika v zadovoljstvu povezanem z akreditacijo. T-preizkus za neodvisna vzorca (razlike v dimenzijah med zdravstvenimi delavci večje kot med nezdravstvenimi). Če bi upoštevali spremembe na vseh področjih, potem je akreditacija prinesla spremembe zdravstvenim delavcem za 0,35 točke, nezdravstvenim delavcem pa za 0,22 točke. Razlika je premajhna, da bi jo statistično potrdili ($t = 1,28$; $p = 0,201$). Akreditacija je prinesla večje spremembe za zdravstvene delavce le v določenih primerih (delovne razmere, informiranost in komunikacija, delovne obremenitve).

Tabela 3: Spremembe v zadovoljstvu kot posledica akreditacije glede na nezdravstvene delavce – t-preizkus za neodvisna vzorca

	Zdravstveni delavec	Število	Aritmetična sredina razlik med 2. in 1. obdobjem	Standardni odklon	F1	p ²	df ³	t ⁴	p ⁵
Delovne razmere	da	159	0,76	0,79	2,358	0,126	2,773	197	0,006
	ne	40	0,38	0,72					
Samostojnost, soodločanje	da	159	0,51	0,73	0,547	0,461	1,721	197	0,087
	ne	40	0,29	0,79					
Odnosi pri delu	da	169	0,22	0,89	0,438	0,509	1,191	206	0,235
	ne	39	0,03	0,86					
Karierni razvoj	da	159	0,22	0,94	0,032	0,859	0,417	196	0,677
	ne	39	0,15	1,05					
Informiranost, komunikacija	da	159	0,65	0,91	1,008	0,317	2,304	196	0,022
	ne	39	0,28	0,84					
Varnost zaposlitve	da	159	0,23	0,78	0,343	0,559	1,678	196	0,095
	ne	39	0,00	0,73					
Delovne obremenitve	da	159	-0,26	1,12	7,309	0,007	-2,938	76,395	0,004
	ne	39	0,21	0,83					
Neposredni vodja	da	158	0,24	0,62	1,228	0,269	0,01	195	0,992
	ne	39	0,24	0,79					
Vodstvo bolnišnice	da	159	0,36	0,68	0,073	0,787	0,615	196	0,539
	ne	39	0,28	0,66					
Skupaj	da	169	0,35	0,56	0,179	0,672	1,282	207	0,201
	ne	40	0,22	0,64					

- 1 = Levenova F statistika za preizkus enakosti varianc.
- 2 = tveganje, da zavrnamo ničelno hipotezo, da sta varianci enaki.
- 3 = število stopinj prostosti.
- 4 = t-statistika, s katero preizkušamo enakost aritmetičnih sredin.
- 5 = tveganje, da zavrnamo ničelno hipotezo, da sta aritmetični sredini enaki.

6 ZAKLJUČEK

Iz ugotovitev naše raziskave je razvidno, da so zaposleni delovne razmere evidentno boljše ocenili po izvedbi postopka akreditacije Splošne bolnišnice Murska Sobota. Rezultati raziskave so pokazali povečanje zadovoljstva v smislu samostojnosti in soodločanja. Zaposleni so za obdobje pred in po akreditaciji najvišje ocenili element svobode in samostojnosti. Kot pomemben vidik naše raziskave smo izpostavili tudi odnose pri delu med zaposlenimi. V naši raziskavi smo ugotovili, da je to eno izmed področij, ki se je najmanj spremenilo po akreditaciji. Zaposleni so jasno izrazili pomen informiranosti in komunikacije. Najbolj cenijo, da so sproti obveščeni o dogodkih v organizaciji, da so seznanjeni s cilji bolnišnice ter da dobijo podatke o tekočih poslovnih rezultatih. Prav tako naša raziskava ni pokazala večjih razlik glede varnosti zaposlitve. Najslabše ocenjeni element, ki so ga zaposleni ocenili, je plača in druge materialne ugodnosti.

Po pričakovanju smo tudi na področju zadovoljstva z delovnimi obremenitvami zaznali samo minimalne razlike, in sicer se je zadovoljstvo po akreditaciji le za malenkost dvignilo. Najtežje so se zaposleni sprijaznili z dodatnim obsegom administrativnega dela. Pogosto trdimo, da osnovna funkcija bolnišnic namreč ni administrativna, zato tem nalogam neradi posvečajo dovolj pozornosti. Posledično dodatna administrativna dela skrajšujejo čas, ki ga zdravstveni delavci posvečajo pacientom.

Zaznali smo tudi razlike glede kariernega razvoja zaposlenih, kjer se je zadovoljstvo zaposlenih povečalo v času po akreditaciji. Zaposleni so najslabše ocenili zadovoljstvo v povezavi z možnostjo napredovanja, ki je ostalo na enaki ravni tako pred kot po akreditaciji bolnišnice. Zdravstvene inštitucije bi zaposlenim morale zagotoviti osebni in karierni razvoj, jih nagraditi za uspešno delo in spodbujati dobre medsebojne odnose. Zadovoljstvo zaposlenih je namreč predpogoj za njihovo pripadnost.

Naša raziskava je proučevala tudi zadovoljstvo zaposlenih z vodstvom organizacije in neposrednim vodjem. V obeh elementih so zaposleni zaznali pozitivne spremembe po akreditacijski presoji bolnišnice. Največji doprinos v smislu izboljšanja zadovoljstva so zaposleni občutili pri komunikaciji z neposrednim vodjem ter strokovnostjo vodje. Najvišjo povprečno oceno zadovoljstva je dobila skrb za ugled organizacije, to velja za pred in po akreditaciji. Večjo pozitivno razliko v zadovoljstvu so zaposleni zaznali tudi pri parametru izkoriščenosti potenciala nadpovprečno sposobnih zaposlenih ter jasnosti politike in ciljev bolnišnice.

V zadnjem sklopu smo analizirali zadovoljstvo glede na proaktivnost zaposlenih. Lahko trdimo, da se je zadovoljstvo s proaktivnostjo zaposlenih po akreditaciji dvignilo v vseh elementih ocenjevanja. Izstopa element, ki se nanaša na aktivnosti delovnih skupin,

ki dosega največjo pozitivno spremembo. Proaktivno vedenje zaposlenih v bolnišnici se odraža z izkazovanjem podpore in zaupanja managementu bolnišnice. Proaktivno delovanje v bolnišnici se najbolj odraža pri posameznikih in določenih skupinah, ki so pripravljeni narediti določene aktivnosti tudi izven svojega delokroga opisa del in nalog. Zaključimo lahko, da je postopek akreditacije pozitivno vplival na zadovoljstvo zaposlenih, saj je prišlo do izboljšav pri vseh desetih dejavnikih, ki smo jih analizirali. Poudariti pa velja dejstvo, da se je največji napredek pokazal pri delovnih razmerah, najmanjši pa pri delovnih obremenitvah.

LITERATURA

- Alkhenizan A, Shaw C. Impact of accreditation on the quality of healthcare services: a systematic review of the literature. *Ann Saudi Med* 2011; 31(4): 407-16.
- Aziri B. Job satisfaction: A literature review. *Management Research and Practice*. 2011; 3 (4): 77-8.
- Goubar P. Analiza procesa mednarodne akreditacije po standardu DNV v Termah Dobrna d. d. [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede; 2015.
- Krogstad U, Hofoss D, Veenstra M, Hjortdahl P. Predictors of job satisfaction among doctors, nurses and auxiliaries in Norwegian hospital: relevance for micro unit culture. *Hum Resour Health* 2006; 17(4): 3.
- Kvist T, Mäntynen R, Vehviläinen-Julkunen K. Does Finnish hospital staff job satisfaction vary across occupational groups ? *BMC Health Serv Res* 2013; 13: 376.
- Lipičnik B. Ravnanje z ljudmi pri delu. Ljubljana: Gospodarski vestnik; 1998.
- Manzo BF, Teodoro HC, Ribeiro C, Menezes Brito MJ, Alves M. Nursing in the hospital accreditation process: practice and implications in the work quotidian. *Rev lat Am Enfermagem* 2012; 20(1): 151-8.
- Smits H, Spachutikul A, Mate SK. Hospital accreditation: lessons from low – and middle – income countries. *Global Health* 2014; 65 Suppl 10: 1-2.
- Wilson P. Hospital accreditation – a foundation for high reliability. *Word Hosp Health Serv* 2014; 50(1): 13-5.

KRITERIJI ZA ZAGOTAVLJANJE VARNE IN KAKOVOSTNE OSKRBE NA NEGOVALNEM ODDELKU

Judita Slak

IZVLEČEK

Za kakovostno in varno delovanje negovalnega oddelka je pomemben postopek premestitve bolnika iz akutnega na negovalni oddelek. Premestitev na negovalni oddelek mora biti vedno načrtovana, akutna obravnava mora biti zaključena, kar je razvidno iz odpustnice, v kateri so napisana vsa navodila za nadaljnje postopke in cilji neakutne obravnave. Določili smo kriterije za ustrezno premestitev in dokumentacijo, ki mora bolnika spremljati ob premestitvi. Pomembne so odgovornosti in pristojnosti osebja iz akutnega in negovalnega oddelka ter dobra komunikacija ob predaji bolnika iz akutne v neakutno obravnavo.

Zaradi visoke povprečne starosti bolnikov, težavnosti kroničnih bolezni v visokem stadiju in drugih specifičnih lastnosti bolnikov, ki se oskrbujejo na negovalnem oddelku, je potrebno za kakovostno in varno obravnavo zagotoviti tudi ustrezno delovanje v času dežurstva; da se zagotovi ustrezna uporaba ovirnic, korekcije pri predpisani terapiji v primeru potrebe, ustrezno ravnanje ob morebitnem poslabšanju zdravstvenega stanja bolnikov, ki zahteva aktivno vključitev zdravnika, sledenje ciljem obravnave.

V prispevku so opisani na novo uvedeni ukrepi, ki smo jih uvedli zaradi različnih konkretnih težav pri delovanju negovalnega oddelka.

KLJUČNE BESEDE: *neakutna bolnišnična obravnava, negovalni oddelek, varnost, kakovost*

1 UVOD

Potrebe po zdravstveni in tudi socialni obravnavi prebivalstva se v celotnem svetu nenehno spreminjajo in so odraz demografskih sprememb kot je staranje prebivalstva. Posledično naraščanje kroničnih obolenj, skrajševanje ležalnih dob v bolnišnicah, obvladovanje stroškov in drugi dejavniki, narekujejo organizacijske spremembe, ki izboljšujejo kakovost in učinkovitost zdravstvenih obravnav. Ena izmed oblik obvladovanja nastalih sprememb je ustanavljanje negovalnih oddelkov, ki se je tudi v našem prostoru dobro uveljavila.

Na negovalnem oddelku se izvaja neakutna bolnišnična obravnava. Takšna organizacijska oblika je sestavni del celostne zdravstvene obravnave, saj pripomore k večji kakovosti oskrbe tistih bolnikov, ki po zaključenem zdravljenju akutnega obolenja v bolnišnici potrebujejo rehabilitacijo, zdravstveno vzgojo, nadaljevanje zdravstvene nege, nadaljevanje v bolnišnici začete terapije in ob tem strokovni nadzor. Izvajanje

programa neakutne obravnave omogoča bolnikom po zaključeni akutni zdravstveni obravnavi varnejši prehod v domačo oskrbo ali institucionalno nastanitev in povečuje kakovost njihovega življenja. Obenem takšna obravnava zagotavlja tudi učinkovitejšo in racionalnejšo porabo finančnih sredstev.

2 ZNAČILNOSTI NEAKUTNE OBRAVNAVE NA NEGOVALNEM ODDELKU

Premestitev bolnika z akutnega bolniškega oddelka na oddelek za neakutno obravnavo mora biti vedno načrtovana, potreben je predhodni dogovor z vodjo negovalnega oddelka. Za zagotavljanje kakovostnega in varnega odpusta že med akutno obravnavo zdravnik in medicinska sestra ocenita potrebo po nadaljevanju obravnave na negovalnem oddelku. Prvo oceno, če to ni bilo ugotovljeno že prej, naredita ločeno sedmi dan hospitalizacije, ki se smatra za povprečno ležalno dobo v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Klinika Golnik), in jo dokumentirata. Pobudo za sprejem na negovalni oddelek lahko poda tudi drug zdravstveni sodelavec, bolnik ali svojci neposredno lečečemu zdravniku ali vodji negovalnega tima (SOP 104-004, 2009).

Pri bolniku, ki se premešča na negovalni oddelek, mora biti izpolnjen eden od kriterijev: potrebe bolnika po nadaljevanju zdravstvene nege, zdravstveni vzgoji in rehabilitaciji ali čakanje bolnika na rešitev socialnega problema, dekolonizacija z MRSA (Meticilin rezistentni *Staphylococcus aureus*), paliativna oskrba ali če je odločitev za sprejem sprejeta po posebnem dogovoru z direktorjem bolnišnice in vodjo negovalnega oddelka. Zaključena morata biti tudi diagnostika in akutno zdravljenje (SOP 104-002, 2009).

Organizacijo in izvajanje neakutne bolnišnične obravnave v Kliniki Golnik ureja dokumentacija, ki je izrednega pomena za enotno razumevanje neakutne obravnave vseh zaposlenih, omogoča dobro komunikacijo vseh članov zdravstvenega tima, zagotavlja kontinuiteto in kakovost ter individualno obravnavo bolnikov, sistematičnost obravnave ter je osnova za spremljanje kazalnikov kakovosti oskrbe ter za raziskovanje, in je hkrati tudi pomembno orodje za izvajanje pedagoškega dela (Slak, 2013).

3 KARAKTERISTIKE VZORCA BOLNIKOV, KI SE OSKRBUJEJO NA NEGOVALNEM ODDELKU KLINIKE GOLNIK

Na negovalnem oddelku Klinike Golnik oskrbujemo bolnike, ki so na oddelek neakutne obravnave premeščeni z akutnih oddelkov klinike, pri katerih obravnava bolezni ne zahteva več diagnostičnih in terapevtskih postopkov, potrebujejo pa nadaljevanje zdravstvene nege, zdravstveno vzgojo in rehabilitacijo z namenom izboljšanja sposobnosti samooskrbe in vodenja bolezni doma. Na oddelek se premešča tudi bolnike, pri katerih je potrebno razrešiti socialne probleme, kot je na primer nastanitev

v socialno ustanovo in pa bolnike, ki potrebujejo paliativno oskrbo ter bolnike, ki so odvisni od aparata za umetno predihavanje.

3.1 Bolniki vključeni v neakutno obravnavo z namenom rehabilitacije, zdravstvene nege in zdravstvene vzgoje ter bolniki s problemi socialne narave

Za skupino bolnikov, pri katerih je namen neakutne obravnave nadaljevanje zdravstvene nege, zdravstvene vzgoje, rehabilitacije in razrešitev socialnih problemov, tako imenovani negovalni bolniki (izvzeti so bolniki vključeni v paliativno oskrbo), v Kliniki Golnik vodimo kazalnike kakovosti izvajanja neakutne bolnišnične obravnave.

V letih od 2010 do 2015 je bilo na negovalni oddelek sprejetih 818 bolnikov, kar predstavlja 2% vseh bolnikov, ki so bili v enakem času sprejeti v Kliniko Golnik (tabela 1).

Tabela 1: Delež negovalnih bolnikov na negovalnem oddelku

Leto	Št. vseh sprejetih bolnikov v Kliniko Golnik	Št. sprejetih bolnikov na negovalni oddelek	Delež bolnikov na negovalnem oddelku
2010	5940	148	2,5%
2011	8186	125	1,5%
2012	6479	132	2%
2013	6533	130	2%
2014	9137	136	1,5%
2015	5524	147	2,7%
Skupaj	41799	818	2%

Povprečna starost negovalnih bolnikov je pri moških med 73 in 74 leti, pri ženskah pa med 73 in 79 leti. Delež starih nad 65 let se giblje med 73 in 80% (tabela 2).

Tabela 2: Povprečna starost negovalnih bolnikov na negovalnem oddelku

Leto	Povprečna starost v letih		Stari nad 65 let	min	max
	moški	ženske			
2010	73,7	73,7	80%	28	97
2011	73	74	76%	32	98
2012	73,8	74	75,5%	39	93
2013	74,7	74,9	73%	33	106
2014	74,5	76,08	83%	34	93
2015	74,3	79,7	87%	43	97

Povprečna ležalna doba negovalnih bolnikov na negovalnem oddelku je bila v letih od 2010 do 2015 od 16 do 21 dni (tabela 3).

Tabela 3: Povprečna ležalna doba negovalnih bolnikov na negovalnem oddelku

Leto	Povprečna ležalna doba
2010	16
2011	18,9
2012	21
2013	16
2014	15,6
2015	15,7

Večina negovalnih bolnikov je z oddelka za neakutno bolnišnično obravnavo odpuščenih domov oziroma v institucionalno varstvo (od 60 do 70%), število odpuščenih na drugo samostojno lokacijo za izvajanje neakutne bolnišnične obravnave se v zadnjih letih zmanjšuje (od 0 do 9%). Nazaj v akutno obravnavo je vključenih od 14 do 19% bolnikov, v paliativno oskrbo pa 11 do 14%. Na leto umre od 3 do 8% negovalnih bolnikov (tabela 4).

Tabela 4: Odpust negovalnih bolnikov z negovalnega oddelka

Leto	Št. Sprejetih negovalnih bolnikov	Odpuščeni domov ali v institucionalno varstvo	Odpuščeni na drugo samostojno lokacijo za izvajanje neak. bolnišnične obravnave	Vključeni nazaj v akutno obravnavo	Vključeni v paliativno oskrbo	Umrli
2010	148	104 (70%)	13 (9%)	20 (13,5%)	/	11 (7,5%)
2011	125	88 (70,5%)	9 (7%)	18 (14,5%)	/	10 (8%)
2012	132	92 (70%)	2 (1,5%)	19 (14,5%)	15 (11%)	4 (3%)
2013	130	78 (60%)	7 (5%)	25 (19%)	12 (9%)	6 (4,6%)
2014	136	88 (66%)	0	21 (16%)	19 (14%)	5 (4%)
2015	147	90 (61,6%)	1 (0,7%)	28 (19,2%)	20 (13,7%)	7 (4,8%)
Skupaj	818	540 (66%)	32 (3,9%)	131 (16%)	66 (8%)	43 (5,3%)

Opomba: V letih 2012, 2013, 2014, 2015 – 1 bolnik še ni bil odpuščen

Polovica negovalnih bolnikov sprejetih na negovalni oddelk je pri opravljanju življenjskih aktivnosti popolnoma odvisnih od medicinske sestre (III. kategorija zahtevnosti zdravstvene nege), tretjina je delno odvisna (II. kategorija zahtevnosti zdravstvene nege), v povprečju 15% bolnikov je pretežno samostojnih (I. kategorija zahtevnost zdravstvene nege). Ob odpustu se delno zmanjša delež bolnikov, ki so popolnoma odvisni od pomoči medicinske sestre, delež delno odvisnih se od sprejema do odpusta ne spremeni bistveno, delež pretežno samostojnih se delno zviša (tabela 5).

Tabela 5: Stopnja zahtevnosti zdravstvene nege ob sprejemu in ob odpustu- negovalni bolniki

	Kategorija zahtevnosti zdravstvene nege					
	Ob sprejemu			Ob odpustu		
	I.	II.	III.	I.	II.	III.
2010	27 (23,0%)	38 (32,5%)	52 (44,5%)	36 (31%)	34 (29%)	47 (40%)
2011	18 (18,5%)	29 (30%)	50 (51,5%)	20 (21%)	37 (38%)	40 (41%)
2012	11 (12%)	31 (33%)	52 (55%)	17 (18%)	30 (32%)	47 (50%)
2013	16 (13%)	48 (37%)	65 (50%)	23 (18%)	35 (27%)	71 (55%)
2014	24 (18%)	45 (33%)	67 (49%)	22 (25%)	25 (28%)	41 (47%)
2015	8 (5,4%)	46 (31,3%)	93 (63,3%)	11 (7,5%)	53 (36,3%)	82 (56,2%)
Skupaj	104 (15%)	237 (32%)	379 (52,2%)	129 (20%)	214 (31,7%)	328 (48,2%)

Opomba: V letih 2012, 2013, 2014, 2015 – 1 bolnik še ni bil odpuščen

3.2 Bolniki vključeni v paliativno oskrbo

Na negovalnem oddelku Klinike Golnik poleg bolnikov, pri katerih je namen obravnave rehabilitacija, zdravstvena nega in zdravstvena vzgoja ter reševanje socialnih problemov, oskrbujemo tudi bolnike, ki so vključeni v paliativno oskrbo. Teh obravnavamo v povprečju okrog 155 letno, od tega je 2/3 moških in 1/3 žensk. Povprečna starost pri ženskah je 74 let, pri moških pa 70 let, delež bolnikov nad 65 let je 72%. Povprečna ležalna doba je 13 dni. Dobro polovico bolnikov v paliativni oskrbi odpustimo domov ali v socialne institucije, polovica bolnikov v paliativni oskrbi umre na negovalnem oddelku (podatki veljajo za leto 2014).

Ob sprejemu na negovalni oddelek (podatki veljajo za leto 2014) je 59% bolnikov, ki so vključeni v paliativno oskrbo, popolnoma odvisnih od medicinske sestre pri opravljanju življenjskih aktivnosti (III. kategorija zahtevnosti zdravstvene nege), 30% je delno odvisna (II. kategorija zahtevnosti zdravstvene nege), 12% pa je pretežno samostojnih (I. kategorija zahtevnost zdravstvene nege). Ob odpustu se zmanjša delež bolnikov, ki so pretežno samostojni za 1%, za polovico se zmanjša delež bolnikov, ki so delno odvisni, za 15 % pa se poveča delež bolnikov, ki so popolnoma odvisni od medicinske sestre pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti (tabela 6).

Tabela 6: Stopnja zahtevnosti zdravstvene nege ob sprejemu in ob odpustu – bolniki vključeni v paliativno oskrbo

Podatki veljajo za leto 2014	Kategorija zahtevnosti zdravstvene nege					
	Ob sprejemu			Ob odpustu		
	I.	II.	III.	I.	II.	III.
	12%	30%	59%	11%	15%	74%

3.3 Negovalni problemi pri oskrbi bolnikov v neakutni obravnavi

Na negovalnem oddelku Klinike Golnik obravnavamo bolnike, ki so v dobri polovici primerov popolnoma odvisni od medicinske sestre pri opravljanju življenjskih aktivnosti, tekom bivanja na negovalnem oddelku se delež teh bolnikov še zvišuje na račun bolnikov vključenih v paliativno oskrbo, tretjina bolnikov pa je delno odvisna od medicinske sestre. Glede na kategorizacijo zahtevnosti zdravstvene nege pri bolnikih ugotavljamo naslednje najpogostejše negovalne diagnoze po Gordonovi, 2003: popolna nezmožnost samonege, popolna inkontinenca urina, črevesna inkontinenca, nepopolna mobilnost v postelji, nevarnost poškodbe, nevarnost za poškodovanje kože, nevarnost infekcije, neučinkovito dihanje, neučinkovito čiščenje dihalnih poti, nepopolna izmenjava plinov, bolečina, motnje v ritmu spanja.

Glede na najpogostejše negovalne diagnoze so problem na negovalnem oddelku padci bolnikov oziroma ogroženost bolnikov za padec. Padci se dogajajo kljub vzpostavitvi mreže preventivnih ukrepov in se bodo verjetno tudi v bodoče. Problem predstavljajo tudi ponovni padci bolnikov potem, ko smo po prvem padcu načrtovali in izvedli vse možne preventivne in korektivne ukrepe v širšem multidisciplinarnem timu (tabela 7). Občasno moramo za zagotavljanje varnosti bolnikov pred padcem in posledičnimi poškodbami izvajati tudi oviranje bolnika s pomočjo ovirnic (tabela 8). Ker z oviranjem bolnika kršimo ustavno človekovo pravico in temeljno svoboščino - svobodo gibanja (Ustava Republike Slovenije, 2008, str. 57), naj bo namestitev ovirnic le skrajni ukrep za zagotavljanje varnosti bolnika. Ovirnice naj bodo uporabljene le v primeru, ko ni drugih praktičnih alternativ in predvsem, ko obstajajo razumljivi razlogi za uvedbo ovirnic (Gastmans in Milisen, 2006; cit. po Kadivec, 2012). Vsaka uporaba ovirnic mora temeljiti na tehtanju oziroma individualni oceni za uporabo ovirnic in na ponovni oceni potreb po uporabi ovirnic (Bray idr., 2004; cit. po Kadivec, 2012). Bolnišnica mora imeti izdelane standarde in protokole predpisovanja ovirnic, nadzora, ocenjevanja in vrednotenja, kot narekuje NIAHO – DNV (Det Norske Veritas) akreditacija.

Tabela 7: Število padcev bolnikov na negovalnem oddelku

Leto	2011	2012	2013	2014	2015
Število padcev	23	29	18	28	28
Število ponovnih padcev	Ni podatka	5	Ni podatka	1	2

Tabela 8: Število bolnikov v ovirnicah na negovalnem oddelku

Leto	2012	2015
Število ovirnic	33	46

Glede na izpostavljene negovalne probleme/diagnoze in visoko kategorizacijo zahtevnosti zdravstvene nege predstavlja problem pri oskrbi bolnikov na negovalnem oddelku tudi **visoka ogroženost bolnikov za razjedo zaradi pritiska (RZP) in pojavnost RZP** (tabela 9).

Tabela 9: Pojavnost RZP na negovalnem oddelku

Leto	2012	2013	2015
Število nastalih RZP	9	4	5
Število sprejetih bolnikov na negovalni oddelek	333	267	326

Problem pri oskrbi bolnikov na negovalnem oddelku so tudi občasno **slabo definirani cilji** obravnave, kar je zlasti delikatno v času dežurne službe, ko se mora dežurni zdravnik odločati glede predpisovanja diagnostičnih in terapevtskih ukrepov, eventuelnega premeščanja nazaj na akutni oddelek v primeru poslabšanja stanja bolnika. Poslabšanje stanja bolnika v neakutni obravnavi je dokaj pogosto. Zaradi pritiskov h krajšanju ležalne dobe v bolnišnicah so pacienti, odpuščeni iz akutne bolnišnične obravnave, »še vedno bolni« (Kadivec in Peternej, 2008). Zaradi visoke povprečne starosti bolnikov, težavnosti kroničnih bolezni v visokem stadiju in drugih specifičnih lastnosti bolnikov kot so starost, nepomičnost, pridružene bolezni, so bolniki zlasti dovzetni za ponavljajoče se infekcije, kar velikokrat zahteva antibiotično zdravljenje po intravenozni poti. Zaradi neučinkovitega dihanja in čiščenja dihalnih poti ter nepopolne izmenjave plinov je pogosto potrebno ukrepati v zvezi z zagotavljanjem ustrezne oksigenacije, včasih se pokaže tudi potreba po mehanski ventilaciji. V kolikor niso definirani cilji neakutne obravnave je v takih primerih odločanje v času dežurstva težko.

Pri bolnikih z napredovalo kronično neozdravljivo boleznijo, ki so vključeni v paliativno oskrbo, se zlasti v terminalni fazi bolezni pojavlja bolečina in drugi moteči simptomi.

4 AKTIVNOSTI ZA ZAGOTAVLJANJE VARNE IN KAKOVOSTNE NEAKUTNE OBRAVNAVE NA NEGOVALNEM ODDELKU

Na negovalni oddelek Klinike Golnik se premeščajo bolniki, ki so se zdravili na akutnem oddelku klinike in je pri njih zaključena akutna obravnava, po preboleli bolezni pa potrebujejo še rehabilitacijo s ciljem izboljšati sposobnost samooskrbe, zdravstveno nego, zdravstveno vzgojo, reševanje socialne problematike, paliativno oskrbo ali pa mehanično ventilacijo. Ne glede na vzrok za neakutno obravnava, mora imeti bolnik napisano odpustnico, iz katere so razvidni vsi potrebni nadaljnji postopki v neakutni obravnavi, cilji obravnave, terapija, ki naj jo prejema bolnik in druge potrebne informacije za oskrbo bolnika. Premestitev z akutnega na negovalni oddelek mora biti vedno načrtovana, premestitev se izvede po dogovoru med zdravstvenim timom na akutnem oddelku in vodjo negovalnega oddelka.

4.1 Komunikacija in dokumentacija

Pri premestitvi bolnika iz akutne v neakutno obravnava je izrednega pomena komunikacija med zdravstvenim timom na akutnem bolniškem oddelku in timom negovalnega oddelka. Dobra predaja bolnika je temelj nadaljnje oskrbe oziroma neakutne obravnave. Vse predane informacije morajo tudi dokumentirane. Zdravstveni

tim na bolniškem oddelku se že predhodno pogovori z bolnikom in njegovimi svojci o namenu, poteku, ciljih in dolžini neakutne obravnave, vse te informacije se posreduje tudi članom tima na negovalnem oddelku. Bolnik in svojci morajo biti pred premestitvijo informirani o zdravstvenem stanju bolnika, diagnozi in prognozi. Potrebno jim je dati pisno Obvestilo o premestitvi svojca na negovalni oddelek, ki ga podpišeta medicinska sestra in zdravnik, v katerem je razložena organizacija dela na negovalnem oddelku, kjer izvaja dnevno negovalno vizito medicinska sestra, saj bolnikovo zdravstveno stanje ne zahteva več vsakodnevnega obiska zdravnika. Zdravnik pa obiše bolnika v primeru, če pride do poslabšanja zdravstvenega stanja. Svojci so tudi pozvani, da pri negi in rehabilitaciji bolnika na negovalnem oddelku čimbolj aktivno sodelujejo (OBR 111-057, 2009).

Bolnika pred premestitvijo na negovalni oddelek na bolniškem oddelku obiše medicinska sestra – vodja negovalnega oddelka.

Dokumentacija, ki spremlja bolnika ob premestitvi je tudi Klinična pot za neakutno obravnavo bolnika v negovalnem oddelku, ki je vodilo neakutne obravnave. Člani multidisciplinarnega tima na negovalnem oddelku ob premestitvi bolnika izpostavijo probleme bolnika in cilje oskrbe vsak za svoje področje, ki jih dokumentirajo. Tekom obravnave na negovalnem oddelku med seboj tesno sodelujejo in načrtujejo aktivnosti ter evalvacijo zastavljenih ciljev na rednih tedenskih timskih sestankih. Ob zaključku obravnave napišejo Zaključno poročilo izvajalcev neakutne obravnave na negovalnem oddelku, ki služi kot povzetek oskrbe bolnika na negovalnem oddelku zdravniku specialistu, ki je odgovoren za bolnika in ob odpustu zaključi odpustnico, obenem pa je priloga Obvestilu službi zdravstvene nege, ki ga po odpustu bolnika z negovalnega oddelka medicinska sestra posreduje patronažni medicinski sestri ali medicinski sestri v socialno ustanovo, če je bolnik odpuščen tja.

Ob morebitnem poslabšanju zdravstvenega stanja bolnika v času neakutne obravnave, je potrebno premestiti bolnika nazaj na bolniški oddelek po predhodnem dogovoru z zdravnikom glede na cilje obravnave, ki so določeni že ob premestitvi bolnika na negovalni oddelek.

4.2 Preprečevanje padcev

Glede na karakteristike bolnikov, ki jih oskrbujemo na negovalnem oddelku so padci bolnikov neizbežni, saj obstaja mnogo rizičnih dejavnikov, ki jih težko obvladujemo; starost bolnikov, visoka kategorija zahtevnosti zdravstvene nege – odvisni od pomoči medicinske sestre pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti, inkontinenca urina in črevesna inkontinenca, motnje v ritmu spanja, bolniki z napredovalo neozdravljivo boleznijo v veliko primerih z metastazami v centralni živčni sistem, zmedeni bolniki, bolniki z dispnejo... Kljub sistemu ukrepov za prepoznavanje rizičnih bolnikov za padec, izvajanju preventivnih ukrepov, vključevanju multidisciplinarnega tima, vključevanju svojcev in prostovoljcev, padcev občasno ne moremo preprečiti. Prihaja celo do ponovnih padcev pri istem bolniku. V primerih, ko padcev z nobenimi ukrepi ne moremo preprečiti, se poslužujemo tudi uporabe ovirnic. Za uporabo ovirnic imamo

v Kliniki izdelane protokole in standarde, ki poleg soglasja bolnika/svojcev za uporabo ovirnic po predhodni razlagi vzroka za ta ukrep, vsebujejo tudi predpise in navodila glede pravilne uporabe ovirnic, predpisovanja ovirnic, standard nadzora, ocenjevanja in vrednotenja. Vsaka uporaba ovirnic mora temeljiti na tehtanju oziroma individualni oceni za uporabo ovirnic in na **ponovni oceni potreb po uporabi ovirnic** (Bray idr., 2004; cit. po Kadivec, 2012). V Kliniki Golnik izvajamo nadzor bolnika v ovirnicah vsaj vsakih 15 minut, vsake 4 ure pa podroben nadzor bolnika, kar tudi dokumentiramo. Na vsake 4 ure dipl.m.s. izvede nadzor in v sodelovanju z negovalnim timom podaljša uporabo ovirnic, če je to potrebno. Zdravnik, ki predpiše ovirnice in opredeli situacije, ko naj se ovirnice uporabijo, podaljša uporabo ovirnic pri bolniku vsakih 24 ur, če je to potrebno. Na negovalnem oddelku Klinike Golnik je podaljševanje ovirnic v sobotnem, nedeljskem in prazničnem dežurstvu velikokrat izpadlo, v kolikor ni bilo kakšnega drugega razloga za obisk dežurnega zdravnika na negovalnem oddelku. Problem smo posredovali Komisiji za kakovost, dogovorili smo se, da medicinska sestra na negovalnem oddelku vsakokrat opozori dežurnega zdravnika, v kolikor je na negovalnem oddelku bolnik, pri katerem je potrebno uporabiti ovirnice z namenom podaljševanja ovirnic.

4.3 Preprečevanje RZP

Starost bolnikov, visoka kategorija zahtevnosti zdravstvene nege – odvisni od pomoči medicinske sestre pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti, inkontinenca urina in črevesna inkontinenca, različni terapevtski pripomočki, težavnosti kroničnih bolezni v visokem stadiju pri bolnikih, ki jih oskrbujemo na negovalnem oddelku kažejo na veliko rizičnost bolnikov za nastanek RZP. Poleg vseh preventivnih ukrepov za preprečevanje, izobraževanja zaposlenih v zdravstveni negi, nadzora nad pojavnostjo RZP (prijava), spremljanje kazalnikov kakovosti, smo v Kliniki Golnik uvedli še dodatni nadzor nad izvajanjem ukrepov vsaj dvakrat dnevno s strani dipl.m.s., tudi v času organizirane dežurne službe.

4.4 Sledenje ciljem obravnave

Ob premestitvi bolnika na negovalni oddelek je potrebno definirati cilje neakutne obravnave, ki jih skupaj z bolnikom in njegovimi svojci opredeli že zdravstveni tim na bolniškem oddelku in jih dokumentira. V kolikor le ti niso definirani, nastopijo težave pri planiranju aktivnosti neakutne obravnave. Še zlasti pa nastopi problem, če pride do poslabšanja stanja bolnika. Bolniki v neakutni obravnavi so zaradi visoke starosti, visoke kategorije zdravstvene nege, težavnosti kroničnih bolezni v visokem stadiju, premeščeni iz akutne bolnišnične obravnave »še vedno bolni«, zelo dovzetni za ponavljajoče se infekcije. Zaradi neučinkovitega dihanja in čiščenja dihalnih poti ter nepopolne izmenjave plinov, je pogosto potrebno ukrepati v zvezi z zagotavljanjem ustrezne oksigenacije in tudi mehanične ventilacije. Pri bolnikih vključenih v paliativno oskrbo je problem obvladovanja simptomov, še zlasti v terminalni fazi bolezni. Kako ukrepati v času poslabšanja bolezni se nanaša na sledenje ciljem obravnave. Če le ti niso definirani, je otežkočeno ustrezno ravnanje ob morebitnem poslabšanju

zdravstvenega stanja bolnikov, ki zahteva aktivno vključitev zdravnika, še zlasti v času dežurne službe.

Ob premestitvi bolnika na negovalni oddelek preverimo, če so v odpustnici napisani cilji obravnave, sicer kontaktiramo zdravnika specialista na bolniškem oddelku. Zdravnik specializant napiše cilje in druge posebnosti pri bolniku na poročilo, ki je dostopno dežurnemu zdravniku v fizični obliki, v bodočnosti pa bomo preko Komisije za kakovost izvedli dostopnost do poročila tudi v računalniku, pri tem moramo poskrbeti za zaščito dostopa do podatkov. Tako je dežurnemu zdravniku olajšano ustrezno ravnanje ob poslabšanju stanja bolnika in odločitev glede nadaljnje oskrbe – akutne ali neakutne.

Za bolnike, ki so vključeni v paliativno oskrbo, zdravnik ki vodi bolnika v paliativni oskrbi, v času poslabšanja bolezni predpiše zdravila za lajšanje simptomov v primeru potrebe, potrebo ob predpisu zdravila tudi opredeli. Na negovalnem oddelku smo vse medicinske sestre tudi članice specialističnega paliativnega tima in smo s področja paliativne oskrbe in lajšanja simptomov dodatno usposobljene, imamo pridobljena specialna znanja iz paliativne oskrbe. V kolikor se stanje bolnika v terminalni fazi poslabšuje, je potrebno korigirati predpisano simptomatsko terapijo tudi v času dežurne službe s strani dežurnega zdravnika. Za pravilno odločanje dežurnega zdravnika v zvezi s simptomatsko terapijo je prav tako pomembno, da so opredeljeni cilji obravnave.

5 ZAKLJUČEK

V Kliniki Golnik izvajamo neakutno bolnišnično obravnavo že 13 let in pol. V tem času smo ob delu naleteli na mnoge ovire in probleme, ki pa jih lahko imenujemo izzive, saj smo s timskim reševanjem le teh in dobro komunikacijo izboljšali kakovost našega dela in s tem varnost oskrbe bolnikov.

LITERATURA

Gordon M. Negovalne diagnoze – priročnik. Maribor: Rogina; 2003.

Kadivec S, Peternelj A. Koordinator odpusta. Utrip 2008; 16(7- 8):13.

Kadivec S. Uporaba ovirnic. In: Blažun A, eds. NIAHO in ISO 9001 v bolnišnicah: predstavitev izkušenj v Kliniki Golnik. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik; 2012.

Slak J. Dokumentacija in njen pomen za delovanje neakutne bolnišnične obravnave. In: Kadivec S, Slak J, eds. 10 let dela in razvoja negovalnega oddelka. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik; 2013: 21-8.

Ustava Republike Slovenije, 7. dop. izd. Ljubljana: GV založba; 2008: str. 57.

VIRI

SOP 104-002. Organizacija dela na negovalnem oddelku (NO). Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik; 2009.

SOP 104-004. Izvedbeno navodilo KPNAO. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik; 2009.

OBR 111-057. Obvestilo o premestitvi svojca na negovalni oddelek. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik; 2009.

ORODJA ZA IZGRADNJO SISTEMA KAKOVOSTI V LABORATORIJU SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE

doc dr. Ivica Avberšek Lužnik, mag. Martina Pogačar Kavčič

IZVLEČEK

Teoretična izhodišča: Sistem vodenja kakovosti v vsakem medicinskem laboratoriju predstavlja učinkovito orodje in delovno paradigmo za zagotavljanje varnih rezultatov laboratorijskih preiskav. Od leta 2006 sistem vodenja kakovosti v laboratoriju Splošne bolnišnice Jesenice nadgrajujemo in izboljšujemo s kontinuiranim izvajanjem vodstvenih pregledov, s spremljanjem in analizo neskladnosti ter strokovnimi izobraževanji in notranjim komuniciranjem med zaposlenimi. Predstojnica laboratorija, skupaj s specialistom medicinske biokemije, izvaja vodstvene preglede z namenom odkrivanja in reševanja odklonov na kritičnih točkah laboratorijskega procesa.

Metode: Uporabili smo deskriptivno metodo opisovanja in analize dejstev, ki so odkrita ob izvajanju vodstvenih pregledov. Vodstveni pregledi vključujejo štiri področja: vzdrževanje avtomatizacije, kontrolo temperature v hladilnih omarah za reagente, izvajanje kontrole kakovosti in področje obveščanja uporabnikov laboratorijskih storitev. Ugotovljene neskladnosti predstojnica zabeleži na namensko oblikovan obrazec 81, specialist medicinske biokemije pa na obrazce 140, 145 in 150. Na obrazcih so vzroki neskladnosti razdeljeni v štiri kategorije: individualni, tehnični, kontrola kakovosti (QC) in ostali.

Rezultati: V obdobju od leta julija 2006 do julija 2016 je bilo izvedenih 341 vodstvenih pregledov po posameznih področjih: 92 na področju vzdrževanja opreme, 58 na področju kontrole temperature, 167 pri izvajanju kontrole kakovosti in 24 pri obveščanju uporabnikov. Predstojnica je podala 41 korektivnih ukrepov: 8 ukrepov je bilo organizacijskih, 4 so bili vezani na zamenjavo opreme, 21 na spremembe v izvajanju kontrole kakovosti, 7 ukrepov pa je bilo drugih. Vzroki neskladnosti so razdeljeni in analizirani po kategorijah: individualni, tehnični, QC in ostali. Realizacija ukrepov je bila najbolj zahtevna v kategoriji QC odklonov. Najmanj ukrepov je bilo na področju obveščanja uporabnikov laboratorijskih storitev.

Razprava in zaključek: Čeprav je sistem kakovosti v našem laboratoriju vpet v laboratorijski proces že več kot 10 let, je povsem jasno, da se kot dinamičen proces lahko še izboljšuje. Učinkovita orodja za izboljševanje so kazalniki kakovosti, notranje presoje (vodstveni pregledi), detekcija neskladnosti, analiza vzrokov, izvajanje korektivnih ukrepov in merjenje učinkovitosti le teh. Uporabo naštetih orodij pa ima v rokah vestno, izobraženo in delu predano laboratorijsko osebje, ki gradi pot h kakovosti.

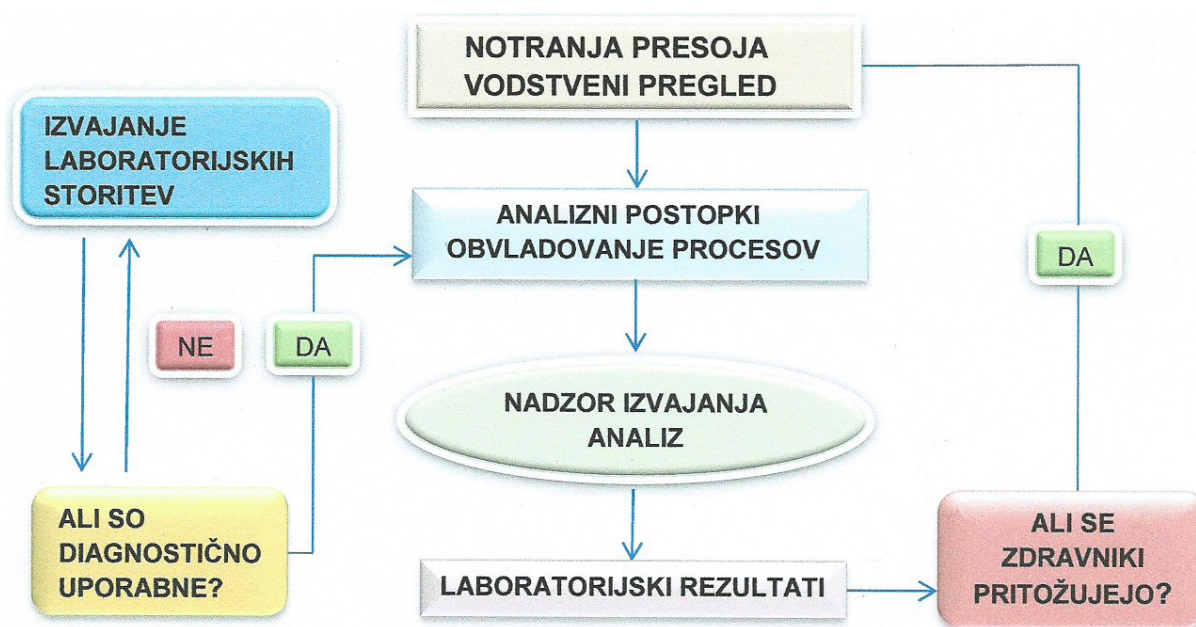
KLJUČNE BESEDE: sistem kakovosti, vodstveni pregledi, neskladnosti, izboljšave, ukrepi

1 TEORETIČNA IZHODIŠČA

Uspešna zdravstvena obravnava bolnikov temelji na varnih in zaupanja vrednih rezultatih laboratorijskih preiskav. Od leta 2006 na oddelku za laboratorijsko diagnostiko splošne bolnišnice Jesenice razvijamo, nadgrajujemo in izboljšujemo sistem kakovosti vseh faz laboratorijskega procesa. Naš laboratorij pokriva potrebe po splošnih in specialnih laboratorijskih storitvah za zgornjo Gorenjsko in tako predstavlja vodilno laboratorijsko ustanovo na Gorenjskem. Sistem kakovosti razvija na podlagi standardov ISO 9001 (pravkar prehajamo na standard ISO 9001 – 15), ISO 15189 in NIAHO. Vodilna sila na področju izgradnje laboratorijskega sistema kakovosti so specialisti medicinske biokemije, pri vzdrževanju in razvoju tega sistema pa so ključni laboratorijski delavci različnih profesionalnih ravni (analitiki, diplomirani inženirji in laboratorijski tehniki).

Za delovanje in preverjanje kakovosti laboratorijskega procesa je potrebno kontinuirano nadzorovanje, merjenje, analiziranje in ocenjevanje kritičnih faz delovnih procesov. Na sliki 1 je shematsko prikazano obvladovanje laboratorijskega sistema kakovosti. Skladno s tem smo specialisti medicinske biokemije odločili:

- Kaj bomo nadzorovali?
- Kako bomo vršili nadzor?
- Kakšne metode bomo uporabljali za odkrivanje odstopov in neskladnosti v procesih?
- Kakšna orodja bomo uporabljali za ocenjevanje?
- Kako bomo merili uspešnost uvedenih izboljšav na posameznem področju?



Slika 1: Obvladovanje laboratorijskega sistema kakovosti

Zaradi kompleksnosti laboratorijskega procesa in iz tega izhajajoče potrebe po učinkovitem nadzoru nad postopki, je predstojnica oddelka za laboratorijsko diagnostiko uvedla vodstveni pregled za štiri področja delovanja; vzdrževanje avtomatizacije, merjenje temperature v hladilnih omarah, izvajanje kontrole kakovosti rezultatov in za področje obveščanja uporabnikov.

Namen tega prispevka je predstaviti rezultate izvajanja vodstvenih pregledov za desetletno obdobje, od julija 2006 do julija 2016.

2 METODE

Uporabili smo deskriptivno metodo opisovanja in analize dejstev, ki so bila odkrita ob izvajanju vodstvenih pregledov. Vodstveni pregledi vključujejo štiri področja: vzdrževanje avtomatizacije, merjenje temperature v hladilnih omarah za reagente, izvajanje kontrole kakovosti in področje obveščanja uporabnikov laboratorijskih storitev. Ugotovljene neskladnosti predstojnica zabeleži na namensko oblikovan obrazec 81, specialist medicinske biokemije pa na obrazce 140, 145 in 150. Na obrazcih so vzroki neskladnosti razdeljeni v štiri kategorije: individualni, tehnični, QC in ostali.

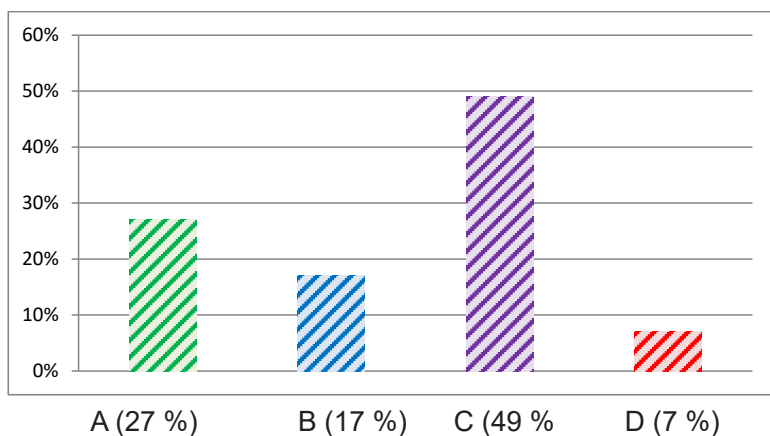
3 REZULTATI

V desetletnem obdobju (od julija 2006 do julija 2016), je bilo izvedenih 341 vodstvenih pregledov po področjih: 92 (27%) na področju vzdrževanja avtomatizacije, 58 (17%) na področju kontrole temperature v hladilnih omarah, 167 (49%) na področju izvajanja kontrole kakovosti in 24 (7%) na področju obveščanja uporabnikov naših storitev (slika 2).

Ob odkritih odstopih je bilo izrečenih 41 korektivnih ukrepov: 21 na področju kontrole kakovosti (QC), 13 na področju vzdrževanja avtomatizacije, 6 na področju merjenja temperature v hladilnih omarah in le en ukrep na področju obveščanja uporabnikov. Po kategorijah je narava ukrepov prikazana na sliki 3.

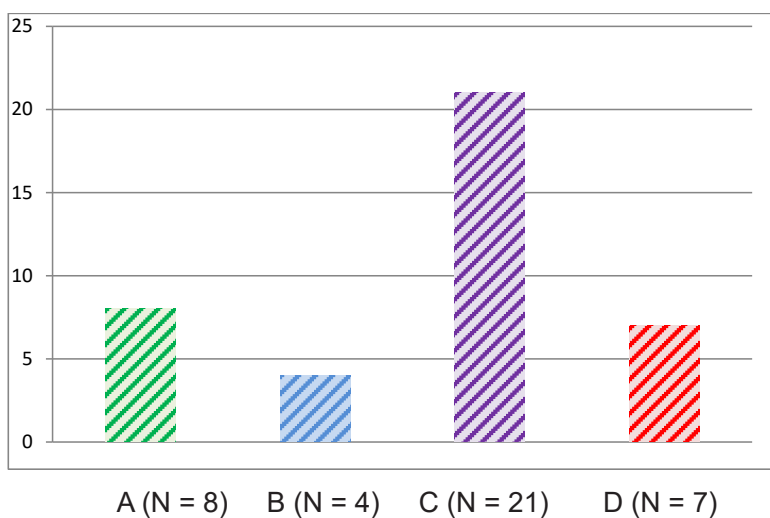
Osem ukrepov je bilo organizacijske narave, štirje so bili vezani na zamenjavo opreme, 21 na spremembe v izvajanju kontrole kakovosti, 7 ukrepov pa je imelo drugo vsebino. Vzroki za nastanek odklonov so bili večinoma posledica nezadostne usposobljenosti laboratorijskega osebja, tehničnih napak na avtomatizaciji, nedoslednosti pri izvajanju kontrole kakovosti. Shematski prikaz odstopov po kategorijah je prikazan na sliki 4.

Vodstveni pregledi značilno vplivajo na uspešnost nadgradnje sistema kakovosti (slika 5). Z uvajanjem izboljšav se večja vpliv vodenja, na razvitost sistema kakovosti pa istočasno vpliva tudi učinkovitost vodenja.



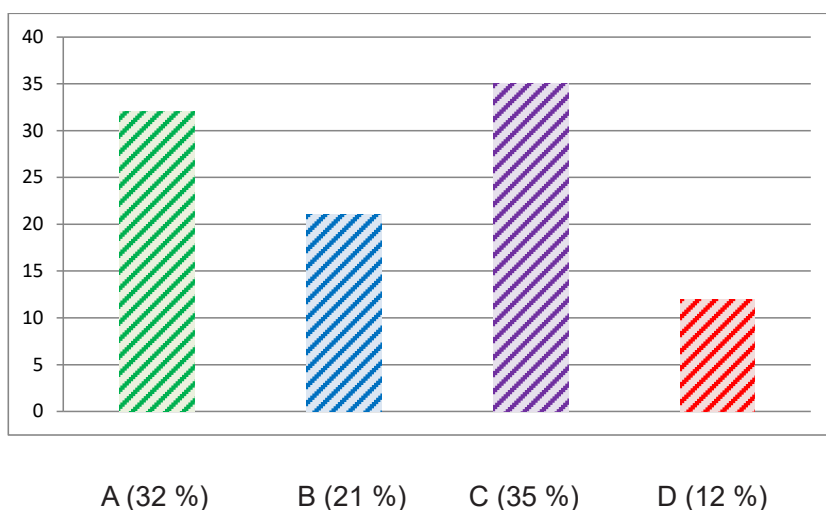
Legenda:
 A – vzdrževanje avtomatizacije
 B – spremljanje temperature
 C – izvajanje notranje kontrole
 D – obveščanje uporabnikov

Slika 2: Shematski prikaz frekvence vodstvenih pregledov



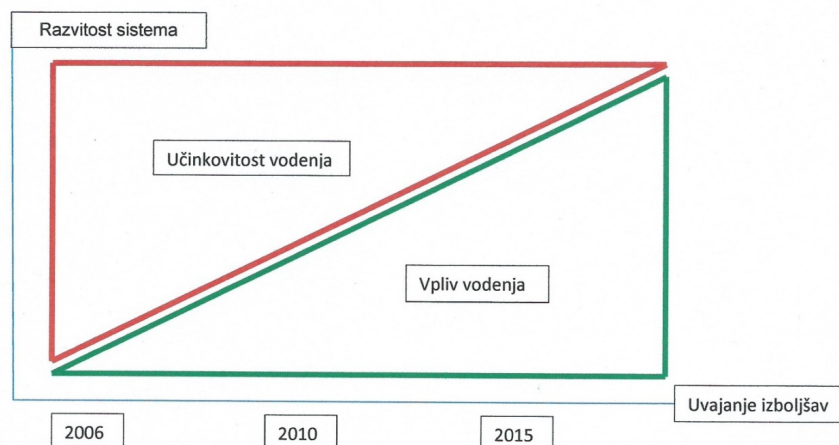
Legenda:
 A – organizacijski ukrepi
 B – zamenjava opreme
 C – spremembe v izvajanju QC
 D – ostalo

Slika 3: Shematski prikaz korektivnih ukrepov



Legenda:
 A – individualni
 B – tehnični
 C – QC
 D – ostali

Slika 4: Shematski prikaz frekvence odstopov po kategorijah



Slika 5: Z uvajanjem izboljšav se razvija sistem kakovosti

4 RAZPRAVA IN ZAKLJUČEK

Za desetletno obdobje smo izvedli analizo vodstvenih pregledov na štirih področjih laboratorijskega procesa: vzdrževanje avtomatizacije, kontrola temperature v hladilnih omarah, izvajanje kontrole kakovosti in obveščanje naročnikov.

Glede na to, da je izvajanje kontrole kakovosti pri vseh analiznih postopkih najbolj pomembna in temeljna aktivnost laboratorijskih delavcev, je bila glavnina vodstvenih pregledov izvedena na tem področju.

Temeljne podlage za izvajanje analiznih postopkov predstavlja laboratorijska avtomatizacija, ki mora biti tehnično brezhibna. Vodstveni pregledi tega področja vključujejo preverjanje usposobljenosti in zavzetosti laboratorijskega osebja za dosledno izvajanje predpisanih postopkov vzdrževanja opreme. Iz tega naslova je bilo izrečenih največ korektivnih ukrepov individualne in tehnične kategorije.

Merjenje in spremljanje predpisanih temperatur v hladilnih omarah za reagente je predstavljalo časovno obremenitev za laboratorijsko osebje, zato je konec leta 2015 ta problem rešila sistemska uvedba »data lodgerjev«.

Obveščanje uporabnikov laboratorijskih storitev je zelo pomembno z vidika obvladovanja pred analitične in poanalitične faze laboratorijskega procesa. To področje je bilo do leta 2014 zapostavljeno, kar dokazuje tudi majhno število izvedenih vodstvenih pregledov. Prelomnico na tem segmentu predstavlja zahteva zunanjih presojevalcev, ki so pri natančnem pregledu pred analitičnega procesa predlagali oblikovanje priporočil za odvzem vzorcev za zunanje in notranje naročnike preiskav v našem laboratoriju. Na ta korektivni ukrep smo se resno odzvali z izdelavo Laboratorijskega vodnika (Avberšek Lužnik, Gartner in Arzenšek, 2016), ki je doživel svojo izdajo v maju 2016.

Medicinski laboratorij, kamor spada tudi naš oddelek za laboratorijsko diagnostiko, se ocenjuje po zahtevah ISO 15189 (Wilson, Smye in Wallace, 2016). To je mednarodno priznan standard z zahtevami, ki jih morajo izpolnjevati medicinski laboratoriji, da dokazujejo svojo usposobljenost za varnost diagnostične uporabe izdanih rezultatov

laboratorijskih preiskavb (Sisay idr., 2015; Todd idr., 2014).

Minimalne tehnične in strokovne zahteve za vzpostavitev laboratorijskega sistema kakovosti vključuje že Pravilnik o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji (2004; 2016). Glede na to, da je naš laboratorij po teh zahtevah leta 2015 že drugič pridobil dovoljenje za delo, je dokaz več, da je sistem kakovosti dobro implementiran v prakso, da ga nadgrajujemo in izboljšujemo. Naši rezultati vodstvenih pregledov dodatno potrjujejo rast sistema tudi na področju preverjanja njegove učinkovitosti. Izvedba 341 vodstvenih pregledov in reševanje odklonov predstavlja podlage za nove aktivnosti, odločitve, dopolnitve, zagotavljanje virov, usposabljanje in nabavo nove opreme.

Zaključne misli so vezane na sliko 5 o uvajanju izboljšav v laboratorijski proces skozi desetletno obdobje. Izboljšave dvigujejo stopnjo razvitosti laboratorijskega sistema kakovosti in so neposredno povezane z učinkovitostjo vodenja procesov, pri čemer se zavedamo, da posameznik ne more izgraditi sistema kakovosti, skupno pot proti kakovosti zagotovo gradi samo dober laboratorijski tim.

LITERATURA

- Avberšek Lužnik I, Gartner DM, Arzenšek D. Laboratorijski vodnik Splošne bolnišnice Jesenice. Jesenice: Splošna bolnišnica; 2016.
- Pravilnik o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za izvajanje preiskav na področju laboratorijske medicine. Uradni list Republike Slovenije, št. 64/2004.
- Pravilnik o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za izvajanje preiskav na področju laboratorijske medicine. Uradni list Republike Slovenije, št. 01/2016.
- Sisay A, Mindaye T, Tesfaye A, Abera E, Desale A. Assessing the outcome of Strengthening Laboratory Management Towards Accreditation (SLMTA) on laboratory quality management system in city government of Addis Ababa, Ethiopia. *Pan Afr Med J* 2015; 20: 314.
- Todd CA, Sanchez AM, Garcia A, Denny TM, Sarzotti-Kelsoe M. Implementation of Good Clinical Laboratory Practice (GCLP) guidelines within the External Quality Assurance Program Oversight Laboratory (EQAPOL). *J Immunol Methods* 2014; 7: 91–8.
- Wilson IG, Smye M, Wallace IJC. Meta-audit of laboratory ISO accreditation inspections: measuring the old emperor's clothes. *MicrobiologyOpen* 2016; 5(1): 95–105.

AVTONOMNOST DELA IN KOMPETENCE BABIC V SPLOŠNI BOLNIŠNICI JESENICE

Barbara Sfiligoj, Katja Zupan, Nina Trifoni

IZVLEČEK

Kodeks etike za babice Slovenije navaja, da je babica prepoznana kot zdravstvena strokovnjakinja, ki s svojim znanjem in kompetencami pomaga ženski v vseh obdobjih njenega življenja. Glavno vlogo pa odigra v njenem rodnem obdobju (Sekcija medicinskih sester in babic, 2012).

Tudi v drugih porodniško razvitih državah so babice prepoznane kot avtonomne sodelavke na področju nosečnosti, poroda in v reproduktivni dobi žensk.

Z dokazi podprta praksa nudi kakovostno in etično oskrbo ženskam in njihovim družinam. Babice imajo kompetence za opravljanje tovrstne oskrbe. Kompetence so sposobnost uporabe znanj, veščin, spretnosti in obsegajo tudi vedenjske in osebnostne značilnosti, prepričanja in vrednote.

Praksa porodniške in babiške nege je tako kot drugod po Sloveniji tudi v Splošni bolnišnici Jesenice potekala rutinsko. Misleč, da so spremembe nemogoče in da le takšna praksa uporabnicam omogoča varno in kakovostno oskrbo. Številne nosečnice in porodnice so si želele drugačne obravnave v času nosečnosti, poroda in poporodne oskrbe. Želele so biti središče dogajanja, želele so imeti vpliv na dogajanje in možnost izbire načina, kako bodo obravnavane. Prav zaradi njih smo pričeli razmišljati drugače. Iskali smo možnosti kako prisluhniti njihovim željam in ob tem ponuditi varno in kakovostno obravnavo v rodnem obdobju. Opazili smo, da babice kljub izkušnjam in kompetencam svojega znanja ne uporabljajo v praksi, zato smo pričeli spreminjati način delovanja porodniške in babiške prakse.

V Splošni bolnišnici Jesenice smo tako babicam omogočili, da svoje kompetence, kot samostojne in avtonomne strokovnjakinje uporabijo na vseh področjih njenega dela. Prebiralimo strokovno literaturo in primerjali prakso v drugih porodniško razvitih državah. Opustili smo številne nepotrebne rutinske postopke, začeli z uvajanjem sprememb. Z dokazi podprta praksa nas je vodila do korenitih sprememb porodniške in babiške prakse. Najprej smo vpeljali spremembe dela v porodni sobi, nato smo znanje in kompetence babic razširili še v obdobju pred porodom za vodenje nizko rizičnih nosečnic in po porodu pri zdravih otročnicah, seveda, če izpolnjujejo pogoje, da jih vodijo babice. Ker je takšen način dela okolju novost smo morali razviti tudi ustrezno dokumentacijo. Z anketo, ki jo izročimo pred odhodom iz porodnišnice smo prejeli pozitivne povratne informacije o zadovoljstvu uporabnic naših storitev in na katerem področju moramo svoje delo še izboljšati.

KLJUČNE BESEDE: *avtonomnost dela babic, kompetence babic, babiška in porodniška praksa, babiška ambulanta in babiška vizita*

1 ŽELJA PO SPREMEMBAH

Babice, kot zdravstvene strokovnjakinje v preteklosti svojih številnih kompetenc in znanj v praksi niso mogle izkoristiti. Zavedale so se, da lahko ženskam ponudijo drugačno porodno izkušnjo in da imajo znanje in kompetence, kako spremljati nosečnico in otročnico, vendar zaradi zakoreninjene porodne prakse le tega niso upale, oziroma smele. Na drugi strani so se bale odgovornosti, ki bi jo drugačna porodniška praksa prinesla. Tako smo desetletja izvajali ustaljeno porodniško prakso v kateri je ženska imela le malo besed. Babica je bila porodničarjeva pomočnica in le redko avtonomna v svojih dejanjih.

Ženske so si želele biti središče dogajanja in tudi v času poroda so želele aktivno sodelovati pri svojih odločitvah. Želele so biti središče dogajanja in imeti glavno besedo pri odločitvah med porodom. Tako so svoje želje večkrat izrazile v anketi o zadovoljstvu, ki smo jo delili porodnicam vrsto let.

To je bil tudi eden izmed razlogov, da smo se začeli zavedati, da je potrebno naše delo spremeniti. Začetki so bili težki. Predvsem je bilo potrebno spremeniti miselnost zaposlenih, da so začeli razmišljati o spremembah, predvsem pa da so nam pri teh spremembah ob strani stali tudi zdravniki in nam zaupali.

2 SPREMEMBE PORODNIŠKE IN BABIŠKE PRAKSE V PORODNI SOBI

Najprej smo začeli s sistematičnim pregledovanjem svetovnih smernic in priporočil, udeleževali smo se izobraževanj doma in v tujini. Naša porodna skrb je postala osredotočena na porodnico, otroka in družino in ne na postopke, ki jih »moramo« opraviti, da bo delo narejeno. Ker je žensko telo narejeno za porod smo ugotovili, da ji najbolje pomagamo pri doseganju tega cilja tako, da jo podpiramo v njenih odločitvah, da spoštujemo njene želje in ji nudimo psihično oporo, ob tem pa ohranimo visoko raven varnosti in strokovnosti v primerih, ko so intervencije medicinsko indicirane.

Najprej smo opustili rutinsko klistiranje porodnic in britje. Zelo smo omejili uporabo epiziotomije, katere delež je bil pri nas že prej dokaj nizek. Porodničarji so se osredotočili na znižanje deleža indukcij porodov brez medicinske indikacije, ki ji je velikokrat sledila kaskada medicinskih intervencij (zgodnje umetno predrtje plodovih ovojev, pospeševanje poroda z oksitocinom, stalen nadzor s CTG in epiziotomija). S tem smo porodnici omogočili občutenje, da ima kontrolo nad potekom poroda in da ima sposobnost, da rodi brez medicinskih posegov. Sedaj lahko rodijo čepe, sede, stoje, na boku, na komolcih in kolenih, pa tudi na hrbtu, če jim tako odgovarja. Od porodnic smo dobili povratne informacije, predvsem o položajih med porodom, občutkih porodnic v zvezi z zdravstvenim osebjem in njihovo komunikacijo z njimi, o okolju katerega si želijo med porodom in kasneje na oddelku. Porodnice so izrazile tudi željo po dodatnih spremljevalcih pri porodu. Tako smo spoznali tudi doule, porodne spremljevalke.

Tudi oskrba novorojenčka po porodu se je spremenila in po mnenju porodnic je to tudi

največji in najboljši dosežek naših sprememb. Po porodu novorojenčka obrišemo in pregledamo (1 min) in nato ga damo materi na trebuh in pokrijemo oba. Popkovnico prekinemo ko neha utripati. Večini porodnic je to najlepši čas poroda, ko navezujeta stik in vzpostavljata kožni stik, ko je otrok buden in pozoren, ter pripravljen na očesni stik in tudi prvi podoj. Na oddelku omogočamo sobivanje partnerja pri otročnici in novorojenčku, kadar nam kapacitete to dopuščajo, zaradi vse večjega povpraševanja bivanja otročnice skupaj z družino smo v ta namen uredili apartma, da omogočimo to storitev (Macun in Zupan, 2014).

3 BABIŠKA AMBULANTA IN BABIŠKI ODDELEK

3.1 Babiška ambulanta

Z dobro sprejeto porodno prakso smo si želeli kompetence babic razširiti tudi na obdobje pred porodom in po porodu. Tako je nastala babiška ambulanta, kjer babica v okviru svojih kompetenc vodi zdravo nizko rizično nosečnico in pri njej izvede 5 preventivnih pregledov. V ta namen smo izdelali tudi ustrezno dokumentacijo (Babiški karton). Dokumentacija je sestavljena tako, da opredeljuje preglede, ki jih opravi samo babica in preglede, ki jih opravita babica in zdravnik skupaj. Dokumentacija ima varovalo. V primeru odkritih tveganj pri anamnezi in pogovoru z nosečnico, jo napotimo na pregled k zdravniku.

Prednosti takšnih obravnav so, da si babica lahko vzame več časa za pogovor z nosečnico. Tukaj ne gre samo za rutinski ginekološki pregled, babica se z nosečnico pogovori tudi o drugih temah, kot so prehrana, spolnost, fizična aktivnost, duševno počutje...za katere je ginekolog imel redko kdaj dovolj časa. Tako nosečnice prejmejo bolj kakovostno in celostno obravnavo. Svoje zadovoljstvo z delom babiške ambulante so porodnice izrazile tudi v anketi (98,5%), ki jo prejmejo po porodu.

3.2 Babiški oddelek

V želji kontinuirane obravnave zdravih nosečnic in porodnic s strani babic smo svojo skrb nadaljevali tudi pri zdravih otročnicah in tako vzpostavili delovanje babiškega oddelka. V letu 2014 smo babice začele z vodenjem zdravih nizko rizičnih otročnic. Za pridobitev ustreznega znanja smo babiške vizite najprej izvajale skupaj z ginekologi, sedaj pa jih izvajamo samostojno. Tudi v ta namen smo morali izdelati ustrezno dokumentacijo, ki smo jo večkrat spreminjali glede na potrebe svojega dela. Na babiškem oddelku so vodene otročnice, ki izpolnjujejo določene pogoje. Otročnice morajo ob premestitvi na babiški oddelek imeti normalni krvni tlak, normalno telesno temperaturo, izguba krvi med porodom mora biti manj kot 500 ml, uterus skrčen, normalno stanje zavesti, ITM manj kot 30, zadnji Hb več kot 100mg/l, odsotnost poporodnega hematoma z revizijo, odsotnost bolezni med nosečnostjo, odsotnost sladkorne bolezni na inzulinu med nosečnostjo, odsotnost bolezni jeter, odsotnost trombocitopenije, odsotnost rupture perineja 3. in 4.stopnje in porod ni bil dokončan s s.c.

Klinična pot je predvidena za tri dni. Primernost otročnice za premestitev na babiški oddelek potrди zdravnik, ki je odgovoren za porod.

ZDRAVSTVENI KARTON NOSEČNICE

Velika nalepka

TELEFON: _____

ZDRAVNIK, KI VODI NOSEČNOST:

ZADNJA MENSTRUACIJA	
TERMIN PORODA	
T.P. PO UZ	
ZAPOREDNA NOSEČNOST	
ZAPOREDNI POROD	

DOSEDANJE NOSEČNOSTI, PORODI, AB, EU, AA				
LETO	VIŠINA NOSEČN.	SPOL	TEŽA	ZAPLETI V NOSEČNOSTI, PRI PORODU, PRI OTROKU

TEŽA PRED ZANOSITVIJO	
VIŠINA	
KAJENJE	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, število: _____
ALKOHOL	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA
DROGE	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA

DRUGO

ANAMNEZA NOSEČNICE			
DRUŽINSKA ANAMNEZA	GINEKOLOŠKA ANAMNEZA	BOLEZNI PRED NOSEČNOSTJO	ALERGIJE
<input type="checkbox"/> ni posebnosti <input type="checkbox"/> dvojčki v družini <input type="checkbox"/> prirojene anomalije <input type="checkbox"/> hipertenzija v družini <input type="checkbox"/> sladkorna bolezen v družini	<input type="checkbox"/> ni posebnosti <input type="checkbox"/> klasična konizacija <input type="checkbox"/> lletz <input type="checkbox"/> laserska vaporizacija <input type="checkbox"/> infertilnost <input type="checkbox"/> anomalija uterusa <input type="checkbox"/> operacije na uterusu-miomektomija <input type="checkbox"/> operacija anomalije uterusa-klasično <input type="checkbox"/> resekcija septuma-histeroskopsko <input type="checkbox"/> operacija na adneksih (cista, ster. operacija) <input type="checkbox"/> predhodni carski rez <input type="checkbox"/> motnje menstruacijskega ciklusa (ciklus krajši od 21 dni oz. daljši od 45 dni)	<input type="checkbox"/> ni posebnosti <input type="checkbox"/> hipertenzija <input type="checkbox"/> prirojena srčna napaka <input type="checkbox"/> pridobljena srčna napaka <input type="checkbox"/> kronična pljučna bolezen <input type="checkbox"/> kronična ledvična bolezen <input type="checkbox"/> ledvični kamni <input type="checkbox"/> sladkorna bolezen-tip 1 <input type="checkbox"/> sladkorna bolezen-tip 2 <input type="checkbox"/> boleznj ščitnice <input type="checkbox"/> epilepsija <input type="checkbox"/> ostale nevrološke bolezni <input type="checkbox"/> zdravljenja psihična obolenja <input type="checkbox"/> hepatitis B <input type="checkbox"/> hepatitis C <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> neoperirani žolčni kamni <input type="checkbox"/> operirani žolčni kamni <input type="checkbox"/> predhodna globoka venska tromboza <input type="checkbox"/> predhoda pljučna embolija <input type="checkbox"/> prirojene trombofilije <input type="checkbox"/> rakave bolezni <input type="checkbox"/> kronična vnetna črevesna bolezen (Mb Crohn, ulcerozni kolitis) <input type="checkbox"/> druge avtoimunske bolezni	_____ _____ _____ OPERACIJE _____ _____ _____ TRANSFUZIJA _____ _____ TERAPIJA _____ _____ _____

Slika 1: Zdravstveni karton nosečnice – prva stran

Babice tako dnevno spremljajo počutje otročnice, opazujejo poporodno krvavitev, krčenje maternice, krvni tlak, nadzirajo odvajanje in izločanje, opazujejo uspešnost laktacije in stanje dojk. V primeru kakršnih koli odstopanj babica takoj opozori zdravnika. Tudi zdravila in krvne preiskave predpiše zdravnik. Ob odpustu porodnice dokumentacijo pregleda zdravnik in potrdi, da otročnica lahko odide v domačo oskrbo.

Prednosti takšne obravnave so, da otročnica ni le pregledana, temveč da si babica vzame več časa tudi za druge morebitne težave, ki pestijo otročnico. Slabost takšne obravnave pa je, da se včasih na babiškem oddelku znajdejo tudi ženske, ki ne izpolnjujejo vseh pogojev za premestitev na babiški oddelek.

V anketi o zadovoljstvu porodnic 95% anketiranih navaja, da smo jim babice nudile oskrbo kot bi si želele in da smo jim nudile enakovredno oskrbo kot zdravnik. Navajajo, da so se z bobicami pogovarjale bolj sproščeno in tudi o drugih stvareh, ki so jih zanimale (Macun, Sfiligoj, Trifoni in Zupan, 2015).

4 ANKETA O ZADOVOLJSTVU

Že vrsto let izvajamo anketo o zadovoljstvu porodnic na našem oddelku. Ker se je spremenila naša obravnava smo morali spremeniti tudi anketo in vanjo vključiti vse naše novosti.

Anketa je sestavljena iz različnih vsebinskih sklopov:

- priprava na porod,
- obravnava v babiški ambulanti s strani bobic,
- obravnava v porodni sobi,
- obravnava na porodniškem oddelku,
- želje, predlogi in pobude.

Rezultati anket nam pokažejo zadovoljstvo obravnav in na katerih področjih še potrebujemo izboljšave. V prihodnosti želimo anketo še razširiti, predvsem želimo pridobiti povratne informacije o uspešnosti dojenja v domačem okolju (Splošna bolnišnica Jesenice, 2015).

5 ZAKLJUČEK

Ponosni smo, da smo v zadnjih letih uspeli spremeniti dolgo zakoreninjeno porodno prakso. Babice niso več le porodničarjeve pomočnice, ampak so pri svojem delu zelo samostojne. Svoje znanje in kompetence, ki so ga pridobile v času šolanja uspešno uporabljajo v praksi. Na drugi strani pa svoje znanje ves čas nadgrajujejo in se dodatno izobražujejo. Verjetno se bo v prihodnosti porodniška praksa še bolj spreminjala in babice bomo kljub številnim že uporabljenim kompetencam pridobili še nove in nove. Namen vseh sprememb je celostna, predvsem pa kakovostna obravnava žensk, katere cilj je zadovoljstvo in zdravje matere in njene celotne družine.

POGOJI ZA PREMESTITEV NA BABIŠKI ODDELEK

RR v mejah normale 100-150/40-90 mmHg	Zadnji Hb ≥ 100 g/l	Odsotnost poporodnega hematoma z revizijo	Odsotnost diabetesa na inzulinu
Srčna frekvenca 50-100 utri/min	Izguba krvi ≤ 500ml	Porod ni dokončan s S.C.	Odsotnost boleznij jeter
TT = 36-38°C	Krvavitev ob predaji normalna	Odsotnost kroničnih boleznij pred nosečnostjo	Odsotnost trombocitopenije
ITM ≤ 30	Uterus skrčen	Odsotnost boleznij med nosečnostjo	
Normalno stanje zavesti	Odsotnost rup.per. III in IV	Odsotnost preeklampsije	



VODENJE ZDRAVE OTROČNICE

Št. poroda	Ime in priimek (nalepka)	Diagnoza	Dieta:
Datum			Alergija: DA NE
List št.		Zdravnik/Podpis	Gestacijski diabetes: DA NE

N:	Višina: cm	ICT:	KG:	OTROK (Ura rojstva)	Spol: ♂ ♀	Teža:	Dolžina:	Obseg glave:
P:	Teža: kg	HbsAg:	Rh:	KG:				
TP:	Zadnji Hb:	WaR:	IgG anti D v nosečnosti:	Rh:		Ime otroka:		
Grav:	Hb= g/l	Tox IgG: IgM:	IgG anti D po porodu:					

	Datum	Dan	Datum	Dan	Datum	Dan	Datum	Dan	
Kategorizacija	M	Z	V	M	Z	V	M	Z	V
Padec									

	DOP	POP	NOČ	DOP	POP	NOČ	DOP	POP	NOČ	DOP	POP	NOČ
B/MS												
TT (°C)												
RR												
P												
Izločanje												
Odvajanje												
Hemeroidi												
Uterus	Višina											
	Čvrst											
Čišča	Norm.											
	Odstop.											
Rana	Norm.											
	Odstop.											
Dojke	Mehke											
	Napete											
Bradavi	Vdrite											
	Ragade											
Dojenje	Sam.											
	Pomoč											
	Ne doji											

OCENA BOLEČINE

Ura, B/MS																				
Jakost																				
Jakost po apl. analgetika																				

PREDPISANA TERAPIJA

Ura	B/MS ZDR		B/MS ZDR	B/MS ZDR	B/MS ZDR
		Brufen 400mg tbl/8h ob zmerni bolečini			
		Paracetamol 500mg tbl/8h ob zmer. bol.			
		Lecicarbon supp			
		Donat 0,5l			
		Ferum Lek tbl./sirup			
		Fragmin IE s.c./24 ur			

PREISKAVE	Ura		ZDR	MS	Ura		ZDR	MS	Ura		ZDR	MS	Ura		ZDR	MS

Slika 2: Klinična pot Vodenje zdrave otročnice – prva stran

LITERATURA

Kodeks etike za babice. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011.

Macun E, Zupan K. Spremembe porodniške in babiške prakse v SB Jesenice in rezultati. In: Moč za spremembe v praksi – Sodobni pristopi v skrbi za ženske in otroke. zbornik predavanj z recenzijo / Strokovno srečanje Sekcije medicinskih sester-babic Slovenije, Zreče, 4. 4. 2014. Zreče: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in babic; 2014.

Macun E, Sfiligoj B, Trifoni N, Zupan K. Načrt neprekinjene skrbi za ženske, nosečnice, porodnice, otročnice in njihove družine s strani babice v Splošni bolnišnici Jesenice. In: Majcen – Dvoršak S, Štemberger Kolnik T, Klemenc D, Bregar B, Donik B, et al., eds. Z optimalnimi viri do učinkovite zdravstvene in babiške nege, 10 jubilejni kongres zdravstvene in babiške nege, Brdo pri Kranju, 11. in 12. maj 2015. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in babic; 2015: 470 – 8.

Splošna bolnišnica Jesenice. Anketa »Zadovoljstvo porodnic«: interni vir. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice; 2015.

PROCES AKREDITACIJE

-

DOSEŽKI V PRETEKLOSTI IN IZZIVI ZA PRIHODNOST V SPLOŠNI BOLNIŠNICI BREŽICE

Rok Škvarč, Tinkara Pacek

IZVLEČEK

Akreditacija je dinamičen proces, ki uvaja najboljše prakse dela in promovira visoko kakovost, ki jo obenem tudi merimo.

Nekatere slovenske bolnišnice so k pridobitvi mednarodne akreditacije za področje zdravstva pristopile že v letu 2010 in 2011 medtem, ko je Splošna bolnišnica Brežice k pridobitvi mednarodne akreditacije pristopila v letu 2012, ko je bilo v Področnem dogovoru za leto 2012 in 2013 s strani Ministrstva za zdravje RS zapisano: »... Če izvajalec specialistične bolnišnične dejavnosti v letih 2012 in 2013 ne pristopi v proces pridobitve akreditacije (do 1. januarja 2014 formalno ne zaključi predhodne ocene), se mu priznana vrednost programa specialistične bolnišnične dejavnosti (akutna bolnišnična obravnava, psihiatrija, rehabilitacija) za koledarsko leto 2014 v okviru končnega letnega obračuna za leto 2014 enkratno zmanjša za 0,3 %. Za izvajalce specialistične bolnišnične dejavnosti pozitivno zaključen proces pridobitve akreditacije do 1. januarja 2014 predstavlja tudi pogoj za pridobitev dodatnih sredstev za morebitne širitve programov, ...«.

Od takrat dalje v Splošni bolnišnici Brežice teče nenehni proces, v katerem je imela pri pridobivanju akreditacije in jo ima še naprej, veliko vlogo zdravstvena nega. Na področju zdravstvene nege so bile v okviru akreditacije uvedene spremembe in izboljšave v več dejavnostih, največji poudarek pa je bil področju izobraževanja in sicer na področju varnosti, etike, temeljnih in nadaljnjih postopkov oživljanja, ravnanja z infuzijskimi črpalkami, higijene rok in preprečevanja bolnišničnih okužb.

V prispevku želimo predstaviti dosežke Splošne bolnišnice Brežice v okviru pridobljene akreditacije ter izzive v prihodnosti na področju zdravstvene nege.

KLJUČNE BESEDE: *akreditacija, obvezne organizacijske prakse, zdravstvena nega*

1 UVOD

Akreditacija zdravstvenih zavodov je formalen postopek, kjer zunanja institucija oceni in presodi kako zdravstveni zavod izpolnjuje vnaprej pripravljene in objavljene standarde kakovosti in varnosti z namenom nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave.

S procesom akreditacije smo se v Splošni bolnišnici (SB) Brežice pričeli ukvarjati v letu 2012 in je proces, ki od takrat nenehno teče. Pomena akreditacije se zavedajo vsi uslužbenci, saj ravnanje v skladu z akreditacijskimi standardi daje pozitivne učinke na delovanje organizacije tako navznotraj, kot tudi navzven (Simčič, 2011).

2 ACCREDITATION CANADA

Kanadsko akreditacijo za bolnišnice so leta 1953 ustanovili kanadsko združenje bolnišnic, kanadsko združenje zdravstvenih delavcev, RoyalCollege zdravnikov in kirurgov ter Zdravniško združenje francosko govorečih zdravnikov, ustanovilo kanadsko komisijo za akreditacijo bolnišnic, katere namen je bil ustvariti kanadski program za akreditacijo bolnišnic.

Med leti 1960 in 1988 je priljubljenost akreditacijskega programa rasla, saj je bilo od 350 akreditiranih bolnišnic v letu 1960, v letu 1988 akreditiranih skoraj 1300 ustanov. Leta 2000 pa je svoje storitve začela izvajati tudi zunaj meja Kanade.

2.1 Accreditation Canada International



Slika 1: Logotip akreditacijske hiše Accreditation Canada International

Splošna bolnišnica Brežice je akreditirana s strani Kanadske akreditacijske hiše Accreditation Canada International, po standardih za 16 različnih področij.

Od leta 2000 Accreditation Canada svoje storitve izvaja tudi zunaj meja Kanade, za kar je ustanovljena Accreditation Canada International. Program akreditacije se imenuje Qmentum International.

Mednarodna akreditacija programa Qmentum temelji na kanadskem zdravstvenem modelu zagotavljanja kakovosti. Program je zgrajen na filozofiji izboljševanja kakovosti, prenosu znanja in povečanju zmogljivosti. V program so poleg zaposlenih vključeni tudi člani vodstva in strokovnjaki, ki imajo velik vpliv v organizaciji, ki je presojana, organizacije, pa so opremljene z orodij in viri, ki jih potrebujejo za izvajanje in spremljanje izboljšanja kakovosti. Namen tega akreditacijskega programa, ki priznava dosežke na različnih stopnjah izboljšanja poti kakovosti je, da h kakovosti in uspešnosti usmerjene organizacije sprejmejo ta izziv.

Do sedaj je izziv program akreditacije Qmentum International sprejelo več kot 70 zdravstvenih organizacij v 20 državah na 5 kontinentih med katerimi jih je tudi nekaj iz Slovenije (druge: Italija, Danska, Belgija, Hrvaška, Mehika, Ekvador, Saudska Arabija, Kuvajt, Egipt, Oman, Libanon, Filipini, Združeni Arabski Emirati, Indija, Bermuda, Bahrain, Iran, ...) (Accreditation Canada International, b.d.).

Zdravstvene organizacije so bile na podlagi njegove uspešnosti v času presoje akreditirane po eni izmed treh možnih ravni:

- **Zlata:** organizacija izpolnjuje osnovne strukture in procese, povezane s temeljni elementov izboljševanja kakovosti in varnosti.
- **Platinasta:** organizacija gradi na elementih kakovosti in varnosti, ter poudarja ključne elemente k pacientu usmerjene zdravstvene nege, ki ustvarja doslednosti pri zagotavljanju storitev prek standardiziranih procesov in vključevanje uporabnika in zaposlenih pri odločanju.
- **Diamantna:** organizacija se osredotočana doseganje kakovosti s spremljanjem rezultatov, z uporabo dokazov in najboljših praks za izboljšanje storitev in z uporabo primerjalnih analiz z enakovrstnimi organizacijami za izboljšave na ravni sistema (Standard Accreditation Canada International, 2014).

Zaradi nenehnega razvoja in spreminjanja posameznih področij, se obstoječi standardi spreminjajo in dopolnjujejo, nastajajo pa tudi novi standardi, zato je potrebno v skladu z njimi procese dela na področju kakovosti kakor tudi varnosti pacientov in zaposlenih nenehno izboljševati.

V ta namen so za posamezna področja oblikovane delovne skupine, ki spremljajo spremembe in novosti na področju standardov ter obveščajo in opozarjajo odgovorne na potrebne uskladitve delovnih procesov s standardi.

3 SISTEM VODENJA KAKOVOSTI

Standardi ACI so napisani kot cilji, ki so sestavljeni iz meril oziroma kriterijev, katerih izpolnjevanje je pogoj za izpolnjevanje standarda. Vsa merila so povezana z osmimi dimenzijami kakovosti, ki se nanašajo na dostopnost, varnost, usmerjenost k pacientu, učinkovitost, uspešnost, delovno okolje, kontinuiteto storitev in usmerjenost na prebivalce. Nekatera merila so opredeljena oziroma zahtevana kot (ROP – Required Organizational Practice) zahtevana organizacijska praksa. Gre za bistven kriterij, ki ga mora organizacija imeti vpeljanega v svoje delovanje, da bi povečala varnost pacientov in s tem zmanjšala tveganje. Dokler organizacija ne izpolnjuje vseh zahtevanih t.i. ROP-ov, ne more pridobiti akreditacije.

Standardi ACI so vsekakor usmerjeni k doseganju in nenehnemu izboljševanju kakovosti ter merjenju izboljšav s pomočjo smiselnih kazalnikov kakovosti na zgoraj navedenih področjih.

V ta namen so za posamezna področja oblikovane delovne skupine, ki spremljajo spremembe in novosti na področju standardov ter obveščajo in opozarjajo odgovorne na potrebne uskladitve delovnih procesov s standardi. Tako je bila oblikovana tudi delovna skupina za področje zdravstvene nege.

4 VLOGA ZDRAVSTVENE NEGE V POSTOPKU PRIDOBIVANJA AKREDITACIJE V SPLOŠNI BOLNIŠNICI BREŽICE

Po pomenu lahko akreditacijske zahteve in aktivnosti razvrstimo v dve kategoriji, in sicer na obvezne organizacijske prakse (ROP) in ostale zahteve standardov. Obvezne organizacijske prakse so naloge, ki jih organizacija mora izpolniti za zagotovitev varnosti pacientov in zmanjšanje tveganj.

Najprej velja omeniti tiste zahteve obveznih organizacijskih praks (ROP), v katerih izpolnjevanje so se najbolj dejavno vključile uslužbenke zdravstvene nege in so na ta način bistveno prispevale k njihovi uresničitvi. Obvezne organizacijske prakse (ROP) razvrščamo v šest sklopov varnosti pacientov, in sicer: kultura varnosti, komunikacija, ravnanje z zdravili, delovno okolje in človeški viri, preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb in ocena tveganj.

Tabela 1: Obvezne organizacijske prakse (Accreditation Canada International, 2016)

Področje varnosti pacientov	ROP (obvezne organizacijske prakse)	Stopnja	Vloga zdravstvene nege
Kultura varnosti – vzpostavitev kulture varnosti v organizaciji	Poročanje o nevarnih opozorilnih dogodkih, skorajšnjih nevarnih opozorilnih dogodkih in drugih varnostnih zapletih	ZLATA	Ključna
	Priprava načrta varnosti pacientov	ZLATA	Ključna
	Četrletna poročila o varnosti pacientov	DIAMANTNA	Eden od deležnikov
Komunikacija – izboljšanje komunikacije v timu in z uporabniki storitev	Uporaba varnih kirurških praks	ZLATA	Ključna
	Izvedba vsaj ene prospektivne analize primera	ZLATA	Eden od deležnikov
	Aktivnosti za vlogo pacientov in njihovih družin v varnosti obravnave	ZLATA	Ključna
	Preverjanje identitete pacienta	ZLATA	Ključna
Uporaba zdravil	Prenos podatkov o pacientih ob premestitvah in v drugih primerih	PLATINASTA	Ključna
	Priprava seznama prepovedanih kratic	ZLATA	Eden od deležnikov
	Usklajevanje zdravil je strateška prioriteta: - ob sprejemu; premestitvi; ob odpustu.	DIAMANTNA	Ključna
	Izdelan program varne rabe protimikrobnih zdravil	PLATINASTA	Eden od deležnikov
	Varna uporaba narkotikov	PLATINASTA	Ključna
	Ravnanje z zdravili z visokim tveganjem	PLATINASTA	Ključna
	Nadzor nad koncentriranimi elektroliti	ZLATA	Ključna
Omejen dostop do nizkomolekularnih heparionov	PLATINASTA	Ključna	

Delovno okolje / človeški viri	Izdelan program preventivnih pregledov opreme	ZLATA	Ključna
	Usposabljanje o kulturi varnosti	ZLATA	Ključna
	Usposabljanje o ravnanju z infuzijskimi črpalkami	PLATINASTA	Ključna
Preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb	Preverjanje skladnosti izvajanja postopkov higiene rok	PLATINASTA	Ključna
	Usposabljanja s področja higiene rok	ZLATA	Ključna
	Organizacija spremlja bolnišnične okužbe in izvaja ustrezne ukrepe za njihovo preprečevanje in obvladovanje.	DIAMANTNA	Ključna
	Učinkovito izvajanje sterilizacije	ZLATA	Ključna
	Varna uporaba injekcij	PLATINASTA	Ključna
	Kirurška antibiotična profilaksa	ZLATA	Ključna
Ocena tveganj	Strategija preprečevanja padcev	PLATINASTA	Ključna
	Preprečevanje razjed zaradi pritiska	PLATINASTA	Ključna
	Preprečevanje samomorov	PLATINASTA	Ključna
	Preprečevanje globoke venske tromboze in pljučne embolije	PLATINASTA	Ključna

5 DOSEŽKI NA PODROČJU ZDRAVSTVENE NEGE

V bolnišnici smo s pomočjo ACI temeljito spremenili dokumentacijo zdravstvene nege ter jo poenotili po vseh oddelkih Splošne bolnišnice Brežice. Dokumentacija ni posebej predpisana, mora pa vsebovati bistvene informacije o zdravljenju pacienta, ter biti pregledna in jasna. Bistveni poudarek je bil na procesu zdravstvene nege oziroma načrtu nege, ki je pripravljen za vsakega pacienta individualno glede na njegove potrebe in pričakovanja ob odpustu. Velik poudarek je tudi na odpustu pacienta, katerega izvaja multidisciplinaren tim skupaj z družinskimi člani in se začne že na začetku zdravljenja. Tim mora postaviti merila (dolžino bivanja, diagnoze, ...), začetek načrtovanja odpusta pa članom tima pomeni cilj, ki ga morajo imeti v mislih ob sprejemu kliničnih odločitev v procesu zdravljenja. Tim mora slediti postavljenim kriterijem za odpust in dokumentirati pacientovo pripravljenost za odpust.

Ravnanje z infuzijskimi črpalkami in perfusorji je področje, ki je zahtevalo veliko spremembo. Na ravni bolnišnice smo na priporočilo ACI določili skrbnika za črpalke in perfusorje, ki ima predpisan obseg del in nalog v zvezi s perfusorji in črpalkami. Med drugim skrbi za nenehno izobraževanje na področju dela, pregleduje dokumentacijo v zvezi s čiščenjem in vzdrževanjem črpalk in perfusorjev ter nadzoruje brezhibno delovanje le teh.

Na področju preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb izvajamo redne delavnice in predavanja na temo higiene rok, redno opazujemo skladnost momentov higiene rok ter stremimo k ničelnemu prenosu bolnišničnih okužb. Organizacija mora zagotoviti varno in primerno okolje, pripravljena mora biti na izbruhe okužb in pandemije,

zagotavljati mora varnost osebja in pacientov pred okužbami.

Varnost in pacientove pravice sta pomembna področja ACI. Na omenjeno temo smo imeli kar nekaj predavanj in skupaj smo izboljšali varnost pacientov v bolnišnici. Pozornejši smo na privolitvena soglasja pacientov ali njihovih svojcev. Pacient mora biti obveščen o razpoložljivih možnostih storitev, zagotovljen mu mora biti čas za razmislek in postavljanje vprašanj. Poleg pravice do zasebnosti in zaupnosti, osebne varnosti imajo pacienti in njihove družine pravico, da so obravnavani s spoštovanjem in skrbnostjo, ne smejo biti zlorabljeni, izkoriščani in diskriminirani.

Vloga uslužbenk v zdravstveni negi pri izvedbi posameznih akreditacijskih aktivnosti je določena glede na izkušnje v Splošni bolnišnici Brežice. Glede na izkušnje je mogoče skleniti, da pridobitev in ohranitev akreditacije ne bi bila možna brez aktivne udeležbe uslužbenk v zdravstveni negi. Že iz raznovrstnosti obveznih organizacijskih praks je mogoče ugotoviti, da so se uslužbenke v zdravstveni negi dejavno vključevale v pripravo strateških in programskih dokumentov, internih aktov, v izdelavo protokolov in algoritmov ravnanja, v izdelavo dokumentacije zdravstvene nege, v izvedbo različnih aktivnosti zdravstvene nege, v intenzivno komunikacijo s pacienti in njihovimi družinskimi člani, v intenzivno komunikacijo s predstavniki drugih poklicnih skupin ter v izvajanje aktivnosti notranje kontrole. Zgolj njihova aktivnost pa prav tako ne bi bila zadostna, saj je ena izmed ključnih ugotovitev akreditacijskega postopka, da uspeha ni mogoče zagotoviti brez jasne, močne in aktivne podpore vodstva in sodelovanja vseh poklicnih skupin.

Zdravstvena nega ni bila še nikoli pred tako velikimi izzivi kot danes. Izziv je rast prebivalstva, kar zahteva povečane zdravstvene storitve. Uporabnikom storitev moramo ponuditi kakovostno in varno oskrbo, ki bo primerljiva s standardi po svetu. V bolnišnici se veselimo dosežkov v preteklosti, radi pa bi tudi z optimizmom stopali v prihodnost.

6 ZAKLJUČEK

V postopek pridobivanja in ohranjanja akreditacije so vključeni predstavniki vseh poklicnih skupin v bolnišnici. Postopek pa se nanaša na poslovanje bolnišnice in izvajanje kliničnega dela v njej. Glede na izkušnje preteklih štirih let pa je mogoče ugotoviti, da uslužbenke v zdravstveni negi predstavljajo gonilo v postopku pridobivanja in ohranjanja akreditacije.

LITERATURA IN VIRI

Simčič B. Model vzpostavitve akreditacije zdravstvenih ustanov v Sloveniji. S.l.; s.n.; 2011.

Standard Accreditation Canada International, 2014.

Accreditation Canada International. Required Organizational Practices, 2016 Handbook, Qmentum International Program: Version 3 for on-site surveys starting April 2016. S.l.: S.n.; 2016.

Accreditation Canada International, n.d.. Dostopno na: <http://www.accreditation.ca/en/> (23. 9. 2016).

VARNOST, UČINKOVITOST IN KAKOVOST UPRAVLJANJA Z ZDRAVILI V SPLOŠNI BOLNIŠNICI JESENICE – KJE SMO BILI, KJE SMO IN KAM GREMO?

Brigita Mavsar-Najdenov

IZVLEČEK

Načini zagotavljanja kakovosti zdravil so se razvijali postopno skozi čas. Za zagotavljanje varne in učinkovite zdravstvene obravnave pacientov kakovost zdravila sama po sebi ne zadošča, pomembno je zagotavljanje kakovostnega upravljanja z zdravili. V bolnišnični dejavnosti upravljanje z zdravili vključuje področje preskrbe z zdravili in področje uporabe zdravil ali zdravljenje z zdravili. Preskrba bolnišnic z zdravili poteka preko bolnišničnih lekarn. Uporaba zdravil ali zdravljenje z zdravili se izvaja na bolnišničnih oddelkih in povezuje delo zdravnika, kliničnega farmacevta in medicinske sestre. Različni standardi kakovosti (ISO, DIAS, JCI) prepoznavajo področje klinične farmacije kot ključno za zagotavljanje varnega, učinkovitega in kakovostnega upravljanja z zdravili v zdravstvenih ustanovah.

KLJUČNE BESEDE: *upravljanje z zdravili, splošna bolnišnica, razvoj kakovosti*

1 UVOD

Zdravila so morda stara toliko kot človeštvo, načini zagotavljanja kakovosti zdravil so se razvijali postopno skozi čas. Začetke kakovosti na področju izdelave zdravil najdemo že v antičnem obdobju, ko je okoli leta 1550 pred Kristusom nastal t.i. Papirus ebers, egiptovski medicinski papirus, ki je najstarejši ohranjen dokument, z več kot 700 zapisanimi monografijami zdravil in je opredeljen kot prva farmakopeja (Mann, 1988). Farmakopeje so oficinalne knjige standardov kakovosti zdravil in so podlaga za izdelavo zdravil, enake sestave in kakovosti. Kasneje je rimski zdravnik grškega rodu Claudius Galenus v priročniku o terapiji – Methodus medendi, zapisal recepture z navodili za pripravo 650 zdravil, med katerimi je tudi njegova znana formulacija za zdravilo *Theriaca* iz 64 različnih sestavin, v obliki gostega zeliščnega izvlečka, ki se je izdeloval in uporabljal kot panacea do poznih let 19. stoletja (Rägo in Santoso 2008; Greek medicine.net, b.l.). Obdobje industrializacije je konec 19. stoletja prineslo razvoj kakovosti tudi na področju proizvodnje zdravil, ko so nadzorniki kakovosti iz proizvodnje izločevali slabe izdelke. Istočasno se je kontrola kakovosti razširila tudi na ostala področja proizvodnje (surovine, prostori, aparature), ki vplivajo na kakovost izdelanega zdravila. Z gospodarstva se je sistem zagotavljanja kakovosti kasneje razširil tudi na področje negospodarstva ter v zdravstvu postavil v ospredje kakovost opravljenih storitev za zagotavljanje varne in učinkovite zdravstvene obravnave pacientov. Za doseganje tega cilja pa kakovost zdravila sama po sebi ne zadošča, potrebno je zagotavljanje

kakovostnega upravljanja z zdravili od preskrbe s strani dobaviteljev, do uporabe pri pacientu. V bolnišnični dejavnosti upravljanje z zdravili (*angl. medication management*) vključuje področje preskrbe z zdravili, ki poteka izključno preko bolnišničnih lekarn, kar ureja Zakon o zdravilih (Zakon o zdravilih, 2014) in področje uporabe zdravil oz. zdravljenje z zdravili, kar zahteva usklajen pristop multidisciplinarnega strokovnega osebja in drugih sodelavcev v zdravstvu (Mavsar Najdenov, 2015).

2 PRESKRBA Z ZDRAVILI

Preskrba bolnišnic z zdravili je področje lekarniške dejavnosti. Obsega delo farmacevtov in farmacevtskih tehnikov na več področjih in sicer: naročanje ter prevzemanje gotovih zdravil in kemijskih substanc z vhodno kontrolno analizo ter vodenjem predpisanih evidenc, izdelavo ter kontrolno analizo magistralnih zdravil, načrtovanje zalog zdravil, shranjevanje zdravil z vodenjem predpisanih evidenc, pripravo zdravil po naročilnicah ter izdajo na oddelke, pripravljane bolnišničnega seznama zdravil (formularij) in informiranje ter svetovanje o ravnanju z zdravili na oddelkih. Preskrba zdravil mora potekati usklajeno s slovensko in evropsko zakonodajo ter z mednarodnimi strokovnimi priporočili in smernicami (npr. *TQM – Total Quality Management*, *GMP - Good Manufacturing Practice in GPP – Good Pharmacy Practice in drugo* (Mavsar Najdenov, 2015)).

2.1 Preskrba z zdravili pred vzpostavljenim sistemom kakovosti v SBJ

V bolnišnični lekarni je bil v času do leta 2006 večji poudarek na farmacevtski tehnologiji in na lastni proizvodnji zdravilnih pripravkov po recepturah tedaj oficinalnih farmakopej (*Ph. Jug. in Ph. Eur.*), *Formularium Slovenicum-a* in *Formulae magistrales*. Ključno vlogo pri razvoju tega področja v lekarni je imela tedanja vodja lekarne, ki je bila specialistka oblikovanja zdravil. Imeli smo razvit galenski laboratorij in v skladu s priporočili *Dobre proizvodne prakse (GMP - Good Manufacturing Practice)* smo izdelovali galenska in magistralna zdravila. Za 26 različnih vrst sterilnih in nesterilnih galenskih pripravkov in 69 različnih vrst sterilnih in nesterilnih magistralnih zdravil smo imeli izdelane *Proizvodne liste*, ki so bili predhodniki kasnejših standardnih operativnih postopkov – SOP. Vsebovali so natančne podatke o recepturi, potrebnih aparaturah in pripomočkih za delo ter natančne opise postopkov izdelave, embaliranja, vzorčenja, signiranja, označevanja, shranjevanja, analiznih postopkov kakovosti in podatka o roku uporabnosti. Vsaka serija izdelanega galenskega pripravka in vsako magistralno zdravilo je imelo tudi t.i. Spremni list, ki je vseboval podatke o uporabljenih surovinah (serija, kontrolna številka vhodne analize, porabljene količine), datumu izdelave in parafe odgovornih oseb, ki so sodelovale pri izdelavi, podatke o opravljenem kontrolno analitskem postopku s pripadajočimi parafi odgovornih oseb, ki so opravile analizo pripravka. Z lastno proizvodnjo vode za injekcije, sterilnih infuzijskih raztopin (Fiziološka raztopina, Ringer, Ringer laktat, 5 in 10% glukoza ter levuloza, dvokomponentne raztopine NaCl in glukoze v več različnih razmerjih), razkužil (različne koncentracije vodnih raztopin etanola, klorheksidina, joda in vodikovega peroksida), dermatikov

(negovalna in zdravilna mazila, kreme, geli, paste in raztopine) smo zadostili večjem deležu potreb bolnišničnih oddelkov, enot in ambulant. Veliko število magistralnih zdravil je omogočalo kar največjo možno mero prilagajanja individualnim potrebam po specifičnem zdravljenju določenih patoloških stanj pacientov (kapljice za oči, sirupi za pomiritev, peroralne raztopine z analgetiki, svečke z analgetiki, oralne raztopine z antiseptiki, dermalne raztopine z antiseptiki in antibiotiki, mazila, kreme in geli z različnimi sestavami zdravilnih učinkovin, praški za peroralno uporabo s prilagojenimi odmerki zdravil za otroke, odvajalni čaj, dekokt z baldrijanom). Po točno predpisanih sestavah smo izdelovali tudi reagente za laboratorij, patologijo (raztopina s formaldehidom za shranjevanje odvzetih vzorcev tkiv) in transfuzijo ter pripravke za diagnostiko (peroralna raztopina za čiščenje črevesa, praški z zdravili za obremenitveno testiranje) in čiščenje dializnih aparatov.

Imeli smo izdelana navodila za varno in učinkovito delo z aparaturami (tehtnice, mešalec za mazila, vodna kopel za izdelavo mazil, aparat za suho sterilizacijo, avtoklav, pH - meter, aparat za proizvodnjo prečiščene vode, aparat za proizvodnjo vode za injekcije, aparat za polnjenje infuzijskih raztopin preko mikrobiološkega filtra, aparat za zapiranje infuzijskih steklenic z aluminijastimi pokrovčki, aparat za pomivanje ter ultrazvočna kadička za čiščenje laboratorijske steklovine in embalaže za farmacevtske izdelke), navodila za vstop skozi filter v aseptični prostor, navodila za kontrolo zraka in delovnih površin v aseptičnem prostoru, navodila za ravnanje v primeru poškodbe z jedkimi kislinami in alkalijami. Na področju gotovih zdravil smo izvajali redne kontrole rokov uporabnosti, za zdravila s prepovedanimi drogami smo imeli dodatno urejene evidence dobave in porabe, izvajali smo redne mesečne kontrole stanja in rokov uporabnosti ter izpolnjevanje zahtev za shranjevanje zdravil v hladni verigi v skladu z *Dobro skladiščno prakso (GSP – Good Storage Practice)*.

Redne eksterne kontrole kakovosti bolnišnične lekarniške dejavnosti je izvajala Komisija za nadzor in svetovanje Lekarniške zbornice Slovenije. Komisija je preverjala ustreznost kadrovske zasedbe (strukturo in usposobljenost) prostorov (oficina, galenski laboratorij, sterilni prostor, pripravo prečiščene vode, skladiščne prostore za zdravila, farmacevtske substance, reagente in medicinske pripomočke) opremo, literaturo, dokumentacijo. Vsi eksterni nadzori so bili uspešno opravljeni, strukturo in vsebino dokumentacije (proizvodni postopki, navodila za delo) so presojevalci izpostavili kot kakovostno vzorčen primer v slovenskem merilu. Poleg eksternih smo imeli vzpostavljene tudi redne interne nadzore ustreznosti procesov v lekarni (kontrole načina shranjevanja in zalog zdravil ter medicinskih pripomočkov, delovanja tehtnic in aparatov, čistosti prostorov ter vodenja pripadajoče dokumentacije).

Po odhodu kolegice specialistke oblikovanja zdravil v letu 2006, se je v skladu z zakonskimi zahtevami proizvodnja zdravil v lekarni značilno zmanjšala. V celoti smo prenehali izdelovati galenska zdravila, ki smo jih delno nadomestili z nekaterimi gotovimi zdravili in z zdravili iz galenskih laboratorijev drugih lekarn. Ohranil se je večji del lastne magistralne recepture nesterilnih zdravilnih pripravkov (46 različnih vrst zdravil). Z implementacijo novega bolnišničnega poslovno informacijskega sistema

v letu 2006, smo izboljšali preglednost in sledljivost na področjih nabave, izdaje, proizvodnje in skladiščenja, plansko analitske postopke ter izvedbo javnih naročil zdravil in medicinskih pripomočkov.

2.2 Izpopolnjevanje kakovosti preskrbe zdravil po uvedbi sistema kakovosti

Že utečen sistem shranjevanja zdravil po abecednem vrstnem redu, ločeno po farmacevtskih oblikah za peroralno, parenteralno in dermalno aplikacijo ter ločeno po mestu delovanja (antibiotiki, lokalni in sistemski anestetiki, razkužila), smo nadgradili s shranjevanjem po videzu zelo podobnih zdravil na ločenih mestih, z namenom zmanjševanja možnosti zamenjav ob shranjevanju in izdaji. S SOP in z navodili smo uredili ravnanje z zdravili z visokim tveganjem, evidenco prepovedanih drog, evidenco farmacevtskih substanc, čiščenje prostorov v bolnišnični lekarni, čiščenje stične ovojnine in laboratorijskega pribora ter posode, kontrolo delovanja tehnic, kontrolo temperature in vlage, nadzor nad opremo, ravnanje z odpadki, prevzem blaga (kratek rok), reševanje reklamacij, skladiščenje blaga, delo v prostoru za izdelavo magistralnih pripravkov, izdajo blaga (kratek, rok, medsebojno zamenljiva zdravila, način shranjevanja), uporabo laminarne vertikalne komore, odpoklic zdravil in medicinskih pripomočkov. Za zagotavljanje varne, učinkovite in racionalne uporabe zdravil na oddelkih smo izdelali naslednje preglednice: seznam zamenljivih zdravil s cenami, seznam zdravil za parenteralno uporabo z navodili za pripravo in aplikacijo, seznam protimikrobnih zdravil s cenami najpogostejših dnevnih odmerjanj, seznam dragih zdravil, sezname dezinfekcijskih sredstev z rokom uporabnosti po odprtju.

Vzpostavili smo redne letne nadzore ravnanja z zdravili na oddelkih: shranjevanje in vodenje evidenc zdravil s prepovedanimi drogami, shranjevanje zdravil pri sobni T in v hladni verigi s pripadajočimi evidencami. Redne mesečne nadzore izvajajo odgovorne oddelčne medicinske sestre, farmacevti izvajajo nadzore dvakrat letno.

3 UPORABA ZDRAVIL

Uporaba zdravil oz. zdravljenje z zdravili poteka na bolnišničnih oddelkih in povezuje delo zdravnika, kliničnega farmacevta in medicinske sestre. Obsega več aktivnosti: ugotavljanje pacientovega problema (anamneza in pregled kliničnega stanja pacienta, farmakoanamneza in pregled jemanja zdravil) ocenjevanje pacientovega problema (diagnoza bolezni, ocena zdravljenja z zdravili), načrtovanje zdravljenja (indikacija in izbira zdravil, predpisovanje in aplikacija zdravil), spremljanje in ocenjevanje zdravljenja (klinično stanje pacienta, laboratorijski izvidi, mikrobiološki izvidi, merjenje koncentracij zdravil v telesnih tekočinah). Predpis zdravila mora biti točno opredeljen z imenom, odmerkom, načinom odmerjanja, načinom vnosa v telo in s časom

zdravljenja (Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini 2008, 2010, 2012). Za zagotavljanje varnega in učinkovitega zdravljenja z zdravili moramo pri predpisovanju in aplikaciji zdravil dobro poznati njihove fizikalno-kemijske (npr. fotolabilnost, termolabilnost in zagotavljanje hladne verige, združljivost

z vehikli za raztapljanje in redčenje), biofarmacevtske (npr. možnost spreminjanja farmacevtske oblike za aplikacijo preko sonde za hranjenje), farmakokinetične (npr. biološka uporabnost pri prehodu s parenteralnega na peroralno zdravljenje, odmerjanje pri spremembah volumna porazdelitve) in farmakodinamične lastnosti ter upoštevati združljivost s specifičnimi fiziološkimi (npr. nosečnost, dojenje, starost) in patofiziološkimi (npr. okvarjeno delovanje ledvic in jeter, imunska oslabelelost) stanji, kakor tudi združljivost z ostalimi zdravili, prehranskimi dopolnili in hrano. V skladu z našo zakonodajo je predpisovanje zdravil v domeni zdravnika, aplikacija zdravil je ena glavnih zadolžitev medicinskih sester, farmacevti imajo ključno vlogo pri preprečevanju nepravilnega ravnanja z zdravili. Pomembno področje klinične farmacije v bolnišnicah je usklajevanje zdravljenja z zdravili, ki vključuje ugotovitev farmakoanamneze ali zgodovine zdravljenja z zdravili (zdravila na recept, zdravila brez recepta, rastlinska zdravila in prehranska dopolnila), sledi izdelava farmakoterapijskega pregleda (ugotavljanje kontraindikacij, klinično pomembnih interakcij in izločitev neprimernih zdravil za starostnike s predlogi za nadomestna zdravila) ter usklajevanje z zdravili, predpisanimi po sprejemu v bolnišnico. Pri zdravljenju z zdravili si prizadevamo k optimizaciji kliničnih izidov in stroškov zdravljenja z zdravili. Zdravljenje z zdravili mora biti usklajeno s slovensko in evropsko zakonodajo ter z mednarodnimi strokovnimi priporočili in smernicami (npr. *GPrP – Good Prescribing Practice*, *GCP - Good Clinical Practice*, *GPP - Good Pharmacy Practice in drugo*).

3.1 Uporaba zdravil na oddelkih pred vzpostavljenim sistemom kakovosti v SBJ

Pod okriljem Komisije za zdravila, ki je bila ustanovljena leta 1994, smo s SOP in z navodili uredili nadzorovano uvajanje novih zdravil v bolnišnični formularij, poročanje v sistem farmakovigilance in zastrupitev z zdravili, priporočila za tromboprofilakso na področju interne medicine in ginekologije ter porodništva in seznam antidotov z indikacijami ter navodili za odmerjanje. Pod okriljem Komisije za antibiotike, ki je bila ustanovljena leta 2001, smo s SOP, z navodili in s seznamom protimikrobnih zdravil z omejenim (R1) ter strogo omejenim (R2) režimom predpisovanja, uredili predpisovanje protimikrobnih zdravil. V letu 2003 smo bili med prvimi bolnišnicami v Sloveniji, ki so uvedle dejavnost klinične farmacije na bolnišničnih oddelkih. Klinični farmacevt se je začel intenzivno ukvarjati z racionalno rabo PMZ. Po načelih racionalne farmakoterapije okužb je pričel izvajati redne preglede predpisanih PMZ pacientom ter se redno udeleževati jutranjih raportov in glavnih vizit na internem in kirurškem oddelku. Od vsega začetka, od leta 2002, smo vključeni v Evropski projekt spremljanja porabe PMZ.

3.2 Izpopolnjevanje kakovosti uporabe zdravil po uvedbi sistema kakovosti

Vključevanje elementov sistema vodenja kakovosti v proces uporabe zdravil je vnesel izboljšave na področju predpisovanja in dajanja zdravil. Izboljšali smo predvsem področja, ki niso točno opredeljena z državno regulativo: predpisovanje zdravil na temperaturno-terapevtski list, shranjevanje zdravil izven oddelčnega depoja zdravil (terapevtski, anestezijski in reanimacijski vozički) in spremljanje težav povezanih z zdravili. Za

zagotavljanje varne, učinkovite in kakovostne oskrbe pacientov z zdravili je klinični farmacevt v sodelovanju s člani Komisije za zdravila, člani Komisije za antibiotike in s službo za kakovost izdelal naslednje SOP in navodila: upravljanje z zdravili na področju klinične farmacije, upravljanje s PMZ na področju klinične farmacije, predpisovanje in dajanje zdravil, postopek uvajanja novega identa zdravila v bazo artiklov lekarne SBJ, navodilo za izpolnjevanje knjige narkotikov, navodilo za poročanje neželenega učinka zdravila, navodilo za poročanje o zastrupitvi, navodilo za urgentno naročilo antidota na Center za zastrupitve, navodilo za ravnanje z zdravili ob pojavu visokih temperatur v okolju, pregled pacientov s predpisanimi PMZ, pregled pacientov s predpisanimi zdravili s humanimi albumini. Vse navedene protokole, navodila, sezname in obrazce ter povezave s spletnimi viri informacij o zdravilih (*CBZ-2 - Centralna baza podatkov zdravil, CZZ - Center za zastrupitve RS, JAZMP - Javna agencija RS za zdravila in medicinske pripomočke, EMA – European Medical Agency, Evropska agencija za zdravila, WHOCC – ATC/DDD Index*) za varno in učinkovito upravljanje z zdravili je klinični farmacevt v sodelovanju s službo za informatiko uredil na intranetni strani Komisije za zdravila in Komisije za antibiotike, ki so na ta način dostopne strokovnemu osebju 24 ur na dan (Mavsar Najdenov, 2012). Od leta 2011 dalje spremljamo tudi dva kazalnika kakovosti MZ na področju upravljanja protimikrobnih zdravil in sicer: bolnišnična poraba PMZ in protimikrobna predoperativna zaščita. V sodelovanju z zdravniki in medicinskimi sestrami klinični farmacevt izvaja redne tedenske preglede protimikrobnega zdravljenja po načelih racionalne farmakoterapije okužb in redne dva krat - letne preglede predpisovanja in dajanja zdravil, shranjevanja ter vodenja evidenc zdravil s prepovedanimi drogami, glede na usklajenost z zakonodajo, internimi SOP in navodili. Na podlagi izsledkov raziskovalnega dela na področju farmakokinetike klinični farmacevt od leta 2008 dalje, s pomočjo računalniškega programa, izvaja individualna prilagajanja odmerjanja vankomicina pacientom glede na delovanje ledvic in volumen porazdelitve. Pri posebej izpostavljenih pacientih (klinično stanje, polifarmakoterapija, sum na neželene učinke zdravil) klinični farmacevt izdelava farmakoterapijski pregled in izda priporočila glede nadaljevanja zdravljenja z zdravili. Priporočila za zdravljenje z zdravili izdava klinični farmacevt v obliki izvida konziliarnega pregleda kliničnega farmacevta, ki je sestavni del medicinske dokumentacije pacientov.

3.3 Izpopolnjevanje kakovosti na področju upravljanja z zdravili v prihodnosti

Težave povezane z zdravili, ki jih ugotavljamo pri vsakodnevnem delu in pri sistematičnih internih in eksternih nadzorih na področju upravljanja zdravil, prepoznavamo kot tveganja, ki jih poskušamo zniževati na najmanjšo možno mero in so podlaga za izpopolnjevanje upravljanja zdravil na področju preskrbe in uporabe zdravil. V smislu preventivnega delovanja za obvladovanje tveganj pri upravljanju z zdravili načrtujemo uvedbo elektronskega predpisovanja zdravil na TTL z možnostjo spremljanja porabe zdravil ter medicinskih pripomočkov na pacienta, vključitev farmacevtskega tehnika v zdravstveni tim na oddelkih, širitev dejavnosti klinične farmacije na področju upravljanja s protimikrobnimi zdravili na ostale farmakodinamske skupine zdravil in usklajevanje

zdravljenja z zdravili ob sprejemu in odpustu pacientov, kot novega področja dela klinične farmacije. Razvoj kakovosti s širjenjem že vpeljanega in uvajanjem novih področij dela klinične farmacije pa zahteva ustrezno kadrovsko podporo, brez katere si ni mogoče predstavljati izvedbe načrtovanih ciljev.

4 ZAKLJUČEK

Na področju zdravil je bila vsa leta doslej kakovost enako pomembna entiteta kot varnost in učinkovitost. Za zagotavljanje varne in učinkovite zdravstvene obravnave pacientov kakovost zdravila sama po sebi ne zadošča, potrebno je zagotavljanje kakovostnega upravljanja z zdravili od preskrbe s strani dobaviteljev, do uporabe pri pacientu. Razvoj kakovosti na področju upravljanja z zdravili prehaja iz začetnih faz definiranja procesov s SOP ter dokumentiranja intervencij in spremljanja kakovosti opravljenih storitev s pomočjo kazalnikov kakovosti, v fazo preventivnega ukrepanja za obvladovanje tveganj pri procesih. V prihodnosti nas čaka razvoj kakovosti na področju upravljanja z zdravili v smeri preprečevanja potencialnih težav povezanih z zdravili. Področje klinične farmacije je za zagotavljanje varnega, učinkovitega in kakovostnega upravljanja z zdravili v zdravstvenih ustanovah ključno in razvoj kakovosti na tem področju zahteva ustrezno kadrovsko podporo.

ZAHVALA

Zahvaljujem se predstojnici lekarne SBJ, kolegici Marini Čurčija Jurišin, za dopolnitev prispevka s seznamom SOP, navodil in obrazcev, ki so bili izdelani na področju preskrbe zdravil po letu 2006.

LITERATURA

- Greek medicine. net. Claudius Galenus, Gratest Physician of the Roman Empire. Dostopno na: http://www.greekmedicine.net/whos_who/Galen.html (13. 9. 2016).
- Mann RD. From mithridatium to modern medicine: the management of drug safety. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1988; 81: 725-8.
- Mavsar Najdenov B. Zahteve DNV international accreditation standarda pri predpisovanju in dajanju zdravil. In: Bahun M, Kramar Z, Skela-Savič B, eds. Trajnostni razvoj na področju kakovosti in varnosti; povezava med akreditacijo in varno ter kakovostno obravnavo pacientov, zbornik prispevkov strokovnega srečanja 5. dnevi Angele Boškin, 20. in 21. september 2012, Kranjska Gora. Jesenice: Splošna bolnišnica, Visoka šola za zdravstveno nego, 2012: 65-9.
- Mavsar Najdenov B. Varno in učinkovito upravljanje z zdravili – različne vloge, en cilj! In: Bračko V, ed. Urgentni pacient-včeraj, danes, jutri, zbornik predavanj, 3. mednarodni kongres, Terme Čatež, 15. in 16. oktober 2015. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci, 2015: 97-100.
- Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini, Uradni list Republike Slovenije št. 86/2008, 45/2010, 38/2012.
- Rägo L, Santoso B. Drug Regulation: History, Present and Future. *Drug Benefits and Risks*. In: van Boxtel CJ, Santoso B, Edwards IR, eds. *International Textbook of Clinical Pharmacology*, 2nd ed. S.l.: s.n.; 2008: 65-76.
- Zakon o zdravilih, Uradni list Republike Slovenije št. 17/2014.

KAKOVOST IN VARNOST V PRIMARNEM ZDRAVSTVU - KJE SMO?

Ksenija Noč, Jože Prestor

IZVLEČEK

Kljub globalnim spremembam, gospodarski in politični tranziciji v Sloveniji, zdravstvena dejavnost na primarni ravni deluje dobro in državljanom zagotavlja osnovno zdravstveno oskrbo. Organizacijo osnovne zdravstvene dejavnosti zagotavljajo posamezne občine, nadzor in kakovost dela na ravni storitev izvaja Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije, kot plačnik storitev, posamezne strokovne zbornice izvajajo strokovne interne nadzore, vodstvo zdravstvenih domov na podlagi lastne kreativnosti osveščenosti in znanja pa izvaja nadzor kakovosti in varnosti preko številnih internih pravilnikov in navodil, ki prispevajo k varnem delu. V osnovnem zdravstvu občutimo pomanjkanje izdelanih, vpeljanih in nadzorovanih kazalnikov kakovosti. Osnovno zdravstvo Gorenjske pokriva s svojimi šestimi organizacijskimi enotami celotno Gorenjsko in je za njihovo delovanje pravno, finančno-analitično, poslovno in organizacijsko odgovoren. Kljub pozitivnim spremembam oz. novitetam v osnovni zdravstveni dejavnosti predvsem na področju preventivnih dejavnosti, se soočajo z velikim pomanjkanjem družinskih zdravnikov in pediatrov, hitro informatizacijo in neenotnostjo informacijskega sistema in kadrovsko podhranjenostjo v zdravstveni negi. Enotne službe za nadzor kakovosti in varnosti ni, le ta je eden izmed strateških ciljev Osnovnega zdravstva Gorenjske za obdobje 2015-2019.

KLJUČNE BESEDE: *primarno zdravstvo, kakovost, varnost, zdravstveni dom*

1 UVOD

Kakovost zdravstvene oskrbe je eden najpomembnejših ciljev zdravstvenega sistema. Krovna zakona, ki urejata slovensko zdravstveno varstvo sta Zakon o zdravstveni dejavnosti in Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Odgovornost za delovanje zdravstvenega sistema ima v prvi vrsti vlada, za kakovostno delovanje zdravstvenega sistema pa je ključen vsak izvajalec kakršnekoli zdravstvene storitve (Robida, 2006; Kunc, 2013).

Cilj vseh, ki delujemo v zdravstvenem sistemu je poleg učinkovitosti, ugodnih izidov zdravljenja ter zadovoljstva bolnikov, osredotočenje tudi na zadovoljstvo zaposlenih. V teh kriznih časih v zdravstvu na splošno (in nismo ravno optimistični za prihodnost) se sprašujemo, ali je visoka motiviranost posameznika za izboljševanje svojega dela dovolj, ali sploh še obstaja in kako jo bi dosegli (Kersnik, 2010; Kunc, 2013).

Kakovost v širšem pomenu v osnovni zdravstveni dejavnosti žal še vedno ni prioriteta. Z izgubo našega velikega strokovnjaka za kakovost in varnost v primarnem zdravstvu, dr.

Janka Kersnika (1960-2015), nismo izgubili samo velikega človeka, zdravnika, ampak tudi strokovno, in raziskovalno - analitično pomembnega strokovnjaka v Osnovnem zdravstvu Gorenjske (OZG), kamor sodita tudi Zdravstveni dom Kranj in Zdravstveni dom Jesenice.

V prispevku bomo opisali sistem delovanja zdravstvenih domov, strokovne spremembe, ki smo jih uvedli v zadnjem času v samem sistemu (referenčne ambulante družinske medicine, odprtje urgentnega centra, vedno višja informatizacija dela...) in vplivajo na kakovost in varnost v splošnem, dilemami s katerimi se srečujemo ter vizijo v smeri kakovosti in varnosti v primarnem zdravstvu OZG.

2 OSNOVNA ZDRAVSTVENA DEJAVNOST V SLOVENIJI

Tradicija osnovne zdravstvene dejavnosti na primarni ravni je dolga. Primarna raven populaciji zagotavlja vstop v zdravstveni sistem in kljub globalnim spremembam, gospodarski in politični tranziciji, imamo v Sloveniji dobro osnovno zdravstveno oskrbo državljanov ter ohranjene vrednote primarnega zdravstvenega sistema. Kljub temu ne moremo mimo dejstva, da se sistem ne uspe tako hitro prilagajati, kot se spreminja informatizacija življenja na vseh ravneh in s tem viša potreba državljanov po informacijah, zahtevah in znanju (Poplas Susič idr., 2013).

Organizacijo osnovne zdravstvene dejavnosti v Sloveniji zagotavljajo posamezne občine. Te odločajo o širitvah zdravstvenih programov, ustrezni kadrovske pokritosti, podeljevanju koncesij in ostalih strokovnih vprašanjih, za kar bi posamezne občine naj imele ustrezno usposobljene strokovnjake za dogovarjanje in odločanje (Kersnik, 2010).

V primerjavi z drugimi evropskimi državami, je kakovost dela na primarni ravni v Sloveniji dobra. Poseben problem predstavlja relativno visoka stopnja napotitev na sekundarno/terciarno raven, povečevanje števila obiskov v ambulantah in zmanjševanje hišnih obiskov. Zaradi neenotnosti informacijskega sistema lahko preko uradne statistike spremljamo le del obiskov v osnovni zdravstveni dejavnosti, nekaj podatkov za svoje potrebe zbira tudi plačnik zdravstvenih storitev Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Sistem nadzora kakovosti dela je sicer formalno predpisan, vendar pogosto pomanjkljiv. V osnovnem zdravstvu občutimo pomanjkanje izdelanih, vpeljanih in nadzorovanih kazalnikov kakovosti. Posamezni nadzori (interni, strokovni) so prepuščeni kreativnosti in osveščenosti vodstvom zavodov, redki so s strani pristojnih zbornic, najpogosteje pa zaradi finančne odvisnosti izvajalcev nadzore storitev izvaja plačnik - ZZZS in nehote posega tudi v strokovne odločitve zdravnikov in vodstva (Poplas Susič idr., 2013).

Ključni elementi razvoja osnovne zdravstvene dejavnosti v Sloveniji v prihodnosti so vpeljevanje celovitega modela obravnave bolnikov preko referenčnih ambulant družinske medicine, nova vloga zdravstvenega doma, informatizacija dela ambulante družinske medicine, sprememba financiranja ambulant družinske medicine, sistematično uvajanje kakovosti v ambulante družinske medicine, imenovanje krovne

nacionalne institucije za osnovno zdravstvo in razvoj mreže mentorjev (Poplas Susič idr., 2013).

3 OSNOVNO ZDRAVSTVO GORENJSKE

Javni zavod OZG opravlja svojo dejavnost v naslednjih organizacijskih enotah (OE):

- OE Zdravstveni dom Bled, Zdravstveni dom Bohinj (sedež na Bledu)
- OE Zdravstveni dom Jesenice z dislociranima enotama Zdravstvena postaja Kranjska Gora z ambulanto v Mojstrani in Zdravstvena postaja Žirovnica,
- OE Zdravstveni dom Kranj z dislociranimi enotami Zdravstvena postaja Stražišče, Cerklje, Šenčur, Preddvor, Jezersko, Brnik, Sava, Naklo, Golnik, Iskra Labore in štiri domske ambulante ter Zobna poliklinika Kranj z dislociranimi zobnimi ambulantami v Stražišču, Golniku, Šenčurju, Naklem in nekaterih osnovnih šolah v Kranju,
- OE Zdravstveni dom Radovljica, z dislocirano enoto Zdravstvena postaja Kropa,
- OE Zdravstveni dom Škofja Loka z dislociranimi ambulantami Gorenja vas, Žiri in Železniki,
- OE Zdravstveni dom Tržič
- OE Uprava.

Vsaka OE ima svojega direktorja, glavno medicinsko sestro in strokovni kolegij. Zakonitost dela, strokovnost, vodenje, plane nabav, strokovno usposabljanje, realizacijo storitev in kakovosti upravlja vsaka organizacijska enota zase pod vodstvom direktorja OE. OZG je pravno, finančno - analitično, poslovno in organizacijsko odgovoren za ustrezno delovanje posameznih OE, najvišji organ upravljanja je svet OZG (Statut Osnovnega zdravstva Gorenjske, 2004; Osnovno zdravstvo Gorenjske, b.l.).

Osnovne zdravstvene dejavnosti na območju občin ustanoviteljic, ki jih OZG izvaja so zdravstveno varstvo odraslih (splošna družinska medicina z referenčnimi ambulantami, zdravstveno varstvo žensk, otrok in mladine, preventivno zdravstveno varstvo vseh skupin prebivalcev, patronažno zdravstveno varstvo in nega, fizioterapija in rehabilitacija, preventivno in kurativno zobozdravstvo vseh skupin prebivalcev, laboratorijske storitve, medicina dela, prometa in športa, nujna medicinska pomoč in dežurna služba, helikopterska nujna medicinska pomoč, gorska reševalna služba v poletnem času (zagotavljanje zdravnika), nujni in ne nujni reševalni prevozi, prevozi na dializo, prevozi onkoloških bolnikov na terapijo. Preostale specialistične dejavnosti, ki jih izvajajo nekatere enote so še pulmologija z RTG, antikoagulantna dejavnost, okulistika, otorinolaringologija, dermatologija, ortopedija, RTG in UZ preiskave, diabetologija, pedopsihiatrija, razvojna ambulanta, čeljustna ortopedija, pedontologija, endodontologija, paradontologija.

Zakonski predpisi, ki jih OZG upošteva pri svojem delovanju so Zakon o zavodih, Zakon o zdravstveni dejavnosti, Zakon o zdravniški službi, Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ter Zakon o javnem naročanju. V OZG je za nemoteno

delovanje in pripravljeno in sprejeto veliko internih aktov. Zaposlenim so dostopni preko internetne spletne strani, ločene pa so vsebinsko: na navodila strokovnega vodje, interne akte in predpise ter veljavno zakonodajo. Na isti spletni strani zaposleni lahko dostopajo tudi do zapisnikov sveta zavoda ter drugih aktualnih obvestil, kot so recimo novice povezane z uveljavljanjem e-naročanja. Ob iskanju internih aktov o zagotavljanju kakovosti in varnosti smo prebrali med 56 oblikovanimi navodili strokovnega vodje OZG in 70 zadetki novejših internih pravilnikov ter še dodatnih 71 aktov starejših od leta 2012. Ugotovili smo, da nimamo skupnega predpisa o kakovosti in varnosti. Navodila in pravilniki, ki prispevajo k varnosti in kakovosti v OZG so oblikovane za področje varovanja podatkov, preprečevanje okužb povezanih z zdravstvom, predpisovanje zdravil in ravnanje z narkotiki, zbiranje in poročanje o opozorilnih dogodkih, krogotoku informacij, ravnanju z odpadki, izvajanju mentorstva, normativ zaščitne opreme in sredstev, ravnanje z dokumentarnim gradivom. Posebej so pripravljene pravilniki o nasilju na delovnem mestu, pooblaščenca za prijavo trpinčenja in več navodil o ukrepih za zaščito na delovnem mestu. Objavljen je tudi pravilnik o notranjem revidiranju in o internem strokovnem nadzoru. Nimamo pa službe za kakovost in varnost, kar je eden pomembnejših ciljev tako velike organizacije, kot je OZG, saj so ravno kakovost dela, kakovost zdravstvenih storitev, zadovoljstvo bolnikov med osnovnimi strateškimi cilji, uvrščeni visoko v strateškem načrtu OZG tudi za obdobje 2015- 2019 (Osnovno zdravstvo Gorenjske, 2015; Osnovno zdravstvo Gorenjske, b.l.).

4 NOVOSTI IN POMANJKLJIVOSTI V PRIMARNEM ZDRAVSTVENEM SISTEMU

Zadnja leta smo priča bliskovitim spremembam v primarnem zdravstvenem sistemu v nekaterih dejavnostih. Pozitivne in dobrodošle spremembe so zagotovo:

- Referenčne ambulante družinske medicine (celovita preventivna dejavnost in vodenje kroničnih bolnikov v timu družinske medicine).
- Krepitev delavnic v Zdravstveno vzgojnih centrih (nove psihoedukativne delavnice) in že ustanavljanje prvih Centrov za krepitev zdravja (Celje, Sevnica, Vrhnika).
- Krepitev zdravstvene vzgoje v vrtcih, osnovnih šolah, srednjih šolah, lokalnih skupnostih.
- Novi urgentni centri in posledično spremembe v delovanju sistema nujne medicinske pomoči.

Vse nove dejavnosti so potegnile za seboj številne težave, organizacijske, kadrovske, materialne, finančne in informatizacijske narave in je vzdušje pri uvajanju novih sprememb med zaposlenimi napeto, zaskrbljeno, negotovo.

Poleg tega se na Gorenjskem soočamo s kroničnim pomanjkanjem družinskih zdravnikov in pediatrov, kar posledično pomeni preveliko število registriranih pacientov na terapevta, kar posledično pomeni:

- Pomanjkanje časa za obravnavo pacienta (plačnik predvideva 7 minut za obravnavo posameznega pacienta), posledično je velik pritisk na ambulante za sprejem in pregled, medicinske sestre morajo same izvajati triažo in naročiti paciente na podlagi ustnega sporočila pacienta o težavah. Ob tem so medicinske sestre močno izpostavljene odgovornosti zaradi eventualne napačne triaže, saj se zdravnik s pacientom ne pogovarja in zato ne prevzema odgovornosti.
- Slabša dosegljivost medicinskih sester v ambulantah za naročanje, saj mora medicinska sestra zaradi povečane frekvence obravnav opraviti tudi vse posege in spremljajoča administrativna opravila. Plačnik določa, da mora biti vsaka ambulanta prvega stika dosegljiva za naročanje vsaj 4 ure na posamezni ordinacijski dan, kar je pogosto težko doseči.
- Prevelika dnevna frekvenca obravnav, saj število obravnav v sedmih urah dela ambulante včasih doseže tudi 100 pacientov.
- Verbalni in fizični konflikti pacientov z zdravstvenim osebjem, glavni razlog je dostopnost do storitev in spoštovanje pacientovega prostega časa.
- Žaljiva in nedopustna komunikacija s strani uporabnikov pa je kultura, ki jo opažamo v zadnjem času in se kot epidemija širi med uporabniki..

Ostale težave s katerim se soočamo so tudi:

- Uvajanje novih tehnik - informatizacija sistema in zagotavljanje varstva občutljivih podatkov, neenotnost informacijskega sistema in poznavanja informacijskega sistema tudi s strani zaposlenih (boljše ali slabše znanje in interes pri zdravnikih, medicinskih sestrah in ostalih zaposlenih)
- Poškodbe pri delu kot rezultat preobremenjenosti kadra.
- Prezentizem bolj prisoten kot absentizem (bolni sodelavci na delovnem mestu).
- Kadrovska podhranjenost na področju zdravstvene nege.

Leta 2015 smo se na kolegiju glavnih medicinskih sester OZG lotili urejanja skupnih organizacijskih predpisov in obrazcev za kakovost in varnost. V njih smo, upoštevajoč definicije in načela kakovosti in varnosti v zdravstvu, sestavili sistem upravljanja z odkloni, obravnavo varnostnih zapletov pri zdravstveni oskrbi pacientov, obravnavo opozorilnega nevarnega dogodka in oblikovali enotne obrazce - zapisnike ob opozorilnih nevarnih dogodkih, varnostnih pogovorih in ostalo.

Čas nam na vseh področjih dela neutrudno polzi skozi prste, zato enotni predvideni predpisi in obrazci še niso uradno sprejeti in potrjeni.

5 ZAKLJUČEK

Cilji, ki si jih zastavljamo so enotna služba za kakovost in varnost v OZG, ki bo oblikovala in spremljala kazalnike kakovosti, razvijala in uporabljala protokole, obrazce in navodila za izboljšanje kakovosti in varnosti v osnovnem zdravstvu, spremljala zadovoljstvo pacientov in zadovoljstvo, učinkovitost in uspešnost zaposlenih, spremljala odklone in varnostne zaplete, spremljala strokovne nadzore, razvijala in izvajala enotni nadzor v smislu preprečevanja bolnišničnih okužb in ostalih ukrepov ki zadevajo higiensko komisijo posameznih enot znotraj OZG (Osnovno zdravstvo Gorenjske, b.l.; Kersnik, 2010).

Ker nimamo uradne službe za nadzor kakovosti in varnosti V OZG in posameznih organizacijskih enotah, se posamezniki reševanja oz. pristopa in smiselnosti lotevanja tega pomembnega dela v zdravstvenem sistemu lotevamo zgolj z entuziazmom, poleg svojega rednega dela. Z izgubo dr. Janka Kersnika, dr. med., spec. družinske medicine in strokovnega direktorja OZG, velikega profesorja in raziskovalca ravno na področju kakovosti in varnosti na ministrstvu za zdravje RS je ta del v sistemu ostal v ozadju.

LITERATURA

- Kersnik J. Kakovost v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, Urad SZO; 2010.
- Kersnik J. Kakovost v zdravstvu. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine. Dostopno na: <http://www.drmed.org>. (29. 9. 2016).
- Kunc M. Kakovostno izvajanje zdravstvene dejavnosti v kriznih časih. In: Z znanjem do idej za nov zagon gospodarstva [Elektronski vir]: zbornik 10. festivala raziskovanja ekonomije in managementa, 22. - 23. marec 2013, Koper - Celje - Škofja Loka. Koper: Fakulteta za management; 2013: 109-112.
- Osnovno zdravstvo Gorenjske. Informacije javnega značaja, b.l. Dostopno na: <http://www.ozg-kranj.si/> (29. 9. 2016).
- Osnovno zdravstvo Gorenjske. Poslovno poročilo za leto 2014. Kranj: Osnovno zdravstvo Gorenjske; 2015. Dostopno na: http://www.ozg-kranj.si/uporabnik/file/Poslovno_por_2014.pdf (29. 9. 2016).
- Poplas Susič T, Švab I, Kersnik J, Klančič D, et al. Pregled nacionalne strategije razvoja osnovne zdravstvene dejavnosti v Sloveniji do leta 2020. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2013.
- Robida A. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije; 2006.
- Statut Osnovnega zdravstva Gorenjske. Uradni list Republike Slovenije št. 36/2004.

SODELOVANJE PRIMARNEGA IN SEKUNDARNEGA NIVOJA – PRIMER DOBRE PRAKSE

Nada Macura Višić

IZVLEČEK

Zagotavljanje neprekinjene nujne medicinske pomoči in nujnih prevozov poškodovanih in akutno obolelih oseb na območju Republike Slovenije se je do otvoritve urgentnih centrov (UC) izvajalo na nivoju zunajbolnišnične (primarni nivo) in bolnišnične dejavnosti (sekundarni nivo). Z otvoritvijo UC-ja je prišlo do združitve obeh dejavnosti iz dveh ločenih delovnih organizacij (Splošne bolnišnice Jesenice in Zdravstvenega doma Jesenice), z ločenim informacijskim sistemom. V prispevku so prikazane težave s katerimi smo se srečevali ob otvoritvi, ter tudi dobre prakse, ki so nastale.

KLJUČNE BESEDE: *urgentni center, triaža, primarni nivo, sekundarni nivo*

1 UVOD

Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev« (Uradni list RS, št. 72/08) opredeljuje vizijo zdravstvenega varstva, ki poudarja tudi organizacijo dostopnega, kakovostnega in dolgoročno vzdržnega sistema zdravstvenega varstva. V okviru prednostnih razvojnih področij je poudarek med drugim na ureditvi javne zdravstvene mreže in zmanjševanju neenakosti na področju zdravstva med regijami z organizacijo bolnišnične službe, primerljive z državami EU, kjer je v sestavi organigrama vsake bolnišnice tudi urgentni oddelek (urgentni center), kot samostojna enota z ustrežno kadrovsko strukturo, na celotnem geografskem območju Slovenije (Košir idr., 2015).

2 URGENTNI CENTER JESENICE

V času gradnje urgentnega centra, smo s strani Ministrstva za zdravje dobili bolj malo navodil in obvestil, kako naj bi potekala sama organizacija dela. Pripravljen je bil dokument Enotna metodologija organizacije urgentnih centrov, pripravljali se je novi pravilnik o nujni medicinski pomoči. Da pa bi urgentna dejavnost potekala najbolje možno, smo se že vodstvo SBJ in ZD Jesenice kot tudi vodstvo Osnovnega zdravstva Gorenjske, kot krovno vodstvo ZD Jesenice, v času gradnje UC srečevali na delovnih sestankih, kjer smo se dogovarjali o sami organizaciji dela v novih prostorih. Delovne sestanke smo poimenovali Koordinacija UC Jesenice.

Sredi meseca decembra, natančneje v noči iz 12. na 13. december 2015 smo preselili urgentno internistično in kirurško dejavnost SBJ v nov urgentni center. Pred tem smo

zaradi gradnje samega objekta to dejavnost opravljali v vojaški bolnišnici ROLE 2LM. Površina vojaške bolnišnice je bila 450 m², površina novega UC pa 1300 m². V nove prostore smo se preselili z istim številom kadra (10 dipl.m.s., 13 ZT). Z novim UC pa smo dobili tudi dve novi dejavnosti; triaža in prostor za opazovanje pacientov z 11 posteljami.

Za izvajanje triaže po načelih Manchesterskega triažnega sistema (MTS) je bilo izobraženih 5 diplomiranih medicinskih sester. Triaža naj bi se izvajala 24 ur. S 4.1.2016 smo pričeli s triažiranjem pacientov po načelih MTS. Ob tem smo uporabljali spletno aplikacijo E-triaža, ki nam je povzročala kar nekaj težav: večkrat okvara sistema, izguba podatkov, zamudno delo zaradi vnašanja podatkov (ni povezave s KZZ), delo v dveh informacijskih sistemih,... Junija smo pričeli uporabljati bolnišnični informacijski sistem z modulom Triaža.

S 15.1.2016 pa je svojo dejavnost v prostore preselila tudi NMP zdravstvenega doma Jesenice. V SBJ deluje ambulantna nujna medicinska pomoč (ANMP) s prisotnim zdravnikom specialistom družinske medicine ali urgentne medicine in medicinsko sestro ter reševalnim vozilom z dvema reševalcema. Že prvi dan smo imeli težave s postavitvijo informacijskega sistema ZD Jesenice, ki sp bile na srečo hitro odpravljene.

Glede na Pravilnik o nujni medicinski pomoči (Pravilnik o nujni medicinski pomoči, 2015) je bil UC Jesenice dodeljena s strani primarnega nivoja dežurna služba (24 ur) in dve nujni reševalni vozili (NRV). V prvotnem predlogu pravilnika je bil našemu UC dodeljen reanimobil in eno NRV. Zaradi tega morajo velikokrat pacienti čakati na pregled, ker mora zdravnik, ki je v ambulanti ob enem pokrivati tudi teren. Marca 2016 smo podpisali tudi sporazum o sodelovanju.

2.1 Pot pacienta v UC

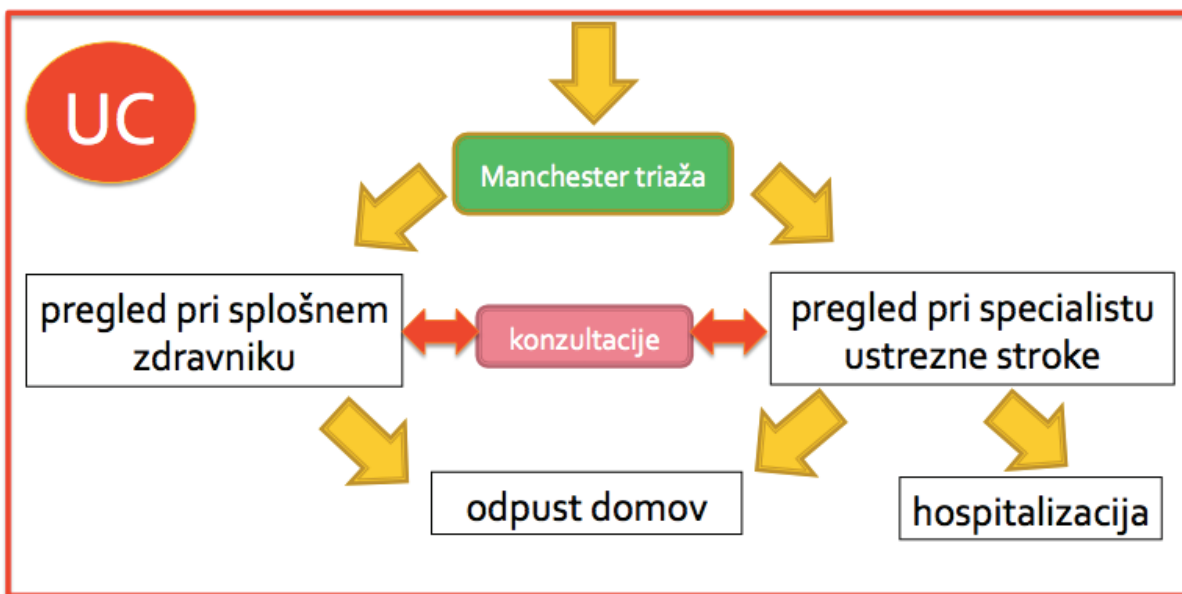
Pacient najprej opravi administrativni vpis pri sprejemnem administratorju, nato ga po načelih MTS triažira triažna MS, glede na težave in algoritme določi izvajalca ter stopnjo nujnosti. V kolikor ima pacient napotnico, triažna MS določi samo stopnjo nujnosti.

Pacienta, ki obišče urgentno ambulanto v urgentnem centru, se v nobenem primeru ne sme odkloniti ali ga napotiti v drugo zdravstveno ustanovo (npr. če pacient nima napotnice) brez predhodne triaže in pregleda zdravnika.

V primeru, da je pacient pripeljan z reševalnim vozilom, reševalec z administratorjem UC opravi administrativni vpis in pacienta pospremi v triažo, kjer se opravi predaja pacienta (Obravnava pacienta v urgentnem centru – SOP, 2016). Slika 1 prikazuje pota pacienta, ki je bila določena po Metodologiji organizacije urgentnih centrov v Republiki Sloveniji (EMOUC).

Prva funkcionalna enota UC, kjer se vsak pacient sreča z zdravstvenim sistemom, je TRIAŽA. Cilj napotitve (iz strani zdravnika) v UC naj bo jasna informacija glavne težave, ki jo pacient ima, in ne diagnoze, na katero osebni zdravnik posumi. Triaža bo po združitvi primarnega nivoja družinskih zdravnikov, urgentnih zdravnikov primarnega nivoja ter osebja kirurške nujne medicinske pomoči (KNP) in internistične nujne

medicinske pomoči (INP) delovala kot kretnica za hiter in učinkovit pretok prihajajočih pacientov, katere namen je že na vstopnem mestu identificirati najbolj kritično bolne in pričeti čimprejšnjo obravnavo ter zdravljenje. Triaža spremeni vsakega pacienta, ki prihaja z napotnico k določenemu specialistu, v pacienta, ki ima določeno težavo in nujnost. Med takšne težave npr. sodijo.: glavobol, bolečine v trebuhu, težko dihanje, kašelj, vročina, bolečine v križu, bolečine v prsnem košu, alergije, kožne spremembe, vrtoglavice, poškodbe, kot jih definira Manchesterski triažni sistem (slika 1) (Košir idr., 2015).



Slika 1: Pot pacienta po Metodologiji organizacije urgentnih centrov v Republiki Sloveniji

Sistem triažne matrike pa določi izvajalca obravnave pacientov, ki so prišli brez napotnic (slika 2).

Pacienti so v času obravnave v opazovalnici, kjer medicinske sestre po naročilu zdravnika aplicirajo zdravila, merijo vitalne funkcije,... Prav tako v primeru dolgotrajne obravnave poskrbijo za primerno hidracijo in malico, upoštevajoč dieto. Pri nepokretnih pacientih skrbijo za varnost in preventivo razjede zaradi pritiska. Medicinske sestre spremljajo paciente na diagnostično terapevtske postopke (RTG, CT, UZ). V opazovalnici poteka tudi nadzor pacientov po splošni ali lokalni anesteziji z merjenjem in beleženjem vitalnih funkcij. Zdravnik se glede na klinične znake in po končani diagnostiki odloči o odpustu, sprejemu ali premestitvi pacienta v drugo ustanovo.

V UC pa smo v času od otvoritve do konca meseca julija obravnavali 15 pritožb in 8 pohval. Pritožbe se v večini nanašajo na predolgo čakanje na pregled, pohvale pa na prijaznost in spoštljiv odnos zaposlenih.

Vzrok prihoda / vodilna težava	Triažna kategorija / obravnava pri specialistu				
	1	2	3	4	5
6. Bolečina v prsih (kliči dr. ZD – EKG)	REA	INT	ZD/INT	ZD	ZD
8. Bolečina v trebuhu (odrasli) (kliči dr. ZD)	REA	INT	ZD/INT	ZD	
11. Dispneja pri odraslem	REA	INT	INT	ZD	ZD
15. Glavobol	REA	NEV/INT	NEV/ZD/INT	ZD	ZD
18. Kolaps pri odraslem	REA	INT	ZD/INT	ZD	ZD
28. Slabo počutje odraslega	REA	INT	INT	ZD	ZD
POŠKODBE					
38. Poškodba glave	REA	KRG	KRG	ZD brez antikoag th	ZD brez antikoag th
39. Poškodba trupa	REA	KRG	KRG	KRG	ZD
40. Rane (razen obraza in vratu)	REA	KRG	KRG	ZD	ZD
OBRAVNAVA OTROK					
44. Poškodbe otrok	REA	KRG+PED	KRG+PED	KRG	KRG
44. Bolečina v trebuhu (otroci)	REA	ZD+PED	ZD+PED	ZD	ZD
45. Dispneja pri otroku	REA	ZD+PED	ZD+PED	ZD	ZD

Slika 2: Sistem triažne matrike

3 ZAKLJUČEK

Kljub začetni težavam, ki smo jih imeli in drugačno organizacijo dela, smo ohranili dobro sodelovanje med primarnim in sekundarnim nivojem. Pacienti, ki pridejo v UC brez napotnice, so triažirani, izvajalci pa določeni glede na triažno matriko. Triažne MS se lahko pri vsaki dilemi posvetujejo z zdravniki vseh enot in s tem tudi lažje odločijo. Čakajo nas še nekateri izzivi, kot so vzpostavitev urgentnega operacijskega bloka, združenje obeh informacijskih sistemov, ob tem pa tudi čim manj administrativnega dela za medicinske sestre. V prihodnosti čakamo tudi na nov CT aparat, kjer bomo skrajšali pot za diagnostiko pacienta. Prav tako upamo tudi na dodatno mobilno reanimacijsko ekipo (MoREA). To bo skrajšalo čakalno dobo pacientom, ki čakaj na pregled zdravnika primarnega nivoja. Vsi skupaj stremimo k varni in kakovostni obravnavi pacientov ter dobrim medsebojnim sodelovanjem.

LITERATURA

Košir R, Prosen G, Možina H, Vindišar F, Baznik Š, Čander D, Fink A, Prelesnik U, Zrim V, Kramar Z, Petrič D, Kovačič Mezek V, Bohinec P, Jovovič N. Enotna metodologija organizacije urgentnih centrov v Republiki Sloveniji – delovno gradivo. S. l.: Ministrstvo za zdravje; 2015. Dostopno na: www.mz.gov.si/.../Ad4_Enotna_metodologija_organizacije_UC_v_RS.docx (29. 9. 2016).

Obravnava pacienta v urgentnem centru – SOP, 2016. Splošna bolnišnica Jesenice, projektna skupina za standarde in protokole. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice; 2016.

Pravilnik o nujni medicinski pomoči, Uradni list Republike Slovenije, št. 81/2015.

AKCIJSKO RAZISKOVANJE V FIZIOTERAPIJI SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE

Breda Pavlenč

IZVLEČEK

Fizioterapija predstavlja pomemben gradnik pri izvajanju celostne zdravstvene obravnave pacienta, v procesu rehabilitacije in v smeri delovanja najboljšega izida zdravljenja za pacienta. Fizioterapevti smo usmerjeni v zagotavljanje kakovostne in varne fizioterapevtske obravnave, ki nenazadnje vključuje tudi preprečevanje neželenih dogodkov ter zviševanje dimenzije varnosti. V ta namen smo na fizioterapiji Splošne bolnišnice Jesenice v sklopu izvajanja akcijskega raziskovanja izvedli številne aktivnosti z namenom povečevanja varnosti fizioterapevtskih obravnav. Z izvedbo akcijskega raziskovanja smo odločilno vplivali tako na strokovni razvoj fizioterapevtov v naši bolnišnici kot na razvoj medosebnih odnosov, pri čemer sta v ospredju izboljšanje medosebnih odnosov in razvoj kulture neobtoževanja v timu.

KLJUČNE BESEDE: akcijsko raziskovanje, varnost fizioterapevtskih obravnav

1 AKCIJSKO RAZISKOVANJE V FIZIOTERAPIJI SBJ

Pri proučevanju rehabilitacijskih problemov smo uporabili akcijsko raziskovanje kot obliko praktičnega raziskovanja za prepoznavanje in odkrivanje dejstev (Sima, 2013), ki jih fizioterapevti prepoznavamo pri izvedbi fizioterapevtskih obravnav.

1.1 Namen in izhodišča pri izvedbi akcijskega raziskovanja v fizioterapiji SBJ

Z izvedbo akcijskega raziskovanja v fizioterapiji Splošne bolnišnice Jesenice smo skušali vplivati na zmanjševanje varnostnih in strokovnih tveganj za napake, povezanih z izvedbo fizioterapevtskih obravnav. Vzporedni cilji, ki smo jih z akcijskim raziskovanjem želeli doseči so:

- odkrivanje, prepoznavanje in reševanje strokovnih problemov na področju procesnega pristopa fizioterapevtske obravnave,
- razvoj komunikacijskih sposobnosti s področja fizioterapevtske stroke med izvajalci fizioterapevtskih storitev,
- pregled temeljnih teoretičnih in praktičnih znanj v fizioterapiji,
- razvijanje kritičnega in analitičnega razmišljanja med fizioterapevti,
- selekcija, vrednotenje in uporaba ustreznih informacij pri izvedbi procesa fizioterapevtske obravnave,
- povezovanje in integracija znanj različnih področij pri uvajanju novih ali nadgradnji obstoječih rehabilitacijskih programov SBJ,
- odkrivanje, razvijanje in implementacija visokega moralnega in etičnega čuta za

- odgovornost, poštenost, pravičnost, varnost in natančnosti pri delu,
- krepitev medosebnega odnosa v fizioterapevtskem timu ter zavedanja pomembnosti skupinskega dela v fizioterapevtskem in zdravstvenem timu,
- uporaba obstoječega in novo pridobljenega znanja pri vsakdanjem delu.

Osnovno izhodišče pri izvedbi akcijskega raziskovanja je opredeljevalo prepoznavanje in reševanje posameznih rehabilitacijskih problemov, z vključevanjem in razčlenjevanjem značilnosti obravnavanih problemov ter določanje ciljev fizioterapevtske obravnave glede na namen, pogoje in cilj rehabilitacije ob iskanju optimalnih celostnih rešitev. Iskanje najugodnejših rešitev pri obravnavi rehabilitacijskih problemov je opredeljevala identifikacija, preverjanje in ocena posameznih rešitev ter kasnejše vrednotenje rezultatov s končno kontrolo učinkov na izvedeno fizioterapevtsko obravnavo.

1.2 Načrtovanje izvajanja, kazalniki uspešnosti ter metode preverjanja uspešnosti

V akcijsko raziskovanje je bilo s področja fizioterapevtske dejavnosti v reševanje rehabilitacijskih problemov vključenih 9 fizioterapevtov, vključujoč ambulantno in bolnišnično dejavnost. Predstavljenih je bilo 9 primerov izvajanja fizioterapevtske obravnave pri posameznem pacientu, 3 v okviru reševanja rehabilitacijskih problemov s področja respiratorne fizioterapije in 6 s področja izvajanja lokomotorne fizioterapije. Primeri, ki so bili vključeni v proučevanje, so bili izbrani naključno, prav tako opazovalci, izvajalci fizioterapevtskih storitev. Proučevanje je potekalo od 12. 4. 2016 do 17. 5. 2016 v Splošni bolnišnici Jesenice.

Tabela 1: Načrtovanje izvajanja aktivnosti

NAČRTOVANJE		KAZALNIKI USPEŠNOSTI	METODE PREVERJANJA USPEŠNOSTI
SPLOŠNI CILJI	dvig kakovosti fizioterapevtske obravnave v bolnišnični in ambulantni dejavnosti	Dvig deleža najvišjega splošnega zadovoljstva uporabnikov fizioterapevtskih storitev v ambulantni in bolnišnični dejavnosti oziroma doseganje vsaj 90% stopnje najvišjega splošnega zadovoljstva.	Anketiranje uporabnikov fizioterapevtskih storitev v ambulantni in bolnišnični dejavnosti. Primerjava rezultatov anketiranja med leti 2015 in 2016.
SPECIFIČNI CILJI	poenotenje izvajanja FT obravnave	Pregled / sprememba protokolov/standardov / obrazcev s področja obravnavane tematike.	Numerično spremljanje števila pregledanih / prenovljenih / novo izdelanih protokolov, standardov, obrazcev.
	dvig pripadnosti FT timu	Vsaj 70% strinjanje s trditvijo iz ankete.	Anketiranje zaposlenih, analiza podatkov anketiranja.
PRIČAKOVANI REZULTATI	prepoznavanje prednosti izvedbe akcijskega raziskovanja	Zadovoljstvo z izvedeno metodo dela vsaj 70%. Pogovor z zaposlenimi-okrogla miza.	Vir informacij: FT, udeleženi v akcijskem raziskovanju. Zagotavljanje prostorskih in kadrovskega zmoglosti.
AKTIVNOSTI	študija primerov	Izvedena študija in predstavitev ugotovitev 9 rehabilitacijskih problemov, vrednotenje s pomočjo internega ocenjevalnega obrazca.	Analiza podatkov pridobljenih s pomočjo internega ocenjevalnega obrazca.

1.3 Izvedene aktivnosti

V povezavi z načrtovanjem, pripravo in izvedbo aktivnosti, povezanih z akcijskim raziskovanjem smo izvedli številne aktivnosti s področja spodbujanja inovativnosti pri raziskovalnem delu, opredelili vloge in razmejili odgovornost posameznih članov fizioterapevtskega tima pri izvedbi raziskovanja ter pripravili uvodno predstavitev o poteku aktivnosti.

1.4 Izvedba predstavitve ter povzetek ugotovitev ocenjevanja izvedenih aktivnosti povezanih z obravnavo rehabilitacijskih problemov

Zaposleni so po zaključku izvedbe proučevanja rehabilitacijskega problema predstavili ugotovitve raziskovanja ostalim članom fizioterapevtskega tima. Predstavitev je vključevala predstavitev diagnoze, definiranje rehabilitacijskega problema ob upoštevanju dejstev iz zdravstvene dokumentacije, predstavitev vključevanja fizioterapevtov v delovno okolje, definiranje strokovnih stališč pri izbiri metod dela, oceno teoretičnih izhodišč, definiranje dela po posameznih protokolih, prepoznane varnostne probleme pri izvedbi fizioterapevtske obravnave ter prepoznane možnosti za izboljšavo fizioterapevtske obravnave. Kakovost izvedbe same predstavitve smo ocenjevali po v naprej pripravljenem internem obrazcu in ocenjevalni lestvici za oceno aktivnosti. Značilnosti izvedbe akcijskega raziskovanja v fizioterapiji SBJ podaja tabela št. 2.

Tabela 2: Prikaz značilnosti izvedbe akcijskega raziskovanja v FT SBJ

Število FT vključenih v raziskovalno delo	9
Povprečno število udeležencev na posamezni predstavitvi	8
Metode dela	študija primera
Tehnike	- dnevnik (pisanje raziskovalnega dnevnika) - zapisovanje dogodkov, interakcij, opažanj - tehnika kritičnih dogodkov - tehnika stalnega primerjanja
Obdobje izvajanja predstavitev	April – maj 2016
Število predstavljenih obravnavanih rehabilitacijskih problemov	9
Področja dela	Lokomotorna, respiratorna fizioterapija

Vzporedno s predstavitvijo ugotovitev proučevanja rehabilitacijskih problemov pa je potekalo tudi ocenjevanje kakovosti izvedene predstavitve udeležencev s strani vodje fizioterapije. Za ocenjevanje izvedenih aktivnosti smo uporabili interno ocenjevalno lestvico, prikazano v tabeli 3.

Tabela 3: Interna ocenjevalna lestvica

Uporabljena ocenjevalna lestvica	Interna ocenjevalna lestvica, pripravljena za potrebe ocenjevanja izvedbe aktivnosti ob reševanju rehabilitacijskega problema	Ocenjevalna lestvica: 1 = izvedba ne vključuje pričakovanih aktivnosti 2 = izvedba vključuje pričakovane aktivnosti, prisotna so večja odstopanja 3 = izvedba vključuje pričakovane aktivnosti, prisotna so manjša odstopanja 4 = izvedba vključuje pričakovane aktivnosti
----------------------------------	---	--

Ocenjene so bile sledeče aktivnosti:

- prenos raziskovanega primera (predstavitve diagnoze, predstavitev rehabilitacijskega problema, vključevanje fizioterapevtov v delovno okolje),
- reševanje rehabilitacijskega primera (formulacija problema in izbira metod za njegovo rešitev, ocena teoretičnih izhodišč fizioterapevske obravnave, opis spremljanja aktivnosti, definiranje dela po posameznih protokolih, poznavanje in upoštevanje standardov in protokolov FT obravnave, upoštevanje strokovnih priporočil ter priporočil in zahtev delodajalca),
- priučevanje in nadzorovanje ocenjevalca (samoiniciativna postavitve ciljev, upoštevanje etičnih načel fizioterapevske prakse, določitev števila napak pri izvajanju procesa fizioterapevske obravnave),
- opazovanje in izpraševanje ocenjevanca (prepoznavanje varnostnih problemov pri izvedbi fizioterapevske obravnave, prepoznane možnosti za izboljšave),
- beleženje in prenašanje podatkov (vodenje dnevnika, zapisovanje dogodkov, zanimivih interakcij, točnost podajanja informacij),
- predstavitev predlagane rešitve rehabilitacijskega problema (stalno primerjanje dogodkov, simulacija predvidenih dogodkov, pregled in predstavitev novih strokovnih smernic pri izvajanju fizioterapevske obravnave, uporaba računalniške tehnologije).

1.5 Vrednotenje učinkov izvedbe akcijskega raziskovanja

Z analizo podatkov, pridobljenih z ocenjevanjem aktivnosti, smo potrdili:

- visoko motiviranost zaposlenih pri izvedbi akcijskega raziskovanja ter željo po izvajanju podobnih aktivnosti v prihodnosti,
- dobro prepoznavanje aktivnosti, pomembnih za pozitivne vplive na izvedbo fizioterapevske obravnave med fizioterapevti (prenos novih znanj v prakso),
- dobro prepoznavanje značilnosti raziskovalne skupine med zaposlenimi s poudarkom na dvosmernem komuniciranju ter preizkušanju novih vedenj,
- prepoznavanje pozitivnih učinkov pri vsakdanjem delu med zaposlenimi (učinek skupinskega dela, odkriti pogovor o rehabilitacijskem problemu),
- visoko motiviranost in angažiranost fizioterapevtov pri pripravi in predstavitvi izbranega rehabilitacijskega problema na vseh nivojih izvedbe:

- predstavitev diagnoze in rehabilitacijskega problema, formulacija problema in načrtovanje metod za njegovo rešitev,
 - definiranje dela po posameznih protokolih in standardih,
 - poznavanje protokolov ter upoštevanje standardov SBJ,
 - samoiniciativna postavitve ciljev,
 - upoštevanje etičnih načel pri izvedbi fizioterapevtske obravnave,
 - točnost podajanja informacij ter uporaba različnih tehnik pri beleženju, prenosu podatkov in iskanju rešitev,
- prepoznavanje potrebe po izboljšavi procesa fizioterapevtske obravnave ter sprememba številnih standardno operativnih postopkov dela.

2 ANKETA O ZADOVOLJSTVU ZAPOSLENIH Z IZVEDBO AKCIJSKEGA RAZISKOVANJA

Z anketiranjem fizioterapevtov, zaposlenih v SBJ smo želeli ugotoviti zadovoljstvo fizioterapevtov z izvedenim načinom raziskovalnega dela kot možnosti za poglobljanje strokovnega znanja. V anketiranju je sodelovalo 8 fizioterapevtov, ki so aktivno sodelovali pri izvedbi akcijskega raziskovanja.

Anketni vprašalnik je sestavljal 8 vprašanj zaprtega in 1 vprašanje odprtega tipa. V uvodnem delu anketnega vprašalnika je bil predstavljen namen izvedbe anketiranja. Anketni vprašalnik smo razvili na osnovi lastnega interesa po prepoznavanju pozitivnih in negativnih učinkov akcijskega raziskovanja na delovanje skupine ter z namenom pridobitve mnenja tima o izvedbi podobnih aktivnosti v prihodnosti.

Anketiranci so se opredelili o:

- času trajanja zaposlitve v SBJ,
- načinu sodelovanja pri izvedbi akcijskega sodelovanja,
- prepoznavanju in možnosti napredka strokovnega razvoja fizioterapije z izvajanjem akcijskega raziskovanja,
- primernosti izbrane metode raziskovanja za poglobljanje strokovnega znanja,
- časovni omejitvi pri reševanju rehabilitacijskih problemov,
- prepoznanih pozitivnih učinkih akcijskega raziskovanja pri vsakdanjem delu,
- prepoznanih značilnosti odnosov v akcijsko raziskovalni skupini,
- prepoznanih aktivnosti, ki predstavljajo doprinos k izvedbi fizioterapevtske obravnave,
- želji po izvajanju akcijskega raziskovanja v prihodnosti.

2.1 Rezultati ankete

Z anketiranjem smo ugotovili, da so se prav vsi zaposleni, ki so sodelovali pri

izvedbi akcijskega raziskovanja, opredelili, da je akcijsko raziskovanje pomembno vplivalo na delovanje fizioterapevtskega tima ter metodo označili kot primerno za poglobljanje strokovnega znanja. 75% anketiranih se je opredelilo, da čas namenjen raziskovanju in prebiranju strokovne literature, četudi v njihovem prostem času, odtehta dobrobit za razvoj stroke. Anketiranci so po izvedbi akcijskega raziskovanja pri svojem vsakdanjem delu prepoznali pozitivne učinke, in sicer omogočanje odkritega pogovora o rehabilitacijskem problemu (75%), učinek skupinskega dela (37,5%), doseganje spremenjenih odnosov (25%) ter izboljšano pripadnost fizioterapevtskemu timu (12,5%). Največji doprinos k izboljšani fizioterapevtski obravnavi so anketiranci prepoznali v različnih aktivnostih, in sicer kot možnost prenosa novih znanj v prakso (75%), možnost spremljanja procesa na ostalih deloviščih (50%), možnost predstavitve raznolikih izkušenj (50%), konkretnost predstavljenega problema in neposrednost razumevanja (37,5%) ter možnost razumevanja celostne situacije (25%).

87,5% anketiranih je izrazilo željo po izvajanju tovrstnih aktivnosti v prihodnosti.

3 ZAKLJUČEK

Metoda reševanja rehabilitacijskih problemov ima kot osnova za pridobivanje novih in poenotenja obstoječih znanj pozitivne učinke na delo fizioterapevtskega tima predvsem v odnosu povezovanja teorije s prakso, pri razvijanju samostojnosti, samokritičnosti in samozavesti fizioterapevtov v delovnem okolju, pri razvijanju strpnosti in demokratičnosti v timu fizioterapije ter pri razvoju močne motiviranosti in miselne aktivnosti v postopku reševanja rehabilitacijskih problemov pri vsakdanjem delu. Tovrstna oblika neformalnega izobraževanja povečuje participativnost in osredotočenost fizioterapevtov na reševanje rehabilitacijskih primerov pri vsakdanjem delu, omogoča holističen in procesni pristop ter doprinos k prepoznavanju poklicnega interesa.

LITERATURA

- Kramer M, Koželj M. Spletni zvezek akcijskega raziskovanja. S.l.: s.n.; 2015. Dostopno na: www.zrss.si/zvezekAR/ (15. 7. 2016).
- Pavlenč B. Analiza kakovosti fizioterapevtskih storitev v Splošni bolnišnici Jesenice [diplomsko delo]. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede; 2016.
- RSK. Temeljni standardi za fizioterapevtsko prakso. Dostopno na: http://dfs.si/mojprostor/novica/2014-5%20Temeljni%20standardi%20a%20fizioterapevtsko%20prakso_revidirani.pdf (8. 7. 2015).
- Robida A, Cevc M. Zahteve NVO združenih v mreži NVO 25x25 za visoko kakovostno, varno in na paciente ter svojce osredotočeno obravnavo. S.l.: s.n.; 2015. Dostopno na: www.Ss1.spletnik.si (15. 6. 2015).
- Sima Đ. Proučevanje problemov v klinični praksi-zloženka. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2013.
- The origins and development of AR. S.l.: s.n.; 2005. Dostopno na: https://docs.google.com/v&pid=site_s&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbXNrdmFsaXRhdGl2bmFtZXRvZG9sb2dpamF8Z3g6MTMzNGRjNzdjODRmYWU

ORGANIZACIJA DELA V ANTIKOAGULACIJSKI AMBULANTI

Tanja Žontar

IZVLEČEK

V prispevku je predstavljena organizacija dela v antikoagulacijski ambulanti Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik. Poudarek je predvsem na rešitvah, ki so omogočile bolj kvalitetno in učinkovito delo ter skrajšale čas čakanja bolnikov na ambulantni pregled. Kot dobra rešitev se je pokazalo pošiljanje izvidov po zaščiteni elektronski pošti bolnikom, katerim kontrole krvi za koagulacijske preiskave izvajajo patronažne medicinske sestre na njihovem domu. Predstavljeno je ambulantno vodenje bolnikov, ki prejemajo novejša antikoagulacijska zdravila. Poudarjena je vloga in organizacija zdravstveno-vzgojnega svetovanja bolniku, ki prejema antikoagulacijska zdravila, s strani medicinske sestre.

KLJUČNE BESEDE: antikoagulacijsko zdravljenje, bolnik, organizacija dela, ambulanta

1 UVOD

Antikoagulacijska (AK) zdravila zavrejo aktivacijo koagulacijskega sistema in s tem preprečijo normalno strjevanje krvi. S tem bistveno zmanjšamo možnost za nastanek tromboze v srcu in nevarnost pojava embolije (Salobir, 2000). Uporabljamo jih za preprečevanje možganske kapi in embolij v druge arterije ob atrijski fibrilaciji (AF), za zdravljenje in preprečevanje venske trombembolije (VTE) za preprečevanje ishemične možganske kapi in embolije v druge arterije ter tromboze zaklopke ob umetni srčni zaklopki ter za zdravljenje akutnega koronarnega sindroma (Mavri, 2012; Vižintin Cuderman, 2013). ZAK zdravljenjem lahko pri določenih bolezenskih stanjih preprečimo velik delež trombemboličnih zapletov. V zadnjem času število bolnikov, ki potrebujejo AK zdravljenje močno narašča. Vzrok je predvsem v širjenju indikacij za zdravljenje in staranje prebivalstva. Za Slovenijo ocenjujejo, da takšno zdravljenje prejema približno 30.000 ljudi in se vsako leto povečuje (Vižintin Cuderman, 2013). Po nekaterih ocenah AK zdravljenje potrebuje 1,4% vsega prebivalstva (Vižintin Cuderman, 2013; National Institute of Health and Clinical Excellence, 2012).

Najpogostejša indikacija za AK zdravljenje je AF, katere pogostnost hitro narašča s starostjo in med starejšimi od 80 let zajame že do 10 % oseb. Ocenjujejo, da ima v Sloveniji AF približno 15.000-20.000 oseb (Mavri in Tratar, 2007). Druga najpogostejša indikacija za AK zdravljenje so vstavljene umetne srčne zaklopke. Ocenjujejo, da ima v Sloveniji vstavljene umetne srčne zaklopke okoli 5.000-6.000 bolnikov, letno pa umetno zaklopko vstavimo 400-500 novim bolnikom (Mavri in Tratar, 2007). Pogosta indikacija za AK zdravljenje je tudi VTE. Ocenjujejo, da v Sloveniji utrpi VTE okrog 3.000 oseb letno (Vižintin Cuderman, 2013). Ostale indikacije za AK zdravljenje so redkejšje.

2 ORGANIZACIJA DELA V ANTIKOAGULACIJSKI AMBULANTI KLINIKE GOLNIK

V Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Klinika Golnik) deluje AK ambulanta že vrsto let. Do leta 2012 smo v njej zdravili samo bolnike, ki so prejeli kumarine, ki so bili vzadnjih pedesetih letih edina peroralna AK zdravila. Zdravljenje s kumarini je zelo učinkovito, imajo pa tudi kar nekaj pomankljivosti kot so: ozko terapevtsko okno, dolga razpolovna doba, pogoste interakcije z drugimi zdravili in s hrano, potrebno je rutinsko spremljanje zdravljenja s koagulacijskimi preiskavami ter zato pogoste kontrole v AK ambulanti (Mavri, 2012). Vse te pomankljivosti so vzpodbujale intenzivno raziskovanje in pripeljale do novih AK zdravil, ki so od druge polovice leta 2012 v uporabi tudi v Sloveniji. Vendar vodenje zdravljenja z novjšimi peroralnimi antikoagulacijskimi zdravili (NOAK) poteka nekoliko drugače, kot vodenje zdravljenja s kumarini. Zato je bila organizacija dela v AK ambulanti Klinike Golnik z marcem 2015 spremenjena. Sedaj AK ambulanta deluje na dveh lokacijah. Vodenje zdravljenja je razdeljeno glede na zdravila, ki jih bolniki prejema. Tako vodenje zdravljenja s kumarini poteka na lokaciji Zdravstvenega doma Kranj v Diabetološkem centru, za ostale, ki prejema NOAK pa na lokaciji Klinike Golnik v Kardiološki ambulanti. To je smiselno razdeljeno zaradi načina vodenja in zdravljenja teh bolnikov. Pri zdravljenju s kumarini je potrebno redno spremljati in nadzorovati čas strjevanja krvi INR (iz angleščine International Normalised Ratio - mednarodno umerjeno razmerje) (Mavri, 2012). Kar se izvaja z odvzemom kapilarne krvi bolniku s strani laboranta. Rezultat meritve je znan takoj. Kontrolni pregledi pri temu načinu zdravljenja so zelo pogosti. V timu ambulante neposredno sodelujejo zdravnik, medicinska sestra, laborant in administrator.

Pred uvedbo NOAK zdravnik preveri indikacijo za AK zdravljenje, morebitne zadržke za zdravljenje in seznam zdravil, ki jih bolnik prejema ter predpiše odmerek NOAK. Bolnik opravi osnovne laboratorijske preiskave (hemogram, kreatinin, ocena glomerulne filtracije (oGF), jetrne teste) (Mavri, 2012). Ni pa potrebno spremljanje zdravljenja s koagulacijskimi preiskavami (Mavri, 2012). Tudi kasneje tekom zdravljenja je potrebno redno spremljati ledvično in jetrno funkcijo ter hemogram s pomočjo laboratorijskih izvidov krvi. Za pridobitev rezultatov teh preiskav je potrebno več časa (2 uri). Odvzem krvi poteka venozno s strani medicinske sestre. To je tudi pomemben razlog, da vodenje teh bolnikov poteka na lokaciji Klinike Golnik, kjer se nahaja Laboratorij za klinično biokemijo in hematologijo.

Naročanje bolnikov v AK ambulanto poteka na lokaciji Klinike Golnik v kardiološki ambulanti, kjer se zbirajo vse napotnice. Naročanje izvajajo medicinske sestre. V primeru nejasnosti pri naročanju se posvetujejo z zdravnikom, ki dela v AK ambulanti. Vsi bolniki pridejo na prvi pregled na Kliniko Golnik najkasneje v 14 dneh. Izjema so bolniki, ki imajo že uvedene kumarine. Te medicinska sestra takoj usmeri v Kranj v AK ambulanto Klinike Golnik.

Čakalna knjiga za prvi pregled v AK ambulanti se vodi v računalniškem programu Birpis, ki ga uporabljamo na Kliniki Golnik. V času zdravljenja se vsi bolniki, ki prejema

AK zdravila vodijo s pomočjo računalniškega programa Trombo, ki je v uporabi po celotni državi. V tem programu se hranijo podatki za posameznega bolnika o indikaciji za zdravljenje, dejavnikih tveganja za tromboembolični dogodek in krvavitev, poteku vodenja AK zdravljenja, zapletih zdravljenja in ukrepih ob njih ter pripravi na kirurške posege (Mavri, 2012). Pomanjkljivost tega programa je v tem, da lahko spremljamo samo podatke o bolniku, ki se nanašajo na obravnave v določeni ustanovi. Bolniki se lahko v času zdravljenja vodijo v različnih ustanovah in zato bi bilo potrebno vzpostaviti računalniško mrežo, ki bi omogočala povezavo med vsemi AK ambulantami po Sloveniji. Ob prenosu vodenja AK zdravljenja s sekundarne in terciarne ravni na primarno raven bi bil tako omogočen pretok vseh informacij o predhodnem vodenju bolnika. Povezava bi omogočala tudi takojšnjo pomoč pri zapletih pa tudi nadzor nad kakovostjo dela (Mavri, 2007).

2.1 Organizacijske težave pri vodenju bolnikov, ki prejemajo kumarine

Že vrsto let se v AK ambulanti srečujemo tudi z bolniki, ki sami ne morejo priti na ambulantni pregled. To so oskrbovanci domov upokojujencev in tisti, ki jih negujejo svojci doma. Pri bolnikih, ki jih negujejo svojci na domu, kontrole krvi za koagulacijske preiskave, izvajajo patronažne medicinske sestre (PMS) po naročilu osebnega zdravnika. PMS tudi dostavijo izvid izmerjene vrednosti v AK ambulanto isti dan. Prav tako se morajo svojci še isti dan oglasiti v ambulanti, da prejmejo izvid oz. shemo jemanja kumarinov, ki je za vsakega bolnika različna in se zelo pogosto tudi spreminja, glede na izvid koagulacijskih preiskav. Zato je potrebno že na dan pregleda, spremeniti shemo jemanja kumarinov. Zelo pogosto smo ugotavljali, da svojci ne dvignejo izvida na dan pregleda, ker jim prihod v ambulanto predstavlja veliko težav. Velikokrat smo jim zato pošiljali izvide po pošti in so izvid prejeli v naslednjih dneh. Vse to pa je vodilo v neustrezno zdravljenje in ogrožanje bolnikovega zdravja. Zato smo se odločili spremeniti način izročanja izvidov.

Veliko svojcev nas je prosilo, da jim izvide pošljemo po elektronski pošti, kar pa ni dovoljeno, zaradi varovanja osebnih podatkov. Tako smo se na Kliniki Golnik obrnili na Informacijskega pooblaščenca Republike Slovenije in skupaj našli rešitev, kako bolnikom olajšati dostop do izvidov. Uvedli smo pošiljanje izvidov preko šifriranih zip datotek. V AK ambulanti smo za pomoč prosili pravno službo in Oddelek za medicinsko in poslovno informatiko Klinike Golnik. Skupaj smo pripravili obrazec Prezem izvidov AK ambulante Klinike Golnik, s katerim bolnika seznanimo, na kakšen način lahko prejema izvid zdravljenja in se z njim tudi opredeli, kako mu ustreza, da prejme izvid ter podpiše izjavo, ki jo hranimo v bolnikovi dokumentaciji (Klinika Golnik, 2015). Če se odloči za prejemanje izvidov po elektronski pošti, nam elektronski naslov napiše na obrazec. Potem mu na podlagi podpisane izjave, najprej pošljemo na elektronski naslov navodila za odpiranje zaščitene pošte in v naslednjem sporočilu še priponko za namestitve vtičnika in registracijo. Kasneje lahko bolnik oz. svojci odpirajo zaščiteno pošto s pomočjo svojega gesla. Medicinska sestra na dan pregleda izvid pošlje po zaščiteni elektronski pošti na bolnikov izbran elektronski naslov.

S tem načinom pošiljanja izvidov smo pričeli v začetku letošnjega leta. Bolniki in svojci so z velikim odobravanjem sprejeli ta način prejemanja izvidov. Trenutno v AK ambulanti tako prejema izvide 54 bolnikov, ki jih svojci negujejo na svojem domu in ne morejo prihajati na kontrolne preglede v ambulanto.

2.2 Organizacijske težave pri vodenju bolnikov, ki prejemajo novejša antikoagulacijska zdravila

Z uvedbo NOAK se je število bolnikov, ki prejemajo ta zdravila močno povečalo, ob tem se je pričelo zmanjševati število bolnikov, ki prejemajo kumarine. Zato se v AK ambulanti na Kliniki Golnik srečujemo z zelo velikim številom teh bolnikov. Organizacija dela zahteva zelo veliko prilagajanja in iskanja rešitev, kako bi skrajšali čas čakanja bolnikov ob pregledih in zmanjšali število bolnikov na posamezno ambulanto. Veliko bolnikov prihaja tudi nenaročenih.

Pri NOAK je učinek zdravil predvidljiv in zato ni potrebno spremljanje zdravljenja s koagulacijskimi preiskavami. Potrebni pa so venozni odvzemi krvi za spremljanje ledvične in jetrne funkcije ter hemograma. V prvem letu zdravljenja so potrebni trije kontrolni pregledi, kasneje so kontrole enkrat letno. Dodatni pregledi so potrebni samo pri bolj ogroženih bolnikih z več sočasnimi obolenji in pri bolnikih pred predvidenimi kirurškimi posegi (Mavri, 2012).

Venozni odvzemi krvi predstavljajo veliko dodatnega dela v ambulanti. Predvsem je velik problem čas, ki je potreben za pridobitev izvidov krvnih preiskav. Bolniki morajo na izvide počakati tudi do dve uri. To predstavlja velik problem predvsem bolnikom, ki so redno zaposleni, bolnikom v slabšem zdravstvenim stanju in spremljevalcem, ker tako izgubljajo dragocen čas. Za skrajšanje čas obravnave, smo izdelali nekaj obrazcev za pomoč pri organizaciji dela.

Bolnikom, ki se naročijo na prvi pregled v AK ambulanti pošljemo navodila za pregled, v katerih natančno piše, katere izvide potrebujejo ob prvem pregledu za uvedbo AK zdravila (Klinika Golnik, 2016). S tem lahko prihranimo nepotrebno čakanje in iskanje izvidov ter odvzem krvi, če je bila le-ta odvzeta v zadnjem mesecu in so bili pridobljeni ustrezni izvidi.

Pripravili smo tudi dva obrazca za vodenje bolnikov v AK ambulanti. En obrazec je namenjen vodenju bolnikov z AF, drugi pa bolnikom z VTE. Ob prvem pregledu medicinska sestra pripravi obrazec za bolnika, ki ga potem spremlja ves čas zdravljenja in nanj zdravnik beleži, potrebne krvne preiskave ob naslednjem kontrolnem obisku in pomembna opažanja. Zabeleženo je tudi, ali se je bolnik udeležil zdravstveno-vzgojnega svetovanja (Klinika Golnik, 2015). Tako lahko medicinska sestra že takoj ob prihodu bolnika na kontrolni pregled ugotovi katere nove krvne preiskave potrebuje in mu odvzame kri. S tem se nekoliko skrajša čas čakanja na izvide krvnih preiskav in se izognemo dvojnemu obisku pri zdravniku.

Čas čakanja smo želeli skrajšati tudi tako, da smo bolnikom predlagali, da pridejo dvakrat na pregled. Enkrat za odvzem krvi in drugič za pregled pri zdravniku. Žal se

to ni izkazalo kot dobra rešitev, ker bolniki niso želeli prihajati na pregled dvakrat. Čas čakanja na pregled bi lahko zelo skrajšali v primeru, če bi se dogovorili z osebnimi zdravniki, da bi bolniki kontrolo krvi opravili v zdravstvenem domu, kar pa trenutno ni možno zaradi plačila.

Z uvedbo elektronskega recepta smo lahko zmanjšali število bolnikov, ki se vodijo v AK ambulantni in prihajajo po recept za AK zdravila, ki pa jih lahko predpisuje le zdravnik specialista interne medicine. Ti bolniki sedaj pokličejo po telefonu in jim zdravnik ob veljavni napotnici izda elektronski recept, s katerim zdravila prevzamejo v najbližji lekarni.

3 ZDRAVSTVENO-VZGOJNO SVETOVANJE BOLNIKOM

Vsem bolnikom, ki imajo uvedena AK zdravila v AK ambulantni ali na oddelkih Klinike Golnik želimo ob uvedbi zagotoviti zdravstveno-vzgojno svetovanje, ki ga izvajajo medicinske sestre. Pri tem bolnika seznanimo, zakaj je pomembno, da redno jemlje predpisana AK zdravila, kaj mora upoštevati jemanju predpisanih zdravil, možnih stranskih učinkih in zapletih pri zdravljenju. Takšno svetovanje je bolnikom na voljo tudi ves čas zdravljenja. V ta namen je bila izdelana tudi knjižica z navodili za bolnike, ki jo prejme vsak, ki mu je uvedeno AK-zdravljenje. Knjižico je izdala Sekcija za antikoagulacijsko zdravljenje in preprečevanje tromboličnih dogodkov, Slovensko zdravniško društvo. Vendar se je izkazalo, da ne zadostujejo samo pisna navodila, potrebna je tudi ustna razlaga in možnost, da bolnik postavi vprašanja, ki se mu porajajo ob predpisanem novem zdravilu. Pri tem imamo na voljo dodatno gradivo na spletni strani Slovenskega zdravniškega društva, Sekcije za antikoagulacijsko zdravljenje in preprečevanje tromboličnih bolezni pri Združenju za žilne bolezni. Tam so na voljo tudi pripravljene prezentacije, ki so namenjen zdravstveni vzgoji bolnikov za posamezna AK zdravila (Trombo.net, b.l.).

Zdravstvena vzgoja poteka skupinsko (od 5 do 6 bolnikov) ali pa individualno. Za kakšno obliko se odločimo, je odvisno od potreb bolnika. Vedno k sodelovanju povabimo tudi svojce, ker smo na podlagi izkušenj, ugotovili, da smo tako bolj uspešni. Predvsem se je to pokazalo pri starejših bolnikih in tistih, ki imajo več pridruženih bolezni in jemljejo več zdravil hkrati. Ti bolniki zato bolj dosledno jemljejo predpisana zdravila in bolj upoštevajo nefarmkološke ukrepe, ki smo jim jih svetovali.

Pri naročanju na pregled upoštevamo, da vsi bolniki, naročeni na prvi pregled za uvedbo zdravila, pridejo v terminu ob pričetku ambulante in takoj po uvedbi zdravila sledi tudi zdravstveno-vzgojno svetovanje. S tem smo zelo izboljšali udeležbo bolnikov, kajti bolniki se niso želeli vračati na zdravstveno-vzgojno svetovanje.

4 RAZPRAVA

Število bolnikov, ki obiskujejo AK ambulanto je vsak dan večje. Zaradi nenehnega staranja prebivalstva in daljšega preživetja bolnikov s srčno-žilnimi boleznimi. Pri tem

pa število bolnikov z AF, ki je najpogostejša indikacija za AK zdravljenje, strmo narašča in predstavlja veliko zdravstveno in ekonomsko breme, obenem pa močno zmanjša kvaliteto življenja starejših (Vene, 2014). Pri zdravljenju bolnika z AK zdravili pa je zelo pomembna varnost. Ta zdravila preprečujejo nastanek tromboembolizmov, hkrati pa lahko povečajo nevarnost krvavitve. Pogosto jih bolniki prejemajo dalj časa ali pa doživljensko. Zato je zelo pomembno, da bolnika naučimo pomena pravilnega jemanja predpisanih AK zdravil in ga opozorimo na zaplete, ki lahko pri tem nastanejo (Mavri, 2012). Le dobro poučen bolnik bo redno in pravilno jemal predpisana zdravila in znal pravočasno poiskati pomoč ob morebitnih zapletih. Tukaj pa ima zelo pomembno vlogo medicinska sestra in zdravstvena vzgoja, ki jo izvaja. Žal pa glede na obremenjenost teh ambulant zelo pogosto zmanjka časa za zdravstveno-vzgojno svetovanje in pogovor z bolnikom. Ni redko, ko ob pogovoru z bolnikom ugotoviš, da ne pozna zdravila, ki ga prejema in se ne zaveda možnih stranskih učinkov in zapletov. To pa močno zmanjša varnost zdravljenja. Pogosto se bolniki obračajo na nas tudi z drugimi zdravstvenimi težavami ali ob poslabšanju zdravstvenega stanja in jih potem napotimo k drugim specialistom, včasih tudi v urgentno ambulanto ali k osebnemu zdravniku. Zato bi bilo nujno zagotoviti več časa za obravnavo in svetovanje bolnikom.

5 SKLEP

Zdravljenje z NOAK prinaša veliko prednosti predvsem za bolnike. Kontrolni pregledi niso več tako pogosti, kot pri zdravljenju s kumarini. Hkrati pa to lahko pomeni nov izziv za organizacijo AK ambulant. Vodenje zdravljenja poteka nekoliko drugače. Kontrole krvi zahtevajo venozni odvzem krvi, kar podaljša čas obravnave bolnika. Veliko je kontrolnih pregledov zaradi priprave na operativne posege. Še vedno pa je zelo pomembna varnost in učinkovitost zdravljenja, pri kateri pa imamo veliko vlogo tudi medicinske sestre z zdravstveno-vzgojnim svetovanjem bolnikom. Zato bi nujno potrebovali v prvi vrsti več časa in priznanje, da je to tudi del zdravljenja.

LITERATURA

- Mavri A, ed. Smernice za vodenje antikoagulacijskega zdravljenja. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za antikoagulacijsko zdravljenje in preprečevanje tromboemboličnih bolezni pri Združenju za žilne bolezni, 2006.
- Mavri A. Nova peroralna antikoagulacijska zdravila. In: Mavri A, ed. Priročnik za uporabo novih peroralnih antikoagulacijskih zdravil v klinični praksi. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za antikoagulacijsko zdravljenje in preprečevanje tromboemboličnih bolezni pri Združenju za žilne bolezni; 2012: 5–20.
- Mavri A. Organizacija vodenja antikoagulacijskega zdravljenja v Sloveniji. In: Fras Z., Poredoš P., ed. Zbornik prispevkov 49. Tavčarjevi dnevi, Nov 9-10; Portorož. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za interno medicino; 2007.
- Mavri A., Tratar G. Kakovost vodenja antikoagulacijskega zdravljenja v Sloveniji ISIS 2007; 16(10): 56-9.
- National Institute of Health and Clinical Excellence. Nice guidelines. Assumptions used in estimating a population benchmark; 2012. Dostopno na: <http://www.nice.org.uk/usingguidance/commissioningguides/anticoagulationtherapyservice/popbench.jsp> (10. 9. 2016).

Salobir B. Nadaljevanje zdravljenja po venski trombozi. *Med Razgledi* 2000; 39: 37- 2.

Vene N. Antikoagulacijsko zdravljenje pri bolnikih z atrijsko fibrilacijo. In: Hojs, R., ed. *Koagulacija za vsak dan: zbornik prispevkov z recenzijo ob simpoziju Koagulacije za vsak dan, 24. in 25. januar 2014*. Maribor: Univerzitetni klinični center, Klinika za interno medicino, Oddelek za kardiologijo in angiologijo; 2014: 87-92.

Vižintin Cuderman T. Zdravljenje z novimi peroralnimi antikoagulacijskimi zdravili. In: Žontar T, Kvas, A, eds. *Internistična in kirurška obravnava kardiološkega bolnika z roko v roki: zbornik predavanj, 31. Stokovno srečanje, Šmarješke Toplice 31. maj in 1. junij 2013*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji; 2013: 81-9.

Trombo.net, b.l. Edukacija. Dostopno na: <http://trombo.net/index.php/edukacija> (20. 9. 2016).

Klinika Golnik OBR 302-028: Navodila za pregled v antikoagulacijski ambulanti 4/26. 1. 2016: interno gradivo.

Klinika Golnik OBR 301-026: Vodenje bolnika, ki prejema NOAK ob atrijski fibrilaciji 5/26. 1. 2016: interno gradivo.

Klinika Golnik OBR 301-026: Vodenje bolnika, ki prejema NOAK ob venskih trombembolizmih 5/27. 1. 2016: interno gradivo.

Klinika Golnik SOP 302-011 Obvestilo - prejemanje izvidov AK zdravljenje 1/ 21. 10. 2015: interno gradivo.

Klinika Golnik OBR 302-030 Prezem izvidov AK ambulante Klinike Golnik 1/21. 10. 2015: interno gradivo.

