

anja
kakovosti
akovost

og
isc
sti

paj
sti
eganja
ji kakovosti
osti

ommission
joint commission

kultura varnosti
cilji kakovosti
joint commission
dias

osti
cilji kakovosti
načrtuj - izvedi - preveri – ukrepaj
swot analiza

7. dnevi Angele Boškin



PREVERJANJE UČINKOVITOSTI KORAKOV C IN A KROGA KAKOVOSTI

21. november 2014
hotel Larix, Kranjska Gora



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE



7. Dnevi Angele Boškin
**PREVERJANJE UČINKOVITOSTI KORAKOV C IN A KROGA
KAKOVOSTI**



ZBORNİK PRISPEVKOV

21. november 2014, hotel Larix, Kranjska Gora

7. DNEVI ANGELE BOŠKIN: PREVERJANJE UČINKOVITOSTI KORAKOV C IN A KROGA KAKOVOSTI

Urednica:

Mateja Bahun

Programski odbor:

Mateja Bahun
Sandra Jerebic
Tanja Pristavec
Karmen Janša

Organizacijski odbor:

Tanja Pristavec
Mateja Bahun
Andreja Kraigher
Sandra Jerebic
Marija Mežik Veber
Lidija Ahec
Mojca Strgar
Alenka Bijol
Jana Lavtižar
Nada Macura Višič
Zorica Panić

Izdala in založila:

Splošna bolnišnica Jesenice

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

Naklada: 120 izvodov

(brezplačni izvod)

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

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

614.2:005.336.3(082)(0.034.2)

DNEVI Angele Boškin (7 ; 2014 ; Kranjska Gora)

Preverjanje učinkovitosti korakov C in A kroga kakovosti [Elektronski vir] : zbornik prispevkov / 7. dnevi Angele Boškin, 21. november 2014, Kranjska Gora ; [urednica Mateja Bahun]. - El. knjiga. - Jesenice : Splošna bolnišnica, 2014

ISBN 978-961-92389-7-4 (pdf)

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

276209664

KAZALO

ALI LAHKO ZAKLJUČIMO DEMINGOV KROG BREZ UPORABE MEDIACIJSKIH VEŠČIN Irena Micco	1
ORODJA IN METODE, KI JIH UPORABLJAMO NA POTI KAKOVOSTI Karmen Janša	8
KAZALNIKI KAKOVOSTI NISO KONČNI CILJI Miran Rems, Sandra Jerebic	15
OD PRAVILNOSTI DO KORISTNOSTI Dragica Blatnik, Marko Kiauta, Gordana Ratoša, Nives Rener	20
UČINKOVITE IZBOLJŠAVE KAKOVOSTI IN VARNOSTI V ZDRAVSTVENIH ORGANIZACIJAH Dominika Oroszy, Peter Pustatičnik, Zdenko Garaševič, Tatjana Trotošek	26
UPRAVLJANJE VARNOSTNIH TVEGANJ Robertina Benkovič	27
SPREMLJANJE KAZALNIKOV KAKOVOSTI NA RAZLIČNIH NIVOJIH VODENJA Saša Kadivec, Danica Šprajcar	31
KULTURA VARNOSTI V SPLOŠNI BOLNIŠNICI JESENICE SKOZI DEMINGOV KROG KAKOVOSTI Tina Ahačič, Sandra Jerebic	36
SEZNANITEV ZAPOSLENIH S STANDARDI KAKOVOSTI IN ZAGOTAVLJANJE TEMELJNIH ZNANJ ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI USTANOVI Ivan Tandler	42
SPREMLJANJE UČINKOVITOSTI PROCESA Barbara Benedik, Saša Kadivec, Danica Šprajcar	49
PROCES PREDPISOVANJA IN DAJANJA ZDRAVIL V KROGU KAKOVOSTI Brigita Mavsar-Najdenov	54
PREPREČEVANJE PADCEV PACIENTOV NA REHABILITACIJI PO MOŽGANSKI KAPI Natalija Kopitar, Nika Goljar, Vesna Mlinarič Lešnik	61

MERJENJE USPEŠNOSTI PROCESA - NAPAKE PRI ODVZETIH BIOLOŠKIH VZORCIH	
Tatjana Dolgan	62
ZAKAJ KOORDINATOR ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE?	
Sabina Mulalić, Dubravka Karadžić Šmitran, Milana Štibelj Blok, Lidija Arlič	66
ENOSTAVNA, PRILAGODLJIVA IN VARNA APLIKACIJA BANANA ZA POROČANJE IN EVIDENTIRANJE NELJUBIH DOGODKOV	
Brigita Putar, Jernej Tomšič	72
KAKO SMO UČINKOVITI PRI LAJŠANJU AKUTNE BOLEČINE PACIENTOV V SPLOŠNI BOLNIŠNICI NOVO MESTO?	
Jožica Rešetič	78

PROGRAM

8.00 – 8.40	Registracija
8.40 - 9.10	Uvodni pozdravi
Moderatoriki: Tina Ahačič, Mojca Strgar	
9.10 – 9.30	ALI LAHKO ZAKLJUČIMO DEMINGOV KROG BREZ UPORABE MEDIACIJSKIH VEŠČIN? Irena Micco - Splošna bolnišnica Jesenice
9.30 – 10.00	ORODJA IN METODE, KI JIH UPORABLJAMO NA POTI KAKOVOSTI Karmen Janša – Splošna bolnišnica Jesenice
10.00 – 10.30	KAZALNIKI KAKOVOSTI NISO KONČNI CILJI! prim. mag. Miran Rems, Sandra Jerebic - Splošna bolnišnica Jesenice
10.30 – 10.45	Razprava
10.45 – 11.00	Odmor
Moderatoriki: Sandra Tušar, Nada Macura Višič	
11.00 – 11.20	OD PRAVILNOSTI DO KORISTNOSTI mag. Dragica Blatnik, Marko Kiauta, Gordana Ratoša, Nives Renner - Splošna bolnišnica Izola
11.20 – 11.40	UČINKOVITE IZBOLJŠAVE KAKOVOSTI IN VARNOSTI V ZDRAVSTVENIH ORGANIZACIJAH Dominika Oroszy, Peter Pustatičnik, Zdenko Garaševič, Tatjana Trotošek – Univerzitetni klinični center Ljubljana
11.40 – 12.00	UPRAVLJANJE VARNOSTNIH TVEGANJ Robertina Benkovič - Zdravstveni dom Ljubljana
12.00 – 12.20	SPREMLJANJE KAZALNIKOV KAKOVOSTI NA RAZLIČNIH NIVOJIH dr. Saša Kadivec, Danica Šprajcar - Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik
12.20 – 12.40	KULTURA VARNOSTI V SPLOŠNI BOLNIŠNICI JESENICE SKOZI DEMINGOV KROG Tina Ahačič, Sandra Jerebic - Splošna bolnišnica Jesenice
12.40 – 12.55	Razprava
12.55 – 14.20	Odmor za kosilo
Moderatoriki: Karmen Janša, Mateja Bahun	
14.20 – 14.40	SEZNANITEV ZAPOSLENIH S STANDARDI KAKOVOSTI IN ZAGOTAVLJANJE TEMELJNIH ZNANJ ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI USTANOV Ivan Tandler –Splošna bolnišnica Slovenj Gradec
14.40 – 15.00	SPREMLJANJE UČINKOVITOSTI PROCESA Benedik Barbara, dr. Saša Kadivec, Danica Šprajcar - Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik
15.00 – 15.20	PROCES PREDPISOVANJA IN DAJANJA ZDRAVIL V KROGU KAKOVOSTI Brigita Mavsar Najdenov - Splošna bolnišnica Jesenice
15.20 – 15.40	PREPREČEVANJE PADCEV PACIENTOV NA REHABILITACIJI PO MOŽGANSKI KAPI Natalija Kopitar, doc. dr. Nika Goljar, Vesna Mlinarič Lešnik – URI Soča
15.40 – 15.55	Razprava
15.55 – 16.10	Odmor
Moderatorja: Miran Rems, Sandra Jerebic	
16.10 – 16.30	KAZALNIK KAKOVOSTI: NAPAKE PRI ODVZETIH VZORCIH Tatjana Dolgan – Bolnišnica Sežana
16.30 – 16.50	ZAKAJ KOORDINATOR ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE? Sabina Mulalič, Dubravka Karadžič Šmitran, Milana Štibelj Blok, Lidija Arlič - Splošna bolnišnica Jesenice
16.50 – 17.10	ENOSTAVNA, PRILAGODLJIVA IN VARNA APLIKACIJA BANANA ZA POROČANJE IN EVIDENTIRANJE NELJUBIH DOGODKOV mag. Brigita Putar - Bolnišnica Topolšica, mag. Jernej Tomšič - Kakovost 2000
17.10 – 17.30	KAKO SMO UČINKOVITI PRI LAJŠANJU AKUTNE BOLEČINE PACIENTOV V SPLOŠNI BOLNIŠNICI NOVO MESTO mag. Jožica Rešetič – Splošna bolnišnica Novo mesto
17.30 – 17.45	Razprava
18.00	Zaključek s pogostitvijo

UVODNE MISLI

Splošna bolnišnica Jesenice ima na področju zdravstvene nege izjemno bogato tradicijo. Začetki segajo v davno leto 1919, ko je ga. Angela Boškin, kot prva šolana medicinska sestra na slovenskem dobila zaposlitev na Jesenicah. Takraten naziv pionirke zdravstvene nege na Slovenskem se je imenoval "skrbstvena sestra".

Tradicija dosedanjega uspešnega razvoja zdravstvene nege v Splošni bolnišnici Jesenice nam predstavlja ponos in zavezo za nadaljevanje tradicije, hkrati pa je tudi močan motiv za ohranjanje oziroma nudenje še boljših storitev našim pacientom. Pri tem se zavedamo, da je pomemben dejavnik zadovoljstvo zaposlenih.

V organizaciji Splošne bolnišnice Jesenice letos potekajo že sedmi tradicionalni dnevi Angele Boškin namenjeni vsem zdravstvenim delavcem, tako zaposlenim v zdravstveni negi, zdravnikom, predstavnikom stanovskih društev in drugih organizacij, povezanih z zdravstvom.

Letošnja tema dnevov Angele Boškin je namenjena ***Preverjanju učinkovitosti korakov C in A kroga kakovosti***. Pri pripravi programa strokovnega srečanja smo se ob številnih prijavljenih temah osredotočili tako na primere dobre prakse in pozitivnih izkušenj kot tudi na primere, kjer smo v preteklosti beležili rezultate, ki niso izpolnjevali naših pričakovanj oziroma ciljev.

Veliko zanimanje in dobra udeležba strokovnjakov iz cele Slovenije kaže na pravo smer razvoja našega strokovnega srečanja. Veseli nas, da smo del stroke, ki navkljub današnjemu stanju v družbi, ko smo prisiljeni varčevati na vsakem koraku, najde pot za nenehen razvoj kakovosti storitev kar ima ugoden vpliv tako na razvoj stroke kot tudi na zadovoljstvo pacientov.

V Splošni bolnišnici Jesenice se zahvaljujemo vsem, ki ste bili tokrat in tudi v preteklosti pripravljeni deliti svoje bogato znanje in izkušnje, hkrati pa se zavezujemo, da bomo s tradicijo naših strokovnih posvetov nadaljevali tudi v bodoče. Zahvala gre tudi vodstvu Splošne bolnišnice Jesenice in kolegicam v organizacijskem odboru.

Tanja Pristavec,
v. d. pomočnice direktorja za področje ZNO

UVODNE MISLI

Veseli nas, da nam je kljub težki ekonomski situaciji, ki je ta trenutek prisotna v Slovenskem zdravstvu, ponovno uspelo organizirati dneve Angele Boškin. Organiziramo jih že od leta 2007 dalje. Leta 2007 smo govorili o uvajanju kakovosti v slovensko zdravstvo, prepoznavanju pomena kakovosti v zdravstvenih zavodih in prepoznavanju varnosti kot dodane vrednosti tako za paciente kot za zdravstvene delavce v vseh procesih dela. V letu 2012, ko je kar nekaj bolnišnic že pristopilo k pridobivanju mednarodne akreditacije za zdravstvo, smo razmišljali o trajnostnem razvoju na področju kakovosti in varnosti, ter povezavah med akreditacijo in varno ter kakovostno obravnavo pacientov.

Vsa leta se trudimo, da bi skupaj prepoznavali dobre prakse in jih pomagali prenesti v delovno okolje sleherne slovenske bolnišnice. Ves čas je poudarek na spoznavanju pomena organizacijske kulture pri izboljšanju klinične kakovosti.

V nekaterih bolnišnicah je sistem vodenja kakovosti vpeljan že skoraj 10 let, zato ne govorimo več o uvajanju kakovosti in varnosti, ampak o vzdrževanju zelene stopnje in stalnem izboljševanju sistema s poudarkom na uspešnosti in učinkovitosti procesov. Na letošnjih dnevih zato ne bodo predstavljeni primeri kako se izpolnjujejo zahteve različnih standardov in akreditacij, ampak konkretni rezultati, kaj smo v procesih na podlagi stalnega izboljševanja in analiz spremenili ter dopolnili, govorili bomo tudi o tem, kaj nam ni uspelo, kje so rezultati slabši in kako jih izboljšati.

Veseli nas, da so se Dnevi Angele Boškin uveljavili v slovenskem prostoru, saj bodo svoje znanje in izkušnje predstavili predavatelji iz skoraj vseh slovenskih bolnišnic.

Ponosni smo na vse kar smo skupaj dosegli v Sloveniji na področju kakovosti in kulture varnosti. Dejstvo je, da sedaj potrebujemo nadgradnjo, ki je mogoča le ob sodelovanju z Ministrstvom za zdravje, za katerega verjamemo, da je glavni partner zdravstvenih zavodov pri vzdrževanju in razvijanju kakovosti in kulture varnosti. Menimo, da je potrebno tudi na podlagi naših spoznanj in dobrih praks v tujini, v okviru Ministrstva za zdravje ustanoviti Inštitut za kakovost ter v ceno zdravstvenih storitev vključiti management kakovosti. Oboje bo slovenskemu prostoru omogočilo dodaten razvoj, saj je neizpodbitno, da management kakovosti in kultura varnosti prinašata slovenskemu zdravstvu dodano vrednost, vendar je treba biti korekten in pošten ter povedati, da dodana vrednost, ki jo prinaša management kakovosti, pomeni za zavode tudi velik finančni zalogaj ter da tudi za to potrebujemo večjo povezanost v obliki inštituta.

V želji, da se snidemo tudi prihodnje leto, vam želim, da bi še naprej uspešno razvijali kakovost in kulturo varnosti za naše paciente ter zdravstvene delavce.

Janez Poklukar,
direktor

ALI LAHKO ZAKLJUČIMO DEMINGOV KROG BREZ UPORABE MEDIACIJSKIH VEŠČIN

Irena Micco

IZVLEČEK

Učinkovitost delovanja pri korakih „preveri“ in „ukrepaj“ je ključnega pomena za uspešen zaključek in nov obrat kroga PDCA. Procese izvajamo zaposleni, vsak vanje vstopa s svojimi osebnostnimi značilnostmi in lastnim sistemom vrednot. Vodilni v vsaki organizaciji se morajo naučiti prisluhni sodelavcem, da bi lahko razumeli njihova pričakovanja in motive ter tako našli vzroke, kadar pride do upada zavzetosti, motiviranosti ali pripravljenosti za sodelovanje. Pri tem jim je lahko v pomoč uporaba mediacijskih veščin in tehnik, zlasti tistih ki so usmerjene v raziskovanje in analiziranje vzrokov, ki niso vidni na prvi pogled.

Ključne besede: mediacijske veščine, vodenje kakovosti, Demingov krog

1 UVOD

V prispevku se bomo posvetili učinkovitosti v zadnjih dveh korakih kroga kakovosti, torej „check!“ in „act“ ali „preveri“ in „ukrepaj“, z vidika možnosti uporabe mediacijskih veščin, ki jih prav pri slednjih korakih lahko vodja s pridom uporabi za vzpodbudo sodelavcev, da motivirani in zavzeti skupaj potisnejo kolo kakovosti na višjo raven. Mediacijske veščine so namreč vse bolj prepoznane kot veščine vodenja. Vodja, ki želi razumeti sodelavce, zato da bi jih znal na pravi način motivirati in usmerjati, pa mora najprej razumeti gonila lastnega delovanja in se posvetiti osebni rasti. Ključnega pomena je pripravljenost na analiziranje, raziskovanje, učenje, kar je bilo tudi vodilo pri nastanku končne oblike Demingovega kroga – PDSA.

2 NEKAJ SPLOŠNIH DEJSTEV O POJMU MEDIACIJE

Mediacija je prostovoljen, zaupen, zunajsodni proces reševanja sporov, v katerem tretja nepristranska oseba strankam pomaga z dogovarjanji, pogajanji in posebnimi mediacijskimi tehnikami pri iskanju rešitve spora. Običajno sta v mediacijskem procesu udeleženi dve stranki, imenujemo ju medianta, in mediator, kot nepristranski posrednik, lahko pa na mediacijskih srečanjih sodelujejo tudi drugi udeleženci (npr. odvetnik, zastopnik pacientovih pravic ...), če se medianta in mediator tako dogovorijo. Udeleženci se v mediacijo vključijo prostovoljno, nihče jih ne more vanjo prisiliti, niti jih ne sme zadrževati, če se med procesom premislijo in želijo sodelovanje prekiniti.

Uspešna mediacija se običajno zaključi s sporazumom, ki je lahko sklenjen zgolj v obliki ustnega dogovora, lahko pa je zapisan v zelo formalni obliki, npr. kadar je to potrebno zaradi zaključka že začetega sodnega postopka. Udeleženci mediacije v večini primerov izboljšajo medsebojne odnose, česar pri sodni razrešitvi spora ne moremo pričakovati. Tekom mediacijskih srečanj se stranke resnično slišijo, bolje razumejo drug drugega, zato se spor včasih razreši sam od sebe, ne da bi morali sklepati končni dogovor. Področja uporabe mediacije so zelo različna, saj je primerna tako za individualne kot kolektivne spore, najbolj uveljavljena je družinska mediacija, mediacija v delovnopравниh, civilnih in gospodarskih sporih, šolska in vrstniška mediacija, okoljska mediacija (zelena mediacija), potrošniška mediacija, mediacija v zdravstvu, mediacija v mednarodnih sporih, mediacija med žrtvijo in storilcem nasilnega dejanja.

Četudi se je izraz v Sloveniji uveljavil v zadnjih dveh desetletjih, pa mediacija ni iznajdba sodobnega sveta. Mediacijske tehnike in veščine so uporabljali že v starih civilizacijah in v »primitivnih« družbah (rodovne skupnosti, Mezopotamija, Babilonija, antična Grčija, Rim, ...). Značilno za samozaverovanost sodobnega zahodnega sveta je, da štejemo metode kot so mediacija, conciliacija, pogajanja ipd., čeprav so se razvile tisočletja pred sodstvom, med alternativne metode reševanja sporov, torej med tiste, ki se odvijajo izven sodnih dvoran. Mirno reševanje sporov ni namenjeno le reševanju tistih zadev, ki so po vsebini in obsegu primerne za sodišče. Poslužujemo se jih lahko v konfliktnih situacijah, ki bi se šele utegnile razviti v spor med sodelavci ali poslovnimi partnerji, ob začetnih znakih trpinčenja na delovnem mestu, pri obranavi prve prijave kršitve pacientovih pravic ipd.

Razvoj mediacijske kulture v slovenskem zdravstvu se je pričel konec leta 2010 po ustanovitvi Središča za komuniciranje in mediacijo pri Združenju zdravstvenih zavodov Slovenije. Spomladi leta 2011 je sledilo prvo usposabljanje za mediatorje v zdravstvu, ki v okviru Združenja poteka enkrat ali dvakrat letno, kasneje tudi usposabljanja v nekaterih večjih zdravstvenih zavodih in na Zdravniški zbornici Slovenije, tako da se število usposobljenih mediatorjev v zdravstvu že približuje dvestotim. Prav njihove izkušnje potrjujejo dejstvo, da mediacija ni zgolj postopek, da ni le reševanje sporov, ko so ti že izbruhnili, temveč gre res za mediacijsko kulturo. Naloga vseh usposobljenih mediatorjev v slovenskem zdravstvu je v prvi vrsti osveščanje, širjenje znanja o možnostih uporabe mediacijskih tehnik in veščin, spodbujanje sodelavcev, naj o konfliktnih spregovorijo, da bi jih lahko začeli reševati, naj čuječe spremljajo lastna odzivanja v različnih odnosih.

Zdravstvo je zelo primerno okolje za nastanek konfliktnih situacij, zlasti zaradi naslednjih značilnosti, ki povečujejo čustveni naboj:

- pričakovanja družbe, da morajo biti zdravstvene storitve popolne,
- pogosto nerealna pričakovanja pacientov in njihovih svojcev,
- pritiski na delovno silo v zdravstvu v smislu večje produktivnosti in manjših stroškov,
- ranljivost pacientov

- kultura molka,
- močna hierarhija v odnosih med zdravstvenimi delavci in sodelavci.

V slovenskem zdravstvu smo v poslovanje vpeljali uveljavljene sisteme kakovosti. Ključen del vsakega sistema kakovosti je tudi vodenje. Strokovnjaki s področja kakovosti prepoznavajo mediacijske veščine kot veščine kakovostnega vodenja, zato je dolžnost usposobljenih mediatorjev, da v svoji organizaciji dajejo pobude vodilnim, da bi le-ti svoj stil vodenja prilagodili sodelavcem.

Mediacijski postopki potekajo po naslednjih načelih: zaupnost, prostovoljnost, nevtralnost, nepristranskost, enakopravnost, neformalnost, samo-odgovornost, ekonomičnost, poštenost. Med mediatorji so ta načela dogovorjena in sprejeta v okviru etičnih kodeksov na različnih ravneh, z njimi so seznanjeni tudi medianti preden pristanejo na začetek mediacije. Dobršen del teh načel opisuje držo, ki bi bila zaželjena pri vsakomur izmed nas – v poslovnem in zasebnem okolju.

3 MEDIACIJSKE VEŠČINE

Mediatorji zatrjujejo, da je mediacija še mnogo več kot suhoparna definicija, ki je navedena na začetku prispevka. Ponuja možnost za ustvarjanje novih odnosov, mnogokrat je za sprte strani to prva prava priložnost za dialog. Znotraj mediacije se nahaja varen prostor za vse udeležence, kar jim omogoči drugačen pogled na situacijo in vzpodbudi iskanje povsem drugačnih rešitev, prepoznavanje novih možnosti, svežih idej, kompromisov. Temelji na kreativnosti mediatorja, njegovi neustavljivi želji po raziskovanju stališč, želja in prepričanj, zlasti pa na pristnem spoštovanju drugih in drugačnih. Kot taka je pomemben vir osebne rasti mediatorja in tudi udeležencev, zlasti, če med procesom odstiranja plasti spora prepoznajo vrednost drugačnih pogledov, stališč, čustvovanj.

Uspešnega mediatorja definira značilna kombinacija osebnih kvalitiet, znanj in veščin, ki so priporočljive tudi za večino vodij, npr. kadar skušajo pomiriti tleče spore med sprtimi sodelavci ali – kar je pomembno z vidika obravnavne teme – kadar uvajajo v delovni proces spremembe, izboljšave, katerih uresničitve je mogoča le s podporo zavzetih sodelavcev, ki cilje organizacije prepoznajo kot lastne cilje.

Med ključnimi vidiki mediatorjevega delovanja je, da izkazuje izjemno potrpežljivost, s katero udeležence v sporu vodi korak za korakom bližje k skupni rešitvi. Sposoben jim je izkazovati popolno pozornost in pri tem ostati fokusiran na končni cilj. Osebnostne značilnosti strank preučuje skoraj tako večje kot dober terapevt, pri čemer ohranja visoko stopnjo empatije in ne obsoja. Dokazuje integriteto in nepristranskost, saj se za doseg skupnega cilja vzdrži vsiljevanja osebnih prepričanj ali celo osebnega mnenja ter si ne dovoli neprimernih čustvenih reakcij do drugače mislečih. Zmore tolerantno sprejemati močna čustva in po zastoju v procesu ali po izlivu presežnih čustev (solze,

jeza, bes), ponovno umiri in usmeri energijo strank v nadaljevanje procesa do sklenitve dogovora. Sposoben se je soočiti z nasprotovanjem in odločno vztrajati v svoji drži, ker je usmerjen v končno rešitev. Z domiselnimi predstavitvami problema udeležence zvabi v možgansko nevihto iskanja možnih rešitev. Ne hlepi po priznanju, hvali ali dokazovanju, ampak z lastnim zgledom pritegne stranke k zavzetemu iskanju dogovora.

Kako večšim mediatorjem vse to uspeva? Z uporabo mediacijskega inštrumentarija: značilnih orodij, tehnik in faz v postopku mediacije ter ob upoštevanju harvardskega modela pogajanj, ki jih lahko za uspešnejšo komunikacijo in sklepanje dogovorov uporabimo v vsakem okolju, kjer se srečujeta dve stran(k)i: vodja – sodelavec, starš – otrok, učitelj – dijak, zdravnik – pacient. V vsaki interakciji dveh oseb obstaja potencialna možnost spora, saj so njuna pričakovanja, želje, stališča običajno različna, mnogokrat prikrita ali celo nezavedna in zato povzročajo medsebojno nerazumevanje in nasprotovanje. Model t.i. harvardske šole pogajanj, ki vodi do zmagovalne rešitve za obe strani, temelji na štirih pravilih:

1. ločite ljudi od problema, konflikta
2. osredotočite se na interese, ne na stališča
3. raziščite možnosti za dosego skupne koristi
4. vztrajajte pri uporabi objektivnih kriterjev.

Tehnike in orodja, ki jih v mediacijskih postopkih uporabljajo mediatorji so navidez preprosti, a dejstvo, da so preprosti, še ne pomeni, da je uporaba enostavna. Zahteva visoko zavzetost mediatorja, ki se mora že tekom usposabljanja in kasneje v mediacijskih postopkih, pa tudi med vsakodnevnimi interakcijami, naučiti opazovati svoje miselne in čustvene odzive ter jih z naučenimi tehnikami obvladovati in usmerjati, tako da lahko v zapletenih situacijah z nevtralnega stališča pomaga udeležencem.

Pot do skupne rešitve vodi udeležence mediacijskega srečanja skozi več faz, ki si sledijo po ustaljenem vrstnem redu, njihovo trajanje in globino pa uravnava mediator. Mediacijski proces se začne precej pred trenutkom, ko se vsi udeleženci prvič zberejo za skupno mizo. Mediator mora običajno prej opraviti več pogovorov z udeleženci, saj sta le redko obe strani kar takoj pripravljene vstopiti v mediacijski proces. Že v tem delu se mora pogosto izkazati z izjemno vztrajnostjo. Na skupnem srečanju se najprej odvije začetna, bolj formalna faza z uvodnim nagovorom, v katerem mediator predstavi mediacijska načela in podrobnosti o poteku srečanja. Ključnega pomena je naslednja faza, faza raziskovanja, v kateri stranke najprej predstavijo svoje zgodbe in stališča, lasten okvir iz katerega ne želijo in (same tudi ne zmorejo) izstopiti. Takrat prevladujejo močna čustva, kaže se prizadetost strank in velike razlike med stališči. V tej situaciji se izkaže usposobljenost mediatorja, ki s tehnikami obvladovanja močnih čustev stranke najprej razbremeni, jim odvzame težo frustracije ter nato z nevtralizacijo povzame dejstva in preokviri predstavljeni zgodbi. Pri tem uporablja ključne mediacijske tehnike, ki bi jih morali poznati in uporabljati vodje in skrbniki sistema vodenja kakovosti, da bi lahko skupaj ustvarili varno okolje za napredek motiviranih sodelavcev, npr.:

aktivno poslušanje, postavljanje pravih vprašanj, preokvirjanje, lupljenje čebule, obvladovanje močnih čustev, skrb za ravnovesje moči, osredotočenost na prihodnost ... S tem skuša doseči prvi premik od stališč k interesom in ko mu stranki sledita, lahko nadaljuje z odkrivanjem spornih točk, raziskovanjem dejstev, osebnih pomenov in logičnih konstruktov. Raziskovanje stališč mora biti poglobljeno in natančno, da lahko odkrijemo prave sporne točke. Mediator zastavlja vprašanja, ki odstirajo plasti, aktivno posluša, spremlja neverbalno komunikacijo udeležencev, si beleži izjave in na tablo zapiše dejstva, da jih stranke vidijo v bolj nevtralni luči. Tehnika lupljenja čebule je namenjena iskanju strankinih resničnih interesov, torej želja, potreb, skrbi, ki se jih stranka sama pogosto ne zaveda. Pomaga nam razumeti, kaj stranka dejansko misli, saj nam v primeru, da lastnih razlogov za svoje obnašanje niti sama ne pozna, ne more pojasniti vzrokov, četudi bi si to želela. S strukturiranim načinom postavljanja vprašanj luščimo plast za plastjo in prehajamo od začetnega položaja, ko sta obe strani vkopani v svojih stališčih, preko vizij, ki so zgrajene na osebnih prepričanjih, normah in motivih, do splošnih in osebnih interesov kar nas pripelje do bistva problema. Pogosto se izkaže, da za celotno zgodbo tiči zamera, strah ali potreba po priznanju. Ko se mediant približuje lastnemu uvidu, ga običajno spet preplavijo močna čustva. Mediator mora biti na to pozoren in s tehnikami obvladovanja močnih čustev pomagati stranki, da jih varno doživi, pokaže, opazuje, oceni njihovo koristnost in jim dovoli, da izzvenijo. Tudi nasprotni udeleženec ob tem močnem čustvovanju ne ostane neprizadet, to pa je mediatorjeva priložnost, da mu pojasni, kaj čustveni odziv pomeni, kakšna pričakovanja goji nasprotna stranka. Takrat običajno pride do točke preloma, ko se stranki slišita, razumeta in si pokažeta obžalovanje ali celo sočutje. Kadar je jeze, besa, strahu ali nesprejemanja še vedno preveč, mediator ponudi strankam ločena srečanja, sploh če presodi, da v navzočnosti druge strani popolna identifikacija problema ne bo mogoča.

Ločena srečanja lahko povzročijo pri mediantu občutek dvoma v mediatorjevo nepristranskost, zato je ključnega pomena, da je obema stranema namenjena enaka mera pozornosti, da se vnaprej dogovorijo, katere ugotovitve iz ločenih srečanj se lahko predstavijo nasprotni strani in katere uporabijo v nadaljevanju skupnega mediacijskega procesa ter kaj od slišane ali prepoznane na ločenih srečanjih mora mediator zaupno obravnavati. Le na tak način pripomoremo k ohranjanju ravnovesja moči, saj se je treba zavedati, da so stranke že v izhodišču vedno v neenakem položaju. Mediator mora prepoznati in oceniti vpliv petih vrst moči, ki so lahko v neravnovesju: fizično moč, ekonomsko moč, moč informacij, čustveno moč in intelektualno moč ali moč izobrazbe. Kadar začuti, da obstaja neravnovesje moči med strankama, mora preverjati ali to vpliva na njegovo nepristranskost. Pozoren je na čustva, ki mu jih budi ena ali druga stranka in pazi, da ne sprejme vloge v igri dramskega trikotnika (plenilec – žrtev – rešitelj), ker bi se v tem trenutku mediacijski proces končal. Po ločenih srečanjih se mediacija nadaljuje na skupnem srečanju, dokler niso razjasnjeni najbolj skriti interesi na obeh straneh.

Rezultat raziskovalne faze sta popisa interesov ene in druge strani, iz katerih oblikujemo seznam skupnih in seznam različnih interesov, kar sta izhodišči za pogajanja. Raziskovalna faza je naporna za vse udeležence. Četudi so vsi v mediacijo vstopili prostovoljno in z iskrenim namenom, da bi našli skupno rešitev, se v tej fazi večina znajde v skušnjavi, bi s tem čimprej končali. Mediatorjeva naloga je, da se ne zadovolji prehitro z odgovori, temveč raziskuje dalje, četudi sta stranki že prešli od osnovnega stališča in sta zavzeli navidezno končno pozicijo, da katere sta se pripravljene približati. Raziskovanje je končano, ko mediator ve za vsa dejstva, ko so mu znani vsi interesi in sta stranki opustili sovražnost do te mere, da lahko ena drugo sprejmeta kot partnerja v pogajanju. Od tu dalje preidemo iz stališč na interese in vstopimo v fazo pogajanja.

V raziskovalni fazi interese odkrivamo, v fazi pogajanj jih skušamo uresničiti. Mediator na začetku pogajanj predstavi opcije, ki so na voljo ob upoštevanju nabora skupnih in različnih interesov in z uporabo tehnike viharjenja možganov vključi stranke k aktivnemu iskanju novih idej, možnih rešitev. Vsi predlogi so enako obravnavani in štejejo kot skupni predlogi, do katerih se bosta strani opredelili med pogajanja. Nasprotni interesi niso več razumljeni kot osebni napad, temveč kot del problema, ki ga morajo udeleženci skupaj rešiti. Ker so bile med začetno in raziskovalno fazo vse informacije podane, vsi interesi prepoznani in vse zgodbe iz preteklosti obelodanjene, lahko udeleženci pogled obrnejo naprej, v prihodnost. V primeru, da pogajanja zastanejo ali se ljudje vanje sploh ne vključijo, ugotovimo, da je razlog največkrat v tem, da so udeleženci prehitro prešli skozi fazo raziskovanja in zato niso odkrili interesov, ki jih še zadržujejo.

Zaključek uspešnih pogajanj je sporazum, če je zapisan, je bolj trajen in zavezujoč, včasih pa ima enako težo tudi iskren stisk roke. V sporazumu so zapisana vsa dejstva in vse rešitve na tak način, da jih enako razumejo vsi udeleženci. Vse točke pred podpisom preberejo, preverijo ali so jasno definirane, sprejemljive in izvedljive. Del sporazuma je običajno tudi dogovor o tem, katere informacije ostajajo še naprej zaupne in o katerih informacijah udeleženci mediacije lahko javno govorijo. S podpisom takšnega sporazuma prevzamejo medianti večjo odgovornost in omejijo prostor za prihodnja obtoževanja. Običajno se poslovijo zrelejši in bogatejši za globoko osebno izkušnjo.

Spoznali smo nekatera orodja, tehnike in veščine, ki jih ponuja mediacija, ki pa se v naše osebne veščine lahko prelevijo le z vztrajnim treningom. Najpomembnejše sporočilo, ki ga mediator daje sogovorniku je, da je slišan, razumljen in da je tudi njegovo stališče pomembno. Mar ni to temelj, na katerem lahko razvijamo vsak uspešen odnos?

4 ZAKLJUČIMO Z DEMINGOVIM KROGOM

Demingov krog stalnih izboljšav je bolj znan kot PDCA krog, ki ga na kratko lahko opišemo kot:

1. Planiraj – Plan: določi cilje in procese, ki so potrebni za doseganje rezultatov v skladu z zahtevami kupcev ali odjemalcev storitev in politiko organizacije
2. Naredi – Do: – izvajaj procese na dogovorjen način
3. Preveri – Check: nadzoruj in meri procese glede na politiko, cilje in zahteve organizacije
4. Ukrepaj – Act: ukrepaj tako, da se bo zmogljivost procesov nenehno izboljševala.

Z vpeljavo standardov kakovosti predpostavljamo, da vsi zaposleni poznajo njihov namen, da so seznanjeni s cilji organizacije in da so jih sprejeli kot svoje lastne cilje delovanja. Neučinkovitost pri izvajanju procesov pa lahko tiči prav v dejstvu, da so zaposleni manj zavzeti za cilje kakovosti, kot smo predpostavljali ob načrtovanju aktivnosti, čeprav rezultati nadzora in merjenja procesov kažejo na drugačne, bolj objektivne razloge za odklone. Tako kot je v kasnejših letih svojega delovanja dr. W. E. Deming spremenil PDCA v PDSA (Plan-Do-Study-Act) krog, bi se morali pri vzdrževanju in izboljševanju kakovosti bolj kot zgolj nadzoru in merjenju v koraku C, morda tudi mi posvetiti raziskovanju in odkrivanju resničnih interesov zaposlenih (korak S). Le zblíževanje interesov organizacije in interesov zaposlenih vodi v izboljšano delovanje, v nov, uspešnejši korak A.

LITERATURA

Betto, N- et al.: Mediacija v teoriji in praksi, veliki priročnik o mediaciji, Ljubljana, Društvo mediatorjev Slovenije, 2011.

Mediacija v zdravstvu, delovno gradivo za usposabljanje: mediacijske veščine in mediator v zdravstvu, Ljubljana, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, 2012.

Moen, R.D. Norman, C.L. Circling Back: Clearing up myths about the Deming cycle and Seeing How it Keeps Evolving, Quality Progress, American Society for Quality, November, 2010. Dostopno na internetu: <http://apiweb.org/circling-back.pdf>.

2007 Symposium report An International Conversation About Conflict Resolution in Health Care.

ORODJA IN METODE, KI JIH UPORABLJAMO NA POTI KAKOVOSTI

Karmen Janša

IZVLEČEK

V prispevku so prikazana različna orodja in metode, ki jih lahko uporabljamo v tretji in četrti fazi Demingovega kroga kakovosti. V tretji fazi uporabljamo analitično razmišljanje in logiko, pomagamo si z različnimi statističnimi orodji. Za dobro izpeljavo četrte faze kroga potrebujemo proaktivno in kreativno razmišljanje, pri tem si pomagamo z uvedbo različnih metod za kreativno reševanje problemov. V prispevku so prikazane Herrmannova metoda, metoda možganske nevihte, SWOT analiza in metoda šestih klobukov razmišljanja.

Ključne besede: *orodja in metode v kakovosti, tretji in četrti krog kakovosti, kreativne metode razmišljanja, Herrmannova metoda, metoda možganske nevihte, SWOT analiza in metoda šestih klobukov razmišljanja*

1 UVOD

Proces stalnega izboljševanja kakovosti v organizaciji je proces odkrivanja problemov, njihovo analiziranje in reševanje, spremljanje in izboljševanje. Pri tem je pomembno sodelovanje vseh zaposlenih, uporaba njihovega znanja, izkušenj in veščin, njihovo prizadevanje, pripravljenost na spremembe ter zamisel, da lahko vsakdo prispeva svoj delež k izboljšanju (Čufar, 2010).

Pri vodenju aktivnosti izboljševanja kakovosti kot osnovno orodje uporabljamo Demingov krog kakovosti PDCA (planiraj – izvedi - preveri – ukrepaj). Začnemo z izbiro procesa, opredelimo delovni postopek, določimo cilje, ki jih želimo doseči in določimo kazalnike, s katerimi bomo merili učinke načrtovanih sprememb. Nadaljujemo z zbiranjem podatkov, analizo, oblikovanjem zaključkov ter načrtovanjem nadaljnjih aktivnosti in ukrepov za izboljšanje procesa (Kersnik, 2010).

V tretji in četrti fazi Demingovega kroga kakovosti se prepletata dva povsem različna načina razmišljanja in zato tudi različna uporaba orodij in metod. V tretji fazi je zelo pomemben ustrezen nabor podatkov, uporaba analitičnega razmišljanja in logike. Ta faza nam običajno ne predstavlja večjega problema, ker nas je naš šolski sistem nanj dobro pripravil. V četrti fazi kroga kakovosti, ko moramo na podlagi informacij, analitičnih podatkov in zaključkov pripraviti ustrezne načrte, se pred nami pojavi najtežji in najzahtevnejši del celotnega kroga. Razmišljati moramo na način, ki ga nismo vešči, to pomeni v naprej, proaktivno in ustvarjalno, z namenom poiskati najboljše ideje za najboljše rešitve.

2 INFORMACIJE IN RAZMIŠLJANJE

Informacije so zelo pomembne. Lahko jih je poučevati in preverjati. Zato se večji del osnovnega in srednješolskega izobraževanja ukvarjamo z njimi. Na akademskem nivoju se srečamo z analitskim razmišljanjem, naučimo se iskati vzroke, ne znamo pa poiskati ustrezne rešitve, še manj zanje napraviti načrte. Naši učitelji in naši nadrejeni na delovnih mestih so večinoma avtoritete, njihov ego je odvisen od imeti prav. Zelo neradi priznajo poraz. Razmišljajo tradicionalno, s poudarkom na kritičnem razmišljanju, debati, analizi in logiki. To je zelo pomembno, vendar je le del reševanja problemov in nevarno je misliti, da je to dovolj. Poleg kritičnega potrebujemo tudi razmišljanje, ki je konstruktivno in kreativno, poleg debate potrebujemo raziskovanje, poleg analize tudi spretnosti načrtovanja in poleg logike tudi percepcijo. Kreativno razmišljanje je potrebno načrtovati in razvijati, ob pravem trenutku vključiti čustva in občutke ter se ob tem zavedati, da je le s pravilnim razvojem razmišljanja potencial inteligence možno v celoti izkoristiti. Ukvarjati se je potrebno z ljudmi, z njihovimi mnenji, reševati konflikte, se pogajati, postavljati prioritete, cilje, sprejemati odločitve, snovati strategije in jih opazovati, izdelati načrte in jih uresničevati, potrebno se je soočiti s posledicami (De Bono, 2006 in Mulej, 2012).

3 ORODJA IN METODE

Za zbiranje podatkov, analizo in pripravo zaključkov analize uporabljamo številna statistična orodja, za načrtovanje sprememb in njihovo uresničevanje pa metode za kreativno reševanje problemov.

3.1 STATISTIČNA ORODJA

Izpeljava tretje faze v krogu kakovosti PDCA je odvisna od dobro definiranega procesa in pravega izbora podatkov, ki smo jih v procesu spremljali. S pomočjo statističnih orodij lahko zberemo in uredimo množico podatkov za prikaz realnega stanja procesov in za prikaz njihovih izidov. Meritve morajo biti pravilne, pravilno obdelane in rezultati pravilno interpretirani. Le tako bomo dobili realno predstavo o procesu in lahko napravili prave sklepe in ukrepe, kar bo vodilo k izboljševanju. Statistične metode temeljijo na verjetnosti in so v pomoč pri zagotavljanju kakovosti v vseh procesih. Ne odpravljajo napak, ampak služijo za hitrejše in objektivnejše odkrivanje in spoznavanje problemov. Ni jih smiselno uvajati v prakso, če ni za njimi sistema za načrtovanje sprememb in odpravljanje problemov (Božič, 2009).

Odgovoriti moramo na nekaj vprašanj: kaj nam podatki povedo, kaj deluje in kaj ne ter kaj je potrebno sprejeti, kaj spremeniti in kaj ukiniti. Zbrane podatke je namreč potrebno podrediti cilju izboljšav.

Za ugotavljanje kakovosti, lažje odkrivanje vzrokov napak, analizo vzrokov in posledic, se je v svetu uveljavilo sedem osnovnih statističnih metod (Fukui, et al, 2003):

- Pareto diagram,
- diagram vzrokov in posledic,
- diagram poteka,
- statistična distribucija,
- kontrolne karte,
- histogrami,
- diagrami raztrosa.

3.2 METODE ZA KREATIVNO REŠEVANJE PROBLEMOV

Analitični fazi v krogu kakovosti sledi iskanje rešitev. Pri tem se moramo zavedati pomena sodelovanja širšega kroga zaposlenih, njihovega enakovrednega in kljub vsemu vodenega razgovora, ki bo prinesel najboljši doprinos k izboljšanju in napredku. Uspešno vključevanje sodelavcev v proces generiranja idej izboljšuje tudi organizacijsko klimo in dviguje motiviranost zaposlenih. Pri zaposlenih spremenimo miselnost o kakovosti, prekinemo prakso iskanja krivcev za napake ter s skupnimi močmi iščemo vzroke zanje in najdemo ustrezne rešitve za njihovo odpravo (Likar idr, 2002).

V tej fazi je pomembna izbira metod, s katerimi skušamo spodbuditi različne načine razmišljanja in nizanja idej ter rešitev. Danes jih poznamo že več kot 150. V prispevku so opisane:

- Herrmannova metoda
- Možganska nevihta
- SWOT analiza
- Metoda kreativnega razmišljanja šestih miselnih klobukov

V psihologiji načine mišljenja delimo glede na usmerjenost misli: konvergentno in divergentno mišljenje in glede na smer misli: vertikalno in lateralno mišljenje. Konvergentno mišljenje pomeni, da so vse miselne dejavnosti usmerjene k eni sami rešitvi, eni sami ideji. Divergentno razmišljanje je v bistvu ustvarjalno. Pri tem ne gre za eno rešitev, za eno idejo, pač pa jih ustvarjalec poskuša odkriti čim več (Likar idr, 2002). Vertikalno mišljenje je analitično, selektivno, korak za korakom, z izločanjem manj verjetnih rešitev, z izstopanjem posameznih oseb, ki vodijo proces, rezultat je ena sama rešitev. Lateralno mišljenje je ustvarjalno, provokativno, raziskovalno, misli prihajajo od vseh strani, nepričakovano in naključno, oseba je v sproščenem stanju, z visoko stopnjo osebne svobode. Vertikalno mišljenje je pomembno v kritičnih situacijah, ko rabimo zanesljivo in hitro rešitev. Lateralno razmišljanje osvobodi kreativno energijo posameznika in skupine, zagotavlja generiranje novih idej in pomaga pri iskanju drugačnih in boljših načinov reševanja problemov (De Bono, 2006). Divergentni sodelavci so najdragocenejši. V podjetju bi morali biti najbolj iskani ljudje naravnani na divergentni način razmišljanja, a žal veljajo marsikdaj za največje motilce ustaljenega –

torej konvergentnega razmišljanja. Taki neprestano razmišljajo o novih rešitvah, dajejo vedno sveže predloge in predstavljajo za podjetje pravi zaklad (Likar idr, 2002).

Ljudje smo družbena bitja, ki živimo in delamo v skupnosti. Brez sodelovanja in brez pomoči drug drugemu ne moremo preživeti. Z dobro komunikacijo in dobrim sodelovanjem delujemo sinergično ($1 + 1 = 3$). Vendar se pogosto znajdemo v situaciji, ko ne znamo sodelovati, ko se ne znamo pogovarjati, ko vsak nov član zmanjša učinkovitost skupine ($1 + 1 + 1 = 1$), namesto, da bi vanjo doprinesel novo znanje, nove izkušnje, nove ideje in s tem napredek celotne skupine. Zakaj ne znamo poslušati drugih in slišimo samo sebe? Zakaj se ne trudimo spoznati tudi druge vidike in druge zorne kote? Zakaj nam je to tako težko? Odgovor izhaja iz naše preteklosti, iz časa velikih grških mislecev, ki so zagovarjali kritično in argumentirano razmišljanje, izhajanje iz lastne resnice in percepcije kot edine pravilne in kategorične. Od takrat poznamo samo črno-bela stališča, ki pa nam ne pomagajo, da bi se pomaknili naprej, predvsem ne, kadar gre za odnose med ljudmi (Mulej, 2012).

Ali ste kdaj opazovali osebi ali skupini ljudi, ki sta se prepirali, kdo ima prav in kdo ne, kaj je prav in kaj je narobe. Obe strani sta se branili in napadali, kot da bi obstajali samo dve rešitvi, črna in bela. Obe sta bili čustveno ujeti, v pat poziciji, brez možnega izhoda. Izhoda pa ni bilo, ker ne ena in ne druga nista znali poslušati in slišati druge, ker sta bili prepričani, da je pravo stališče njihovo stališče. Taki pogovori so povsem neučinkoviti, nekontrolirani in ne vodijo do rešitve problema. Z namenom izboljšanja komunikacije in učinkovitega reševanja problemov poznamo številne metode, s katerimi skušamo vzpostaviti boljšo komunikacijo s ciljem poiskati hitre in učinkovite rešitve problemov, ki so pred nami. V iskanju rešitev je najbolje, da imamo pred seboj različne poglede in številne predloge, ki jih poslušamo, analiziramo in ovrednotimo in ki na koncu postanejo naši skupni.

Herrmannova metoda temelji na različnem delovanju ljudi, ki v življenju uporabljajo ali pretežno levo ali pretežno desno polovico možganov. Ameriški znanstvenik Roger W Sperry, Nobelov nagrajenec, je odkril, da v človeških možganih obstajata dva različna načina razmišljanja. Leva polovica možganov podatke obdeluje na analitičen, racionalen, logičen in zaporeden način. Najprej opazi detajle, nato sestavi celoto. Desna polovica možganov pa obdeluje podatke čustveno, intuitivno in naključno. Najprej zajame celotno sliko, nato se osredotoči na detajle. Leva polovica je razumsko analitična, desna ustvarjalna. Obe polovici sta enako pomembni, vendar pri večini ena izraziteje izstopa, druga pa nekoliko zaostaja. Zato smo si ljudje med seboj različni in se lahko medsebojno dopolnjujemo. Pri tem moramo skrbeti za razvoj tiste inteligence, katero do sedaj nismo uspeli dovolj razviti (Dew, 1996).

Možganska nevihta (Brainstorming) je najbolj razširjena metoda ustvarjalnega dela. Temelji na ideji, da je potrebno omogočiti prosto pot idejam, ki jih ljudje nosijo v sebi in da je potrebno odstraniti vse ovire, ki bi jih lahko zaustavljale. Celoten proces poteka po korakih. Najprej se opredeli problem, nato udeleženci drug za drugim nizajo možnosti

za rešitve. Nizanje idej mora potekati v sproščenem vzdušju, spodbuja se strogo praktične kot tudi divje nore ideje. Med možgansko nevihto nihče ne sme kritizirati ali vrednotiti idej, ker kritika nove ideje duši. Po končani možganski nevihti je potrebno ideje ustrezno razvrstiti, analizirati in izbrati najboljše (Likar, 2014).

SWOT ali PSPN analiza je metoda, s katero odkrivamo prednosti in slabosti ter priložnosti in nevarnosti. Apliciramo jo lahko na sebe ali na drugo osebo ter na vse ravni poslovanja. Uporabimo jo za pomoč pri strateških odločitvah, kam usmeriti poslovanje, katere programe opustiti, na novo uvesti ali ojačati. Ko govorimo o prednostih in slabostih, govorimo o notranjih dejavnikih, na katere lahko vplivamo, jih razvijamo in spreminjamo. Priložnosti in nevarnosti se nanašajo na zunanje dejavnike, na katere nimamo direktnega vpliva, lahko pa jih izkoristimo v svoj prid s fleksibilnostjo. Kočni cilj je, da gradimo na prednostih, odpravimo pomanjkljivosti, izkoristimo priložnosti in se izognemo nevarnostim (Kos, 2010; Lawrence, 2009).

Metodo kreativnega razmišljanja - šest miselnih klobukov je na podlagi svojih raziskav o delovanju človeških možganov razvil zdravnik in psiholog Edward de Bono. Gre za metodo kreativnega razmišljanja, ki razmišljanje usmerja, ga poenostavlja, z namenom, da postane bolj zabavno in bolj učinkovito. Ljudje želimo opraviti preveč stvari naenkrat. V nas se gnetejo čustva, informacije, logika, previdnost, upanje, kreativnost..., kot če bi žonglirali s prevelikim številom žogic. V naših možganih nastane zmeda. Z metodo šestih klobukov nam poskušamo omogočiti, da se ukvarjamo samo z eno stvarjo naenkrat, da naenkrat žongliramo samo z eno žogico. Posebej se osredotočimo na informacije, posebej na pozitivnosti, pa na nevarnosti, na nizanje novih idej in tako dalje. S tem postanemo bolj občutljivi na določene stvari v določenem trenutku. Razmišljanje šestih klobukov nam omogoča preklope v razmišljanju. Predvsem se to nanaša na osebe, ki so stalno negativne in jih s preklpom porinemo v drugačno razmišljanje (De Bono, 2005).

- **Beli klobuk:** Bela barva pomeni brezbarvnost in nevtralnost. Z belim klobukom si delimo dejstva, podatke in informacije, ki smo jih uspeli pridobiti v literaturi ali smo jih zbrali z lastnim opazovanjem. Informacije in podatke natančno proučimo, analiziramo in jih ustrezno prikažemo. Razmišljamo, kaj se lahko iz njih naučimo, kaj nam povedo o preteklih dogodkih in kako nam lahko služijo za planiranje v naprej.
- **Rdeči klobuk:** Rdeča barva pomeni strast. Uporaba rdečega klobuka nam daje možnost, da izrazimo občutja, čustva, slutnje in intuicijo. Pri tem nam ni potrebno razlagati vzrokov zanje ali se za njih opravičevati. Izražanje čustev je pomembno, ker imajo velik vpliv na razmišljanje, delovanje in odločanje. Žal so nas v preteklosti učili, da jih moramo skrivati. Na koncu je vsaka odločitev odraz rdečega klobuka. Postavimo dejavnike, toda zaključna odločitev je čustveno obarvana.

- Rumeni klobuk: Rumena barva pomeni sonce. S pomočjo rumenega klobuka razmišljamo pozitivno, optimistično. Z njim prikažemo prednosti in vrednosti neke odločitve. Pomaga v času težav, ko se vse zdi nemogoče, ko je eden za in drugi proti. Pod rumenim klobukom obe strani poslušata druga drugo in iščeta skupne rešitve.
- Črni klobuk: Črna barva klobuka je kot grmenje. S pomočjo črnega klobuka si ogledamo vse slabe strani predlogov z namenom, da poiščemo šibkosti, slabosti, težave in tveganja. Črni klobuk prestavlja previdnost, z njim iščemo nevarnosti, kar je osnova za preživetje in za uspeh. Načrti se po uporabi rumenega in črnega klobuka lahko ovržejo, spremenijo ali pa postanejo bolj trdni. Rumeni in črni klobuk sta orodji ocenjevanja. Priporočljivo je, da najprej uporabimo rumeni klobuk in poiščemo pozitivne strani predloga, in nato še črni klobuk, ko iščemo morebitna tveganja in nevarnosti.
- Zeleni klobuk: Zelena barva pomeni travo, razcvet v naravi. Zeleni klobuk pomeni kreativnost. Z njim probleme rešujemo, iščemo nove ideje, predlagamo alternativne rešitve, jih prilagajamo in spreminjamo. Z njim ustvarjamo nove možnosti. Pri tem smo provokativni in drzni.
- Modri klobuk: Modra barva pomeni nebo. Razmišljati z modrim klobukom pomeni imeti nadzor nad celotnim postopkom. Običajno ga nosi predsedujoči, ki predstavi problem in vodi razpravo. Na koncu predstavi rezultate, poda povzetke ugotovitev in zaključke.

4 ZAKLJUČEK

Naš šolski sistem nas je naučil predvsem uporabo leve polovice možganov, ko smo se izpopolnili predvsem v analitičnem razmišljanju in uporabi logike. Analitika in logika sta zelo pomembni in nam omogočata dober in sistematičen pogled v preteklost in do neke mere tudi v sedanost. Vendar to še zdaleč ni dovolj. Naš pogled mora biti vedno usmerjen naprej, v prihodnost, ko potrebujemo ustvarjalnost, nove ideje in načrte. Razmišljati moramo na proaktiven in ustvarjalen način. Za tako delovanje poleg logike potrebujemo tudi vključitev čustev in intuicije, to se pravi uporabo desne polovice možganov. Premajhna uporaba desne polovice možganov se kaže tudi na številnih drugih področjih, v pomanjkljivi komunikaciji, poslušanju in slišanju, sprejemanju različnih stališč in mnenj. Še vedno imamo preštevilne posameznike, ki obvladajo zgolj argumentirano, kritično in agresivno zagovarjanje in uveljavljanje zgolj lastnih zamisli. V življenju se moramo naučiti uporabljati obe polovici možganov in med njimi zgraditi številne mostove in povezave. Le tako bomo na podlagi informacij, ki smo jih temeljito analizirali, znali ustvariti nove ideje, nove priložnosti in stalno napredovali. Tudi na poti kakovosti.

LITERATURA

- Božič S. Kakovost in zanesljivost proizvodnje (El. Knjiga). Ljubljana: Zavod IRC; 2009.
- Čufar M. Kaizen – koncept stalnih izboljšav. Zbornik 7. festivala raziskovanja ekonomije in managementa; 2010.
- De Bono E. Lateralno razmišljanje. New Moment. Ljubljana; 2006.
- De Bono E. Šest klobukov razmišljanja. New Moment. Ljubljana; 2005.
- Dew JR. Are you a Right-Brain or Left-Brain Thinker?. Quality Progress Magazine; april 1996; pp. 91-93.
- Fukui R et al. Handbook for TQM and QCC, Volume II; 2003.
- Kersnik J. Kakovost v zdravstvu (El. Knjiga). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2010.
- Kos B, 2010, Swot analiza. Dostopno na: [http:// www.blazkos.com](http://www.blazkos.com) (1.10.2014).
- Lawrence GF: The SWOT Analysis: Using your Strength to overcome Weaknesses, Using Opportunities to overcome Threats; 2009.
- Likar B, Antunovič P, Berginc J, Černjak DS, Demšar J, Fatur P, et al. Uspeti z idejo! Tehnike in metode ustvarjanja, razvoja in trženja idej. Ljubljana: Korona plus: Pospeševalni center za malo gospodarstvo; 2002.
- Likar B. Rojstvo ideje. Ustvarjalno razmišljanje. Dostopno na: <http://www.inovativnost.net/sola/3.asp>. (1.10.2014).
- Mulej N. Orodje za učinkovito in kreativno razmišljanje v skupini po metodi 6 klobukov. Umotvor 4, © Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani; 2012. Dostopno na: <http://www.mf.uni-lj.si/vsebina/menu1/175>. (1.10.2014).

KAZALNIKI KAKOVOSTI NISO KONČNI CILJ!

Miran Rems, Sandra Jerebic

1 MEDALJE

V čem je svetovni prvak boljši od sotekmovalcev? Dosegel je zgolj več točk, več golov, več košev, bil je hitrejši... Ustvaril je razliko, ki mu je prinesla zlato medaljo. Kako se to pravilo vidi v zdravstvu? V zdravstvu zlate medalje podeljujejo pacienti. So množični udeleženci in hkrati tudi sodniki. Včasih nas zapelje in si jih podeljujemo kar sami. In v čem je potem na primer ena bolnišnica boljša od druge, en oddelek boljši kot drugi? V razliki pri vodenju, v organizaciji, v odnosu do pacientov, do zaposlenih, do okolja. Razliko lahko uveljavimo le, če jo lahko izmerimo. Kot na svetovnem prvenstvu. V zdravstvu lahko natančno opišemo proces celostne oskrbe in ga spremljamo, kako se spreminja. Spreminjanje je definirana razlika v časovnem obdobju. Spremembo lahko opišemo le, če smo ob tem izvedli meritev. Že samo dogovarjanje o definiranju procesa vse sodelujoče sili v odkrito komuniciranje, k osnovi timskega dela. Kasneje se odraža tudi pri samozavestnejši obravnavi pacienta. Definiranemu procesu celostne oskrbe za posamezno bolezen pravimo *klinična pot*. To je pot, po kateri bomo hodili skupaj s pacientom. S takšnim pristopom postopoma dvigujemo klinično kulturo, dodamo vrednost dogovarjanja in obravnave po klinični poti. Sprva je to nevidna nit, ki sodelavce povezuje v tim, se v tisočeri ponovitvah nadaljuje v partnerski odnos s pacientom in kot »super profit« omogoča izboljšanje klinične kulture. Ko klinični poti dodamo stroškovnik, pridemo do finančne učinkovitosti (ki je bila doslej v zdravstvu podcenjena vrlina). Tu prav tako ustvarimo razliko, ki nas lahko postavi med dobitnike medalj.

Razlika v vodenju je tista, ki daje ritem in zagon celotnemu delu. Če je takšno vodenje iz samega vrha, je to vzpodbudno in daje upanje, da bo razlika večja. Za uspešno uresničitev prej omenjene razlike pa gotovo potrebujemo tudi drugačne organizacijske oblike. Tudi danes še vedno delujemo po stoletje starih organizacijskih shemah, čeprav hkrati delamo z najsodobnejšimi aparati. Če kdaj, so spremembe potrebne zdaj. Takšne spremembe, ki bodo ustvarile pomembno razliko glede na časovno obdobje, v katerem živimo.

2 MED PROBLEMOM IN SPREMEMBO

Spreminjanje je naša stalnica. Brez spremembe smeri, brez spremembe razmerja višine in dolžine se ne da smučati. Brez klančine ni hitrosti, ni valovitih sledi smučine, ni uživanja v spreminjanju smeri, obremenitve in nagiba. Ostane le želja.

Danes je spreminjanje hitrejše. Ljudje smo v zadnjem stoletju iznašli več tehnoloških inovacij kot pred tem v celi človeški dobi. Danes se več ljudi ukvarja z znanostjo, kot se je kdaj koli prej. Prve randomizirane študije so bile izvedene pred 50 leti, danes jih

štejemo v deset tisočih letno (Chassin, 1998). Povečuje se nam obseg dela, pacienti so vse starejši in bolj bolni. Intervencije in tehnologija so vedno bolj kompleksne. Imamo stalen pritisk zmanjševanja stroškov in povečevanja učinkovitosti. Ob tem imajo pacienti zvišana pričakovanja. In kot je opozarjal profesor Adizes, so naši dedi morali sprejeti strateško odločitev verjetno enkrat ali le nekajkrat v življenju (Adizes, 2007). Naša generacija mora sprejemati takšne odločitve približno na deset let. In prihajajoča generacija jih bo morala še pogosteje. Kritične odločitve, ki bodo odločilno vplivale na naše življenje bo potrebno sprejemati vsakih nekaj let. Tako se strateška odločitev, ki še ni bila dokončno implementirana že umika novi. Ob tem je sprememba postala zelo sistematična. Praktično je v takšnih pogojih nemogoče najti rešitev samo na enem organizacijskem podsistemu. Zato je učenje kako učinkoviti sprejemati in izvajati spremembe tako pomembno. Sprejemati prave odločitve in jih učinkovito implementirati.

Prijatelj, ki je pred desetletji uspešno opravljal vodstvene naloge je imel moto: »Problemi so zato, da se razrešijo«. Če želimo ali ne, ne moremo mimo dejstva, da brez problemov ne gre. Tudi če jih imenujmo izzivi, ostanejo tu da se razrešijo. Ko jih ni več, ni več potreb po spreminjanju. Čas, ki ne bo prišel. Zato je smiselno razmišljati, da je reševanje problemov ali spreminjanje nekaj kar je okoli nas. Nekaj kar bo stalno okoli nas. Nekaj kar nam daje vznemirljivo družino in možnosti za zadovoljstvo. Prvi del zadovoljstva je v tem, da ni tima, ustanove, podjetja, ki ne bi imeli problemov. Drugi del zadovoljstva je razrešitev problema ali doseganje spremembe. In čim večji so problemi, tem večje je zadovoljstvo, ki jo nudi rešitev. To se nam dogaja vsakodnevno tako pri delu, kot doma in med prijatelji. Korak naprej je, ko to ozavestimo in si postavimo za cilj, da se spreminjanja lotimo sistemsko. Sistemsko spreminjanje nudi v okolju hitrega pojavljanja novih zahtev zagotovilo hitrejšega in sistematičnega spreminjanja. Sistem mora nuditi poleg reševanja problemov tudi spremljanje, sledenje rešitvam in odklonov. Z oceno učinkovitosti rešitve lahko hitreje izboljšujemo rešitev. Sliši se utopično, hitro, nemogoče. Vendar brez takšnega spreminjanja ne bomo izboljševali kakovosti našega dela na podlagi dokazov. Inovativnost je večna, pustimo ji, da se izkaže. Spreminjanje na podlagi dokazov podprto s sistemskim pristopom je v tem trenutku najboljša rešitev in najboljša pot. S takšnim pristopom bomo lahko v »kolesarskem žargonu« ujeli vodilno skupino.

3 SISTEM

Skupina med seboj povezanih organov, ki sestavljajo funkcionalno celoto je anatomska definicija sistema. Spreminjanje v sistemu ima svoje zakonitosti, ki jih lahko upodobimo s krogom stalnih izboljšav. PDSA (Plan-Do-Study-Act) krog zagotavlja, da so spremembe planirane in njihov učinek preverjen in merljiv. S tem se rezultat vrača v kontinuiran krog nadaljnega spreminjanja. Gre za spreminjanje na podlagi dokazov. Znana zgodba iz medicine temelječe na dokazih, mar ne. Celo iz vsakdanjega zdravnikovega dela. Z velikim strokovnim zagonom in sodelovanjem pripravljamo in objavljamo smernice o načinih zdravljenja, manj zagnano kasneje smernice udejanjimo v modelu kliničnih

poti, sistem izboljševanja kakovosti pa ne prepoznamo zlahka. Pa bi nam bilo lažje, če bi prepoznali zakonitosti delovanja sistema kakovosti oziroma izboljšav. Zdravstvo je kompleksno in aktivnosti so medsebojno močno odvisne. Timsko delo in sodelovanje timov v krogu izboljšav lahko da velike rezultate, tudi v preživetju. V treh državah vzhodne ZDA so med leti 1987 in 1993 izvedli projekt z izobraževanjem o kakovosti in tehnikah izboljševanja kakovosti z obiskovanjem med kardiovaskularnimi kirurgi. Spremljali so spremembe rezultatov zdravljenja revaskularizacije miokarda. Ob zaključku projekta se je smrtnost po aortokoronarnem obvodu signifikantno zmanjšala za 24% (O'Connor, 1996). Brez sistematičnega izboljševanja, ki je premišljeno planirano, spremljano in analizirano ne bomo postali samozavestnejši, da smo pacientom ponudili vse kar jim lahko danes nudimo. Žal tega cilja ne bomo dosegli hitro. Še kasneje ga bomo dosegli, če ne bomo že danes začeli s sistematičnim pristopom k izboljšavam. Ozaveščanje nuje po spreminjanju v današnjem času je le boren začetek. Glavnina je še pred nami. Upiranje spremembam in zamujanje nas bo le še bolj oddaljilo.

4 NADOMESTIMO KRIVDO Z ODGOVORNOSTJO

Običajni človeški odgovor v naši družbi, ko nekaj ne gre kot mislimo, da bi moralo iti, je vprašanje: »Kdo je kriv?«. To lahko vodi k individualnemu ali skupinskemu občutku krivde, ki poslabšuje medsebojne odnose, zapušča brazgotine. Smo že sposobni nadomestiti destruktivnost s konstruktivnostjo? Še vedno mislimo, če kaznujemo ljudi, ki so naredili napako, da jih v prihodnje ne bodo delali več? Še vedno mislimo, da če se trudimo dovolj, ne bomo naredili napak? Je takšen pristop produktiven in vzpodbujajoč za spremembe?

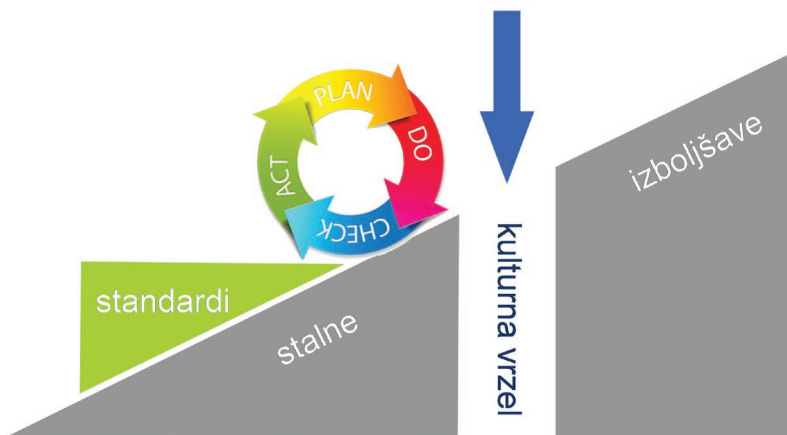
V okolju neobtožujoče kulture («no blame culture») so sistemski vzroki za napake pogostejši kot individualni. Če natančno pomislimo tako tudi je. Preklop od individualnega v sistemski pristop je na račun profesionalne odgovornosti. Na prvi pogled se zmanjša. Mora pa ostati najmanj enaka! Gre za komplementarnost sistema in profesionalne odgovornosti (Cushieri, 2006). Če se usmerjamo v sistem to ne pomeni, da osebi ni potrebna kompetentnost, etičnost ali da ne bo odgovorna ob neprofesionalnem pristopu. Lažje je obsojati sistem, kot zahtevati profesionalno odgovornost. Toda, kot se je napačno osredotočiti zgolj na osebo, je napačno razmišljati, da je za vse kriv le sistem, brez obzira na osebno odgovornost in profesionalnost. Pri analizah se običajno že danes vedno najdejo sistemske napake in manjkrat osebne. Javnost ima pravico zahtevati varno zdravstvo in močan profesionalno etičen ter odgovoren sistem.

Nujno se je učiti iz incidentov. Analiza in izboljšanje sistema, da se incident ne bi več ponovil, bi mnogokrat zadovoljil tako profesionalce, paciente in svojce. Spomnimo se, kolikokrat svojci ali pacienti povedo, da se pritožujejo zgolj zato, da se podoben incident ne bi več ponovil še pri kom. Profesionalci neradi poročamo o zapletih in incidentih, posebno če mislimo, da se bojo (ali bomo) s tem osebno izpostavili. Lažje bi se odločili za poročanje incidentov ob depersonifikaciji in odgovornosti sistema. Tako bi stopili v krog

izboljšanja pacientove varnosti in odprtega, poštenega sistema v kulturi neobtoževanja. Brez jasnega vodenja odgovornih v smer odprte kulture neobtoževanja bomo še dolgo imeli neprijetna, predolgo trajajoča razčiščevanja incidentov. Razčiščevanje mora voditi bolj v razumevanje kot v kaznovanje, vendar hitro in odgovorno. Če odgovor na incident ne opisuje osebne krivde, mora jasno opredeljevati odgovornost. Seveda se ne bomo mogli izogniti močnejše in odkrite komunikacije z javnostjo glede incidentov. Javnosti pa ne bomo mogli dati jasnega sporočila, dokler ne bomo znotraj profesije sebi razčistili pojme in trenutno stanje. Analogija iz letalstva nam je lahko zgled, kako se lahko doseže učinkovit sistem s pozitivnim odmevom v javnosti. Jasno, odkrito in časovno primerno poročanje s predvidenimi spremembami v sistemu, ki bodo podobne incidente v prihodnosti preprečevale, je tudi v zdravstvu dosegljiv cilj. Naše strokovno znanje je le en, najpomembnejši od pomembnih stebrov uspešnega zdravljenja. Brez izobraževanja o »mehkih« tehnikah komuniciranja, timskega dela, varnosti pacientov, modelov razreševanja konfliktov, predaje informacij o pacientu, bomo ostali na pol poti in mogoče že jutri pred novim incidentom. Manjka nam izobraževanje o razumevanju procesov in neizogibnosti napak, še bolj pa izobraževanje kako naj odgovorimo na napako ali incident.

5 KDO JE USPEŠEN?

Akademik Dolenc nas je na nekem podiplomskem predavanju vprašal enostavno vprašanje »Kdo je uspešen?«. V pogovoru smo prišli do skupnega zaključka, da je uspešen tisti, ki uresniči lastne plane. Ni pomembno kako velik je plan ali cilj, pomembno je, da je uresničen. S tem si tudi uspešen. Enako lahko razmišljamo pri kazalnikih kakovosti. Uspešni smo takrat, ko smo uresničili zastavljene cilje s kazalniki. Tu imamo običajno težavo. V zagnanosti se hitro odločimo za kazalnik, posebej če ne potrebuje veliko dodatnega časa za zajem podatkov. Težje je med pripravljanjem kazalnika odločiti se o ciljni vrednosti. Še težje je, da to ciljno vrednost sledimo. Najtežje pa je, da na podlagi vrednosti kazalnika spremenimo proces. Težava je večplastna. Del zgodbe je v tem, da je običajno moč za spremembe procesa v rokah drugih. Spreminjanje na podlagi dokazov je težko, saj lahko ob tem trčimo na osebne preference, ki niso vedno v sozvočju s podatki kazalnika. Lahko nam do časa, ko je izračunan kazalnik kakovosti že zmanjka začetnega zagona. Zadnji del PDCA kolesa je najtežji, saj v sebi nosi akcijo, spreminjanje. Tu se običajno kolo ustavi, ali vsaj upočasni. Tu lahko kolo pade tudi v kulturno vrzel (Slika 1). Ta vrzel nastaja, če je implementacija slabo pripravljena, če je sodelovanje zaposlenih nezavzeto in vodenje avtoritarno.



Slika 1: Shema stalnega razvoja kakovosti

Na vprašanje, zakaj smo kljub naši prirojeni potrebi po zrcaljenju v drugih pogosto neuspešni v medčloveških odnosih, Bauer (2009) odgovarja: »Evolucija nas je pustila na pol poti. Po eni strani nas je naredila takšne, da čutimo potrebo po uspešnem sodelovanju, ni pa nam dala avtomatičnega sistema, ki bi nam zagotovil dobre odnose. Ta praznina ima svoje čare, saj ljudi sili, da se vključijo v proces iskanja, kako bi zapolnili to praznino in ustvarili bolj človeško družbo. Ta proces iskanja je tisto, čemur pravimo kultura.«

LITERATURA

- Chassin MR. Is health care ready for Six Sigma quality? *Milbank Q*, 1998;76:565-91.
- Adizes I. *Managing Change in Business and in Life*, Acceptance Hon PhD speech, IEDC Bled, 2007.
- O'Connor GT et al. A regional intervention to improve the hospital mortality associated with coronary artery bypass graft surgery. The Northern New England Cardiovascular Disease Study Group. *JAMA* 1996;275(11):841-6.
- Cushieri A. Nature of Human Error. Implications for Surgical practice. *Anal Surg* 2006;244(11):642-8.
- Bauer J. *Principi človeškosti: zakaj smo po naravi nagnjeni k sodelovanju?* Ljubljana: Beletrina 2009.

OD PRAVILNOSTI DO KORISTNOSTI

Dragica Blatnik, Marko Kiauta, Gordana Ratoša, Nives Renner

IZVLEČEK

V strokovnem prispevku je izhajajoč iz procesnega modela upravljanja in managementa ter sistema vodenja kakovosti prikazana učinkovita uporaba orodja internih strokovnih nadzorov, s povezovanjem različnih strok in merjenjem učinka prizadevanj v smislu merjenja koristnosti. Sistem vodenja kakovosti v bolnišnici temelji na standardih DNV (Det Norske Veritas) mednarodne akreditacije za bolnišnice in standardih kakovost ISO (International Organization for Standardization) 9001. Zahteve standardov zajemajo varnost zaposlenih, pacientov in obiskovalcev. Učinkovitost sistema vodenja kakovosti se zagotavlja z vpeljevanjem kontinuiranih izboljšav po načelu Demingovega PDCA kroga (prevod: načrtuj, naredi, preveri, ukrepaj). Skozi organigram »Od dela po načrtu (PD) do načrtovanja po delu (CA) - bistvo PDCA pristopa« je predstavljen pomen in priložnost internih strokovnih nadzorov na področju zdravstvene nege. Interni strokovni nadzor »Pregled delovanja zdravstvene nege« (v nadaljevanju pregled ZN) je opredeljen v podpornem poslovnem procesu, ki zajema sistem vodenja kakovosti in je eno od orodij zagotavljanja sistema izboljšav in varnosti v bolnišnici. S pregledi ZN so predstavljene usmeritve k prehodu od pravilnosti h koristnosti s ciljem povečanja učinkovitosti le teh. Z uporabo modela PDCA kroga je podprto prizadevanje v smeri izboljšanja storitev in doseganja najboljših rezultatov celostne obravnave pacientov. Pregledi ZN so priložnost za razvoj sistemov in odnosov s poenostavljanjem postopkov dela in spodbudo zaposlenih za družbeno odgovorno ravnanje. Med člani komisije in zaposlenimi se med nadzorom ustvari polje sprememb, ki deluje po načelu: »delovanje po načrtu oz. načrt po delovanju«. Pomen »načrta po delovanju« je, da so zaposleni, na osnovi v svojo osebno prakso že uvedenih izboljšav, aktivni tudi pri podajanju pobud za spremembe načrtov dela, za izboljšave procesa dela, kar posredno povečuje kakovost celotnega sistema. Ugotovljeno je, da je možno povečati učinkovitost pregleda ZN s povezovanjem v interdisciplinarne time in oblikovanjem skupnih, boljših rešitev za zaposlene in paciente, kar nakazuje potrebo po zmanjšanju monopola posameznih strok na njihovih področjih ter s tem spreminjanju kulture organizacije.

Ključne besede: zdravstvena nega, interni strokovni nadzori, sistem vodenja kakovosti

1 VODENJE V ZDRAVSTVU

Proces upravljanja in managementa bolnišnice ter sistem vodenja kakovosti (mednarodna akreditacija za bolnišnice-DNV) narekujeta izvajanje kontrole nad strokovnostjo opravljenega dela, katerega cilj je kakovostna storitev, varna za pacienta

in v zadovoljstvo tako uporabniku kot izvajalcu. Strokovni prispevek želi prikazati primer dobre prakse povezovanja različnih strok s ciljem doseganja večje učinkovitosti in koristnosti procesa dela.

Dejstvo je, da v času študija tako na medicinskih kot zdravstvenih fakultetah ne učijo kako postati dober vodja (Planinšek Ručigaj, Smukavec in Kiauta, 2013), tudi kako zagotavljati sisteme kakovosti ne. Dinamika sprememb pa je odvisna predvsem od sposobnosti managerjev ter obstoječe organizacijske kulture (Blatnik, 2013). Odkrito povedano se veliki večini izvrstnega strokovnega osebja tovrstno upravljanje ne zdi pomembno. Pomembno postane, ko se nekje v procesu dela zelo zatakne. Management bolnišnice pa še posebno v današnjih časih, ko je finančno vedno bolj omejen, še kako želi videti čimbolj učinkovito delo, kar dejansko pomeni utemeljen finančni vložek, ki prinese zelene, če že ne najboljše rezultate.

V zdravstveni negi se vodje zavedajo, da je potrebno spreminjati utečene postopke, prilagoditi procese dela trenutnim možnostim, toda ne na račun kakovosti, varnosti in strokovnosti dela s pacientom.

Vodja mora imeti zaupanje, pogum, kreativnost, sposobnost sodelovanja in komunikacijske spretnosti (Mahoney, 2001:269 v Maze, 2008).

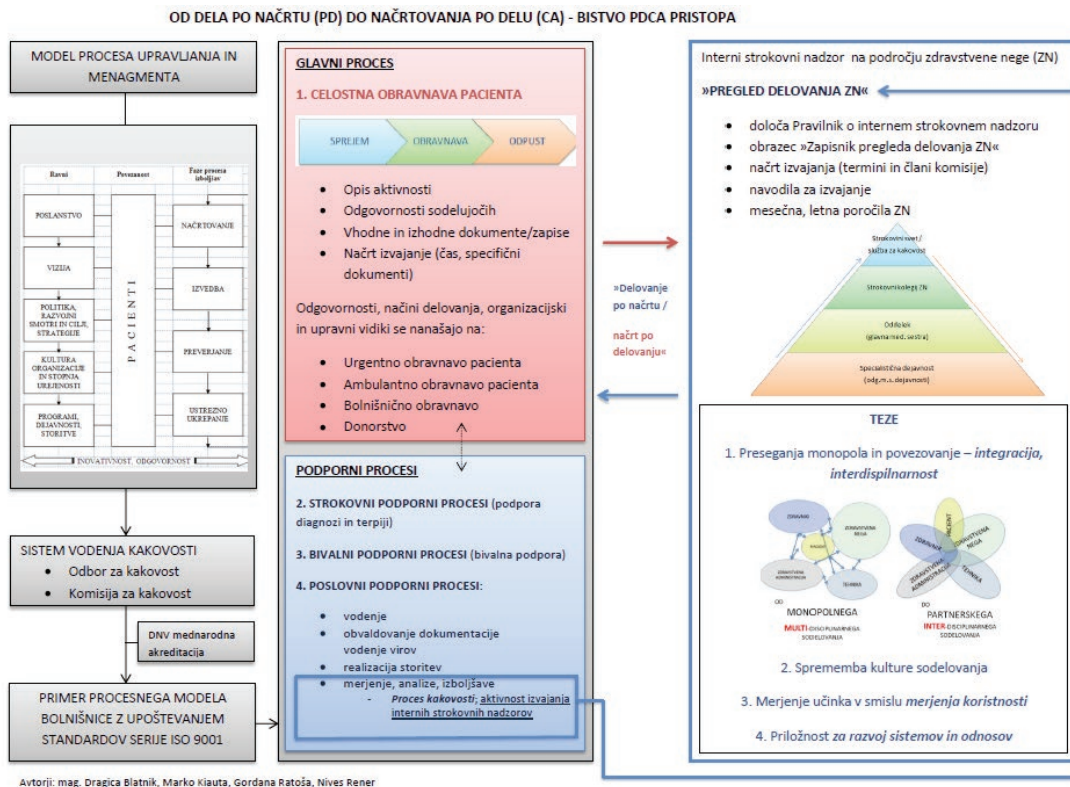
Prav interni strokovni nadzor je zaznan kot priložnost za polje dialoga; med komisijo in izvajalci storitev na ocenjevanem področju. Vodje interni strokovni nadzor sprejemajo z bolj ali manj odprtimi rokami, ker upajo na usmeritev, nasvet v obliki ukrepa, ki bi pripomogel k izboljšanju pogojev dela.

2 GLAVNI PROCES V BOLNIŠNICI - CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA

Splošna bolnišnica Izola je storitve pacientu; od sprejema do odpusta ter nadalje kontinuirano zdravstveno nego, v jeziku ISO standarda združila v glavnem procesu »Celostna obravnava pacienta« (COP OPR 01). Ime procesa samega že usmerja, da je pacient center prizadevanj, zato je skupno delo in odgovorno sodelovanje posameznih skupin nujno, kar pa v določeni meri še ni samoumevno. Prav preseganje strokovnih meja posameznih strok v smislu povezovanja za doseganje višjih ciljev je usmeritev, ki se avtorjem zdi neizogibna.

V bolnišnici so procese dela razdelili v dve skupini (slika 1); glavni proces »Celostna obravnava pacienta« ter podporne procese. V glavnem procesu so opredeljene odgovornosti, načini delovanja, organizacijski in upravni vidiki, ki se nanašajo na urgentno obravnavo pacienta, ambulantno obravnavo pacienta, bolnišnično obravnavo in donorstvo. Podporni procesi so strokovni (podpora diagnozi), bivalni in poslovni podporni procesi. Slednji vključuje sistem vodenja kakovosti in proces kakovosti z internimi strokovnimi nadzori, ki so orodje tudi samokontrole glavnega procesa.

Slika 1: Od dela po načrtu (PD) do načrta po delu (CA) - bistvo PDCA pristopa



3 PREGLED DELOVANJA ZN - INTERNI STROKOVNI NADZOR

Interni strokovni nadzor na področju zdravstvene nege v Splošni bolnišnici Izola imenovan »Pregled delovanja zdravstvene nege« (v nadaljevanju pregled ZN) določa Pravilnik o internem strokovnem nadzoru (Splošna bolnišnica Izola, 2013), podrobneje je za izvajalce opredeljen v načrtu izvajanja, ki zajema termine in člane komisije ter v navodilih za izvajanje. Zapisi posameznih pregledov ZN, predvsem ukrepi in njihova realizacija so predstavljeni v mesečnih in letnih poročilih posameznih oddelkov.

Pregled delovanja poteka na treh nivojih;

- prvi nivo izvaja odgovorna medicinska sestra dejavnosti, to je strokovni vodja dejavnosti na posameznem oddelku (npr. travmatološke dejavnosti),
- drugi nivo izvaja glavna medicinska sestra dejavnosti (npr. Oddelek za kirurgijo),
- tretji nivo izvaja 3-članska komisija; najpogosteje so člani pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege in oskrbe, odgovorna medicinska sestra za področje kakovosti in tretji član, ki ni iz pregledovanega oddelka (medicinska sestra za obvladovanje bolnišničnih okužb, glavna medicinska sestra idr.).

Oblikovan je obrazec kot podlaga za zapisnik (slika 2), ki se hrani tako v elektronski obliki v skupni mapi na strežniku dosegljivi z dodelitvijo gesla ter klasični fizični obliki.

Slika 2: Obrazec za pregled delovanja ZN

OBRAZEC za PREGLED DELOVANJA ZDRAVSTVENE NEGE III.nivo (pregled ZN) št. _____

Redni
 Izredni

1. ODDELEK / dejavnost:	Število posej:	Število pacientov:
2. SEZNAM PRISOTNIH:		
• Dipl.m.s./viš.m.s. (* pomeni mentor):		
• M.a./zdr. teh./teh.z.n.:		
• Prostovoljci/volontarji na odd.:		
• Število študentov-S, natančnih-NE/zunanjih pripravnikov-ZP, dijakov (redni-D, PUD-DP) na kliničnih vajah:		
• Drugi (fizioterapevt, soc.delavca.):		
3. POGOSTNOST pregleda ZN na odd. (I. in II. nivo):		
• I. nivo (odg.m.s.):		Dokument/datum:
• II.nivo (g.m.s.):		Dokument/datum:
Predviden datum naslednjega pregleda ZN:		
4. METODA PREGLEDA ZN:		
<input type="checkbox"/> Razgovor z zaposlenimi:	<input type="checkbox"/> Vprašalnik:	<input type="checkbox"/> Razgovor s pacienti:
<input type="checkbox"/> Pregled pacientov:	<input type="checkbox"/> Pregled dokumentacije:	<input type="checkbox"/> Analiza sinoptnega neskladja ali drugega dogoska:
<input type="checkbox"/> Drugo: _____		
5. SESTAVA KOMISIJE (ime in priimek pošk.):		
1. Predsednik:		
2. Član:		
3. Član:		
4. Član:		
5. Član:		

Datum izvajanja pregleda delovanja zdravstvene nege:

Podpis odg. osebe na oddelku (predstojnik/g.m.s./voja dejavnosti/odg.m.s.)

Podpis vodje pregleda delovanja zdravstvene nege:

Verzija 4. 7.6.2014

Stran 1 od 4

OBRAZEC za PREGLED DELOVANJA ZDRAVSTVENE NEGE III.nivo (pregled ZN) št. _____

Legenda: A - merilo je izpolnjeno B- merilo je delno izpolnjeno C-merilo ni izpolnjeno

I.	KAZALNIKI S PODROČJA KAKOVOSTI ZA BOLNIKA	skladnost kazalca A,B,C	Kratek opis neskladja	Ukrep, odgovorna oseba	Rok odprave
1.	UREJENOST BOLNIKOVE OKOLICE IN BOLNIŠKE SOBE				
1.	(nočna in garderobna omara, bolniška postelja, klična naprava, WC, bolniško perilo na postelji, razkužila)				
2.	VARNOST PACIENTA (identifikacijska zapetnica, ustrezna oznaka posteljne enote, preventivni varnostni ukrepi-izpolnjevanje dokumentacije)				
3.	SPREMLJANJE ZADOVOLJSTVA PACINETOV				
4.	SPREMLJANJE IN REŠEVANJE PRITOŽB PACINETOV				
5.	PRISOTNOST HIŠNIH REDOV IN HIŠNIH INFORMACIJ, NAVODIL (pravice pacientov, opozorila, navodila-zdravstvena vsloga, urejenost oglednih desk)				
II.	KAZALNIKI S PODROČJA KAKOVOSTI ZA STROKO ZN	skladnost kazalca A,B,C	Kratek opis neskladja	Ukrep, odgovorna oseba	Rok odprave
1.	OSEBNA HIGIENA IN UREJENOST PACIENTA				
	(brišče, brizge, nož, koža, ustna vodilna, bolniško perilo, izv. kanal, razni dreni, rana.)				
2.	UREJENOST IZVAJALCEV ZN (SOP in Kodeks ravnanja ZN SBI)				
2.	DOKUMENTACIJA STROKE ZN (Sprejemna dokum. ZN v urgentni deli, Zapisnik ZN, Proces ZN, Temperaturni list, Soglasje za zdravstveno obravnavo, drugi obratci, predaja službe)				

OBRAZEC za PREGLED DELOVANJA ZDRAVSTVENE NEGE III.nivo (pregled ZN) št. _____

3.	AKTIVNOSTI ZN (postopki in posegi)				
	(klinične poti, protokoli, navodila za delo, standardi ZN)				
4.	KAZALNIKI SPECIFIČNI ZA ODDELEK				

OBRAZEC za PREGLED DELOVANJA ZDRAVSTVENE NEGE III.nivo (pregled ZN) št. _____

9.	MENTORSTVO				
	(Navodila za izvajanje kliničnih vaj v SBI, mentorstvo dijakom, pripravnikom)				

III.	KAZALNIKI S PODROČJA KAKOVOSTI ZA ORGANIZACIJO DELA IN VARNOST ZAPOSLENIH	skladnost kazalca A,B,C	Kratek opis neskladja	Ukrep, odgovorna oseba	Rok odprave
1.	NACRTOVANJE ODPUSTA, NACRTOVANJE PRIMERA				
	(načrtovanje odpusta-dokumentiranje, celostna obravnava pacienta)				
2.	UREJENOST IN VZDRŽEVANJE PRIPOMOČKOV IN APARATOV ZN (reanimacijski vozčki, hladilniki, za zdravila, aparaturne mape)				
3.	RAVANJE Z ZDRAVILI (narkotiki, shranjevanje, priprava aplikacija, dokumentiranje, odpadna zdravila, preverjanje rokov, beleženje odklonov, zaloge)				
4.	RAVANJE S PERILOM (standard zaloge, urejenost omar)				
5.	RAVANJE Z ODPADKI (pravilno ločevanje, oznake.)				
6.	MESEČNI RAZPOREDI ZA ZAPOSLENE (urejenost urnika, navodila za zaposlene, letni načrt dopustov, RIS-evidenca, pregled menjav.)				
7.	TIMSKI SESTANKI (informiranost zaposlenih, zapisniki sestankov)				
8.	IZOBRAŽEVANJE ZAPOSLENIH (aktivna pasivna udeležba, poročila iz izobraževanja, udeležba na internih usposabljanjih)				

Zaključek in pomembna opažanja

Zapisnik sestavi:

Podpis članov komisije:

Datum:

Seznamitev gl. (odg.) med. sest. z zapisnikom, datum: _____

Podpis g.m.s. (odg.m.s.): _____

Opomba: _____

PRILOGA ST. 1: POROČILO O REALIZACIJI PREDLAGANIH UKREPov

UKREP (datum pregleda ZN)	DATUM REALIZACIJE	OPOMBE	PODPIS ODG. OSEBE

5 IZZIVI - KAKO OCENJEVATI UČINKOVITOST IN KORISTNOST DELOVANJE ZN Z VIDIKA PACIENTA IN ZAPOSLENIH

Preseganja monopola in povezovanje – integracija, interdisciplinarnost

Potrebno je ukiniti zastarelo organiziranost, ki se prilagaja posamezni stroki oz. posamezniku in preiti na procesni pristop, ki bo presejal interese posamezne stroke oz. posameznika. Le tako je mogoče zagotoviti najboljšo oskrbo pacienta skozi enovito organiziranost celotne bolnišnice. Prav zdravstvena nega lahko na področju organizacije celostne oskrbe pacienta prevzame vodilno vlogo povezovanja različnih deležnikov.

Sprememba kulture sodelovanja

Enovito organiziranost se lahko doseže le s spremembo kulture sodelovanja. Za spremembo je potrebno oblikovati skupno strategijo razvoja in skupne cilje. Skupni cilj bolnišnice je potemtakem zadovoljen, strokovno, kakovostno, stroškovno učinkovito oskrbljen in zadovoljen pacienti.

Merjenje učinka v smislu merjenja koristnosti

Preiti iz učinkovitega zdravljenja, ki pomeni z najmanjšim vložkom doseči najboljše rezultate zdravljenja, na merjenje koristnosti, kjer bomo ugotavljali kako je naše delo vplivalo na oceno koristnosti iz vidika pacienta. Za doseganje koristnosti za pacienta je potrebno sodelovati tudi izven meja bolnišnice, kar pomeni sodelovanje z izvajalci zdravstvene oskrbe na primarnem nivoju, kamor se pacienti po odpustu tudi vračajo.

Priložnost za razvoj sistemov in odnosov

Priložnost za razvoj sistemov je vzpostavitev koordinatorja celostne obravnave, ki presega meje javnih zidov na primarni, sekundarni in terciarni ravni, ugotavlja racionalnost in koristnost zdravljenja (izziv za prihodnost: »manager pacientovega zdravljenja«). Izzivi v razvoju odnosov so pripravljenost deliti znanje in sprejemati znanje drugih.

6 ZAKLJUČEK

Pregledovanje delovanja ZN je aktivnost, pri kateri se v veliki meri lahko spodbuja inovativne prakse, ki sicer niso zahtevane s strani veljavnega načrta (PD), jih pa proaktivne posameznice/ki, v prizadevanju za (še) večjo koristnost, uvajajo v svojo prakso. Tudi v takih primerih se pri pregledu prepozna neskladje med veljavnim načrtom in pregledovano prakso. Vendar je priporočen ukrep prilagoditev-dograditev načrta uvedeni pozitivni praksi in ne obratno. V tem zaposleni lahko vidijo svoj doprinos pri razvoju načrta dela (CA).

Tak pristop je tudi v duhu, da kakovost ni le odsotnost napak, temveč, da je bistvo razvoja v krepitevi kakovosti in ne le v odpravljanju nekakovosti. Tu lahko vlečemo paralelo z zdravjem, pri katerem ne govorimo več, da je to odsotnost bolezni, temveč ravnotežje

blagostanja telesa duha in socialne povezanosti. In pregledovanje, ki je usmerjeno v prepoznavanje in spodbujanje nadaljnjega razvoja praks, je aktivnost, ki pomembno spodbuja voljo do dela, do koristnosti. Volja pa je eden temeljnih parametrov zdravja, lahko rečemo tudi zdravja zaposlenih oziroma »zdravja« procesov.

VIRI IN LITERATURA

Blatnik D. in drugi. Strategija razvoja za leto 2014, strokovno poročilo za področje zdravstvene nege ter oskrbe, leto 2013. Izola: Splošna bolnišnica Izola; 2014.

Blatnik D. Vloga menedžmenta zdravstvene nege na področju akreditacij bolnišnic. Obzornik Zdravstvene nege, 2013;47(3):220-3.

Kiauta, M. »Idea of Quality Versus Idea of Excellence.« Quality Innovation Prosperity. 16.2 (2012): 103-114.

Maze H. Model organiziranja zdravstvene nege v bolnišnici: magistrska naloga. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede; 2008.

Planinšek Ručigaj T., Smukavec V., Kiauta M. Kdo bo koga? Sistem vodenja kakovosti: gospodar ali služabnik; 22. Konferenca Slovenskega združenja za kakovost in odličnost, Portorož. 2013

Splošna bolnišnica Izola. Pravilnik o internem strokovnem nadzoru; UPR PRA 01, sprejet 21.3.2013.

Splošna Bolnišnica Izola. Popis celostne obravnave pacienta, COP OPR 01. Leto 2013.

UČINKOVITE IZBOLJŠAVE KAKOVOSTI IN VARNOSTI V ZDRAVSTVENIH ORGANIZACIJAH

Dominika Oroszy, Peter Pustatičnik, Zdenko Garaševič, Tatjana Trotovšek

IZVLEČEK

Šest dimenzij kakovosti v zdravstvu (varnost, uspešnost, učinkovitost, osredotočenost na pacienta, dostopnost in pravočasnost) predstavljajo osnovna izhodišča in priložnosti za izboljšave v zdravstvu.

Spremljanje kazalnikov kakovosti in transparentnost podatkov omogočata primerjavo z najboljšimi in odkritje priložnosti za izboljšave «kar ne merimo ne moremo izboljšati». V odličnih organizacijah so kazalniki kakovosti vpeti v sistem uravnoveženih kazalnikov s katerimi iz različnih vidikov ocenjujemo uspešnost in učinkovitost organizacije.

Uvajanje sprememb in izboljšav v klinično prakso pogosto poteka nestrukturirano z uvajanjem spontanij idej in sprememb brez vzročne analize in kazalnikov s katerimi bomo merili rezultate.

V prispevku predstavljamo uporabo modela izboljšave, kot pristop za uvedbo učinkovitih in trajnih sprememb vsakdanjo klinično prakso.

Model izboljšave predstavlja strukturiran in sistematičen pristop k uvajanju izboljšav in vključuje PDCA krog kakovosti. Pred uvajanjem sprememb zahteva jasne odgovore na tri ključna vprašanja: kaj želimo doseči?

- definiramo cilj

- kako vemo, da uvedena sprememba pomeni izboljšavo? - definiramo kazalnike

- katere spremembe bomo uvedli, da dosežemo izboljšavo? - definiramo aktivnosti

Sledi načrtovanje in izvedba pilotnega testa- PDCA kroga, kjer testiramo učinkovitost predlaganih sprememb, analiziramo rezultate in na osnovi novih izkušenj in spoznanj- učenja pridemo do najboljše prakse, ki jo nato standardiziramo v kliničnem okolju.

V UKC Ljubljana smo uvedli pristop modela izboljšave na področju varnosti izvajanja operativne dejavnosti – Kirurški varnostni kontrolni seznam (KVKS) in odzivnosti higijene rok. Prvi rezultati so spodbudni, saj smo uspeli izboljšati klinično prakso (kazalnik uporabe KVKS je porasel iz 94 % v letu 2013 na 98,5 % v letu 2014, prav tako se je povečal delež pravilne uporabe KVKS iz 72 % leta 2013 na 86 % v letu 2014). Z izvedbo dodatnih testiranj sprememb želimo uvesti izboljšave za doseg ciljne vrednosti kazalnika.

Ključne besede: kazalniki kakovosti, model izboljšave, testiranje sprememb, učinkovitost in trajnost izboljšav

UPRAVLJANJE VARNOSTNIH TVEGANJ

Robertina Benkovič

IZVLEČEK

Upravljanje varnostnih tveganj je bistveni element v zagotavljanju kvalitetne in varne oskrbe pacientov. Z namenom ureditve tega področja smo izdelali interno navodilo Varnostna tveganja in ukrepi v Zdravstvenem domu Ljubljana (ZDL). S tem smo:

- 1. zagotovili sistem obvladovanja tveganj, ki ureja varnost pacientov, kot tudi druga varnostna tveganja, ki bi lahko vplivala na varnost pacientov, osebja ali ostalih obiskovalcev ZDL,*
- 2. zagotovili opredelitev, izvajanje in vzdrževanje ustrezne metodologije za vrednotenje (ocenjevanje) in evidentiranje tveganj.*

V posameznih enotah ZDL smo vzpostavili Registre tveganj, ki so namenjeni vodenju evidence dogodkov, ki predstavljajo tveganje za varnost pacientov in zaposlenih. Za vsako področje imamo izdelan obrazec, ki služi za prijavo posameznega dogodka.

Uprave posameznih enot pošiljajo zbrane dokumente iz Registra tveganj kontinuirano na Upravo ZDL. Komisija za kakovost, s pomočjo služb na Upravi, 2x letno opravi analizo prispelih podatkov in predlaga morebitne korektivne ukrepe ter nato poroča vodstvu ZDL in predstojnikom ter strokovnim vodjem ZN enot na koordinaciji predstojnikov. Vse pomembne dogodke iz posamezne enote na področju tveganj se sproti obravnava na koordinaciji.

Vzpostavljen sistem kontinuiranega zbiranja dogodkov, ki predstavljajo tveganje za varnost pacientov in zaposlenih, se je izkazal za dobrega, saj se tako sistematično lotevamo neželenih dogodkov, v najkrajšem možnem času, po vseh enotah ZDL.

Ključne besede: varnostna tveganja, kakovost v zdravstvu

1 UPRAVLJANJE VARNOSTNIH TVEGANJ

Tveganje opredelimo kot vsako neželjeno situacijo ali okoliščino, katere pojav lahko predvidimo le z določeno stopnjo verjetnosti (Grabar, 2013).

V Zdravstvenem domu Ljubljana smo tveganja razdelili na več področij:

- Varnostna tveganja
- Poslovna tveganja
- Tveganja na področju informacijske varnosti
- Zdravstvena ocena tveganja (zaposleni)
- Načrt integritete.

Varnostna tveganja in ukrepe smo opredelili v internem navodilu Varnostna tveganja in ukrepi v ZDL. V dokumentu smo opredelili tveganja, ki bi lahko vplivala na varnost pacientov, osebja ali ostalih obiskovalcev ZDL ter metodologije za vrednotenje (ocenjevanje) in evidentiranje tveganj.

2 OPREDELITEV TVEGANJ

Varnostna tveganja smo razdelili v več sklopov:

- Fizično okolje
- Odnos osebja do pacientov / komunikacija
- Obravnava pacientov
- Spremembe v standardnih operativnih postopkih
- Varnost pacientov v primeru gradbenih del
- Okoljski dejavniki

Skupno imamo trenutno opredeljenih 27 različnih varnostnih tveganj. Za vsako tveganje smo opredelili vzroke za nastanek tveganja, kdo je izpostavljen tveganju, ukrepe, ki jih izvajamo za zmanjšanje možnosti nastanka tveganja, nosilce ukrepov, notranja kontrola (pogostost/ nosilec) ter oceno tveganja. Primer v spodnji tabeli.

Tabela 1: Prikaz opredelitve tveganja z ukrepi in oceno tveganja

3. OBRAVNAVA PACIENTA					
Tveganje / vzroki	Kdo je izpostavljen tveganju?	Ukrepi, ki jih izvajamo	Nosilec ukrepov	Notranja kontrola / pogostost/ nosilec	Ocena tveganja
18. Neobravnava nujnega Vzroki: slaba strokovna ocena	pacienti	<ul style="list-style-type: none"> • triaža pacientov • MTS : SNMP, PNMP 	zdravstveni delavci		10 visoko tveganje
19. Neželeni dogodki v zvezi z aplikacijo zdravil, stranski učinki zdravil Vzroki: pomanjkanje znanja, zdravila s pretečenim rokom	pacienti	<ul style="list-style-type: none"> • kontinuirano strokovno izpopolnjevanje • upoštevanje IN o ravnanju z zdravili • upoštevanje 6P • redne mesečne kontrole roka trajanja zdravil 	medicinske sestre zdravniki	<p>Vodenje evidenc in analiza neželenih dogodkov v zvezi z aplikacijo zdravil in stranskih učinkov zdravil v Registru tveganj.</p> <p>Izvajanje nadzora nad vodenjem evidenc nad uporabnostjo zdravil v sobah za reanimacijo (2x letno, strokovne vodje ZN).</p>	20 izjemno visoko tveganje

Za oceno tveganj smo uporabili smernice NPSA. Za vsako tveganje smo opredelili resnost posledice in verjetnost nastanka. Za izračun (končne) vrednosti ocene tveganja smo uporabili matriko tveganj, kjer smo opredelili pet stopenj posledic (od zanemarljiva do katastrofalna) in pet stopenj verjetnosti nastanka tveganja (od redko do skoraj gotovo). Opredelitev in oceno tveganj najmanj 1x letno revidira Komisija za kakovost.

Na osnovi ocene varnostnih tveganj Komisija za kakovost določi prednostno obravnavo (korekcije, korektivne in preventivne ukrepe), nosilce in časovne okvire. Učinkovitost ukrepov se preverja ob notranjih presoajah kakovosti, po potrebi pa tudi v okviru dela Komisije za kakovost.

Tabela 2: Ocena tveganja

št.	TVEGANJE	OCENA POSLEDICE	STOPNJA	VERJETNOST NASTANKA	STOPNJA	OCENA TVEGANJA	STOPNJA
15	neustrezna strokovna obravnava	Neželen dogodek, ki povzroči smrt Številne trajne poškodbe ali nepopravljivi učinki na zdravje Dogodek, ki vpliva na veliko število pacientov	katastrofalna 5	Nastanek ni pričakovan več let	redko 1	zmerno tveganje	5

3 REGISTRI TVEGANJ

V posameznih enotah ZDL smo vzpostavili Registre tveganj, ki so namenjeni vodenju evidence dogodkov, ki predstavljajo tveganje za varnost pacientov in zaposlenih. Za vsako področje imamo izdelan obrazec, ki služi za prijavo posameznega dogodka. sistematično spremljali naslednje sklope dogodkov:

1. **Incidenti** (vbod, ureznina...) - OBR 094 - Vprašalnik za osebe pri katerih je prišlo do incidenta
2. **Fizično ogrožanje pacientov in zaposlenih** (zdrs, padec) - OBR 233 - Fizično ogrožanje pacientov in zaposlenih
3. **Neželeni dogodki v zvezi z aplikacijo zdravil** - OBR 184 - Neželeni dogodki v zvezi z aplikacijo zdravil
4. **Stranski/neželeni učinki zdravil** (poročanje na JAZMP)
5. **Nasilno vedenje** - OBR 216 - Prijava nasilnega dogodka
6. **Ostala področja** - OBR 236 - Ostala področja tveganj

Uprave posameznih enot pošiljajo zbrane dokumente iz Registra tveganj po elektronski pošti, kontinuirano na Upravo ZDL. Komisija za kakovost 2x letno opravi analizo prispelih podatkov in predlaga morebitne korektivne ukrepe ter nato poroča vodstvu ZDL na koordinaciji predstojnikov. Vse pomembne dogodke iz posamezne enote na področju tveganj, se sprti obravnava na koordinaciji.

Primer:

Neželeni dogodki v zvezi z aplikacijo zdravil

V prvem polletju 2014 je bilo prijavljenih 9 neželenih dogodkov v zvezi z aplikacijo zdravil. Od tega je v 8 (88,8%) primerih šlo za izpad bata iz brizgalke v zdravstvenem varstvu predšolskih otrok in šolskih otrok ter mladine. Po prvih treh prijavih smo sprožili povpraševanje še po drugih enotah in v roku nekaj dni dobili kar 9 prijavih iz različnih enot. Ker se je to dogajalo v skorajda vseh enotah, pri eni in isti seriji cepiva, smo kontaktirali IVZ (NIJZ), ki je zaradi naše prijave umaknil sporno serijo cepiva v celotni regiji in nam zagotovil drugo serijo cepiva. S tem se je pokazal smisel centralnega spremljanja dogodkov v zvezi z varnostjo pacientov in zaposlenih.

4 ZAKLJUČEK

Vzpostavljen sistem kontinuiranega zbiranja dogodkov, ki predstavljajo tveganje za varnost pacientov in zaposlenih, se je izkazal za dobrega, saj se tako sistematično lotevamo neželenih dogodkov, v najkrajšem možnem času, po vseh enotah Zdravstvenega doma Ljubljana in tako zagotavljamo kakovostno obravnavo pacientov.

LITERATURA

Benkovič R. Varnostna tveganja in ukrepi v ZDL, Ljubljana: ZDL; 2013.

DNV. Standard DNV za ponudnike osnovne zdravstvene dejavnosti. Hovik: DNV; 2012.

Grabar D. Upravljanje s tveganji. Ljubljana: SIQ; 2013.

National patient safety agency. A risk matrix for risk managers. London: NPSA; 2008.

SPREMLJANJE KAZALNIKOV KAKOVOSTI NA RAZLIČNIH NIVOJIH VODENJA

Saša Kadivec, Danica Šprajcar

IZVLEČEK

Vodenje je zelo pomemben proces tudi v zdravstveni organizaciji. Poleg zagotavljanja ustreznega nivoja strokovnega dela je za vodenje pomembno, da vodje sledijo sodobni organizacijski praksi, kar vodi k večji učinkovitosti poslovanja.

Z notranjimi nadzori v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik spremljajo, kako in v kakšni meri izpolnjujejo sprejete standarde zdravstvene oskrbe. Z notranjimi presojami spremljajo, kako se naloge in cilji, ki jih določi vodstvo organizacije, prenesejo do izvajalcev osnovnih izvedbenih procesov in kakšne ukrepe izvajajo z namenom doseganja skupno določenih ciljev.

Ključne besede: vodenje, proces, notranji nadzor, notranja presoja, kazalci kakovosti

1 UVOD

Med osnovne cilje sistema vodenja kakovosti in varnosti, ki nam med drugim omogočajo tudi izpolnjevanje zahtev standardov ISO 9001: 2008 in DIAS sodijo:

- vsakodnevno zadovoljevanje potrebe odjemalcev oziroma uporabnikov naših storitev,
- zaposlenim zagotoviti primerno orodje za doseganje posamičnih in skupinskih ciljev vseh, ki sodelujejo v posameznih procesih,
- stalno prilagajanje poslovanja zavoda spremenljivemu okolju in s tem zagotavljanje njenega trajnostnega razvoja.

Standard DIAS za bolnišnice (veljaven od novembra 2013, verzija 3,1) v 3. poglavju (Sistem vodenja bolnišnice) določa:

- Bolnišnica mora razvijati, izvajati in vzdrževati kontinuiran sistem za vodenje kakovosti in varnosti bolnikov.
- Bolnišnica mora ocenjevati kakovost in si prizadevati za izboljšanje učinkovitosti z namenom reševanja prioritet na področju izboljševanja kakovosti zdravstvene oskrbe in varnosti pacientov ter poskrbeti, da se izvajajo korektivni in preventivni ukrepi ter nato ovrednoti njihova učinkovitost.
- Bolnišnica mora zagotoviti ustrezna sredstva za merjenje, ocenjevanje, izboljševanje in vzdrževanje učinkovitosti ter zmanjšanje tveganja za paciente.

V točki QM7 – Merjenje, nadzor in analiza standard DIAS opredeljuje:

- za merjenje, nadzor in analizo procesov v bolnišnici je treba vzpostaviti merila, s katerimi je mogoče zaznati spremembe, prepoznati procese, kjer je stopnja

odklona zaskrbljujoča,

- opredeliti tako pozitivne kot negativne posledice ter oceniti uspešnost ukrepov, sprejetih za izboljšanje učinkovitosti in/ali zmanjšanje tveganja,
- bolnišnica mora opredeliti pogostost in podrobnosti merjenja.

Področje sistema kakovosti in zagotavljanja varnosti bolniku opredeljuje tudi Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje 2011-2020, ki v točki 3.2.5. Strateški cilji na področju kakovosti in varnosti, med drugim opredeljuje naslednje strateške cilje na področju kakovosti in varnosti:

- Kot pristop k izboljšanju kakovosti in varnosti se mora uporabljati sistem nenehnih izboljšav, ki vključujejo:
 - standardizacijo delovnih procesov in zdravstvenih storitev,
 - redno merjenje kazalnikov kakovosti,
 - identifikacijo vzrokov odstopanja,
 - sistemsko in sistematično odpravljanje vzrokov,
 - upravljanje s tveganji – risk management (Kadivec in sod., 2012).

2 VODENJE ZDRAVSTVENE NEGE V UNIVERZITETNI KLINIKI ZA PLJUČNE BOLEZNI IN ALERGIJO GOLNIK

Služba zdravstvene nege in oskrbe je v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Klinika Golnik) od leta 1975 organizirana kot samostojna organizacijska enota. Vodi jo pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege. Na bolniških oddelkih, v specialističnih ambulantah in v enotah funkcionalne diagnostike vodilne medicinske sestre skrbijo za ustrezno izvajanje dogovorjenih nalog. Za specifična strokovna področja na bolniških oddelkih jim pomagajo strokovne vodje zdravstvene nege. Naloge vodilnih medicinskih sester in strokovnih vodij opravljajo diplomirane medicinske sestre.

Osnovne interne oblike komuniciranja, preko katerih redno izvajamo določanje, spremljanje in ukrepanje za izpolnjevanje osnovnih ciljev kakovosti in varnosti so:

- kolegij direktorja,
- kolegij namestnika direktorja za upravno in poslovno področje,
- strokovni svet,
- kolegij Službe zdravstvene nege in oskrbe (SZNO),
- oddelčni sestanki.

Kolegij SZNO vodi pomočnica direktorja za zdravstveno nego. Udeležujejo se ga vodilne medicinske sestre bolniških oddelkov oz. strokovne vodje. Vse informacije in sklepi, ki so sprejeti, so dokumentirani v zapisnikih kolegija. Udeleženci kolegija so dolžni za prenos informacij do sodelavcev in za realizacijo sprejetih sklepov v svojih delovnih sredinah. V sklopu kolegija se poleg tega:

- spremlja izdelava, dopolnjevanje in sprejemanje standardov zdravstvene oskrbe,

- planira izvajanje notranjih nadzorov,
- obvešča o ugotovitvah notranjih nadzorov in notranjih presoj in
- sprejema ukrepe na osnovi ugotovitev notranjih presoj in notranjih nadzorov.

Vodilne medicinske sestre in strokovne vodje so med drugim dolžne:

- sodelavke v svojih delovnih sredinah seznanjati z vsebinami kolegija pomočnice direktorja za zdravstveno nego,
- spremljati rezultate notranjih nadzorov in notranjih presoj in jih ocenjevati z vidika svojega oddelka,
- seznanjati sodelavke z doseženimi rezultati in
- se skupaj z njimi dogovoriti za ukrepe, ki so potrebni za ohranitev ali izboljšanje obstoječih rezultatov.

Dokazi o izvajanju teh aktivnosti so razvidni iz Mape kakovosti, ki jo vodijo na vsakem oddelku.

2.1 Notranji nadzori

Strokovni nadzor v zdravstveni negi izvajajo napovedano ali nenapovedano pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege, vodilne medicinske sestre oddelkov, koordinatorki za kakovost ali izvajalci zdravstvene nege, ki jih pooblasti pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege.

V skladu s tem postopkom se pri notranjem nadzoru preverja vsakodnevno delo na področju zdravstvene nege, izvajanje standardov zdravstvene nege, (ocena načrtovanja in realizacija zdravstvene nege), izpolnjevanje dokumentacije zdravstvene nege in zdravstvene dokumentacije, ocena varnosti bolnika, rezultati kazalnikov kakovosti oddelka / enote, (ocena izvedenih ukrepov, če kazalniki niso v mejah kakovosti), problemi in prednosti pri izvajanju programa kakovosti in priložnosti za izboljšave.

Strokovni nadzor se izvaja v zdravstveni negi napovedano in nenapovedano kot negovalna vizita v skladu s planom nadzora. Na ta način stalno spremljamo realizacijo plana, ki ga določimo vsako leto tudi na osnovi ugotovitev notranjega nadzora v predhodnem letu. O opravljenem nadzoru se poda zapisnik. Številka zapisnika se vpiše tudi v plan nadzora. V primeru da se pri notranjem nadzoru ugotovi priložnosti za izboljšave, se poda ustrezne korektivne ali preventivne ukrepe.

Ugotovitve notranjih nadzorov predstavimo na kolegiju SZNO, kjer sprejmemo tudi korektivne in preventivne ukrepe na ravni celotne klinike. Vodilne medicinske sestre so zadolžene, da sklepe kolegija SZNO v celoti prenesejo na svoje medicinske sestre v obliki oddelčnih sestankov.

Poročila o izvedenih nadzorih, kjer ocenimo, v kakšni meri izvajamo kazalnik kakovosti je obravnavano na kolegiju SZNO. Vodilne medicinske sestre in strokovne vodje na oddelčnih sestankih obravnavajo poročila in sprejmejo preventivne in korektivne ukrepe.

2.2 Spremljanje uspešnosti in učinkovitosti vodenja

Medicinske sestre so najbolj številčna skupina zdravstvenih delavcev. Njihovo delo poteka 24 ur vse dni v letu. Njihovo delo je tesno povezano z delom zdravnikov in tudi drugih zdravstvenih delavcev. Zato je ustrezna organizacija njihovega dela še posebej pomembna.

Z notranjo presojo smo želeli pogledati, kako je osebje zdravstvene nege na bolniških oddelkih Klinike Golnik seznanjeno s sklepi kolegija SZNO, strokovnega kolegija zdravstvene nege, sestanka vodij ter s kazalniki kakovosti, ki se merijo skozi notranje nadzore. Zanimalo nas je tudi, kakšne sklepe sprejmejo, da bi na nivoju posameznega bolniškega oddelka izboljšali poslovanje v skladu z dogovorjenimi usmeritvami.

Z notranjo presojo smo želeli pogledati, kako je osebje zdravstvene nege na bolniških oddelkih Klinike Golnik seznanjeno s sklepi kolegija zdravstvene nege, strokovnega kolegija zdravstvene nege, sestanka vodij ter s kazalniki kakovosti, ki se merijo skozi notranje nadzore. Zanimalo nas je tudi, kakšne sklepe sprejmejo, da bi na nivoju posameznega bolniškega oddelka izboljšali poslovanje v skladu z dogovorjenimi usmeritvami.

Notranjo presojo sta izvedli skrbnica sistema vodenja kakovosti v Kliniki Golnik in pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege julija 2013 in julija 2014.

Učinkovitost ukrepov, ki smo jih določili na notranji presoji v letu 2013 smo preverili z notranjo presojo v letu 2014. Rezultati so pokazali izboljšave pri:

- spremljanju kazalnikov kakovosti zdravstvene nege,
- vodenju zapisov o oddelčnih sestankih,
- zagotavljanju seznanjenosti z vsebino sestankov pri osebju, ki v času sestanka ni bilo prisotno na delovnem mestu.

Priložnosti za izboljšave, ki sta jih presojevalki izluščili iz razgovorov s sodelavci v letu 2014 pa so predvsem:

- dosledno določanje nosilcev in rokov za realizacijo sklepov, določenih na oddelčnih sestankih,
- ocenjevanje doseženih rezultatov pri kazalnikih kakovosti z upoštevanjem specifik posameznih bolniških oddelkov.

Izvedene aktivnosti so nas predvsem spodbudile k:

- jasnejšemu oblikovanju nalog in pooblastil pooblastila vodilnih medicinskih sester bolniških oddelkov pri izvajanju vodstvenih nalog ter
- oblikovanju kazalcev kakovosti, ki so specifični za posamezen bolniški oddelek.

Zaradi ugodnih rezultatov tovrstnih notranjih presoj bomo z njimi nadaljevali. Preverili bomo učinkovitost ukrepov na osnovi zadnjih ugotovitev in ocenili priložnosti za nadaljnje izboljšave.

3 ZAKLJUČEK

Sistem vodenja kakovosti z notranjimi nadzori in presoja po standardih DIAS in ISO 9001: 2008 nam pomaga, da ohranjamo našo usmeritev v uspešno, učinkovito in varno skrb za pacienta. Zato je ob ugotovljenih neskladnostih z zahtevami standarda jasno in razumljivo, kako je potrebno dopolniti ali spremeniti obstoječi način dela, da bo zagotavljal večjo kakovost in varnost pri obravnavi bolnikov.

LITERATURA

Kadivec S, Skela Savič B, Džananovič Zavrl D, Kramar Z. in sod. (2011). Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v zdravstvenem varstvu v RS za obdobje 2011-2020. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

DNV Standard for Hospitals, 2013. Standard, interpretive guidelines and surveyor guidance for hospitals. DNV-DS-HC102. January 2013, version 3.A, pp. 128.

Slovenski standard. SIST EN ISO 9001, Sistemi vodenja kakovosti – Zahteve (ISO 9001:2008). Ljubljana: Slovenski inštitut za standardizacijo, 2008.

KULTURA VARNOSTI V SPLOŠNI BOLNIŠNICI JESENICE SKOZI DEMINGOV KROG KAKOVOSTI

Tina Ahačič, Sandra Jerebic

IZVLEČEK

V prispevku bodo prikazane aktivnosti na področju kulture varnosti v Splošni bolnišnici Jesenice skozi Demingov krog kakovosti za obdobje od leta 2011 do novembra 2014. Predstavljeno bo stanje v SBJ od uvajanja kulture varnosti, planiranja ukrepov glede na rezultate ankete o kulturi varnosti v bolnišnici, predstavitvi aktivnosti na področju kulture varnosti ter oceni izvedenih ukrepov s ponovno izvedbo anket o kulturi varnosti.

Ključne besede: kultura varnosti, odklon, analiza, izboljšave

1 UVOD

Kultura varnosti je kultura, pri kateri se vsakdo nenehno in dejavno zaveda svojega prispevka k delovanju ustanove in možnosti, da gredo stvari lahko narobe. Varna zdravstvena oskrba je temeljna pravica vsakega državljana Republike Slovenije in Evropske unije. Varnostna kultura temelji na učenju in ne na iskanju krivde in kaznovanju, razvijati pa jo je mogoče v okoljih kjer vlada znanje, zaupanje in odprtost za učenje (Kramar, 2010).

Kulturo varnosti smo v Splošni bolnišnici Jesenice (SBJ) začeli uvajati vzporedno z vzpostavitvijo sistema vodenja kakovosti po ISO standardu 9001. Določili smo politiko kulture varnosti, opredelili postopke za sporočanje napak, odklonov, opozorilnih nevarnih dogodkov. Pozornost smo usmerili v prepoznavanje kritičnih točk procesov, pomenu timskega dela, dobre medsebojne komunikacije in poskušali vzpostaviti sistem poročanja, ki temelji na zaupnosti in nekaznovalni politiki z namenom prepoznati napake in strmeti k izboljšavam.

2 PREGLED AKTIVNOSTI NA PODROČJU KULTURE VARNOSTI

V letu 2010 smo prvič izpolnjevali vprašalnik agencije za raziskave in kakovost zdravstvene obravnave (AHRQ), ki vsebuje vprašanja iz 12-ih področij, ki vplivajo na varnost pacientov. Z anketo smo želeli ugotoviti zaznavo zaposlenih o varnosti in sistemu sporočanja napak.

Glede na rezultate ankete, ki je pokazala, da je bilo skupno zaznavanje varnosti v 52%

ocenjeno dobro (Kramar, 2011), smo pripravili akcijski načrt ukrepov. Strateški cilj je bil vzpostavitev sistema učenja in zorenja na poti k varnosti, ki ne bo temeljil na iskanju krivde in kaznovanja posameznika ampak na spremembah sistema. Aktivnosti, ki smo jih na področju kulture varnosti glede na rezultate ankete vpeljali so:

- prepoznavna in analiza škodljivih dogodkov in opozorilnih nevarnih dogodkov,
- razvili smo računalniški program za sporočanje in vodenje vseh odklonov in napak,
- imenovali smo pooblaščenca za varnost pacientov,
- izvajamo varnostne vizite in razgovore v celotnem zdravstvenem timu,
- izvajamo morbiditetne in mortalitetne konference,
- izvajamo negovalne konference o izidih in zapletih,
- izvajamo izobraževanje zaposlenih o pomenu kulture varnosti.

2.1 Prepoznavna in analiza škodljivih dogodkov in opozorilno nevarnih dogodkov

Na vsakem oddelku lahko prepoznajo škodljiv nevarni dogodek, ki ga je potrebno analizirati. Opozorilne nevarne dogodke (OND) pa spremlja tudi Ministrstvo za zdravje. OND, ki jih je potrebno prijaviti na Ministrstvo za zdravje so: 1. nepričakovana smrt, 2. večja stalna izguba telesne funkcije, 3. samomor bolnika v zdravstveni ustanovi, 4. zamenjava novorojenca, 5. hemolitična transfuzijska reakcija po transfuziji krvi ali krvnih produktov zaradi neskladja glavnih krvnih skupin, 6. kirurški poseg na napačnem bolniku ali napačnem delu telesa, 7. sum kaznivega dejanja (navodila o poročanju in notranji preiskavi Ministrstvo za zdravje).

2.2 Računalniški program za sporočanje in vodenje odklonov in napak

Razvili smo računalniški program za sporočanje in vodenje vseh odklonov in napak. Aplikacija ART, ki je bila vpeljana na osnovi popisa in analize obstoječega procesa za spremljanje odklonov, zagotavlja zaposlenim vse potrebne funkcionalnosti za učinkovito obvladovanje odklonov in ukrepov.

Zaposleni ima možnost, da odgovorni osebi sporoči vse podatke o zaznanem odklonu, ki predstavlja grožnjo za kakovost poslovanja. Odgovorna oseba na osnovi odklona odredi ukrep, ga dodeli v reševanje ustrezni odgovorni osebi in določi rok za izvedbo.

Odklone lahko sporočajo vsi zaposleni na dva načina: anonimno in preko svojega uporabniškega računa, pri čemer je v aplikaciji vidna prijaviteljeva identiteta. Anonimno prijavo smo uvedli z namenom, da bi bili v aplikacijo zabeleženi vsi odkloni, na primer tudi tisti, ki se nanašajo na odklone pri delu nadrejenih. Vse anonimne prijave se samodejno posredujejo predstavnici vodstva za kakovost, ki prijave pregleda in izloči nepravilne

oziroma tiste, ki se morda ne nanašajo na odklon. Predstavnica vodstva za kakovost določi ukrepe in jih posreduje v reševanje skrbnikom procesov. Če zaposleni odklon prijavi s svojim uporabniškim imenom se prijava samodejno posreduje njegovemu nadrejenemu (predstojniku oddelka, namestniku vodje, glavni medicinski sestri in njeni namestnici). Omenjene osebe odklone pregledajo, jih zavrnejo kot nerelevantne ali pa določijo ukrepe in jih posredujejo odgovorni osebi v reševanje.

Uporabnik mora pri prijavi odklona izpolniti sledeča obvezna polja:

- opis dogodka,
- vir dogodka,
- oddelek/lokacija,
- čas pojava,

in pri dodelitvi ukrepa:

- opis ukrepa,
- vrsta ukrepa,
- odgovorna oseba za izvedbo ukrepa,
- rok izvedbe ukrepa,
- evalvacija ukrepa,
- rezultat,
- ocena učinkovitosti.

Z obveznimi polji smo dosegli, da uporabniki zabeležijo vse podatke, ki jih potrebujemo za izdelavo poročil in pri spremljanju odklonov in ukrepov.

V začetni fazi sporočanja odklonov v računalniški program smo zaznali velik interes za sporočanje odklonov.

Tabela 1: Prikaz sporočenih odklonov po posameznih letih v računalniški program

Leto	2011 (1.6. do 31. 12. 2011)	2012	2013	2014 (1.1. do 31.10. 2014)
Št.	135 (skupno 164)	133	116	60

Rezultati v tabeli prikazujejo, da je vsako leto zaznati zmanjšanje števila sporočenih odklonov.

2.3 Pooblaščenec za varnost pacientov

Naloge pooblaščenca za varnost pacientov:

- Spremljanje obvestil o OND, spremljanje OND ter poročanje o OND strokovnemu direktorju.
- Zagotovitev zaupnosti vpletenih v OND.
- Sodelovanje z več poklicnim timom za poročanje in analizo OND.

Pooblaščenec za varnost pacientov je od leta 2011 obravnaval 6 opozorilnih nevarnih dogodkov (2 leta 2012 in 4 leta 2013). Sodeloval je pri 4 varnostnih analizah leta 2014.

2.4 Varnostne vizite in pogovori o varnosti

Eden izmed ukrepov na področju kulture varnosti je bil tudi izvajanje varnostnih vizit in razgovorov v celotnem zdravstvenem timu.

Definicija varnostne vizite

Varnostne vizite (VV) so proces, v katerem neposredni vodja ali vodstvo obiše oddelek/enoto in se pogovori z osebjem, ki neposredno dela s pacienti. Pogovor poteka o varnostnih zapletih, ki so, ali bi lahko pripeljali do škode za paciente, obiskovalce, osebja, o potencialnih problemih in možnih rešitvah. Vodstvo nato napravi seznam prioritete ter skupaj z osebjem in komisijo za kakovost poišče rešitve (Robida, 2006).

Definicija pogovora o varnosti

Pogovori o varnosti (PV) so priložnosti za učenje, saj udeleženci pogovora razpravljajo o varnostnih problemih in iščejo rešitve zanje. Ključna prvina izboljševanja varnosti je spodbujanje izboljševanja kulture varnosti za pacienta: visoko zavedanje o varnostnih problemih na vseh ravneh (Robida, 2006).

Varnostne vizite in varnostni pogovori so se izkazali za odlično metodo za iskanje vzrokov in odpravljanje odklonov in napak v samem procesu dela. Zaposleni se z veseljem udeležujejo VV in PV, vedno večkrat je na njih prisoten tudi zdravnik.

V tabeli so prikazani podatki o izvedenih VV od leta 2011 pa do danes.

Tabela 2: Delež izvedenih varnostnih vizit in ukrepov

	2011	2012	2013	1. 1. do 31. 5. 2014
Število VV/VR	602	675	532	251
Število izrečenih ukrepov	876	900	1126	475

Na varnostnih vizitah in razgovorih smo največkrat obravnavali spodaj naštetе vsebine:

- zagotavljanje varnosti in kakovosti glede na izvajanje standardov kakovosti,
- ukrepi glede uporabe posebnega varovalnega ukrepa, padcev, RZP, MRSA, OVK,
- ukrepi v zvezi z bolnišničnimi okužbami,
- sistemska ureditev pri uporabi identifikacijske zapestnice,
- ukrepi, ki se nanašajo na predpisovanje in razdeljevanje zdravil, prehrane pacientom,
- nepravilno sestavljeni operacijski seti, uporaba kirurških inštrumentov,
- zagotavljanje kakovosti in varnosti za pacienta,

- področje preprečevanja prenosa bolnišničnih okužb – ESBL, MRSA, izolacijski ukrepi, razkuževanje rok, ravnanje z odpadki, zaščitna oblačila,
- preprečevanje RZP,
- dokumentacija (izpolnjevanje pacientove dokumentacije v ZN, redne mesečne kontrole),
- predaja pacienta.

2.5 Mortalitetne in morbiditetne konference

Mortalitetne in morbiditetne konference so sestanki, kjer se predstavijo primeri nepričakovanih smrti ali poslabšanja stanja pacienta. Predstavi se tudi analiza OND ali analiza drugih zdravstvenih napak.

Od leta 2013 do danes smo imeli skupnih 6 mortalitetnih-morbiditetnih konferenc, prej jih nismo beležili. Morbiditetne in mortalitetne konference po oddelkih se sistematično ne beležijo, kar bomo v prihodnosti spremenili.

2.6 Negovalne konferenci o izidih in zapletih

V letu 2013 smo prvič izvedli dve negovalni konferenci o izidih in zapletih. Obravnavali smo možne napake pri uvajanju intravenozne kanile in opazovanje pacientov. Določili smo korektivne ukrepe, ki smo jih izvedli, ter pri tem dosegli visoko učinkovitost.

2.7 Izobraževanje zaposlenih o pomenu kulture varnosti

Uvedli smo sistematično izobraževanje vseh novozaposlenih, ki vsebuje tudi predavanje o pomenu kulture varnosti ter predstavitev pooblaščenca za varnost pacientov. Do sedaj smo imeli predavanja nekajkrat na leto, po novem letu pa bo izobraževanje potekalo vsak drugi mesec.

Na intranetni strani smo do sedaj objavili 9 kliničnih smernic.

O pomenu kulture varnosti stalno izobražujemo naše zaposlene. V letu 2013 smo izvedli 6 delavnic o pomenu kulture varnosti za zaposlene v zdravstveni negi, ki se jih je udeležilo 240 udeležencev. Določili smo 6 medicinskih sester, ki so promotorji za varnost pacientov na oddelkih. Zdravnikom je o pomenu varnosti predaval pilot capt. Tomaž Prezelj.

3 ANALIZA IZVEDENIH AKTIVNOSTI NA PODROČJU KULTURE VARNOSTI

Kljub velikemu številu izvedenih aktivnosti in spremembam v procesih za zagotavljanje kakovostnejše in varne obravnave pacientov, pa smo zaznali upad predvsem na področju sporočanja odklonov, napak, nezaželenih dogodkov. Tako smo v letu 2014 ponovili izvedbo ankete o kulturi varnosti. Uporabili smo enak vprašalnik kot v letu 2010. Rezultati ankete so še v fazi obdelave.

Zanimalo nas je tudi mnenje zaposlenih o procesu sporočanja odklonov. Zato smo v oktobru mesecu vse zaposlene preko intranetne strani bolnišnice prosili za izpolnitev kratkega anketnega vprašalnika o mnenju zaposlenih o programu za sporočanje odklonov in predlogih za izboljšave. Anketni vprašalnik je izpolnilo 67 zaposlenih od skupno 630, to je 10,6 %.

Skoraj dve tretjini anketiranih je program za odklone že uporabljalo, polovici se je zdel program uporaben. Dve tretjini anketiranih je mnenja, da se v njihovem procesu dela po sporočanju odklona ni nič spremenilo.

Na vprašanje, kaj moramo spremeniti, da bi bilo beleženja odklonov več, so anketirani odgovorili, da moramo bolj promovirati program, da morajo biti rezultati analiz in ukrepi javno dostopni, nekateri so pogrešali anonimnost.

O kulturi varnosti v SBJ so anketiranci odgovorili, da imajo še vedno občutek, da se išče krivca in ne sistemskih napak. Zdi se jim, da se ukrepi ne izvajajo, oz. da se nič ne spremeni. Nekaterim se zdi, da se težave lažje rešijo na kraju samem in ne preko računalniškega programa.

4 UKREPI ZA PONOVI DVIG KULTURE VARNOSTI V SBJ

Glede na rezultate ankete in mnenje zaposlenih bo vsekakor potrebna večja promocija zaznavanja napak in nekaznovalna analiza napak. Potrebno je vzpostaviti okolje, kjer bodo zaposleni občutili, da je prijavljanje napak potrebno in da imajo s tem možnost spremeniti sistem na bolje. Skupaj z vodstvom bomo začeli ponovno aktivno promovirati varnostno kulturo. Mnenja iz ankete bomo upoštevali in skušali še dodatno prilagoditi računalniški program. Beležili bomo tudi napake in skorajšnje napake, ki so jih že rešili na kraju samem in jih do sedaj nismo beležili v program.

5 ZAKLJUČEK

Zavest o pomembnosti kulture varnosti se z leti povečuje. Seveda pa je še veliko priložnosti za izboljšave. Potrebo bo vložiti veliko truda v promocijo prijavljanja napak in razlago, zakaj je to potrebno. Na vodstvu pa je, da se napake analizirajo in da se procesi izboljšajo. Ko bodo zaposleni začutili, da vodi prijavljanje napak v izboljšave procesov, bo tudi prijav in zato rešitev več.

LITERATURA

Kramar Z. Uvajanje kulture varnosti: interno gradivo. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, 2010.

Kramar Z. Uvajanje kulture varnosti – izkušnje Splošne bolnišnice Jesenice. Varnost – rdeča nit celotne obravnave pacientov – 4. dnevi Angele Boškin: strokovno srečanje. Gozd Martuljek, 2011.

Robida A. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2006.

SEZNANITEV ZAPOSLENIH S STANDARDI KAKOVOSTI IN ZAGOTAVLJANJE TEMELJNIH ZNANJ ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI USTANOVI

Ivan Tandler

IZVLEČEK

Namen prispevka je predstaviti, kako smo zaposlene seznanili z osnovni standarda kakovosti in procesa akreditacije. V Splošni bolnišnici Slovenj Gradec je bila v ta namen izdelana informativna brošura, katere namen je bil zaposlene seznaniti z pomenom akreditacije v zdravstvenih zavodih, procesom pridobitve akreditacije, ter z kratko predstavitvijo najpomembnejših točk standardov. Predstavljen je dokument v katerem so zapisana temeljna znanja s področja standardov Joint Commission International, ki jih mora poznati vsak zaposleni. Ta dokument omogoča, da se lahko vsak zaposleni v zdravstveni ustanovi seznanji z znanji, ki vsebujejo temeljne elemente vseh standardov.

Ključne besede: akreditacija, informiranje zaposlenih, standard

Pot do akreditacije zdravstvenega zavoda predstavlja svojevrsten izziv za vse zaposlene. Vsaka zdravstvena ustanova izbere pot, ki jo vodi do zastavljenega cilja. Za vse zdravstvene organizacije je odločilnega pomena pridobitev akreditacije, ampak ne v smislu »papirja«, ki je obešen na steno. Pomembno je da vsi zaposleni pripomorejo k ustvarjanju kulture varnosti in kakovosti znotraj zdravstvene ustanove, ki stalno izboljšuje procese in rezultate oskrbe.

S pridobitvijo akreditacije zdravstvene ustanove:

- povečujejo zaupanje javnosti, da se ustanova zavzema za varnost pacientov in za kakovost oskrbe;
- zagotavljajo varno in učinkovito delovno okolje, ki prispeva k zadovoljstvu zaposlenih,
- se pogajajo s plačniki oskrbe na osnovi podatkov o kakovosti oskrbe;
- poslušajo paciente in njihove družine, spoštujejo njihove pravice in jih vključujejo v proces oskrbe kot partnerje;
- ustvarjajo kulturo, ki je odprta za učenje iz pravočasnega poročanja o varnostnih zapletih in skrbi za varnost
- vzpostavljajo vodenje na osnovi sodelovanja, ki določa prioritete in trajno vodenje za kakovost in varnost pacientov na vseh ravneh (JCI, 2013).

Za vsako zdravstveno organizacijo je svojevrsten izziv najti način, kako osnovna načela standardov predstaviti vsem zaposlenim. V Splošni bolnišnici Slovenj Gradec (SB SG) je prišlo do odločitve, da se bo začelo s pridobivanjem akreditacije po standardu Joint Commission International (JCI). JCI standardi so razviti posebej za bolnišnice, so

usmerjeni k največji koristi za pacienta, ter temeljijo na kulturi zaupanja in nenehnega izboljševanja. Filozofija, ki je v ozadju standardov JCI, temelji na načelih kakovostnega upravljanja in stalnega izboljševanja kakovosti.

V nadaljevanju sta predstavljena dva primera dobre prakse, kako smo se v naši zdravstveni organizaciji lotili predstavljanja standardov in temeljnih znanj.

1 BROŠURA STANDARDI ZA AKREDITACIJO BOLNIŠNIC JOINT COMMISSION INTERNATIONAL

Glede na obsežnost standarda in zahtevnost njegovih vsebin so člani Komisije za kakovost in varnost (KKV) v SB SG iskali način kako zaposlene seznanili z osnovani standarda in procesa akreditacije.

V SB SG so se v ta namen člani KKV odločili izdelati informativno brošuro, katere namen je bil zaposlene seznaniti s pomenom akreditacije v zdravstvenem zavodu, procesom pridobitve akreditacije, ter s kratko predstavitev najpomembnejših točk standardov, z namenom, da akreditacija ni končni cilj ustanove, ampak samo temelj za nadaljnjo širitev in izboljševanje koncepta varnosti in kakovosti.

Izdelavo brošure je koordinirala predsednica Komisije za kakovost Branka Verdnik Golob, dr. med. in varnost Branka Verdnik Golob, dr. med. Vsi člani KKV (Katarina Rednak Paradiž, dr. med, Bojana Zemljič, dipl. m. s., Katjuša Mravljak, dipl. m. s., Ivan Tandler, mag. z. n., Mojca Knez, dipl. san. inž., Alenka Jezernik, univ. dipl. prav., Betka Jelenko, poslovni sekretar) so si razdelili teme standarda JCI in pripravili prispevke. Nastala je brošura, ki vsebuje 48 strani besedila.

Vsebina brošure se je razdelila na:

- Uvod;
- Kaj je akreditacija ali presoja zdravstvenih zavodov;
- Predstavitev JCI;
- Način pridobitve akreditacije JCI;
- Pristop k akreditaciji JCI v SB SG;
- Standardi za potrebe pacientov (Mednarodni cilji varnosti pacientov, Ravnanje z zdravili in njihova uporaba, Dostopnost do oskrbe in njena stalnost, Pravice pacientov in njihovih družin, Izobraževanje pacientov in njihovih družin, Ocena pacienta, Oskrba pacienta, Anestezija in kirurška oskrba);
- Standardi upravljanja bolnišnic (izboljševanje kakovosti in varnosti pacientov, Preprečevanje in obvladovanje okužb, Upravljanje, vodenje in usmerjanje, Upravljanje objekta in varnost, Kvalificiranost osebja in izobraževanje, Upravljanje z informacijami);
- Priprave na akreditacijo;
- Zaključek.

Slike 1 do 5 prikazujejo posamezne izrezke iz omenjene brošure.



Slika 1: Izrezek iz brošure Akreditacija za bolnišnice skupne komisije, naslovna stran, SB SG



Slika 2: Izrezek iz brošure Akreditacija za bolnišnice skupne komisije, stran 4-5, SB SG



3. IZBOLJŠATI VARNOST ZDRAVIL Z VISOKIM TVEGANJEM

Bolnišnica oblikuje pristop za izboljšanje varnosti zdravil z visokim tveganjem.

Ko so zdravila del načrta zdravljenja, je ustrezno ravnanje z njimi ključno za zagotavljanje pacientove varnosti. Zdravila z visokim tveganjem so tista zdravila, ki so povezana z visokim odstotkom napak in/ali opozorilnih nevarnih dogodkov, zdravila z večjim tveganjem za neugodne izide, kot tudi po videzu ali imenu podobna zdravila. Pogosto omenjeno vprašanje varnosti dajanja zdravil je nenamerno dajanje koncentriranih elektrolitov (npr. kalijev klorid [enak ali večji od 2 mEq/ml, koncentriran], kalijev fosfat [enak ali večji od 3 mmol/ml], natrijev klorid [večji od 0,9 %, koncentriran] in magnezijev sulfat [enak ali večji od 50 %, koncentriran]). Napake se lahko zgodijo, kadar osebe ni dovolj seznanjeno z enoto za oskrbo pacientov, če slednjo izvajajo pogodbeni medicinski sestre brez ustreznih navodil ali med nujno pomočjo. Najbolji učinkovit način za zmanjševanje ali odpravljanje teh pojavov je razvoj procesa za upravljanje zdravil z visokim tveganjem, ki vključuje odstranitev koncentriranih elektrolitov iz enote oskrbe pacientov v lekarno.

Bolnišnica v medsebojnem sodelovanju z zaposlenimi razvija politiko/postopek za določanje seznama zdravil z visokim tveganjem v bolnišnici. Določa območja, kjer so ta zdravila, na osnovi dokazov in strokovnih praks, klinično nujna, na primer oddelke nujne pomoči ali operacijska dvorana. Določa jasno označevanje in shranjevanje v teh območjih na način, ki omejuje dostop, da se prepreči nenamerno dajanje.



4. ZAGOTOVITI PRAVI KIRURŠKI POSEG, NA PRAVEM MESTU ALI NA PRAVI STRANI, NA PRAVEM PACIENTU

Bolnišnica razvija pristop za zagotavljanje pravega kirurškega posega na pravem mestu ali strani in na pravem pacientu.

Napačen kirurški poseg, na napačni strani ali napačnem mestu, na napačnem pacientu je v bolnišnicah zaskrbljujoče pogost pojav. Te napake so posledica neučinkovite ali neustrezne komunikacije med člani kirurškega tima, pomanjkanja pacientove udeležbe pri označevanju mesta in postopkov za preverjanje operativnega mesta. Pogosti dejavniki, ki k temu prispevajo, so tudi neustrezen pregled pacienta, neustrezen pregled zdravstvene kartoteke, vzdušje, ki ne podpira odprte komunikacije med člani kirurškega tima, težave, povezane z nečitljivo pisavo, in uporaba kratic.

Bolnišnice morajo v medsebojnem sodelovanju razvijati politiko/postopek, ki učinkovito odpravlja ta problem. Politika vključuje opredelitev kirurških postopkov, ki združuje vsaj tiste postopke, ki preiskujejo/zdravijo bolni in motnje človeškega telesa z rezanjem, odstranjevanjem, spreminjanjem ali vstavljanjem diagnostičnih/terapevtskih pripomočkov za slikanje. Politika se uporablja

po vsod v bolnišnici, kjer se ti posegi izvajajo. Prakse, temelječe na dokazih, so opisane v Splošnem protokolu za preprečevanje napačnega kirurškega posega, na napačni strani ali napačnem mestu, na napačnem pacientu Skupne komisije, Joint Commission ZDA (US Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery™).



Slika 3: Izrezek iz brošure Akreditacija za bolnišnice skupne komisije, stran 10-11, SB SG



OSKRBA PACIENTOV (OSP) (Care of Patients – COP)

Zdravljenje pacientov je naša glavna naloga. Pripravljenost za najboljšo oskrbo na enem mestu, ki poskrbi za pacientovo zdravje, varuje njegove individualne potrebe in mu ustreže, zahteva veliko mero načrtovanja in koordiniranja. Določene aktivnosti so za oskrbo pacienta osnovnega pomena.

ZA VSA PODROČJA OSKRBE PACIENTA VELJA:

- ▶ planiranje in izvedba oskrbe vsakega pacienta,
- ▶ nadzor pacienta, da razume namen in rezultate oskrbe,
- ▶ spremembe oskrbe po pacientovi potrebi,
- ▶ zaključek oskrbe,
- ▶ načrtovanje po zaključku oskrbe.

Oskrba pacienta v bolnišnici je večdisciplinarna, srečujemo se z različnimi poklici, ki pacienta obravnavajo in oskrbujejo na različnih strokovnih in organizacijskih nivojih. Vsem je skupno, da naj bi planirano in koordinirano izpolnili vse potrebne aktivnosti pri zagotavljanju celovite oskrbe pacienta.

Vsako strokovno področje ima svojo posebno vlogo.

Zagotavljanje oskrbe pacienta temelji na: znanstvenih dokazih, zanesljivosti/izračunih, preverjanju, certificiranju, zakonih in pravilnikih, individualnih posebnih sposobnostih, znanju in izkušnjah, smeri vodenja in opisa delovnega mesta vsakega strokovnega delavca v bolnišnici. Delno se lahko pacient oskrbi sam, preko svojih sorodnikov ali splošnega poznavanja področja zdravstva.

Standardi za oceno pacientovih potreb po oskrbi nam pomagajo, da z načrtovanjem oskrbovalnih storitev dosežemo najboljše možne rezultate: na podlagi izvedenih ocen potreb gradimo podlago za izdelavo individualnega oskrbovalnega plana za vsakega pacienta. Oskrba lahko vsebuje preventivno, paliativno, kurativno ali rehabilitacijsko naravnano oskrbo in anestezijske, invazivne zdravilne, zaščitne oblike terapij ali kombinacije teh aktivnosti. Za oskrbni plan ni nujno, da sam po sebi da optimalne rezultate oskrbe. Ponudba storitev pri oskrbi pacienta mora biti prilagodljiva in integrirana, zajeti

mora vse, ki so koordinirano udeleženi pri oskrbovalnem procesu.

POUDAREK TE SKUPINE STANDARDOV JE V KLJUČNIH BESEDAH:

Ureditev enakovredne oskrbe za vse paciente skozi procese, zakone in pravilnike, integracija in koordinacija oskrbe vsakega pacienta, planiranje in doku mentiranje oskrbe, dokumentacija v obliki merljivih ciljev, urejena dokumentacija o zgodovini pacienta, zapisi izvedenih postopkov in opombe pregledov preko oskrbnega zdravnik na enem mestu, informiranje pacienta/sorodnikov o rezultatih oskrbe, vključno z nepričakovanimi rezultati.

OSKRBA RIZIČNIH PACIENTOV IN PRENAŠANJE VISOKO RIZIČNIH UKREPOV
Izvajanje visoko rizičnih ukrepov zajema: oskrbo nujnih primerov, izvedbo postopkov oživljanja, uporabo krvi in krvnih proizvodov, oskrbo s kemoterapijo. Ureditev oskrbe rizičnih pacientov zajema oskrbo imunsko oslabljenih pacientov, dializnih pacientov, gibalno omejenih pacientov, ostarelih, otrok, oseb z motnjami v duševnem

razvoju, skupine pacientov s povečanim tveganjem zaradi kemoterapije ali ostalih zdravil, katerih uporaba je povezana z visokim tveganjem.

PREHRANA IN PREHRANSKA TERAPIJA
Izbora jedi ustreza prehranskemu statusu in oskrbi pacienta, varna priprava, uporaba, skladičenje in razdeljevanje hrane ustreza zakonom/pravilnikom in prej znanim aktualnim postopkom, paciente s prehranskim tveganjem se prepoznava in se zanje izvaja prehranska terapija.

OSKRBA BOLEČIN IN OSKRBA OB UMIRANJU

V vseh stopnjah zdravstvene obravnave pacienta se izvaja koordinirana in učinkovita protibolečinska terapija. Poskrbljeno je za posebno oskrbo ob koncu življenja, ob umiranju se upoštevajo individualne potrebe pacienta in potrebe sorodnikov, optimira se dobro počutje in dostojanstvo umirajočega.

V vseh stopnjah večdisciplinarne oskrbe se izvaja ocena kakovosti oskrbe tako na nivoju ocene pacienta in v sodelovanju z njegovimi sorodniki kot tudi na nivoju sodelavcev.



Slika 4: Izrezek iz brošure Akreditacija za bolnišnice skupne komisije, stran 24-25, SB SG



II. STANDARDI UPRAVLJANJA BOLNIŠNIC

IZBOLJŠEVANJE KAKOVOSTI IN VARNOSTI PACIENTOV (IKVP) (Quality Improvement and Patient Safety – QPS)

Sestavni del splošnega izboljšanja kakovosti je nenehno zmanjševanje tveganja za paciente in osebje. Tovrstno tveganje se lahko pojavlja tako v kliničnih procesih kot tudi v fizičnem okolju.

IZBOLJŠANJE KAKOVOSTI IN VARNOSTI PACIENTOV VKLJUČUJE:

- ▶ vodenje in načrtovanje programa za izboljšanje kakovosti in varnosti pacientov,
- ▶ dobro zasnovano kliničnih postopkov in načina vodenja,
- ▶ merjenje uspešnosti postopkov s pomočjo zbiranja podatkov,
- ▶ analiziranje podatkov,
- ▶ izvajanje in ohranitev sprememb, ki so prinesle izboljšanje.

ZNAČILNOSTI PROGRAMOV ZA IZBOLJŠANJE KAKOVOSTI IN VARNOSTI PACIENTOV SO, DA:

- ▶ zanje skrbi vodstvo bolnišnice;
- ▶ skušajo spremeniti kulturo v bolnišnici;

- ▶ aktivno prepoznavajo in zmanjšujejo tveganja in odstopanja;
- ▶ uporabljajo podatke za postavljanje prednostnih nalog;
- ▶ skušajo dosegati trajnostno izboljšanje.

Kakovost in varnost sta sestavna dela vsakdanjega dela posameznih zdravstvenih delavcev in drugega osebja. Ko zdravniki in medicinske sestre ocenjujejo pacientove potrebe in zagotavljajo oskrbo, jim lahko to poglavje pomaga razumeti, kako doseči resnične izboljšave, ki bodo pomagale pacientom in zmanjšale tveganje. Tudi vodstvo, pomožno osebje in drugi uporabljajo standarde v vsakdanjem delu, da lažje razumejo, kaj lahko storijo, da bodo postopki učinkovitejši, da se bodo sredstva uporabljala bolj smotro in da se bo zmanjšalo fizično tveganje.

Stalno načrtovanje, projektniranje, merjenje, analiziranje in izboljševanje kliničnih in vod-

stvenih procesov je treba dobro organizirati – to pa zahteva dosledno vodstvo, ki je sposobno doseči najboljše rezultate. Ta pristop upošteva dejstvo, da je v večini postopkov klinične oskrbe vključen več kot en oddelk/enota in združuje različne posamezne poklice, večina vprašanj klinične in vodstvene kakovosti je medsebojno povezana. Zato mora prizadevanja za izboljšanje teh procesov usmerjati splošni okvir upravljanja kakovosti in izboljšanja dejavnosti v bolnišnici, ki ga nadzira skupina ali odbor za nadzor izboljšanja kakovosti in varnosti pacientov.

Pomemben je celoten razpon kliničnih in vodstvenih dejavnosti zdravstvene ustanove, vključno z okvirom za izboljšanje teh dejavnosti in zmanjševanje tveganja, pove-

zanega z odstopanjem od vzpostavljenih postopkov. Vključuje tudi tradicionalne programe meritev, na primer tiste, ki se nanašajo na nepričakovane dogodke (upravljanje tveganja) in uporabo razpoložljivih virov (upravljanje racionalne rabe).

ČEZ ČAS BODO BOLNIŠNICE, KI SLEDIJO TEMU OKVIRU:

- ▶ okrepile podporo vodstva za izvajanja programa v celotni bolnišnici;
- ▶ izobraževale in vključevale več osebja;
- ▶ postavile jasnejše prioritete predmeta meritev;
- ▶ utemeljile svoje odločitve na podlagi meritev;
- ▶ naredile izboljšave na podlagi primerjave z drugimi bolnišnicami doma in po svetu.



Slika 5: Izrezek iz brošure Akreditacija za bolnišnice skupne komisije, stran 28-29, SB SG

2 TEMELJNA ZNANJA ZAPOSLENIH S PODROČJA STANDARDOV ZA BOLNIŠNICE JOINT COMMISSION INTERNATIONAL

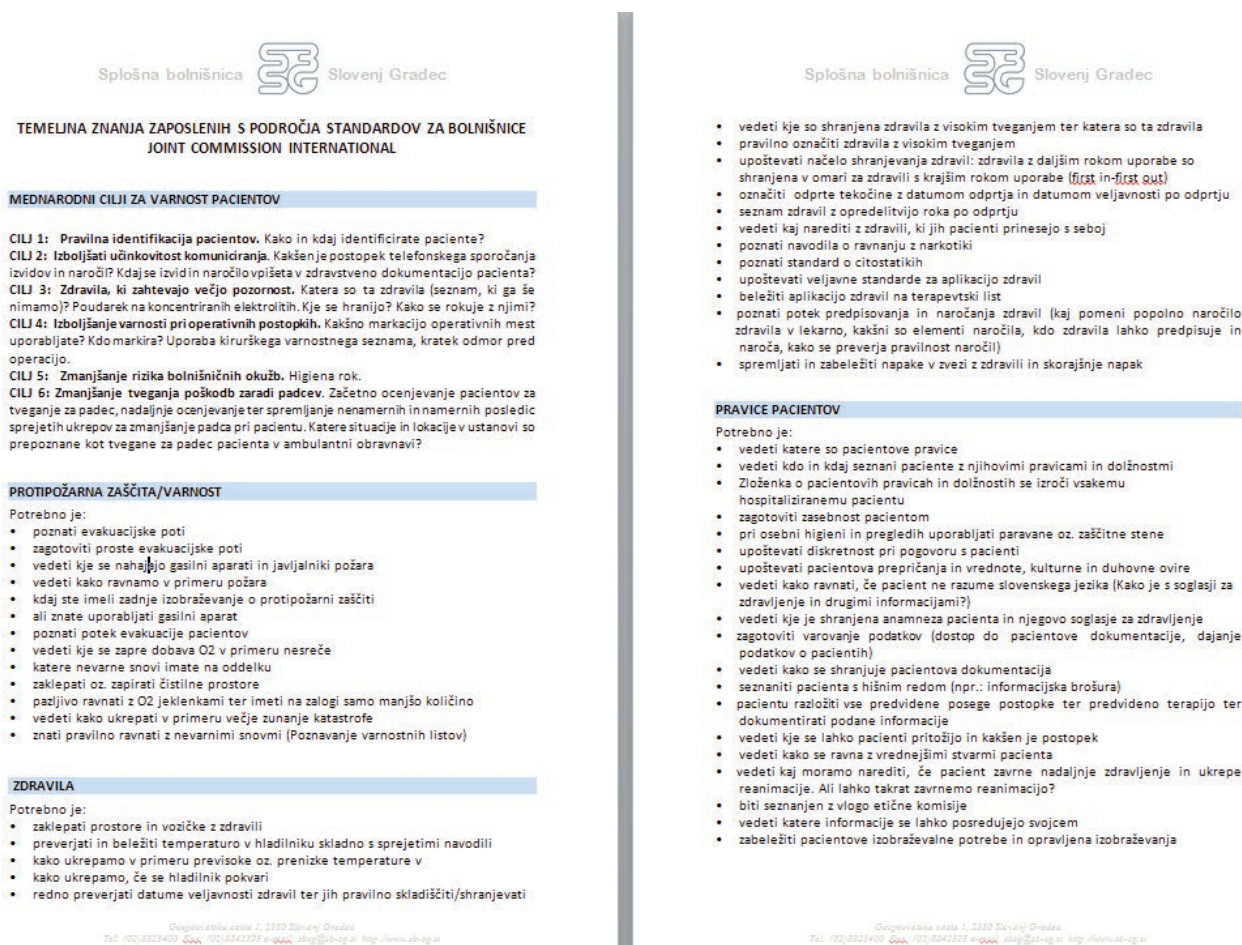
Med procesom priprave dokumentacije za zagotavljanje standarda kakovosti se je pojavila zahteva, kako zaposlene seznaniti z ogromno vsebino dokumentacije, ki jo narekujejo standardi. Sestavljen je bil dokument, ki je razdeljen v 18 sklopov. Kot prime dobre prakse lahko navedemo, da je bila osnova dokumenta povzeta po dokumentu, ki smo si ga pridobili iz mednarodno akreditirane zdravstvene ustanove. Dokument se je prevedel, vendar v takšni obliki ni bil primeren za uporabo v slovenskem okolju. Potrebno ga je bilo posodobiti in prilagoditi našim kulturnim, organizacijskim normam in spremembam standarda. Osnova dokumenta je bila izdelana v SB SG. Dokončna vsebina dokumenta pa se je dopolnila s sodelovanjem Onkološkega inštituta. Vsaka od teh ustanov pa je v dokument vnesla še nekaj svojih specifičnih zahtev.

Sklopi dokumenta so naslednji:

- Mednarodni cilji varnosti pacientov;
- Protipožarna zaščita/Varnost;
- Zdravila;
- Pravice pacientov;
- Bolečina;
- Izredne situacije (reanimacija);

- Higiena;
- Informiranje, razlaga in izobraževanje pacienta;
- Sprejem;
- Odpust, Premestitev;
- Zdravstvena dokumentacija;
- Sodelovanje med enotami in oddelki;
- Ravnanje z odpadki;
- Zaščita pacienta;
- Zdravstvena in babiška nega;
- Laboratorij in ravnanje s krvnimi pripravki;
- Radioterapija, Radiologija in diagnostično slikanje, Nuklearna medicina;
- Tim/Enota/Oddelek;
- Kaj mora biti na oddelku.

Vsebina dokumenta je sestavljena iz najpomembnejših vprašanj in opornih točk in vodi zaposlene skozi vse standarde, ki so pomembni za delo na oddelku in ambulantah. Hkrati pa omogoča, da se zaposleni pripravijo na notranje in zunanje presoje. Sliki 6 in 7 predstavljata izrezke iz dokumenta Temeljna znanja zaposlenih s področja standardov za bolnišnice Joint Commission International.



Slika 6: Izrezek iz dokumenta Temeljna znanja zaposlenih s področja standardov bolnišnice Joint Commission international, stran 1-2, SB SG

BOLEČINA

Potrebno je:

- poznati protokol obravnave bolečine
- natančno beležiti stopnjo bolečine pri vsakemu pacientu v zdravstveno dokumentacijo (tudi če pacient nima bolečine je to potrebno zabeležiti)
- dokumenti spremljanje učinkovitosti protibolečinske terapije
- dosledno upoštevanje navodil o spremljanju bolečine pri pacientih

IZREDNE SITUACIJE (REANIMACIJA)

Potrebno je:

- poznati protokol/algoritem ukrepanja ob reanimaciji
- vedeti kam se v primeru reanimacije pokliče. Na katero telefonsko številko? Kaj se stori ponočij?
- vedeti kako hitro pride ekipa za reanimacijo, ki nudi dodatne postopke oživljanja – po standardih v manj kot 5 minutah!
- vedeti kje na oddelku oz. enoti je shranjen defibrilator in voziček za reanimacijo
- vedeti kdo pregleduje reanimacijski voziček, kdo ga dopolnjuje in kje je zapisan seznam vsebine
- vedeti kdaj ste opravili zadnji tečaj reanimacije

HIGIENA

Potrebno je:

- poznati in dosledno upoštevati standarde bolnišnične higiene in biti osredotočen na higieno rok, filter obleke, osebno higieno, delo s sterilnimi materiali, pripravo infuzijskih tekočin, vstavitve in oskrbo venske kanile, katetrizacija,...
- poznati pravila za ohranjanje sterilnosti
- definirati čiste in nečiste prostore
- zdravila in infuzijske spojine vedno pripravljati v čistih območjih oddelka oz. enote
- zagotoviti, da se na tla ne odlaga ničesar
- v hladilniku, ki je namenjen za zdravila imejte shranjena samo zdravila (ne shranjujete hrane)
- zagotoviti čiste površine, opremo in naprave (brez prahu)
- zapirati delovne prostore
- vse ostre predmete odstraniti v »rumen zabojnik«
- poznati pravilno ravnanje s perilom (čista in nečista pot)
- poznati pravilno ravnanje z infekcijskim perilom
- upoštevati pravila izolacije

INFORMIRANJE, RAZLAGA IN IZOBRAŽEVANJE PACIENTA

Potrebno je:

- pacientom predstaviti vsa potrebna soglasja in jih seznaniti z vsebino (upoštevati protokol uporabe soglasij)

Državna agencija Republike Slovenije
 Splošna bolnišnica Slovenj Gradec
 Tel: (05) 8224401, fax: (05) 8943293 e-pošta: sbg@sb-sg.si http://www.sb-sg.si

- zagotoviti, da so vsa soglasja natančno izpolnjena in podpisana (pacient in zdravnik)
- vsa soglasja shraniti v zdravstveno dokumentacijo
- vedeti kako informiramo in pridobimo soglasje od pacienta, ki ne razume našega jezika (npr. prevajalci)
- predstaviti alternativne možnosti za preiskave pacientu
- zabeležiti dnevne vizite v zdravstveni dokumentaciji
- zabeležiti pogovor s svojci v zdravstveno dokumentacijo
- Vsi pacienti morajo prejeti informacijske brošure
- informirati pacienta o uporabi zdravil, potencialnih stranskih učinkih, kontraindikacijah zdravil in hrano, o uporabi medicinskih pripomočkov, primerni dieti in prehrani, o obvladovanju bolečine ter tehnikah rehabilitacije
- vedeti kako zagotoviti, da diabetiki ne bodo prejemali za pitje sladkanih pijač
- vedeti kako informiramo in pridobimo soglasje od pacienta, ki ne razume našega jezika (npr. prevajalci)
- dokumentirati potrebe pacienta po izobraževanju na terapevtski oz. negovalni listi vedeti, ter zapisati plan izobraževanja
- vedeti kako lahko pacient pridobi drugo mnenje
- vedeti kako se lahko pacient informira o čakalnih dobah

SPREJEM

Potrebno je:

- upoštevati navodila in smernice ob sprejemu pacienta (fizični pregled, prehranski status, vitalne funkcije...) glede na opredeljeno specialnost
- vedeti kako obvestiti pacienta, kadar pride do zamud pri oskrbi in/ali zdravljenju. Kam se to zabeleži?
- vedeti katere informacije pacient prejme ob sprejemu (predlagana zdravstvena oskrba, pričakovani izidi, pričakovani stroški oskrbe za osebe, ki niso zavarovane, kdo je pacientov zdravnik, medicinska sestra...)
- zabeležiti čas prihoda pacienta ob sprejemu na oddelku na TTL
- vedeti kako in kdaj se naredi, ter dokumentira načrt zdravstvene oskrbe
- vsakega pacienta vprašati o prisotnosti bolečine in to dokumentirati
- dokumentirati opažanja o pacientu
- zapisati plan izobraževanja pacienta
- poznati protokol ukrepanja, če ni dovolj prostih postelj na oddelku
- poznati oskrbo umirajočih pacientov
- prepoznati zgodnje znake poslabšanja pacientovega stanja

ODPUST, PREMESTITEV

Potrebno je:

- vedeti ali pacient ob odpustu/premestitvi pridobi odpustno pismo
- vedeti katere informacije pacient prejme pri odpustu
- vedeti kako je zagotovljena nadaljnja oskrba pacienta
- vedeti kako se paciente in njihove svojce pripravi in obvesti o odpustu oz. premestitvi

Državna agencija Republike Slovenije
 Splošna bolnišnica Slovenj Gradec
 Tel: (05) 8224401, fax: (05) 8943293 e-pošta: sbg@sb-sg.si http://www.sb-sg.si

Slika 7: Izrezek iz dokumenta Temeljna znanja zaposlenih s področja standardov bolnišnice Joint Commission international, stran 5-6, SB SG

Predstavljena dokumenta sta predstavila velik napredek k informiranju zaposlenih v SB SG. Zaposleni so navajali, da ne poznajo in ne razumejo osnov standardov, zato je bil namen KKV, da jim standarde na kratko predstavi v obliki, ki je bolj domača in jo lahko zaposleni primejo v roke. Z izdelano brošuro so pridobili vpogled v strukturo standardov. Hkrati pa jim je to dodatno znanje omogočilo, da lažje sprejemajo standarde v svoje delovno okolje, saj bolje razumejo njihov pomen.

Ob uvajanju standardov se je pokazala potreba po bolj strnjeni obliki vsebine standardov, kjer lahko zaposleni dobijo odgovore na najpomembnejša vprašanja. Zato je bila ključnega pomena izdaja dokumenta Temeljna znanja zaposlenih s področja standardov za bolnišnice Joint Commission International. Izkazalo se je da je lahko dokument v veliko pomoč vsem zaposlenim. Zelo pomemben pa je bil njegov razvoj, saj je nastajal v sodelovanju dveh različnih zdravstvenih zavodov.

LITERATURA

Joint Commission International. Joint commission international accreditation standards for hospitals. A division of Joint Commission Resources, Inc. 2010, 1-10.

SPREMLJANJE UČINKOVITOSTI PROCESA

Barbara Benedik, Saša Kadivec, Danica Šprajcar

IZVLEČEK

Številne aktivnosti, ki jih v bolnišnici izvajajo različni strokovnjaki, so med seboj povezani v procese. Učinkovitost procesov je potrebno nadzirati tudi z izvajanjem notranjih presoj. Za ustrezno in vsebinsko izvedbo mora biti ustrezno sestavljena ekipa presojevalcev, ki proces lahko oceni celovito in iz vidikov vseh izvajalcev posameznih aktivnosti. Izvedbi presoje mora slediti določanje ustreznih ukrepov, njihova realizacija in ponovno preverjanje učinkovitosti izvedenih ukrepov in celotnega procesa.

Ključne besede: proces, aktivnost, notranja presoja, učinkovitost

1 UVOD

Da bi organizacija delovala uspešno, mora opredeliti in voditi številne povezane aktivnosti. Aktivnosti ali skupek aktivnosti, ki uporabljajo vire in ki se vodijo z namenom, da omogočijo spremembo vhodov v izhode, se lahko obravnava kot proces. Izhod enega procesa pogosto tvori vhod v drug proces.

Primer tako povezanih aktivnosti, ki se v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Kliniki Golnik) izvajajo v različnih organizacijskih enotah, so aktivnosti v procesu nabave. Uspešnost in učinkovitost nabave zdravil in medicinsko potrošnega materiala pomembno vpliva na kakovost in varnost zdravstvene oskrbe pri zdravljenju z zdravili.

Z notranjimi presojami pogosto preverjamo ustreznost in učinkovitost delovanja procesa nabave z vidika ustrezne preskrbe z zdravili in medicinsko potrošnim materialom.

2 PROCES NABAVE IN POVEZAVA S PROCESOM ZDRAVSTVENE OSKRBE

Z izvajanjem aktivnosti nabave v bolnišnici med drugim zagotavljamo kakovostna zdravila in medicinsko potrošni material. Pri izvajanju je potrebno upoštevati zahteve zakonodaje za nabavo v javnem sektorju. V izvajanje procesa so aktivno vključeni farmacevti, osebje zdravstvene nege in sodelavci podpornih služb.

Pomembno vlogo v procesu zdravstvene oskrbe imajo tudi zdravila in medicinski pripomočki. Ključne aktivnosti v tem procesu izvajajo zdravniki, farmacevti in medicinske sestre. Zato morajo za zagotavljanje kakovostne in varne obravnave bolnika upoštevati določila stroke, zakonodaje in interna določila posamezne zdravstvene organizacije.

V Kliniki Golnik kupujemo zdravila in medicinsko potrošni material preko javnih razpisov. Za pripravo razpisa, pa tudi kasnejša testiranja in izbor proizvodov in dobaviteljev je pomembna ustrezna priprava strokovnih zahtev za proizvode. Pri pripravi morajo sodelovati strokovni delavci – kasnejši uporabniki teh proizvodov. Pomembno je tudi njihovo sodelovanje pri testiranju prejetih vzorcev.

Končni dobavitelji so predvsem izbrani veletrgovci. Prezem zdravil in transport na bolniške oddelke vršijo v lekarni. Zdravila so shranjena na posameznih bolniških oddelkih in v lekarni. Skrb za zdravila na bolniških oddelkih prevzamejo medicinske sestre. Odgovorne so za vzdrževanje ustreznih zalog zdravil, njihovo pravilno hranjenje in dajanjem bolnikom. Uporabo zdravil za vsakega bolnika predpisujejo zdravniki v sodelovanju s kliničnimi farmacevti.

Zaloge zdravil in medicinsko potrošnega materiala so v Kliniki Golnik shranjene v lekarni in na bolniških oddelkih. Pomembno je pravočasno in optimalno naročanje proizvodov, ker to vpliva na kakovost obravnave bolnikov in finančno učinkovitost procesa.

Vsakodnevno izvajanje logističnih aktivnosti vpliva na obremenitev sodelavcev, ki sodelujejo v procesu. Na učinkovitost logističnega dela procesa lahko pomembno vplivamo z različnimi časovnimi omejitvami v procesu kot so: termini posredovanja naročil iz bolniških oddelkov v lekarno, termini posredovanja naročil iz lekarne do dobaviteljev, roki in termini za dostavo naročenih proizvodov in podobno. Pomembno je tudi izvajanje količinskega in kakovostnega prevzema naročenih izdelkov ter ažurno evidentiranje porabe. Sodobni tehnološki pripomočki lahko razbremenijo osebje pri izvajanju teh aktivnosti.

3 SPREMLJANJE USPEŠNOSTI IN UČINKOVITOSTI PROCESA

Zaradi kompleksnosti nabavnega procesa in njegove povezanosti s procesom zdravstvene oskrbe ga pogosto spremljamo z notranjimi presojami. Z notranjimi presojami smo preverili tudi ustreznost hranjenja zdravil na bolniških oddelkih, posebno pozornost smo posvetili ravnanju z narkotiki.

Na osnovi ugotovitev notranje presoje, smo si postavili različna vprašanja:

- ali je potrebno, da se izdaja naročenega materiala iz zalog v lekarni izvaja vsakodnevno,
- zakaj se prejem zdravil in medicinsko potrošnega materiala v lekarno pogosto dogaja istočasno kot izdaja na bolniške oddelke in kakšne napake se ob tem dogajajo,
- kako lahko zagotovimo stalno spremljanje zalog na bolniških oddelkih,
- kako nam lahko sodobna tehnologija pomaga pri spremljanju procesa nabave zdravil in medicinsko potrošnega materiala,
- kaj potrebuje medicinska sestra za ustrezno spremljanje zalog zdravil – posebej narkotikov – na bolniškem oddelku.

Kot odgovor smo uvedli številne novosti pri sprejemu zdravil, njihovi izdaji na bolniške oddelke in naročanju zdravil iz oddelkov v lekarno:

- dobaviteljem smo določili ure, v katerih lekarna vrši prevzem
- uvedli smo uporabo optičnih čitalcev pri prejemu in izdaji v lekarni in pri beleženju porabe na vseh bolniških oddelkih,
- določili smo časovni okvir za naročanje zdravil in medicinsko potrošnega materiala iz bolniških oddelkov v lekarno
- farmacevti so določili jasnejša pravila za spremljanje zalog narkotikov na bolniških oddelkih
- strokovne zahteve za medicinsko potrošni material stalno dopolnjujemo in izboljšujemo

Ključno pa je spremljanje realizacije ukrepov, določenih na osnovi ugotovitev notranjih presoj ter ugotavljanje njihove učinkovitosti za celoten proces nabave.

To dokazujeta tudi primera notranje presoje v nabavi in ravnanja z zdravili na bolniških oddelkih. Rezultati realiziranih korektivnih ukrepov, ki smo jih določili po sklopu presoja, dokazujejo, da smo s pomočjo notranjih presoj izboljšali učinkovitost v procesu nabave in ravnanja z zdravili.

Pravilno ravnanje z zdravili in medicinsko potrošnim materialom v celotnem procesu je v prvi vrsti pomembno, ker zagotavlja kakovostno in varno zdravstveno oskrbo. Pomembno pa vpliva tudi na zmanjševanje različnih stroškov.

3.1 Izboljšave pri izboru proizvodov

S pomočjo notranjih presoj smo izboljšali učinkovitost procesa določanja strokovnih zahtev za medicinsko potrošni material in testiranja vzorcev iz javnih razpisov. Z notranjo presojo smo ugotovili, da proces dela, ki smo ga izvajali ni ustrezen in ne daje želenih rezultatov. Vzorce za testiranje, ki so jih poslali dobavitelji smo dobili iz skladišča nabave na bolniške oddelke. Vsi sklopi vzorcev za testiranje so bili pomešani, brez seznamov vzorcev in dobaviteljev in na vse bolniške oddelke smo dobili iste vzorce za testiranje. Mnenj o testiranem vzorcu je bilo veliko (vsi bolniški oddelki) in mnenja različna (ustrezno/neustrezno). Na koncu smo se težko odločili, kateri vzorec je ustrezen. V posameznih primerih se je kasneje, ko so bili materiali potrjeni in smo jih imeli že v uporabi, izkazalo, da so neustrezni. Proces dela smo izboljšali, tako da se ob sprejemu vzorcev za testiranje s strani dobaviteljev popišejo vsi vzorci, naredijo se sezname in izdelajo obrazci za mnenja o testiranju vzorcev. Vzorca materiala se razdelijo za testiranje na bolniške oddelke po posameznih sklopih (tisti, ki so napisali strokovne zahteve za določene artikle, jih tudi testirajo ter upoštevajo patologije oddelkov). Iste vzorce testiramo na dveh, največ na treh oddelkih. Mnenja vzorcev se vpišejo v računalniški sistem v bolnišnici, ki je dostopen vsem zaposlenim. Z uvedbo sprememb

procesa smo dosegli kakovostnejšo izbiro materiala, zadovoljstvo zaposlenih in dober pregled testiranih vzorcev v računalniškem sistemu.

3.2 Izboljšave pri spremljanju zalog

Eden od rezultatov učinkovitejšega določanja strokovnih zahtev je lahko tudi optimalen nabor razpoložljivih proizvodov. Dober primer so plenice, kjer smo ugotovili, da imamo na osnovi prvotno postavljenih strokovnih zahtev na razpolago veliko artiklov za isto velikost plenice. Medicinske sestre, zadolžene na bolniških oddelkih za naročanje, so naročale različne artikle plenic brez jasnih argumentov, uporabniki pa so se odločali za namestitev plenice pri pacientu le na podlagi velikosti. Ugotovili smo, da ni smiselno imeti na zalogi tolikšno število artiklov plenic iste velikosti. Zato smo ob novem javnem razpisu postavili strokovne zahteve, ki so odražale naše potrebe. Prednosti naše odločitve so lažje naročanje, zmanjšanje zalog in racionalna poraba.

Ena od notranjih presoj na bolniških oddelkih je pokazala, da postopek spremljanja zalog zdravil – narkotikov ne zagotavlja ustreznega spremljanja porabe. Izkazalo se je, da peroralna raztopina morfina ni bila ustrezno evidentirana in da je z načinom odvzema raztopine prevelik odmerek odpadka zdravila. Z analizo stanja in vzrokov smo pridobili podatke, na osnovi katerih so v pripravi nova navodila za ravnanje s prepovedanimi drogami na bolnišničnih oddelkih. Pri pripravi sodelujejo farmacevti in medicinske sestre. Farmacevti so izmerili izgubo raztopine, ki jo ustvarimo s sedanjim načinom odvzema raztopine iz stekleničke in predlagali nov način, ki so ga testirali in predstavlja sprejemljivo izgubo morfinskega zdravila. Z novimi navodili in načinom dela pričakujemo učinkovito evidentiranje porabe tovrstnih zdravil, preglednejšo evidenco porabljenega zdravila in zagotavljanje pravočasnega naročanja.

4 STALNO IZBOLJŠEVANJE

S stalnim spremljanjem procesa nabave in njegovega vpliva na proces zdravstvene oskrbe želimo predvsem zagotavljati kakovostno in varno zdravstveno oskrbo pacientov, osebju pa omogočiti, da se ukvarja s strokovnimi aktivnostmi, ki predstavljajo dodano vrednost v procesu zdravstvene oskrbe.

Notranje presoje, s katerimi preverjamo učinkovitost dogovorjenih ukrepov v dnevni praksi, nam vedno ponudijo tudi predloge za nove izboljšave. Tako se trenutno ukvarjamo z različnimi novimi možnostmi za izboljšave:

- avtomatsko kreiranje naročil iz bolniških oddelkov v lekarno na osnovi minimalnih zalog,
- optimiziranje prevzema zdravil na bolniških oddelkih,
- dobavitelj embalira naročene artikle glede na naročilo posameznega bolniškega oddelka,
- bolj pregledna hramba zdravil in medicinsko potrošnega materiala na bolniških

- oddelkih,
- Voditi je treba aktualne in točne evidence sprejema in odstranitve vseh nadzorovanih zdravil.

5 ZAKLJUČEK

Za lažje poslovanje je spremljanje realizacije ukrepov, določenih za ureditev problemov, ugotovljenih pri notranji presoji zelo pomembno. Pomembni so sestanki, na katerih sodelujejo vsi profili zdravstvenih delavcev, vključenih v pregledovane aktivnosti. Z ustreznim izvajanjem korektivnih in preventivnih ukrepov zagotavljamo izboljševanje dela na področju ravnanja z zdravili.

Opisane aktivnosti so posledica ugotovitev notranjih presoj, ki smo jih izvajali predvsem v letih 2012, 2013 in 2014. Praktične izkušnje pri izvajanju nam kažejo, da na učinkovitost izvedbe lahko vplivamo s sestavo ekipe presojevalcev in pripravo te ekipe na presoj. Ker so v proces vključeni izvajalci različnih poklicnih profilov iz različnih organizacijskih enot, smo vsebinsko boljše ugotovitve dobili pri izvedbi notranjih presoj, pri katerih so kot presojevalci sodelovali farmacevti, medicinske sestre in sodelavka, odgovorna za sistem vodenja kakovosti in varnosti.

LITERATURA

- DNV Standard for Hospitals, 2013. Standard, interpretive guidelines and surveyor guidance for hospitals. DNV-DS-HC102. January 2013, version 3.A, pp. 128.
- Slovenski standard. SIST EN ISO 9001, Sistemi vodenja kakovosti – Zahteve (ISO 9001:2008). Ljubljana: Slovenski inštitut za standardizacijo, 2008.

PROCES PREDPISOVANJA IN DAJANJA ZDRAVIL V KROGU KAKOVOSTI

Brigita Mavsar-Najdenov

IZVLEČEK

Varna, učinkovita in kakovostna zdravstvena oskrba je osnovna človekova pravica, kar mora biti osrednji cilj vsake zdravstvene ustanove. Prepoznavanje odklonov je prvi korak pri izboljševanju klinične prakse preprečevanja odklonov pri upravljanju z zdravili. Nadzor je aktivnost, opredeljena z metodologijo načrtuj – izvedi - preveri – ukrepaj in omogoča sistematičen pristop k preiskovanju in presoji opravljenega dela ter k uvajanju in spremljanju izboljšav oskrbe in varnosti pacientov v organizacijah zdravstvenega varstva. V prispevku prikazujemo pristop k nenehnemu izboljševanju predpisovanja in dajanja zdravil v Splošni bolnišnici Jesenice po metodologiji PDCA.

Ključne besede: predpisovanje zdravil, dajanje zdravil, PDCA metodologija

1 UVOD

Zdravstvena dejavnost je področje z visokim tveganjem zaradi neželenih dogodkov, ki ne nastanejo zaradi same bolezni, ampak zaradi procesa zdravljenja. Skoraj polovica vseh neželenih dogodkov, ki bi ji lahko preprečili, je posledica odklonov pri upravljanju z zdravili. Prevladujejo odkloni pri predpisovanju in dajanju zdravil (Mavsar Najdenov, 2012).

Čitljiv, jasen in popoln predpis zdravila je osnova za ustrezno izvedbo postopka dajanja zdravila pacientu in posledično za doseganje želenih kliničnih izidov zdravljenja ter za preprečevanje težav povezanih z zdravili. Prav tako ni zanemarljiva poraba dodatnega časa strokovnega osebja za razreševanje nejasnosti predpisa zdravila. Odkloni pri upravljanju z zdravili in posledične težave povezane z zdravili imajo pomembne negativne posledice tako za paciente (dodatne težave in bolezenska stanja, invalidnost in smrtnost – s čimer ovrednotimo humanistične izide zdravljenja), kakor tudi za zdravstveni sistem (večji stroški zdravljenja zaradi potrebnih dodatnih preiskav in zdravil ter podaljšane bolnišnične oskrbe – s čimer ovrednotimo ekonomske izide zdravljenja). Varna učinkovita in kakovostna zdravstvena oskrba je osnovna človekova pravica (Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika, 2005), kar mora biti osrednji cilj vsake zdravstvene ustanove. Razvoj varnega sistema oskrbe pacientov in zmanjšanje humanističnega ter ekonomskega bremena sta utemeljena na sposobnosti učenja iz odklonov (Montesi, Lechi, 2009).

2 PREPOZNAVANJE IN PREPREČEVANJE ODKLONOV

Prepoznavanje odklonov pri upravljanju z zdravili je prvi korak pri izboljševanju klinične prakse na področju preprečevanja odklonov. Vsaka ustanova mora biti sposobna analizirati ugotovljene odklone in opredeliti možnosti za izboljšanje kakovosti ter za spremembe v sistemu. Glavne metodologije za prepoznavanje odklonov na področju upravljanja z zdravili so pregledi medicinske dokumentacije, računalniško podprto spremljanje ter neposredno opazovanje procesov upravljanja z zdravili, sistematično poročanje incidentov oz. odklonov v procesih upravljanja z zdravili in spremljanje pacientov. Vsaka od teh ima prednosti in pomanjkljivosti. Pregled medicinske dokumentacije je najpogosteje uporabljena metoda za prepoznavanje odklonov na področju upravljanja z zdravili. Izvaja se po standardiziranih kriterijih in predstavlja zlati standard za ugotavljanje težav povezanih z zdravil. Pomanjkljivosti so zahtevnost, zamudnost, natančno načrtovanje kriterijev in kazalnikov, večje število sodelujočih presojevalcev (zdravniki, medicinske sestre, farmacevti) (Montesi, Lechi, 2009). Že leta 1854 je Florence Nightingale uporabila nadzor za preprečevanje smrtnosti po kirurških posegih. Nadzor je aktivnost, opredeljena z Demingovim krogom *PDCA (Plan – Do – Check - Act)*, ki omogoča sistematičen pristop k preiskovanju in presoji opravljenega dela ter k uvajanju in spremljanju izboljšav. Ima edukativen značaj in se praviloma izvaja redno. Nadzor je relativno enostaven pripomoček za ocenjevanje dejanske učinkovitosti procesov in za načrtovanje korektivnih ukrepov, s katerimi znižujemo tveganja za odklone pri upravljanju z zdravili (Montesi, Lechi, 2009).

TEŽAVE POVEZANE Z ZDRAVILI (angl. DRUG RELATED PROBLEMS)

Težave povezane z zdravili so opredeljene kot težave pri uporabi zdravil, ki so že odobrena za uporabo oz. imajo dovoljenje za promet. Gre za dogodke ali okoliščine, ki z vpletanjem v proces zdravljenja z zdravili dejansko ali potencialno vplivajo na želene izide zdravljenja. Govorimo o intrinzični in ekstrinzični toksičnosti. Intrinzična toksičnost je posledica interakcije farmacevtskih, kemijskih ali farmakoloških lastnosti samega zdravila s človeškim biositemom (neželeni učinki zdravil, zastrupitve z zdravili). Ekstrinzična toksičnost pa je posledica neustreznega ravnanja z zdravilom s strani zdravstvenega osebja ali pacienta (nepravilna uporaba zdravila) (PCNE Classification for drug related problems, 2010, Van den Bemt, Egberts, 2007). Na pojavnost težav povezanih z zdravili, ki so posledica intrinzične toksičnosti s pravilno uporabo zdravil ne moremo značilno vplivati, medtem, ko težave povezane z zdravili, ki so posledica ekstrinzične toksičnosti, lahko preprečimo z upoštevanjem navodil za uporabo, strokovnih priporočil in zakonodaje.

Spremljanje težav povezanih z zdravili je v naši državi urejeno le delno, na področju intrinzične toksičnosti imamo vzpostavljen državni sistem farmakovigilance in poročanja zastrupitev zdravil (Pravilnik o farmakovigilanci zdravil za uporabo v humani medicini, 2006, Pravilnik o sporočanju, zbiranju in urejanju podatkov o zastrupitvah na območju

Republike Slovenije, 2000). Za razvoj kakovosti na področju upravljanja z zdravili v bolnišnicah to ne zadošča. Mednarodni akreditacijski standardi nalagajo bolnišnicam odgovornost za razvoj politike in postopkov, ki zmanjšujejo napake pri predpisovanju zdravil. V bolnišnicah morajo obstajati postopki za poročanje v sistem farmakovigilance (neželenih učinkov zdravil), hemovigilance (neželenih učinkov pri transfuzijah krvi in pripravkov iz krvi) ter napak pri predpisovanju, pripravi in uporabi zdravil. Podatke je potrebno zbirati na način, ki omogoča analizo in spremljanje trendov (Upravljanje z zdravili, 2011).

3 IZBOLJŠEVANJE KLINIČNE PRAKSE PRI PREDPISOVANJU IN DAJANJU ZDRAVIL V SB JESENICE

V SBJ zdravniki predpisujejo zdravila hospitaliziranim pacientom ročno na temperaturno terapijski list (TTL). Osebe zdravstvene nege evidentira aplikacijo zdravil prav tako ročno na posebej določenem prostoru TTL, ob predpisu zdravila. Ročni zapisi v splošnem predstavljajo večje tveganje za odklone. Za zagotovitev kakovostnega in poenotenega predpisovanja ter dajanja zdravil, smo v SBJ to področje upravljanja z zdravili uredili s standardno operativnim postopkom (SOP), ki je usklajen z državno zakonodajo in z mednarodnimi priporočili (Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini, 2008).

Spremljanje težav povezanih z zdravili na področju intrinzične toksičnosti imamo v SBJ usklajeno z državno ureditvijo poročanja v sistem farmakovigilance in zastrupitev (Pravilnik o farmakovigilanci zdravil za uporabo v humani medicini, 2006, Pravilnik o sporočanju, zbiranju in urejanju podatkov o zastrupitvah na območju Republike Slovenije, 2000), na področju ekstrinzične toksičnosti pa po metodologiji prostovoljnega anonimnega poročanja vseh vrst odklonov v bolnišnični informacijski sistem.

Načrtovanje

Začeli smo z vprašanjem ali smo pri izvajanju procesov predpisovanja in dajanja zdravil dobri ali slabi? Ali zagotavljamo varno oskrbo pacientov z zdravili na teh dveh področjih, ki sta prepoznani kot področji z največjo pojavnostjo odklonov pri upravljanju z zdravili? S pomočjo prostovoljnega anonimnega poročanja odklonov v bolnišnični informacijski sistem smo zajeli premalo poročil odklonov pri predpisovanju in dajanju zdravil, da bi lahko ocenili stanje varnosti in kakovosti. Pri tovrstnem poročanju se moramo zavedati tudi dodatnega problema glede objektivnosti podatkov. Še manj je bilo poročil o zastrupitvah in neželenih učinkih zdravil v državni sistem farmakovigilance.

Za natančnejšo oceno učinkovitosti in ugotavljanje odklonov v procesu predpisovanja in dajanja zdravil smo vpeljali redne sistematične nadzore predpisovanja in dajanja zdravil ter težav povezanih z zdravili. Na podlagi *Pharmaceutical Care Network Europe* (PCNE) klasifikacije smo določili parametre za spremljanje ekstrinzične in intrinzične

toksičnosti (PCNE Classification for drug related problems, 2010). Parametre ekstrinzične toksičnosti smo uskladili tudi z zahtevami SOP za predpisovanje in dajanje zdravil.

Na področju predpisovanja zdravil smo določili parametre za ocenjevanje:

- ADMINISTRATIVNEGA DELA PREDPISA ZDRAVILA: čitljivost in jasnost predpisa zdravila, pravilno ime zdravila, navedba oblike zdravila, odmernega intervala in načina vnosa zdravila, navedbo ure predpisa ter potrditev predpisa zdravila s podpisom oz. parafo zdravnika.
- ODMERJANJA ZDRAVILA: ustrezna jakost zdravila, ustrezen odmerni interval, navedba največjega dovoljenega dnevnega odmerka zdravila in točna opredelitev indikacije pri predpisu zdravil »po potrebi« (PP).
- NAČINA ZDRAVLJENJA: ustrezna indikacija, kontraindikacija, interakcije z drugimi zdravili, podvajanje zdravil (predpis dveh ali več zdravil z enako zdravilno učinkovino), psevdo-podvajanje zdravil (predpis dveh ali več zdravil iste terapevtske skupine).

Za ocenjevanje izvedbe dajanja zdravil smo določili naslednje parametre: predpisano zdravilo ni bilo dano pacientu, pacientu je bilo dano zdravilo, ki mu ni bilo predpisano, pacient je dobil neustrezen odmerek zdravila, v neustrezni obliki, na neustrezen način, ob neustreznem času, pri dajanju zdravila je bila uporabljena neustrezna tehnika, pacient ne sodeluje pri zdravljenju (zdravilo odkloni) ter potrditev aplikacije z navedbo ure in podpisa oz. parafe odgovorne osebe zdravstvene nege (ZN).

Spremljali smo tudi dva parametra intrinzične toksičnosti zdravil: imunološke ali neimunološke preobčutljivostne reakcije na zdravila (srbenje, rdečina, izpuščaji, otekanje, anafilaksa) in zastrupitve z zdravili (krvavitve, vrtoglavica, zaprtje, driske,....).

Izvedba

Nadzor je bil izveden po metodologiji točkovne prevalenčne raziskave. Zajeli smo podatke vseh predpisanih zdravil na temperaturno-terapevtskih listih (TTL) pri vseh pacientih, ki so bili na dan izvedbe nadzora hospitalizirani na oddelku / odseku / enoti. Presojevalci so bili iz vrst zdravnikov, osebja ZN in klinični farmacevti. Za zbiranje podatkov smo uporabljali standardiziran obrazec Evidenčni list nadzora predpisovanja in dajanja zdravil ter z zdravili povezanih problemov. Beležili smo parametre ekstrinzične toksičnosti na nivoju predpisovanja (15 parametrov) in dajanja zdravil (9 parametrov) ter 2 parametra intrinzične toksičnosti.

V povprečju je bilo predpisanih 7,7 zdravil na pacienta. Dve tretjini predpisanih zdravil je bilo za peroralno in slabo tretjino zdravil za parenteralno uporabo, v manjšem obsegu

so bila predpisana zdravila za transdermalno, dermalno in rektalno uporabo ter pršila in inhalacije. Delež predpisanih zdravil PP je znašal 11,7%. V povprečju je imelo vsako predpisano zdravilo 3,9 neskladij na področju predpisovanja zdravil in vsako drugo predpisano zdravilo eno neskladje na področju dajanja zdravil.

Najpogostejša ugotovljena neskladja na področju predpisovanja zdravil so bila: pomanjkljivost podpisa zdravnika in ure predpisa, pomanjkljivosti predpisov zdravil PP glede opredelitve največjega dovoljenega odmerka, pomanjkljivosti navedbe načina vnosa, odmernega intervala, odmerka in farmacevtske oblike. Četrtnina predpisov je bila nečitljivih in dobra desetina nejasnih. Glede indikacije je bilo pomanjkljivih manj kot desetina predpisov, pretežno pri zdravilih, ki so bila pacientom predpisana že pred sprejemom v bolnišnico. Napačna imena zdravil in podvajanje zdravil smo ugotovili le v zelo majhnem deležu. Pri predpisovanju zdravil smo ugotovili tudi uporabo okrajšav in merskih enot, ki niso v sistemu SI. Prav tako smo ugotovili uporabo okrajšav pri navedbi diagnoz na TTL. Kontraindikacij in neželenih učinkov nismo ugotovili. Pomanjkljivo je bilo tudi evidentiranje jakosti bolečine po eni od strokovno priporočenih metod (numerična lestvica, vidno-analogni lestvica in drugo). Najpogostejše neskladje pri aplikaciji zdravil je bilo pomanjkljivost podpisa odgovorne osebe ZN. Večji del nepopolnih predpisov zdravil je bilo tudi iz razloga prostorske neustreznosti dela TTL, ki je namenjen predpisu in evidenci aplikacije zdravil. Analizo ugotovljenih parametrov s priporočili za izboljšanje smo predstavili na strokovnem svetu, na oddelčnih raportih zdravnikov in na kolegiju zdravstvene nege.

Preverjanje

Naslednji nadzor smo izvedli po enakih kriterijih kot prvega, le da smo zaradi podatkovne in časovne obsežnosti metodologijo točkovne prevalenčne raziskave modificirali tako, da smo vključili podatke o vseh predpisanih zdravilih na TTL pri sedmih naključno izbranih pacientih, ki so bili na dan izvedbe nadzora hospitalizirani na oddelku / odseku / enoti, kar je v povprečju predstavljalo 40% vseh hospitaliziranih pacientov. Število predpisanih zdravil na pacienta se v povprečju ni značilno razlikovalo od predhodnega nadzora in je znašalo 7,3 zdravil na pacienta. Dobro polovico predpisanih zdravil so bila zdravila za peroralno uporabo, zdravil za parenteralno uporabo je bilo nekaj manj kot 40%, v manjšem obsegu pa so bila predpisana zdravila za transdermalno, dermalno in rektalno uporabo ter pršila in inhalacije. Delež predpisanih zdravil PP se je zvišal na 13%. Ugotovili smo izboljšave tako na področju predpisovanja, kakor tudi na področju dajanja oz. aplikacije zdravil. V povprečju je tokrat imelo vsako predpisano zdravilo 2,9 neskladij, kar je za 1 neskladje manj kot smo ugotovili pri predhodnem nadzoru. Na področju dajanja zdravil pa smo ugotovili eno neskladje pri vsakem četrtem predpisanem zdravilu.

Predpisovanje zdravil PP se je izboljšalo, saj se je delež pomanjkljivih predpisov zdravil PP glede opredelitve največjega dovoljenega odmerka znižal za tretjino. Izboljšala se je tudi čitljivost in jasnost predpisov zdravil, saj je bilo tokrat nečitljivih in nejasnih predpisov pod 10%. Najpogostejša ugotovljena neskladja pri predpisovanju zdravil so bila manjkajoče navedbe načina vnosa zdravila, ure predpisa, farmacevtske oblike zdravila in podpisa zdravnika. Glede uporabe okrajšav pri navedbi diagnoz na TTL in glede uporabe okrajšav ter merskih enot, ki niso v sistemu SI pri predpisovanju zdravil nismo ugotovili izboljšav. V primerjavi s predhodnim nadzorom je bilo tokrat več predpisov pomanjkljivih glede indikacije, pri čemer je šlo pretežno za zdravila, ki so bila pacientom predpisana že pred sprejemom v bolnišnico. Napačna imena zdravil smo ugotovili le v zelo majhnem deležu. Kontraindikacij, podvajanja zdravil in neželenih učinkov nismo ugotovili. Število neskladij na področju dajanja oz. aplikacije zdravil je bilo tudi tokrat nižje od neskladij na področju predpisov zdravil. Izboljšalo se je podpisovanje aplikacije zdravil s strani odgovorne osebe ZN, ki je bilo pri predhodnem nadzoru najpogostejše ugotovljeno neskladje pri dajanju zdravil. Pogosteje, kot pri predhodnem nadzoru, pa smo tokrat ugotavljali, da pacient ni dobil predpisanega zdravila, k čemur so v največji meri prispevale neevidentirane zamenjave predpisanega zdravila z generičnimi, v manjšem obsegu pa tudi neevidentiranje primerov, ko si pacient aplicira zdravila sam. Analizo ugotovljenih parametrov s priporočili za izboljšanje smo predstavili na oddelčnih raportih zdravnikov in na kolegiju zdravstvene nege.

Ukrepanje

Po prvem nadzoru smo prenovili SOP predpisovanje in dajanje zdravil: racionalizirali smo način podpisovanja in navedbe ure predpisa ob in po jutranji viziti, ter natančno opredelili zahteve za predpis zdravil PP ter preoblikovali TTL. Na oddelčnih raportih smo izvedli izobraževanje o prenovljeni verziji SOP.

Po drugem nadzoru smo ponovno prenovili SOP predpisovanje in dajanje zdravil: smiselno smo poenostavili predpisovanje farmacevtske oblike in načina vnosa zdravila ter ponovno izvedli izobraževanje o prenovljeni verziji SOP.

4 ZAKLJUČEK

Vključevanje elementov sistema vodenja kakovosti v proces predpisovanja in dajanja zdravil se je tudi v SBJ izkazalo kot učinkovit pristop k nenehnem izboljševanju na tem področju. Prostovoljno anonimno poročanje odklonov v bolnišnični informacijski sistem v SBJ še ni v celoti uveljavljeno, še manj je poročil v državni sistem farmakovigilance in zastupitev, kar onemogoča analizo in spremljanje trendov odklonov na področju predpisovanja in dajanja zdravil. Redni nadzori predpisovanja in dajanja zdravil s pregledom medicinske dokumentacije predstavljajo sicer ustrezen način zbiranja podatkov za prepoznavanje odklonov, oceno učinkovitosti procesa in načrtovanje korektivnih ukrepov, vendar je treba upoštevati zahtevnost izvedbe zaradi usklajevanja

večjega števila sodelujočih presojevalcev (zdravniki, medicinske sestre, farmacevti) in velike porabe časa zaradi obsežnosti podatkov. Za doseganje optimalne varnosti, učinkovitosti in kakovosti pri predpisovanju in dajanju zdravil je potrebno vse napore vložiti v čimprejšnjo uvedbo računalniško podprtega predpisovanja in dajanja zdravil, kar bo nedvomno vplivalo na znižanje odklonov in omogočalo natančnejše spremljanje in analizo odklonov ter načrtovanje ukrepov za izboljšanje na področju predpisovanja in dajanja zdravil.

LITERATURA

- Mavsar Najdenov B. Zahteve DNV International Accreditation Standarda (DIAS) pri predpisovanju in dajanju zdravil. V: BAHUN, Mateja (ur.), KRAMAR, Zdenka (ur.), SKELA-SAVIČ, Brigita (ur.). *Trajnostni razvoj na področju kakovosti in varnosti - povezava med akreditacijo in varno ter kakovostno obravnavo pacientov : [strokovno srečanje] : zbornik prispevkov*. Jesenice: Splošna bolnišnica: Visoka šola za zdravstveno nego, 2012, str. 65-69.
- Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika. Luksemburg, 05. april 2005.
- Montesi G, Lechi A. Prevention of medication errors: detection and audit. *Br J Clin Pharmacol* 2009; 67 (6): 651-655.
- PCNE Classification for drug related problems V6.02. *Pharmaceutical Care Network Europe Foundation 2010*.
- Van den Bemt PMLA, Egberts ACG. Drug –related problems: definitions and classification. *EJHP Practice 2007/1;vol.13*.
- Pravilnik o farmakovigilanci zdravil za uporabo v humani medicini Ur.l. RS, št. 53/2006.
- Pravilnik o sporočanju, zbiranju in urejanju podatkov o zastrupitvah na območju Republike Slovenije. Ur. l. RS, št. 38/2000.
- Upravljanje z zdravili. *Standard za bolnišnice. Det Norske Veritas AS 2011, verzija 2.0; poglavje 10: 22 – 23*.
- Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini Ur.l. RS, št. 86/2008.

PREPREČEVANJE PADCEV PACIENTOV NA REHABILITACIJI PO MOŽGANSKI KAPI

Natalija Kopitar, Nika Goljar, Vesna Mlinarič Lešnik

IZVLEČEK

Teoretična izhodišča: Preprečevanje padcev je del rehabilitacijske obravnave. Retrospektivne analize padcev, anketa o uporabnosti lestvice za oceno tveganja za padec med zdravstvenimi delavci in poizkusna uvedba le-te, izvajanje splošnih ukrepov in dorečeni specifični ukrepi za preprečevanje padcev pri visoko ogroženih pacientih ter dopolnjen protokol izvajanja aktivnosti za preprečevanje padcev prispevajo k zmanjšanju števila padcev.

Metode: V raziskavo je bilo vključenih 1634 pacientov na rehabilitaciji po možganski kapi v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije – Soča od 1. 1. 2007 do 31. 12. 2012. Za ugotavljanje učinkovitosti aktivnosti za preprečevanje padcev pacientov je bila izvedena retrospektivna opazovalna raziskava in uporabljeni elementi akcijskega raziskovanja. Uspešnost izvedenih aktivnosti za preprečevanje padcev se je ugotavljala na podlagi incidence padcev.

Rezultati: Tekom izvajanja splošnih aktivnosti za preprečevanje padcev v letih 2007 do 2010 in po uvedbi lestvice za oceno tveganja za padec ter sistematičnem delovanju celotnega rehabilitacijskega tima v letih 2011 in 2012, se je incidenca padcev iz leta 2007, ko je znašala 4,5/1000 bolnišnično oskrbnih dni, pomembno zmanjšala do leta 2012, ko je znašala 2,8/1000 bolnišnično oskrbnih dni. S testom primerjave razmerja smo primerjali razmerje med skupnim številom padcev glede na število sprejetih pacientov v časovnem obdobju 2007–2010 in obdobju 2011–2012, kjer smo ugotovili statistično pomembno razliko v številu padcev (razmerje incidenc: $i1/i2 = 1,50$; $p = 0,004$). Pri primerjavi števila pacientov, ki so padli enkrat, glede na vse sprejete paciente, lahko v obdobjih uvajanja aktivnosti 2007-2010 in 2011-2012 opazimo statistično pomembno zmanjšanje pogostosti padcev (razmerje incidenc: $i1/i2 = 1,53$; $p = 0,025$).

Razprava in zaključek: Incidenca padcev se je v obdobju od leta 2007 do 2012 zmanjšala za skoraj dve tretjini (62 %) in bila v primerjavi s podatki iz literature, kjer se giblje med 5 in 18 padcev/1000 bolnišnično oskrbnih dni, nižja. Nadaljnje raziskave vidimo v ugotavljanju vpliva uvedenih aktivnosti na preprečevanje padcev pacientov v domačem okolju po zaključeni rehabilitaciji.

Ključne besede: padci, možganska kap, hospitalna rehabilitacija

Prispevek je nastal na podlagi članka z naslovom Aktivnosti za preprečevanje padcev v rehabilitaciji pacientov po možganski kapi in njihov učinek na incidenco padcev, ki je objavljen v Obzorniku zdravstvene nege, 48(3), 206-14.

MERJENJE USPEŠNOSTI PROCESA - NAPAKE PRI ODVZETIH BIOLOŠKIH VZORCIH

Tatjana Dolgan

IZVLEČEK

S kazalnikom ugotavljanja napak pri odvzetih bioloških vzorcih v pred analitski fazi, ki je bil uveden leta 2013, je bilo ugotovljeno, da so se najpogosteje pojavljale 3 napake in sicer: napačna identifikacija pacienta, nedosledno izpolnjene naročilnice in odvzeti material ni bil ustrezen za laboratorijsko analizo (hemoliza).

Izvedeni so bili takojšnji ukrepi za odpravo le-teh. Z uvedenim kazalnikom je bilo doseženo, da osebje skrbi za natančno identifikacijo pacientov in dosledneje izpolnjuje naročilnice za laboratorijsko analizo materiala. Pri ugotovljeni hemolizi pa težav, ki jo povzročajo, nismo uspeli povsem odpraviti in jih zato rešujemo tako, da obravnavamo vsak primer posebej. V letu 2013 je bila ugotovljena pred analitična napaka pri 0,69% vzorcih.

Ključne besede: kazalnik kakovosti, laboratorijska analiza, izboljšava

1 UVOD

Če želimo izboljšati kakovost lastnega dela, posameznika ali tima, ali če želimo svoje delo primerjati znotraj ustanove, ali z ostalimi zdravstvenimi ustanovami, moramo meriti in prikazovati tiste vidike zdravstvene prakse, ki nam bodo pomagali ugotoviti uspešnost našega dela in bodo izhodišče ter priložnosti za njegovo izboljšavo (Robida, Kociper, 2006). Za tovrstno merjenje pogosto uporabljamo kazalnike kakovosti. Rezultati kazalnikov kakovosti so merilo obravnave bolnika, ocena obravnave samega procesa in priložnost za izboljšavo uspešnosti sistema vodenja kakovosti. Pomembno je, da si lastnik procesa delo organizira tako, da pripravi dober plan, izvaja nadzor, meri in analizira proces, in na podlagi dobljenih rezultatov predlaga izboljšave. Nikoli namreč nismo tako dobri, da svojega dela ne bi mogli še izboljšati in optimizirati. Ugotovljene napake nas vodijo v iskanje vzrokov, sprotne analize le-teh in nato spremembi procesa.

2 PRIMER DOBRE PRAKSE

Z uvedbo računalniškega naročanja laboratorijskih preiskav je laboratorijsko osebje ugotavljalo in opozarjalo, da prihaja do pogostejših pred analitičnih napak pri odvzemu vzorcev za laboratorijsko analizo, kot jih je bilo v preteklem obdobju. Ugotovljene so bile tri vrste napak, ki so se ponavljale:

- v HIS (hospitalni informacijski sistem) programu je bila napačna identifikacija pacienta;
- na naročilnici ni bil označen čas odvzema materiala za analizo ali je manjkal

podpis;

- odvzeti material ni bil ustrezen za laboratorijsko analizo.

Obvladovanje napak, ki se zgodijo v pred analitičnih fazah je zahtevna naloga, ki jo morata razrešiti obe profesionalni skupini (medicinske sestre in laboratorijsko osebje) skupaj. Napake pri naročanju ostajajo namreč v sistemu in so povezane s problemi pri izvajanju pred - analitične faze. Slediti je potrebno strokovnim zahtevam, usmeritvam in standardom, kar vključuje v prvi vrsti varnost pacienta. To pomeni, da mora biti naročilo pravilno, temu mora slediti pravilno odvzeti material, izbor epruvet v pravem zaporedju in njihovo polnjenje. Odvzeti material mora biti na to dan v analizo ob dopustnem času. Napake storjene v tem zaporedju značilno vplivajo na varnost pacientov, zato jih je potrebno zreducirati na minimum.

Da smo ugotovili vrsto, pogostost in vzroke napak, smo uvedli kazalnik kakovosti, ki ga vodi laboratorijsko osebje ob sprejemu materiala/vzorcev na analizo.

Pregledali smo vire napak v pred analitični fazi in jih postavili v seznam kriterijev kazalnika kakovosti: Kot.npr. ali je bila kri odvzeta pravilno identificiranemu pacientu v računalniškem programu, opis napake, ki je nastala pri naročanju v računalniku (manjkajoča identifikacija naročnika, oddelka, nepravilno izpolnjena napotnica) itd...

Najprej smo ugotovili, da prihaja do napak pri označevanju pacientov v hospitalnem programu Hipokrat, kot že navajamo. V bazi tega računalniškega programa so bili aktivni vsi pacienti, ki so bili hospitalizirani v bolnišnici, vse od uvedbo samega programa. Tako je zdravstveni delavec na bolnišničnem odd. ali spec. ambulanti ob vnosu naročila za laboratorijsko analizo lahko označil napačnega pacienta, ker mu je sam program ponudil pod istim priimkom in imenom tudi več pacientov. Če ni bil dovolj pozoren, je naročilo za laboratorijsko analizo dal za napačnega pacienta v veri, da je to pravi pacient.

Laboratorijsko osebje je napako odkrilo, ko je material dobilo in primerjalo ime in priimek pacienta ter njegove rojstne podatke na epruveti in podatke o pacientu v laboratorijskim računalniškem programu LIS (laboratorijski informacijski sistem). V letem so namreč vneseni samo pacienti, ki so bili takrat dejansko hospitalizirani oz. so bili v specialističnih ambulantah na dan odvzema.

V nadalje so bile odkrite še nekatere druge napake, kot npr.: ni bila zabeležena ura odvzema, nekajkrat tudi neoznačen vzorec, nezadostna količina vzorca, nepravilno izpolnjena naročilnica, naročen vzorec ni bil dostavljen v analizo ipd...

Pri odvzetih vzorcih pa so se ugotovljale naslednje nepravilnosti: premajhna količina odvzetega materiala za naročene preiskave, koaguliran vzorec, odvzem krvi ob neustreznem času, kar vpliva na krvno sliko.

Takoj po ugotovitvi napak so bili izvedeni naslednji ukrepi:

- računalniški program je bil nadgrajen tako, da je bila ažurirana evidenca in možnost dostopa do podatkov za samo ležeče paciente oziroma paciente v postopku zdravljenja;

- dano navodilo za natančnejšo identifikacijo pacienta (ime in priimek in rojstni podatki), identifikacijo naročnika z označbo oddelka, kjer je pacient leži;
- dano navodilo, da se takoj izvedejo popravki podatkov in ažurira stanje pacientov, v kolikor analiza ni več aktualna oz. pride do spremembe naročila.

Pri odvzetem materialu, ki ga ni bilo mogoče analizirati je bila najpogosteje ugotovljena - hemoliza. Le-ta se je pokazala samo pri odvzetih vzorcih na bolnišničnih oddelkih. Pri odvzemih v specialističnih ambulantah tovrstnih napak ni bilo zabeleženih.

Pri analizi vzrokov za nezadostno količino odvzetega materiala je bilo ugotovljeno, da so se te napake ponavljale le pri težko bolnih in oslabeledih pacientih. Bile so namreč težave za pridobitev vzorca, ki bi zadoščal za ustrezno strokovno obdelavo. Pogosto je potrebno v takih primerih opraviti ponovni odvzem materiala, kar pa je pacientu težko pojasniti.

Ker ti ponovljeni postopki odvzema vzamejo več časa, tudi zdravnik rezultate analize dobi pozneje.

Medicinske sestre tudi povedo, da imajo pri težko bolnih pacientih še dodatne težave pri odvzemu materiala (npr. krvi) zato, ker nimajo pri pacientih velikega izbora ustrezne vene, saj so le-te pogosto že obremenjene z infuzijskimi in antibiotičnimi aplikacijami. Tako je pri nekaterih pacientih skoraj nemogoče dobiti ustrezen material za analizo in terja izredno veliko stopnjo iznajdljivosti medicinskega osebja.

2.1 Ukrepi za zmanjšanje napak

Ugotovitve so terjale naprej obnovitev znanja pravilnega odvzema krvi ter načrt notranjega nadzora pri jemanju vzorcev in izdajo navodil za odvzem krvi pri pacientih, pri katerih je zdravstveno stanje slabo (ni ustreznih žil) oz. je razpoložljivost žil omejena. Pri obnovitvi znanja pravilnega odvzema krvi se je poseben poudarek dalo na tehniko odvzema, da ne bo prihajalo do pred-analitskih napak. Obnovljena so bila tudi znanja o pravilnem vrstnem redu epruvet, čas preveze žile, izbira prave debeline igle, ravnanje z vzorcem v epruveti in o pravilnem transportu v laboratorij.

2.2 Kaj pridobimo z uvedbo kazalnika?

Z uvedbo predstavljenega kazalnika smo dobili pričakovane in tudi nepričakovane rezultate. Pokazal nam je dejanski nabor napak pri odvzemu materiala za laboratorijsko analizo, kar je bila dobra podlaga, da smo izvedli takojšnje ukrepe za njihovo preprečitev in potrebo za obnovitev teoretičnega znanja s tega področja.

Z ugotavljanjem tovrstnih nepravilnosti namreč izboljšamo kvaliteto laboratorijskih rezultatov in posledično zdravljenje pacientov. S pravilnim odvzemom vzorca preprečimo tudi ponovne vbode v vene, ki so že tako obremenjene in so za paciente neprijetni. V nadalje preprečimo obtoževanje posameznih enot o tem, kje je napaka nastala. Le s pomočjo uvedenega kazalnika in dobro določenih kriterijev lahko izpeljemo tudi

izboljšave. Rezultati pa nam omogočajo nadaljnje planiranje, izvedbe, preverjanje in po tudi ukrepanje. Tak prenos informacij o napakah in ukrepih je takojšen in direkten na vse poklicne skupine, ki so vključene v proces.

S pridobljenimi podatki se nato lahko opravijo tudi primerjave in ocene z drugimi procesi v bolnišnici in drugimi zdravstvenimi ustanovami. Dvigne se kvalitete dela za vse, ki so v proces vključeni in lahko zaključimo, da je celostna obravnava pacienta kakovostna.

Uvedeni kazalniki pa imajo tudi manj prijetne učinke:

- Daljše obdobje vodenja le-teh, pomeni, da ni mogoče hitro ugotoviti vzroka in vrste napak;
- Zaposleni se lahko uvajanju kazalnika upirajo, ker se bojijo, da bi bile napake ugotovljene;
- Večje zahteve po natančnosti dela in ukrepi v primeru ponavljanja napak.

2.3 Kaj so doprinesle izboljšave:

- Kakovostnejšo obravnavo pacienta, ker je manjša frekvenca vbodov;
- Manjšo porabo časa medicinskega osebja;
- Krajši čas od odvzema do rezultata;
- Višjo stopnjo kompetentnosti medicinskega osebja;
- Dvig kvalitete dela;
- Manjše materialne stroške;
- Ni zamud pri diagnostiki oz. zdravljenju;
- Redne notranje presoje procesov.

3 ZAKLJUČEK

Laboratorijske napake je potrebno prepoznati in jih odpraviti. S kontrolo kakovosti v laboratoriju zagotovimo zanesljivo obdelavo biološkega materiala. Zavedati se je potrebno, da napake pri odvzemih ali transportu lahko laboratorijske rezultate tako spremenijo, da so neuporabni ali celo nevarni. Kazalnike kakovosti je potrebno postaviti tako, da nam merijo vse faze procesa, saj lahko natančno opredelimo, kje je sistem potrebno nadgraditi. Ob tem imamo priložnost izboljšave samega procesa z vidika kakovostne obravnave pacienta, dela in iz ekonomske plati. Potrebna je dobra medsebojna komunikacija med procesi, pri nekaterih pa tudi spremljanje kazalnika, ki pripada drugemu procesu. Zavedati se moramo, da se je potrebno dodatno usposabljanje, znanje obnavljati ali izpeljati postopke, ki so organizacijske narave, da se zagotovi varna obravnava pacientov.

LITERATURA

Robida A., Kociper B. Nacionalna politika in vizija za razvoj kakovosti in varnosti v zdravstvu. In: Uporabimo najboljše izkušnje za boljše življenje: zbornik referatov, Portorož, 9 in 10. November 2006. Ljubljana: Slovensko združenje za kakovost; 2006:81-6.

ZAKAJ KOORDINATOR ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE?

Sabina Mulalić, Dubravka Karadžić Šmitran, Milana Štibelj Blok, Lidija Arlič

IZVLEČEK

V bolnišnicah se skrajšuje ležalna doba pacientov, povečuje se intenzivnost njihove obravnave in povprečna starost pacientov. Vedno več je kroničnih bolezni, v ospredju so tudi ekonomski vidiki zdravstvene obravnave. Zaradi naštetih razlogov prihaja do odpustov v domače okolje, ko pacienti še niso povsem sposobni poskrbeti zase in imajo še veliko potreb oz. so pri tem odvisni od drugih. V Splošni Bolnišnici Jesenice je bila leta 2005 organizirana dejavnost koordinatorja primera (KP) na kirurškem oddelku. Delovanje je bilo usmerjeno v vodenje čakalnih vrst, načrtovanje operativnega programa, pripravo pacienta na operativni poseg in preverjanje zdravstvenega stanja po operativnem posegu. Kasneje se je glede na povečanje zahtevnosti obravnave pacienta ter kakovosti bolnišničnih procesov pokazala potreba, da bi v bolnišnici delovala oseba, ki bi skrbela za nemoteno povrnitev pacienta v domače okolje oz. za doseganje vseh pogojev za nemoten odpust. Proces obravnave pacienta se je leta 2011 izboljšal z uvedbo koordinatorja odpusta (KO), ki je bil kasneje preimenovan v koordinatorja zdravstvene obravnave (KZO). Namen vzpostavitve KZO je doseči tak sistem obravnave, ki bo spremljal pacienta že pred sprejemom (načrtovan sprejem) oz. od sprejema, med celotno bolnišnično obravnavo, do usklajenega načrta odpusta, ter skrb za pacienta po odpustu. Načrt dela je opredeljen z bolnišničnim protokolom oblikovanim na osnovi zahtev standarda za bolnišnice - DIAS (DNV International Accreditation Standard). V prispevku želimo odgovoriti na vprašanje, zakaj se je uvedba KZO v klinično prakso pokazala kot učinkovito orodje za doseganje boljših rezultatov pri zdravstveni obravnavi pacientov.

Ključne besede: koordinator zdravstvene obravnave, načrtovanje odpusta, pacient

1 ZAČETKI UVAJANJA KOORDINATORJA ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE V SPLOŠNI BOLNIŠNICI JESENICE

Po DNV presoji 2011 se je vodstvo bolnišnice odločilo za uvedbo delovnega mesta kjer bi nekdo skrbel za načrtovan odpust. Pri uvedbi načrtovanja odpusta je bil potreben sistematičen pregled, razmislek o učinkovitosti in organiziranosti v ustanovi, v primerjavi s postopki in načeli, ki so opisani v literaturi.

Pri pregledu literature na temo koordinatorja zdravstvene oskrbe (KZO) je bilo ugotovljeno, da v slovenskem prostoru na COBBIS obstajata 2 zadetka na ključni besedi koordinator odpusta. Na CINAHL pa na ključno besedo discharge planing 3821 zadetkov, ki so bili omejeni z letom nastanka 2003 (Lavtižar, Kramar, 2012).

V tuji literaturi je bilo koordinatorja odpusta (KO) zaslediti v smernicah Ministrstva

za zdravje v Veliki Britaniji. Zapisano je, da je načrtovanje odpusta iz bolnišnice del nenehnega procesa, ki se mora začeti pred začetkom načrtovanega sprejema in čim hitreje za ostale sprejeme. Gre za nadgradnjo, kjer se posamezne ocene pacientovega stanja naredijo že pred sprejemom (Department of Health (DH), 2003).

V Slovenskem prostoru so KO uvedli in dejavnost uspešno izvajali na KOPA Golnik. Pri pacientih s kronično obstruktivno pljučno boleznijo (KOPB) je intervencija KO zmanjšala število hospitalizacij zaradi KOPB in hospitalizacij zaradi kateregakoli vzroka. Kot potrjujejo avtorji Kadivec, Farkaš, Lainščak, Košnik, njihovi rezultati govorijo v prid uvedbi profila KO v klinično prakso (2012).

V Splošni bolnišnici Jesenice je s svojim delovanjem KO začel najprej na internem oddelku, z namenom učinkovitejše obravnave starejših pacientov s kroničnimi boleznimi, neurejenim socialnim statusom oz. zaradi potreb po zdravstveno-vzgojnem delu s pacienti, njihovimi svojci, skrbniki in posledično skrajševanjem ležalnih dob.

Kasneje se je KO vzpostavil tudi na kirurškem oddelku, kjer je že deloval koordinator primera =case manager (KP). Po enem letu delovanja KO na obeh oddelkih se je na kirurškem oddelku izpostavila potreba po reorganizaciji KO in KP. Delovanje obeh je bilo združeno v KZO, trije odseki kirurškega oddelka so dobili vsak svojo KZO, v isti naziv se je preimenoval tudi KO na internem oddelku.

KZO je diplomirana medicinska sestra, ki dobro pozna organiziranost zdravstvenega sistema, ima delovne izkušnje in sposobnost komunikacije.

2 UČINKOVITOST SISTEMA KZO

Po prvem letu delovanja je bilo pri izvedbi notranje presoje KZO prepoznan kot dobra praksa. Presojevalci so opazili pozitivne učinke na zdravstveno obravnavo pacienta, delovanje KZO je bilo sprejeto tudi s strani multidisciplinarnega tima. Učinkovitost beležimo s kazalniki kakovosti.

2.1 KAZALNIKI KAKOVOSTI

Delovanje KZO opredeljuje Protokol koordinatorja zdravstvene obravnave. Protokol je vključen v sistem vodenja kakovosti in je objavljen na intranetni strani bolnišnice, dostopen je vsem zaposlenim in je bil sprejet in potrjen s strani vodstva zavoda.

V njem so opredeljeni namen in cilji delovanja KZO, izobrazba in usposobljenost KZO, ter postopek dela. Učinkovitost in uspešnost procesa merimo s kazalniki kakovosti:

- število vključenih pacientov v obravnavo KZO,
- število pacientov, ki se v 28 dneh vrnejo zaradi iste diagnoze,
- anketa o zadovoljstvu pacientov in svojcev.

2.1.1 ŠTEVILO VKLJUČENIH PACIENTOV V OBRAVNAVO KZO

Kazalniki kakovosti se spremljajo dvakrat letno, merijo in analizirajo jih KZO, število

ponovnih sprejemov v 28 dneh spremlja in analizira strokovna direktorica. KZO dobljene rezultate poroča odgovornim osebam, ki nato določijo potrebne ukrepe. V spodnjih tabelah je številčno in vsebinsko opredeljeno število pacientov, ki so potrebovali vključitev KZO na kirurškem in internem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice. Na kirurškem oddelku je bilo od 01. 01. 2014 do 30. 06. 2014 sprejetih 2190 pacientov, na internem oddelku v istem časovnem obdobju 1600 pacientov.

Tabela 1: Poročilo KZO na kirurškem oddelku od 01.01.2014 do 30.06.2014, vir- SBJ

Število obravnavanih pacientov s strani KZO	245
Število pacientov, ki so potrebovali urejanje pogojev za odpust domov (urejanje službe za pomoč na domu, ureditev medicinsko-tehničnih pripomočkov,..)	159
Število napotenih socialnih obravnav	58
Število urejenih domov za starejše občane iz kirurškega oddelka	45
Zdravstveno vzgojno delo (fast track program, izvajanje negovalnih postopkov v domačem okolju,..)	131
Umrli	8

Tabela 2: Poročilo KZO na internem oddelku od 01.01.2014 do 30.06.2014, vir- SBJ

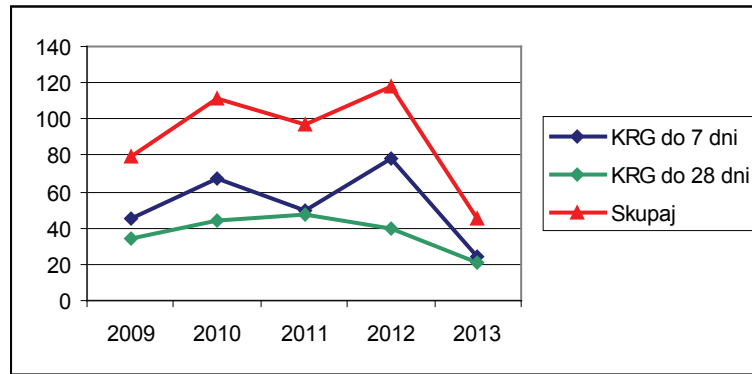
Število obravnavanih pacientov s strani KZO	232
Število pacientov, ki so potrebovali urejanje pogojev za odpust domov (urejanje službe za pomoč na domu, ureditev medicinsko-tehničnih pripomočkov,..)	118
Število napotenih socialnih obravnav	106
Število urejenih domov za starejše občane iz internega oddelka	70
Zdravstveno vzgojno delo (učenje hranjenja po gastrostomi, obvladovanje srčnega popuščanja, preventiva preležanin, obvladovanje infektov,..)	90
Umrli	20

2.1.2 ŠTEVILO PACIENTOV, KI SE V 28 DNEH VRNEJO ZARADI ISTE DIAGNOZE

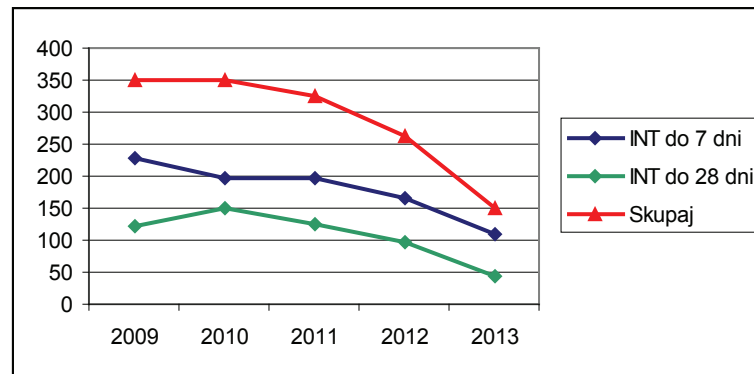
Kazalnik kakovosti ponovnih sprejemov v 28 dneh se v bolnišnici Jesenice spremlja od leta 2009. V lanskem letu se je delež ponovnih sprejemov v 28 dneh po odpustu znižal na vseh oddelkih. Na dober rezultat je pomembno vplivalo delo KZO. Rezultati so prikazani grafično, po oddelkih, za zadnjih 5 let. Ugotovitve: po 10 mesecih je zaznati padec ponovnih sprejemov na internem in kirurškem oddelku. (Janša, 2014).

Tabela 3: Prikaz ponovnih sprejemov v bolnišnico (Janša, 2014)

	2009			2010			2011			2012 - vzpostavitev KZO			2013 JAN-OKT		
	do 7 dni	do 28 dni	skupaj	do 7 dni	do 28 dni	skupaj	do 7 dni	do 28 dni	skupaj	do 7 dni	do 28 dni	skupaj	do 7 dni	do 28 dni	skupaj
KRG	45	34	79	67	44	111	50	47	97	78	40	118	24	21	45
INT	228	122	350	198	151	349	198	126	324	165	98	263	108	43	151



Graf 1: Prikaz ponovnih sprejemov v bolnišnico na kirurškem oddelku (Janša, 2014)



Graf 2: Prikaz ponovnih sprejemov v bolnišnico na internem oddelku (Janša, 2014)

2.1.3 ZADOVOLJSTVO PACIENTOV, SVOJCEV

Glede na število sprejetih pacientov na bolnišnično zdravljenje in število vključenih pacientov v obravnavo KZO v prvem polletju 2014, vsak deveti pacient potrebuje pomoč oz. načrtovanje odpusta. KZO zajame pri svojem delovanju vse na oddelku sprejete paciente. Večina pacientov nima dejavnikov za otežen odpust in odhaja po zaključeni obravnavi iz bolnišnice v domače okolje brez večjih težav.

Pri tistih pacientih, kjer so okoliščine drugačne, pa je vloga KZO bistvena. Od sprejema dalje mora KZO oceniti in vsakodnevno ovrednotiti na novo nastale okoliščine in se pravočasno odzvati. Velikega pomena je vključevanje pacienta in svojcev v zdravstveno obravnavo, dobra komunikacija tudi po zaključku zdravljenja in povezanost s primarnim nivojem zdravstvenega varstva ter socialno-varstvenimi institucijami. Kot kazalnik kakovosti je opredeljena tudi anketa o zadovoljstvu pacientov. Poizkusno je bila anketa izvedena 2012. V anketi so bila vprašanja zastavljena na preprost način, razumljiva uporabniku. Poslanih je bilo 60 vprašalnikov, vrnjenih 51.

Tabela 4: anketa o zadovoljstvu pacientov s KO (vir: SBJ, 2012)

Vprašanje	da	ne	Ne vem
Ali so vam bile informacije posredovane na razumljiv način?	43	2	6
Ali so bili vaši svojci ali skrbniki vključeni v načrtovanje odpusta?	47	4	0
Ali ste bili odpuščeni na predviden datum odpusta?	43	5	3
Ali ste imeli vi oz. vaši svojci dovolj časa, da ste uredili vse potrebno za odpust iz bolnišnice?	51	0	0
Ali lahko rečete, da ste spoznali da je v bolnišnici medicinska sestra, ki koordinira odpust?	51	0	0
Ali lahko ocenite, da ta medicinska sestra dobro skrbi za načrtovanje odpusta?	46	1	4

Ugotovljeno je bilo, da je večina pacientov in njihovih svojcev, skrbnikov sodelovala pri načrtovanju svojega odpusta. Prišli so v osebni kontakt s KZO in se ob tem počutili varno ter zadovoljno, ker je obstajala oseba, ki jim je pomagala pri odhodu domov. Pomanjkljivost anketnega vprašalnika je razvidna iz vprašanj, ki se nanašajo samo na pravočasni in nemoten odpust (takrat KO), ne zajema pa zadovoljstva pacientov s koordiniranjem celostne zdravstvene obravnave (KZO). V pripravi je nov anketni vprašalnik.

3 ZAKLJUČEK

Na podlagi vseh podatkov vodenih v Splošni Bolnišnici Jesenice se kaže pozitiven rezultat uvedbe KZO v klinično prakso. Zdravstvena obravnava pacienta je bolj kakovostna, hitreje se prepoznajo dejavniki za otežen odpust, zmanjša se število ponovnih sprejemov, posledično se skrajša ležalna doba. Prepoznati je večje zadovoljstvo pacientov in njihovih svojcev, boljša je povezanost s primarnim zdravstvenim varstvom ter sodelovanje v zdravstvenih timih znotraj bolnišnice.

In še nekaj na kar smo zelo ponosni:

Ugotovitev DNV presojevalcev 2014: Organizaciji čestitamo za izjemno raven načrtovanja odpusta, ki vključuje obvezne zahteve proaktivne priprave pacienta za odpust in dodatne postopke ter skrbno spremljanje po odpustu, čemur so bili vsak posebej v živo priča vsi trije presojevalci. Postopki so dobro dokumentirani in tvorijo logično zaporedje (Poročilo o mednarodni akreditacijski presoji DNV, 2014).

LITERATURA

- SOP 11 - Protokol koordinatorja zdravstvene obravnave, interni vir Splošne bolnišnice Jesenice, 2013.
- Janša K. Poročilo strokovne direktorice, Strokovno poročilo Splošne Bolnišnice Jesenice za leto 2013.
- Standard za bolnišnice DIAS- DNV. International Accreditation Standard.
- Lavtižar J, Kramar Z. Koordinator zdravstvene obravnave pacienta. Trajnostni razvoj na področju kakovosti in varnosti, povezava med akreditacijo in varno ter kakovostno obravnavo pacientov, Kranjska Gora, 2012, 24-8.
- Karadžić - Šmitran D, Mulalić S. Od koordinatorja primera do koordinatorja odpusta v Splošni bolnišnici Jesenice. Trajnostni razvoj na področju kakovosti in varnosti, povezava med akreditacijo in varno ter kakovostno obravnavo pacientov, Kranjska Gora, 2012, 32-5.
- Kadivec S, Farkaš J, Lainščak M, Košnik M. Vloga koordinatorja odpusta pri pacienti s kronično obstruktivno pljučno boleznijo. Trajnostni razvoj na področju kakovosti in varnosti, povezava med akreditacijo in varno ter kakovostno obravnavo pacientov, Kranjska Gora, 2012, 29-31.
- Department of Health. Discharge from Hospital: Pathway, Process and Practice. London: The Stationery Office; 2003.
- Department of Health (2010). Discharge planning. The Stationery Office; 2010.

ENOSTAVNA, PRILAGODLJIVA IN VARNA APLIKACIJA BANANA ZA POROČANJE IN EVIDENTIRANJE NELJUBIH DOGODKOV

Brigita Putar, Jernej Tomšič

IZVLEČEK

Elektronski sistem poročanja neželenih dogodkov v Bolnišnici Topolšica je preprost in zelo učinkovit sistem poročanja. V Bolnišnici Topolšica so neželeni dogodki poimenovani z neljubimi dogodki, ker je zaposlenim ta izraz - termin bližje.

V prispevku je predstavljena je vloga predstavnika vodstva za kakovost in ostalih odgovornih oseb, ki se vključujejo v reševanje nastalega problemskega stanja na podlagi poročanja (prijav) neljubih dogodkov.

Poročanje o incidentih je del izboljševanja sistema kakovosti in varnosti v bolnišnici. Ključni razlog za poročanje o incidentih je, da se od njih učimo, in če je mogoče, preprečiti njihovo ponovitev.

Z namenom, da bi v sistem poročanja lahko vključili čim več zaposlenih in da bi le ti lahko sporočili neljubi dogodek do odgovorne osebe čim bolj preprosto (brez vmesnih posrednikov), smo se v naši bolnišnici odločili, da uvedemo elektronski sistem sporočanja neželenih (neljubih) dogodkov. Ta način sporočanja neželenih dogodkov nam omogoča izredno hitro odzivnost na eni strani ter nadzor nad reševanjem na drugi strani.

Ključne besede: neželeni dogodek, elektronsko poročanje, incident

1 UVOD

Neskladnost, ki smo jo v naši organizaciji zaradi večje sprejemljivosti oziroma boljšega razumevanja poimenovali neljubi dogodek, je po svoji definiciji vsako odstopanje od zahtev, ki jih je organizacija pri svojem delovanju opredelila. Te zahteve so lahko:

- zapisane ali dogovorjene zahteve odjemalca (odjemalčevi standardi, pogodbe),
- zakonske in druge zahteve (mednarodni certifikacijski ali akreditacijski standardi),
- v organizaciji postavljeni sistemi vodenja.

V bistvu gre za razumevanje, da je prav vsak neljubi dogodek priložnost za izboljšavo, saj le ta pomeni dogodek, ki se zgodi v delovnem procesu in predstavlja motnjo v učinkovitosti in uspešnosti ter ima lahko za posledico prizadetost delavcev, sodelavcev, pacientov ali okolja. Prav zato je evidentiranje, poročanje in analiza neljubih dogodkov pomembna za izboljšanje učinkovitosti ter uspešnosti delovanja procesov in delovanja sistema vodenja ter varnosti pacientov in izvajalcev.

2 NAMEN POROČANJA IN EVIDENTIRANJA NELJUBIH DOGODKOV

Namen poročanja in evidentiranja neljubih dogodkov je v tem, da na ta način organizacija v prvi vrsti skuša vključiti čim večje število zaposlenih, saj vemo, da v praksi veliko število neljubih dogodkov (neskladnosti) ni evidentirano in tako odgovorne osebe ne vedo in zaradi tega ne morejo presoditi, ali bi bilo smiselno iskati vzroke in izvajati ukrepe s katerimi bi odpravili ponavljanje takih dogodkov. Ta težava se pojavlja predvsem pri »manjših« neljubih dogodkih. Skratka, kratkoročno s takim poročanjem in evidentiranjem neljubih dogodkov dosežemo predvsem to, da se le ti čim prej tudi odpravijo. Glede na resnost neljubega dogodka se odločamo o izpeljavi korekcije ali korektivnega ukrepa. Seveda lahko nek neljubi dogodek opozori še na izpeljavo marsikaterega preventivnega ukrepa v drugi organizacijski enoti/oddelku/službi. Na daljši rok pa bo baza neljubih dogodkov za nas predstavljala dve pomembni iztočnici in sicer:

- pregled ponavljajočih neljubih dogodkov in
- dobro osnovo za obvladovanje tveganj.

Seveda se zavedamo, da bo ta baza podatkov dobra in uporabna, če nam bo uspelo prepričati čim večje število zaposlenih. Tudi to je eden od razlogov, zakaj smo v poročanje vključili oziroma dali možnost poročanja prav vsem zaposlenim in ne samo vodjem enot/oddelkov/služb in skrbnikom procesov. Prav tako spodbujamo poročanje neljubih dogodkov z našima internima glasiloma (BolTop novice in glasilom Topličnik), z objavljanjem člankov na to temo ter kvartalnim nagrajevanjem izbranega najboljšega predloga (Top predlog).

3 ZAKAJ ELEKTRONSKO POROČANJE?

Za poročanje neželenih dogodkov v bolnišnici so zdravstveni delavci seznanjeni in usposobljeni že nekaj let. Poročanje neželenih dogodkov je bilo zabeleženo le nekajkrat v letu od zaposlenih, pa še to večinoma na pobudo vodstvenih delavcev, katere so zaposleni seznanili z ustnim sporočilom.

Vesna Čuk (2006) v svojem delu ugotavlja, da imajo delavci v zdravstveni oskrbi in zdravstveni negi pomanjkljivo znanje o kakovosti in namenu spremljanja neželenih dogodkov. Ta trditev za bolnišnico Topolšica še vedno drži, saj se s strani zdravstvenih delavcev (zdravniki, medicinske sestre) poroča le malo neljubih dogodkov.

Terminologija na področju neželenih dogodkov v zdravstvu še ni dorečena: tako se srečujemo z izrazi kot so napaka pri pacientu, zdravstvena napaka, varnostni zaplet, opozorilni nevarni dogodek, varnostna tveganja, odkloni, neželen dogodek in incident. Pomeni nepredvideno odstopanje v procesu ali izidu zdravstvene in druge oskrbe« (Robida, 2002). Priporočilo Rec (2006) Odbora ministrov državam članicam o ravnanju z varnostjo bolnikov in preprečevanju neželenih dogodkov v zdravstvu, omenja tudi

varnostni zaplet, ki ga definira »kot nenamerni ali nepričakovani zaplet, ki bi lahko ali je škodoval pacientu pri prejemanju zdravstvene oskrbe«. Neuskklajenost na področju terminologije zelo pomembno vpliva na pojmovanje tovrstnih dogodkov med posameznimi bolnišnicami in s tem na različne interpretacije dobljenih podatkov.

V Bolnišnici Topolšica (BT) pripisujemo veliko pozornost in skrb spremljanju, raziskovanju in preprečevanju incidentov v klinični praksi. Zelo pomembno vlogo pri tem imajo zaposleni v zdravstveni negi, ki so s pacientom 24 ur na dan. Najpogostejši incidenti preteklih let v BT so bili padci. Literatura ne navaja jasne in enotne definicije padca, kar se zrcali tudi pri dokumentiranju le-teh. Morse, avtor po katerem se ocenjuje ogroženost pacienta za padeč, opredeljuje padeč kot nenačrtovan dogodek, ko se pacient neprostoovoljno znajde na tleh. Vključeni so tako pacienti, ki zdrsnejo na tla, in tisti, ki jih osebe najde na tleh. Te incidente je negovalno osebje BT prijavljalo na obrazcu Poročilo o padcu pacienta. Danes se padeč pacienta v BT evidentira in sporoča v bolnišnični informacijski sistem avtomatično, kjer imajo vpogled skrbnik procesa (kazalnik kakovosti), predstavnik vodstva za kakovost in ostali zdravstveni delavci z dodeljeno pravico dostopa do podatkov.

Služba za kakovost podatke o neželenih dogodkih redno spremlja in jih posreduje v reševanje, analizo in poroča vodstvu in prijavitelju neljubega dogodka.

4 KAKO POTEKA EL. POROČANJE (VLOGA POROČEVALCA, PVK, ...

Sistemi za poročanje neljubih dogodkov so povsod v bolnišnicah in so temelj prizadevanj za odkrivanje varnostnih dogodkov in težave s kakovostjo pacienta. Poročanje o incidentih se pogosto uporablja kot splošni izraz sistemov za varnost pacientov, ki se zanašajo na tiste, ki sodelujejo pri dogodkih, da zagotovijo podrobne informacije poročanja dogodka. Začetna poročila pogosto prihajajo od osebja, ki je neposredno vpleteno v dogodek (na primer: medicinska sestra, farmacevt ali zdravnik).

4.1 ZNAČILNOSTI SISTEMOV POROČANJA NEŽELENIH DOGODKOV

Učinkovit sistem za poročanje o neželenih dogodkih mora imeti štiri ključne lastnosti:

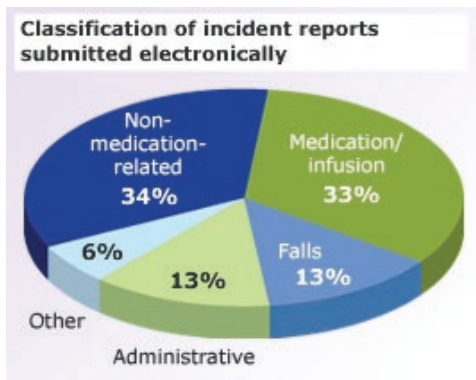
1. Učinkovito poročanje neljubih dogodkov.
2. Bolnišnica mora imeti podporno okolje za poročanje o dogodkih, da ščiti anonimnost zaposlenih, ki poročajo. Poročila so prejeta od širokega kroga zaposlenih.
3. Povzetke oziroma zaključke sporočenih dogodkov je treba posredovati pravočasno.
4. Za evidentiranje, sledenje in analiziranje, ukrepanje je potreben strukturiran mehanizem, ki mora biti pripravljen za pregledovanje poročil in razvoj akcijskih načrtov.

Medtem ko so sistemi poročanja tradicionalno evidentirani na papirju, so tehnološke izboljšave omogočile razvoj, ki temelji na spletnih sistemih, kateri lahko prejmejo podatke od elektronskih zdravstvenih zapisov. Prednosti sistemov poročanja o neželenih dogodkih prostovoljno vključujejo njihovo relativno sprejemljivost in sodelovanje osrednjega osebja pri prepoznavanju nevarnosti tveganja za organizacijo. Saj poročilo o neželenih dogodkih običajno vložijo osebe, ki sodelujejo v dogodkih samih, lahko tudi skrbniki.

Študije sistemov elektronskega poročanja neželenih dogodkov kažejo, da so napake pri terapiji z zdravili in padci pacientov med najbolj pogosto sporočenimi neželenimi dogodki.

V raziskavi Elektronsko sporočanje zdravstvenih napak in incidentov, ki je bila izvedena v letu 2006, je zapisano, da so bili elektronsko sporočeni naslednji deleži incidentov: 34% incidentov je bilo, ki niso povezani z zdravili, 33% incidentov je bilo povezanih z zdravili / infundiranje, 13% pa je bilo incidentov povezanih s padci, 13% je bilo s poslovnega področja in 6% druge kategorije (Milch, Salem, Pauker, Lundquist, Kumar, Chen, 2006)

Slika 1: Razvrstitev poročil o incidentih, sporočenih v elektronski obliki, Milch et al, 2006.



V tej raziskavi, so prikazali tudi omejitve, na katere so naleteli zdravniki in posledično so izpostavljeni vzroki ne sporočanja neželenih dogodkov s strani zdravnikov in sicer:

1. Ni povratne informacije o incidentu in ni možnost spremljanja statusa incidenta (57,7%).
2. Preobsežen obrazec za izpolnitev, premalo časa (54,2%). (Evans in sod., 2006).

Luksemburška deklaracija o varnosti pacientov piše, da je prvi namen sistema poročanja neljubih dogodkov (zapletov) povečanje varnosti pacientov z učenjem na

neželenih dogodkih. Poročanje in zbiranje podatkov o neljubih dogodkih je smiselno samo takrat, kadar jih analiziramo, ocenimo in damo povratno informacijo osebi, ki je bilo udeleženo pri zapletu in vsem drugim, ki bi se lahko kaj naučili iz tega. Namen sistema poročanja podatkov ni, da bi ugotovili in kaznovali posameznika, ki je bil udeležen pri varnostnem zapletu (neljubem dogodku) pri pacientu. O neljubih dogodkih lahko poročajo vsi delavci bolnišnice.

Sistem poročanja je:

- **prostovoljen**; v mnogih primerih samo posamezen delavec ve o neželenem dogodku, ki ni povzročil škode in vodstvo.
- **zaupen**; vendar, če dogodek vodi k analizi in učenju, morajo biti imena oseb, ki so bili udeleženci pri zapletu, krajevno znana (t.j. znotraj zdravstvene ustanove, kjer je prišlo do dogodka);
- **nekaznovalen** za tiste, ki poročajo, vendar ne zagotavljati imunitete, če morajo biti o dogodku obveščena nadzorna telesa, glede na posledice, ki jih ima dogodek za pacienta;
- **objektiven**: glede najdbe in priporočila;
- **spodbuden** za neomejeno poročanje vseh, ki delajo v zdravstvenem sistemu;
- **ima enotno obliko** poročanja o neljubih dogodkih

Bolnišnica Topolšica uporablja sistem za poročanje neljubih dogodkov kot del sistema nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti.

4.2 ENOSTAVNA, PRILAGODLJIVA IN VARNA REŠITEV V BT

Intranetna spletna stran BT je za poročanje Neljubih dogodkov (Banana) enostavna za uporabo. Obrazec v aplikaciji je bil oblikovan v sodelovanju z našimi uporabniki (sodelavci) in je preprost za uporabo in primeren za klinična in neklinična poročanja neljubih dogodkov. Neljubi dogodek lahko prijavi vsakdo v naši organizaciji (BT), ki ima dostop do računalnika v omrežju- to je predvsem na delovnih postajah v bolnišnici ali v dislociranih enotah/slужbah.

Uporabniki imajo na vsakem oddelku ali delovni postaji omogočen dostop do prijave neljubih dogodkov. Zaposleni, ki prijavi neljubi dogodek ima možnost vpisati svoj mail naslov in dobiti povratno informacijo oziroma informacijo o zaključku neljubega dogodka. Vodstvo bolnišnice pa je vseskozi obravnave neljubega dogodka seznanjeno z njegovim statusom. Aplikacija neljubih dogodkov je pripravljena tako, da se lahko sodelavec prijavi vsa odstopanja na enotah/oddelkih/slужbah.

Prijava neljubega dogodka prispe v elektronski predal predstavnika vodstva za kakovost. Elektronsko sporočilo ima prepoznaven naslov- Prijava napake, nato ima ime prijavitelja, datum, čas in enoto/slужbo/oddelek.

Predstavnika vodstva za kakovost (PVK) prebere prijavo in jo posreduje odgovornim in prijavitelju v vednost, da je bilo njegovo sporočilo posredovano do odgovornih.

Odgovorna vodstvena oseba prebere, določi odgovorno osebo za določitev vzroka, analizo in ukrep z realizacijo- ter elektronsko sporočilo posreduje naprej v reševanje, PVK pa kopijo. Odgovorna oseba, ko z raziskavo pride do vzroka in analize- le to posreduje odgovornem in PVK, nato pa še določi ukrepe z imeni oseb za izvedbo. Ko je neljubi dogodek zaključen, se prijavitelju posreduje elektronsko sporočilo o rešitvi in zaključku neljubega dogodka.

5 ZAKLJUČEK

Število evidentiranih neljubih dogodkov (neželenih dogodkov) se letno povečuje, kar ne pomeni manjše kakovosti dela, ampak večjo osveščenost in odgovornost izvajalcev o pomenu sporočanja in evidentiranja teh dogodkov ter z izvajanjem ustreznih ukrepov stalno izboljševanje sistema kakovosti in s tem seveda tudi večjo verjetnost realizacije postavljenih ciljev kakovosti.

Vsaka organizacija mora upoštevati tri ključna načela:

- doseči čim večje zadovoljstvo uporabnikov,
- stalno izboljševati svoje procese in
- doseči čim boljše in čim širše sodelovanje vseh zaposlenih pri realizaciji ciljev kakovosti, ki si jih je zastavila.

Kakovost je odgovornost vsakega posameznika in zato skupni rezultat dela zaposlenih v procesih zdravstvene obravnave in podpornih procesih v bolnišnici in potrjuje ter dokazuje znani rek, da so »Za visoko kakovost potrebni vsi zaposleni (sodelavci), za slabo je dovolj samo eden«.

LITERATURA

- Evans SM, Berry JG, Smith BJ, et al., Odnos in ovire poročanja o pomembnih dogodkih: skupna študija bolnišnica. Kvalifikacije Saf Health Care. 2006, 15: 39-43.
- Lapanja A. Mohar M. Neželeni dogodki v psihiatrični zdravstveni negi in strategija za zmanjšanje ponovnega nastopa neželenega dogodka. V: Čuk V. Strokovno srečanje Raziskovanje, izobraževanje in razvoj v psihiatrični zdravstveni negi. (podtema Pravice bolnikov in zaposlenih), Maribor, 26. oktober 2006. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2006: 26.
- Milch CE, Salem DN, Pauker SG, Lundquist TG, Kumar S, Chen J. Voluntary electronic reporting of medical errors and adverse events. J Gen Intern Med. 2006;21:165-170.
- Morse J. M. Preventing patient falls. Sage Publications, Thousand Oaks, London, 1997.
- Priporočilo Rec (2006) Odbora ministrov državam članicam o ravnanju z varnostjo bolnikov in preprečevanju neželenih dogodkov v zdravstvu. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2007.
- Robida A. Opozorilni nevarni dogodki. ISIS 2002; maj: 39-47.

KAKO SMO UČINKOVITI PRI LAJŠANJU AKUTNE BOLEČINE PACIENTOV V SPLOŠNI BOLNIŠNICI NOVO MESTO?

Jožica Rešetič

IZVLEČEK

V Splošni bolnišnici Novo mesto pri uvajanju procesa kakovosti izhajamo iz dejstva, da je pacient pri nas v središču dogajanja, zato mora biti deležen tako kakovostne kot varne oskrbe. V Splošni bolnišnici Novo mesto se zavedamo, da je pri vseh procesih dela, potrebno nenehno izboljševanje v smeri popolnega obvladovanja kakovosti, kar pa dosežemo z »Demingovim krogom« (planiraj, naredi, kontroliraj in ukrepaj). Poseben poudarek je predvsem na preverjanju in ukrepanju.

Ker smo želeli ugotoviti, kako uspešni in dobri smo prav pri slednjih dveh zahtevah Demingovega kroga, smo si za predmet raziskave izbrali lajšanje akutne bolečine pri pacientih po operacijah na travmatološkem in ortopedskem odseku kirurškega oddelka. Za raziskovalno nalogo smo si postavili naslednje vprašanje: »Kako dobro vodimo postopek lajšanja akutne bolečine v Splošni bolnišnici Novo mesto?«.

Cilj raziskave je, da s pomočjo vprašalnika pridobimo posnetek dejanskega stanja glede na zastavljeni cilj, ki je zapisan v protokolu »Lajšanja bolečine v Splošni bolnišnici Novo mesto«. V njem je zapisano, da je akutna bolečina pri pacientih po operaciji lahko največ (3), zaželeno pa je manj v smislu nadgradnje PDCA kroga.

Rezultati raziskave kažejo, da nismo dosegli zaželenega in zapisanega cilja, zato smo po izvedeni anketi izpeljali naslednje ukrepe: ustanovili smo skupino za lajšanje bolečine, uvedli smo obvezno izobraževanje o bolečini in njenem lajšanju za vse zaposlene na področju zdravstvene nege - ta sklop izobraževanja zajema tudi motivacijo in spremembo miselnosti zaposlenih o bolečini, uvedli smo vnos bolečine v informacijski sistem ter stalni nadzor nad izvajanjem vseh procesov, ki so povezani z bolečino. Skupina za lajšanje bolečine zahteva redna mesečna poročila o izvajanju nadzorov glede merjenja in vodenja bolečine po oddelkih, sprejema pa tudi predloge za izboljšanje procesov in jih poskuša plasirati med izvajalce.

Ali smo na pravi poti in ali so ukrepi pravi pa nam bo povedala naslednja anketa, ki jo bomo izvedli konec oktobra 2014.

Ključne besede: kakovost, bolečina, medicinska sestra

1 UVOD

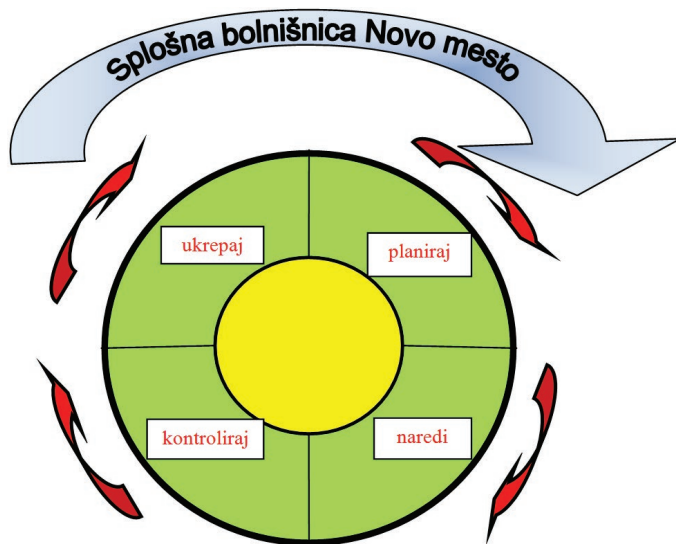
Kakovost je v javnem zavodu zelo pomembna in sicer za kvalitetno izvajanje uslug in počutje kupcev storitev. Kakovost je izpolnjevanje zahtev in pričakovanj uporabnikov. Bolečina je odsev pacientove čustvene reakcije na zaznavo bolečinskega dražljaja. Je kompleksna človekova izkušnja, ki je lahko pozitivna ali negativna. Za posameznika je zelo osebna, čustveno neprijetna izkušnja, ki jo vsak doživlja po svoje.

Način lajšanja bolečine pri pacientu predpiše zdravnik, medicinska sestra pa je pomemben del strokovne skupine za njeno lajšanje. Zato ima medicinska sestra pomembno vlogo pri lajšanju bolečine, saj prav ona na svojem delovnem mestu pri pacientu ocenjuje njeno moč. Medicinska sestra z ocenjevanjem jakosti bolečine, dajanjem analgetične terapije in opazovanjem njenih učinkov ter dokumentiranjem naredi bolečino vidno. V delokrog medicinske sestre v Splošni bolnišnici Novo mesto sodi tudi lajšanje bolečine. Dolžnost in odgovornost medicinske sestre je njeno lajšanje in dokumentiranje le-te, ki izhaja iz pravice pacientov, vendar pa je to odvisno tudi od njenega znanja, izkušenj in hotenj. Danes v praksi dajemo vedno večji pomen široko razgledani medicinski sestri na vseh področjih njenega delovanja.

Kratek pregled zgodovinskih dogajanj na področju dvigovanja zavesti o pomenu kakovosti v svetu, na začetku predvsem v industriji in pozneje tudi na področju storitev, nam kaže na dejstvo, da je Japonska že v petdesetih letih razvila svoj sistemski pristop obvladovanja kakovosti (Total Quality Management), katerega razvoj in posledica sta bila zaznamovana v letu 1951 s podelitvijo prve nagrade za kakovost, Demingove nagrade (po Američanu dr. W. Edwards Demingu), najboljšim podjetjem po vrsti pomembnih kazalcev oz. meril. Ni dovolj, da delamo tako, kot je zapisano, da zgolj sledimo postavljenim standardom – dosežati moramo zastavljene cilje in rezultate, jih nenehno izboljševati in na ustrezen način izkazovati ter potrjevati.

V zdravstvu (Bručan, 2006) je kakovostna zdravstvena oskrba najboljša možna oskrba z najboljšim možnim izidom, ki jo ljudje prejmejo vedno, kadar jo potrebujejo. Trenutna temeljna metoda v zdravstvu za zagotavljanje kakovosti je kontroliranje in nadziranje. Vprašanje pa je, ali je kontrola sploh potrebna. Seveda ni potrebna, če so načrtovani in izdelani procesi, če so izdelana ustrezna navodila, če so izdelani standardi storitev in klinične poti, ter če so ljudje usposobljeni in delajo natanko tako, kot je predpisano. Ni dovolj, da delamo tako, kot je zapisano, da zgolj sledimo postavljenim standardom – dosežati moramo zastavljene cilje in rezultate, jih nenehno izboljševati in na ustrezen način izkazovati ter potrjevati. To lahko dosežemo z «Demingovim krogom». Z njim bomo v naši bolnišnici dosegli zastavljene cilje na poti do kakovosti in odličnosti.

Odličnost pomeni: »Odlična praksa upravljanja organizacije in doseganje rezultatov na podlagi temeljnih gradnikov, kot so: usmerjenost v rezultate, osredotočenost na odjemalce, voditeljstvo in stanovitnost namena, upravljanje s procesi in dejstvi, vključevanje zaposlenih, stalno izboljševanje in inovativnost, obojestransko koristna partnerstva, družbena odgovornost organizacije.« (MIRS, 2004).



Slika 1: Demingov krog v Splošni bolnišnici Novo mesto, vir: PDCA (2014)

Odlična presoja procesov so ankete, iz katerih izvemo potrebe in nezadovoljstvo odjemalcev uslug, istočasno pa nam dajo priložnost, da izboljšamo procese. Zato smo v Splošni bolnišnici Novo mesto izvedli raziskavo z vprašanjem: »Ali dobro vodimo postopek lajšanja akutne bolečine v Splošni bolnišnici Novo mesto?«.

Namen raziskave je predstaviti in preučiti postopke lajšanja akutne bolečine pri pacientih po operacijah v Splošni bolnišnici Novo mesto. Da bi dosegli želeni cilj, smo opravili anketo o »Obvladovanju bolečine v Splošni bolnišnici Novo mesto«.

Cilj raziskave pa je, da s pomočjo vprašalnika pridobimo posnetek dejanskega stanja glede na lajšanje akutne bolečine pri pacientih po operacijah v Splošni bolnišnici Novo mesto.

2 KAKOVOST IN ORGANIZACIJA

V bolnišnici se zavedamo, da kakovost storitve ne sme biti nikoli prepuščena naključju, temveč mora biti rezultat skrbnega planiranja, brezhibne izvedbe in stalnega nadzora. Zato je potrebno, tudi na osnovi zahtev podanih v standardu ISO 9001 in ISO 9004, v organizacijsko zgradbo vgraditi sistem kakovosti. Sistem kakovosti je sredstvo za izvajanje politike kakovosti in doseganje postavljenih ciljev. Bistvo sistema kakovosti je, da vse dejavnosti, ki vplivajo na kakovost storitve, sistemsko planiramo, izvajamo, nadzorujemo in dokumentiramo. Vsak udeleženec v procesu, kot tudi organizacijska enota, mora vedeti, kje je njegovo mesto v sistemu, kaj so njegove naloge in odgovornosti in kako mora delati. Sisteme (Krapše, 1999) kakovosti je potrebno nenehno izboljševati. Marolt (1987) meni, da je kvaliteta storitev vse bolj odločujoč faktor, ki vpliva na uspešnost gospodarjenja in dobro ime vsake organizacije.

Izzivi za bolnišnico so vedno večje potrebe in pričakovanja uporabnikov ter širšega okolja, hiter razvoj tehnologije in konkurenčnosti glede ponudbe zdravstvenih storitev,

ki zahtevajo od bolnišnice, da se čim prej spopade s temi izzivi, začne načrtovati spremembe in se prilagajati trendom učinkovitega poslovanja.

Mednarodni STANDARD ISO 9001:2000 spodbuja uveljavljanje procesnega pristopa pri razvijanju, izvajanju in izboljševanju učinkovitosti sistema vodenja kakovosti z namenom, da bi se z izpolnjevanjem zahtev uporabnikov (pacientov) povečalo njihovo zadovoljstvo.

Da je delo v javnem zavodu kakovostno, mora biti racionalno organizirano. Toda kakovostno delo je mogoče le ob dobrih odnosih (Vizita, 2007) med zdravstvenimi delavci – timsko delo.

Ključni koraki pri sistemu vzpostavitve vodenja kakovosti pa so opredelitev procesov v bolnišnici, seznanjanje zaposlenih, uvajanje sistema z reševanjem in obvladovanje ukrepov. Vzpostaviti je potrebno tudi močno motivacijo za kakovost, s tem da aktivnosti za zagotavljanje kakovosti ne smejo ostati posamične, da je pri vseh aktivnostih glavni pacient in njegovo zadovoljstvo, da je motivacija že vsaka sprememba, ki jo lahko pokažemo (rezultati) in dober sloves organizacije.

3 BOLEČINA

Bolečina je pogost spremljevalec našega življenja, spremlja nas od rojstva pa vse do smrti. Je kompleksen pojav, ki pacienta prisili, da poišče strokovno pomoč. Bolečina je v določenih primerih koristna, če že ne nujna za preživetje človeka. Brez pojava bolečine, bi bolezen pogosto ostala prikrita.

Vsak človek ima po ženevski konvenciji pravico živeti brez bolečine. Sodobna medicina se vse intenzivneje prizadeva lajšati bolečine. Vse bolečine niso 100-odstotno obvladljive. Živeti popolnoma brez bolečin je tako ali tako iluzija. Bolečina je zelo osebna, čustveno neprijetna izkušnja, ki jo vsak posameznik doživlja po svoje. Banič (1991 po Soffer, 1981) definira bolečino kot individualno izkušnjo ali individualno doživljanje.

Obstaja veliko načinov, da pacient pove, kako in kdaj ga boli in kaj zanj pomeni doživljanje bolečine. Opiše tudi druge dejavnike – kdaj se pojavi, kako dolgo traja, kdaj se umiri ali poveča – ob gibanju ali mirovanju. Ocenjuje se tudi kakovost življenja, ki pokaže, koliko je pacient zaradi bolečine ohromljen v vsakdanjem življenju. Banič (1991 po Sternback, 1968) opredeljuje bolečino kot vzorec individualnih odgovorov, ki je odvisen od človekovega fiziološkega, psihološkega in kulturnega ozadja. Bolečina je lahko za pacienta ena najhujših doživetij v njegovem življenju.

Še danes lajšanje pooperativne bolečine ni optimalno, zato se iščejo načini za njeno učinkovito obvladovanje. Zdi se, da bo izboljšanje slonelo na večji, organizirani skrbi za operiranca, uporabi multimodalne analgezije, ki bo vpeljana pred operacijo in bo trajala do zacelitve (Krčevski - Skvarč, 2005).

Strokovnjaki na področju lajšanja bolečine menijo, da je treba vsako akutno bolečino lajšati. Nezdravljena akutna bolečina ima škodljive učinke na organizem. Najboljši način lajšanja akutne bolečine je tisti, ki odpravi vzrok.

3.1 Akutna bolečina

Akutna bolečina je običajno nociceptivna bolečina, torej posledica vzdraženja nociceptorjev zaradi poškodbe ali bolezni. Poznamo somatske in visceralne receptorje. Somatski nociceptorji se nahajajo v koži, podkožju, mišičnih ovojnicah in drugih vezivnih tkivih, pokostnici, endostu ter v sklepnih ovojnicah, visceralni nociceptorji pa v drobovju in okoliških tkivih. Vzdraženje somatskih nociceptorjev običajno povzroči ostro, dobro lokalizirano bolečino, vzdraženje visceralnih nociceptorjev pa slabo lokalizirano, globoko ali krčevito bolečino, ki lahko seva tudi v zunanje predele telesa. (Wikipedia, 2014 po Beers et al.: The Merck Manual, 2006). Številni dražljaji lahko neposredno vzdražijo nociceptorje (npr. mehanski pritisk, toplota), večina bolečinskih dražljajev pa je povezana s sproščanjem telesu lastnih snovi (endogeni algogeni), ki vzdražijo in/ali senzitivirajo nociceptorje. Eden od najmočnejših telesu lastnih algogenov je bradikinin, ki ima sicer tudi vlogo vnetnega posrednika. Prostaglandini sami ne vzdražijo nociceptorjev, vendar jih le senzitivirajo oziroma naredijo dovzetnejše za vzdraženje drugih endogenih algogenov (Wikipedia, 2014 po Bresjanac 2003). Kazić (2005) govori, da se na kirurškem oddelku srečujemo z akutno bolečino, ki je časovno omejena in je posledica pooperativne poškodbe tkiva in mine z zacelitvijo tkiv.

Značilnosti za nenadno, akutno bolečino so: pospešen srčni utrip, zvišan krvni tlak, znojenje, pacient lahko določi natančno območje čutenja bolečine, njen značaj in čas trajanja. Akutna bolečina nastane nenadoma in ne traja dolgo (Gorjup, 2005). Vzrok nastanka je največkrat jasen. Med akutno bolečino spada tudi pooperativna bolečina. Pooperativna bolečina nastopi zaradi operacije, stopnjuje pa jo še napetost, zaskrbljenost in strah o izidu operacije. Akutna pooperativna bolečina je v naprej pričakovana in traja omejen čas. Ker je pacient v bolnišnici, ni nobenega opravičila, da bi trpel bolečino. Ko pacienta boli, lahko dobi pomoč, res pa je, da mora tudi sam aktivno sodelovati. Pravočasna prepoznava akutne bolečine je za vse zdravstvene delavce, ki delajo na tem področju zahtevna, celovita in težka naloga. Pomemben del procesa zdravstvene nege pri pacientih je prepoznati akutno bolečino z opazovanjem pacienta in negovalno anamnezo. Delavci na področju zdravstvene nege so strokovnjaki pri opazovanju in ocenjevanju prisotne akutne bolečine. Izhodišče za učinkovito lajšanje akutne bolečine je ocenjevanje bolečine in izbira primernih načinov lajšanja, zato morajo imeti člani negovalnega tima dovolj znanja in izkušenj (Ekart Stojanović, 2014). Svilenković (2009) pravi, da je učinkovita komunikacija pogoj za vzpostavljanje zaupanja in terapevtskega odnosa med pacientom in medicinsko sestro. To pa je pogoj za uspešno ocenjevanje bolečine.

4 REZULTATI RAZISKAVE

Raziskava je način ugotavljanja, kako teoretična spoznanja ustrezajo dejstvom. Naša raziskava ima značilnosti kvantitativne metode. Za preučevanje problema je bila izbrana deskriptivna metoda. Prikazan je anketni vprašalnik v celoti, kakor je bil uporabljen za posameznika.

Ta je bil razdeljen na dva dela. V prvem delu so splošni podatki o anketirancih, ki vključujejo starost in spol, drugi del pa zajema diagnoze, kirurške posege, predpisano protibolečinsko terapijo in način aplikacije, ki je dana proti bolečinski terapiji ter VAS. Dobljeni podatki iz izpolnjenih vprašalnikov so bili ročno in računalniško obdelani v sistemu Windows, s programskim paketom Microsoft Office in preglednico Excel.

Anketiranje o obvladovanju bolečine v SB NM je potekalo marca 2014 na kirurškem oddelku na travmatološko – ortopedskem odseku „A“. V raziskavo je bilo vključenih 50 pacientov. Anketa je potekala anonimno. Vrnjenih je bilo 36 izpolnjenih vprašalnikov in 10 neizpolnjenih. Iz nadaljnje obravnave smo izločili še 5 vprašalnikov, ki so bili neustrezno ali pomanjkljivo izpolnjeni.

Vsi sodelujoči so bili na začetku raziskave seznanjeni z namenom in ciljem raziskave. Upoštevano je bilo načelo prostovoljnosti in anonimnosti.

Rezultati ankete

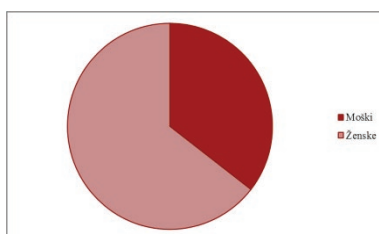
Vrnjenih je bilo 92 % anket. Pravilno izpolnjenih je bilo 31 anket (62 %), ki so bile uporabljene za statistično obravnavo. Rezultati raziskave so predstavljeni v istem zaporedju, kot sledijo vprašanja v anketnem vprašalniku. Ugotovitve temeljijo na analizi vzorčnih podatkov.

Demografski podatki

Povprečna starost anketirancev je 72,61 leta. V anketi je sodelovalo 11 moških (35,49 %) in 20 žensk (64,51 %).

Tabela 1: Spol

Moški	35,49%
Ženske	64,51%

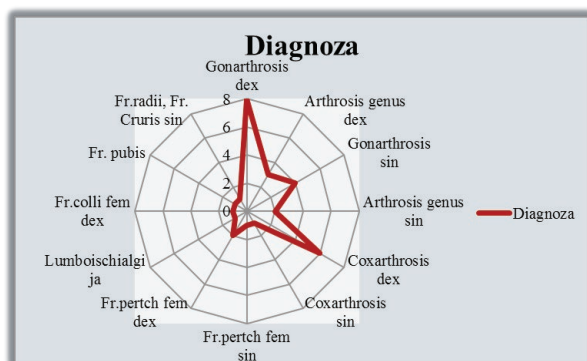


Slika 2: Spol anketirancev, vir - Splošna bolnišnica Novo mesto

Rezultati raziskave o lažšanju akutne bolečine pri pacientih po operacijah v Splošni bolnišnici Novo mesto

Tabela 2: Diagnoza

Diagnoza	Število
Gonarthrosis dex	8
Arthrosis genus dex	3
Skupaj:	11
Gonarthrosis sin	4
Arthrosis genus sin	2
Skupaj:	6
Coxarthrosis dex	6
Coxarthrosis sin	1
Fr.pertch fem sin	1
Fr.pertch fem dex	2
Lumboischialgija	1
Fr.colli fem dex	1
Fr. pubis	1
Fr.radii, Fr. Cruris sin	1



Slika 3: Diagnoza, vir - Splošna bolnišnica Novo mesto

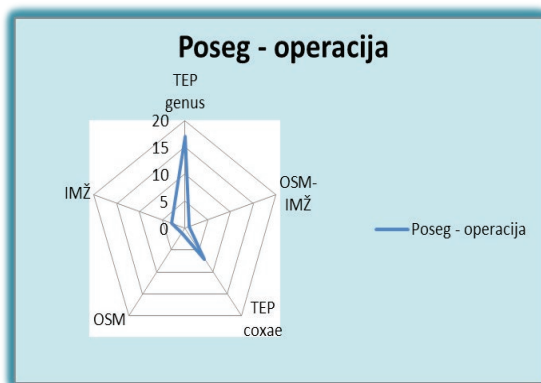
V tabeli so predstavljene najpogostejše diagnoze bolezni pacientov.

Kirurški poseg

Kirurški poseg je bil opravljen pri 29 (93,54 %) anketiranih, samo pri dveh ni bil potreben.

Tabela 3: Poseg – operacija

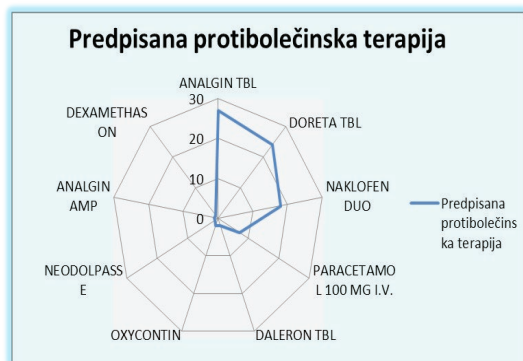
Poseg – operacija	Številka
TEP genus	17
OSM-IMŽ	1
TEP coxae	7
OSM	1
IMŽ	3



Slika 4: vir - Splošna bolnišnica Novo mesto

Tabela 4: Predpisana protibolečinska terapija

Predpisana protibolečinska terapija	Kolikokrat predpisano
ANALGIN TBL	27
DORETA TBL	24
NAKLOFEN DUO	18
PARACETAMOL 100 MG I.V.	7
DALERON TBL	2
OXYCONTIN	2
NEODOLPASSE	1
ANALGIN AMP	1
DEXAMETHASON	1

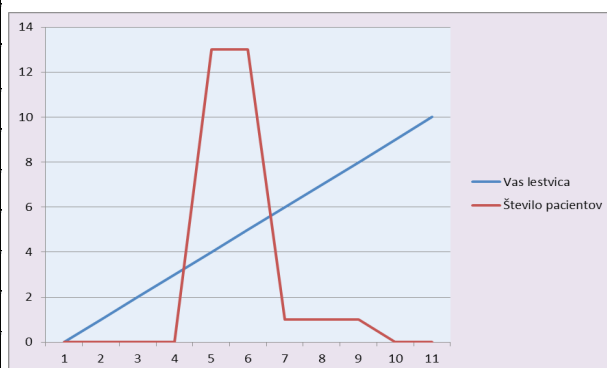


Slika 5: Predpisana protibolečinska terapija, vir - Splošna bolnišnica Novo mesto

Iz tabele je razvidno, da je bile najpogosteje predpisana terapija: Analgin tablete (27), sledijo Doreta tablete (24) in Naklofen duo tablete (18).

Tabela 5: VAS pred aplikacijo terapije

Vas lestvica	Število pacientov
0	0
1	0
2	0
3	0
4	13
5	13
6	1
7	1
8	1
9	0
10	0

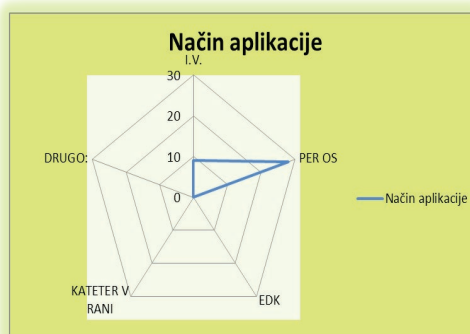


Slika 6: VAS pred aplikacijo terapije, vir - Splošna bolnišnica Novo mesto

Pred aplikacijo je bila pri pacientih akutna bolečina pri večini vprašanih od 4 – 5. Le trije pacienti so imeli višjo (6, 7, 8). Noben pacient pa ni imel 9 ali 10.

Tabela 6: Način aplikacije

Način aplikacije	Kolikokrat je bilo dano
I.V.	9
PER OS	28
EDK	0
KATETER V RANI	0
DRUGO:	0

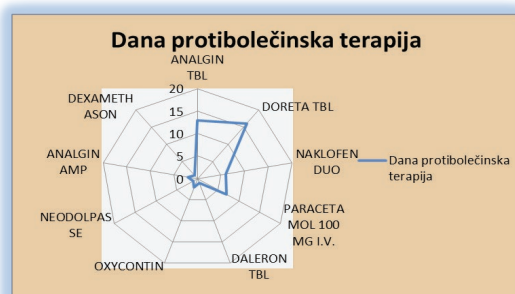


Slika 7: Način aplikacije, vir - Splošna bolnišnica Novo mesto

Pacienti so terapijo dobili najpogosteje per os (28).

Tabela 7: Dana protibolečinska terapija

Predpisana protibolečinska terapija	Kolikokrat je bila dana
ANALGIN TBL	13
DORETA TBL	16
NAKLOFEN DUO	6
PARACETAMOL 100 MG IV	7
DALERON TBL	1
OXYCONTIN	2
NEODOLPASSE	1
ANALGIN AMP	2
DEXAMETHASON	1



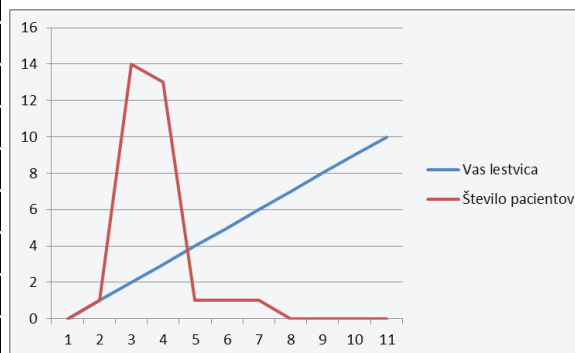
Slika 8: Dana protibolečinska terapija, vir - Splošna bolnišnica Novo mesto

VAS po aplikaciji terapije

Medicinske sestre so najpogosteje pacientom dale predpisano terapijo - Doreta tablete (16)

Tabela 8: VAS po aplikaciji terapije

Vas lestvica	Število pacientov
0	0
1	0
2	13
3	13
4	1
5	1
6	1
7	0
8	0
9	0
10	0



Slika 9: VAS, vir - Splošna bolnišnica Novo mesto

Iz tabele je razvidno, da je bila bolečina po aplikaciji predpisane terapije med 2 in 3, le trije pacienti so imeli višjo (4, 5, 6,)

Razprava

Rezultati ankete kažejo, da je bila najpogostejša diagnoza Gonarthrosis dex (35 %), sledi ji Coxarthrosis dex (19 %). Najpogostejša operacija je bila TEP genus (54 %), sledi ji pa TEP coxae (22 %). Od predpisane protibolečinske terapije sta bila najpogosteje uporabljena: Analgin in Doreta v 92 %, sledi jima Naklofen duo v 20 %. Predpisana terapija je bila dana pacientom v 92 % per os in samo v 8 % i. v.. Po zaužitju in aplikaciji protibolečinske terapije so imeli pacienti po meritvi bolečino v povprečju 3.

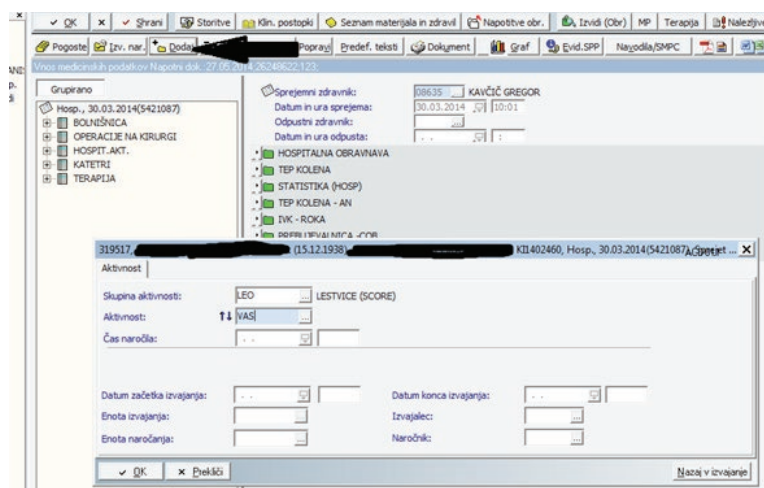
Naš cilj je, da bolečino odpravimo ali pa naredimo znosno. Iz rezultatov izvedene ankete je razvidno, da nismo dosegli zaželenega in zapisanega cilja. Zato smo po izvedeni anketi izpeljali določene ukrepe, ki bodo izboljšali procese dela, da bomo dosegli zastavljeni cilj. Z rezultati ankete smo obvestili vodstvo bolnišnice, predvsem strokovno direktorico in komisijo za kakovost in varnost. Strokovna direktorica je predlagala ustanovitev skupine za lajšanje bolečine. V to skupino smo vključili vse zdravstvene delavce, ki delujejo na področju lajšanja bolečine. Vodenje te skupine so prevzeli zdravstveni delavci s področja anestezije. V skupini so zdravniki in medicinske sestre z različnih področij delovanja. Na prvem sestanku si je skupina postavile cilje za svoje delovanje. Prvi cilj je, da se izvede obvezno izobraževanje za vse zaposlene, ki delajo na področju bolečine in njenem lajšanju. Ta sklop izobraževanja zajema tudi

motivacijo in spremembo miselnosti zaposlenih o bolečini in njenem lajšanju. Iz tabele je razvidno, da izobraževanje za zaposlene na področju zdravstvene nege že poteka in da se ga zaposleni odgovorno udeležujejo.

Tabela 9: Število udeležencev izobraževanja

Leto 2014 Število udeležencev				
	Zaposleni SB	Pripravniki ZT	Dijaki PUB	na Skupaj
4 - 6 2014	42	20	23	85
Skupaj	42	20	23	85

Po skupnem razmisleku se je skupina odločila, da se po oddelkih uvede obvezen vnos bolečine v informacijski sistem ter stalni nadzor nad izvajanjem vseh procesov, ki so povezani z bolečino. Vnos bolečine že poteka po protokolu, ki ga je sestavila skupina s pomočjo informatikov. V nadaljevanju je prikazan začeten vnos datoteke v PDF formatu v program Birpis 21, ki ga uporabljajo zdravstveni delavci za vnos zmerjene bolečine pri pacientih.



Slika 10: Prikaz vnosa bolečine v datoteke v PDF formatu v program Birpis21 - vir - Splošna bolnišnica Novo mesto

Skupina za lajšanje bolečine zahteva redna mesečna poročila z vseh oddelkov o izvajanju nadzorov glede merjenja in vodenja bolečine. Na skupnih rednih sestankih se skupina pogovarja o težavah, s katerimi se srečujejo izvajalci del. Predlogi za izboljšanje procesov s strani izvajalcev so dobrodošli, zato jih skupina poskuša uporabiti in plasirati med njih. En predlog je že v izvajanju (zloženka o bolečini za paciente).

Zaključek

V današnji zdravstveni negi so spremembe nujno potrebne tudi na področju obravnavanja akutne bolečine. V Splošni bolnišnici Novo mesto želimo, da bi bili pacienti po vseh operacijah brez akutne bolečine. Ker se zavedamo, da to vedno ni možno, smo si za cilj postavili, da bomo strmeli k temu, da akutna bolečina ni večja od 3 (protokol »Lajšanja bolečine v Splošni bolnišnici Novo mesto«). Kako uspešni smo pri doseganju zastavljenega cilja, pa bomo izvedeli po ponovitvi anketnega vprašalnika. Tega bomo izvedli konec oktobra tega leta.

Ker je medicinska sestra strokovnjak na področju zdravstvene nege, lahko s svojim znanjem in izkušnjami zazna vse težave, ki nastanejo pri pacientu z akutno bolečino. Zato akutno bolečino lahko lajša ali pa jo celo prepreči.

Glede na pričakovanja in zahteve o kakovosti dela ter potreb pacientov, se je treba na vseh področjih zdravstvene nege zavzemati, da se v slovenskem nivoju akutna bolečina zmanjša ali celo odstrani. Na uspešno zdravljenje akutne bolečine v Splošni bolnišnici Novo mesto vplivajo različni faktorji, predvsem pa organiziranost in izobraževanje vseh sodelujočih v procesu lajšanja bolečine. Pregovor iz antičnega sveta velja še danes: **LAJŠANJE BOLEČINE JE BOŽANSKO DELO**. To velja tudi za medicinske sestre, ki sodelujejo pri lajšanju akutne bolečine.

Kadar hočemo zaposlene pripraviti, da delajo, moramo najprej aktivirati notranjo pripravljenost (motivacijsko) za akcijo in šele potem delovno (organizacijsko) angažiranost. Ko je zavest pri zaposlenih večja, da je treba nekaj kakovostno in odgovorno narediti, se bo dejansko tudi več naredilo.

LITERATURA

- Banič E. Vpliv bolečine na proces zdravstvene nege. Zdrav obzor. 1991; 25: 05-10.
- Bručan A. Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2006
- Gorjup P. Izkušnje in problemi s katerimi se srečujejo medicinske sestre pri lajšanju pooperativne bolečine na oddelkih. In: Nunar Preko A, Buček Hajdarević I. Zbornik predavanj »Lajšanje akutne pooperativne bolečine«: Zbornica zdravstvene nege in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2005.
- Kazić S. Sodelovanje med oddelčnimi medicinskimi sestrami in službo za lajšanje pooperativne bolečine. In: Nunar Preko A, Buček Hajdarević I. Zbornik predavanj »Lajšanje akutne pooperativne bolečine«: Zbornica zdravstvene nege in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2005.
- Krapše Š. Samoocenjevanje kakovosti zdravstvenega zavoda – metodologija priznanj RS za poslovno odličnost. Ljubljana: Dedalus; 1999
- Krčevski - Škvarč N. Kronična bolečina – bolezen. In: Kersnik J. Zbornik predavanj VII. Fajdigovi dnevi

»Kronična bolečina, hiperlipidemije, menopavza, hipertenzija, podporno zdravljenje rakavih bolnikov, erektilne motnje«: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2005.

Marolt J. Zagotavljanje kvalitete. Kranj: Moderna organizacija; 1987.

Splošna bolnišnica Novo mesto. Vizita. Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto; 2007

Svilenkovič V. Ocenjevanje bolečine kot element kakovosti oskrbe bolnika. Maribor: Diplomsko delo. Univerza v Mariboru. Fakulteta za zdravstvene vede v Mariboru; 2009.

VIRI

MIRS - urad Republike Slovenije za meroslovje (2014)

Dokumenti Splošne bolnišnice Novo mesto (2014)

Akutna bolečina. Dostopno na: sl.wikipedia.org/wiki/Akutna_bolečina (15.9. 2014)

Akutna bolečina. Dostopno na: dkum.uni-mb.si/Iskanje.php?type=napredno&stl0...akutna_+bolečina (15.9.2014)

NEUTRON™

Brezigelni medicinski pripomoček, ki ohranja prehodnost žilnih katetrov

Neutron™

Brezigelni medicinski pripomoček, ki zagotavlja najvišjo stopnjo varnosti za pacienta, tako da preprečuje povratek krvi v žilni kateter in s tem zmanjšuje možnost njegove zapore.

Prvi in edini na svetu odobren s strani FDA za preprečevanje povratka krvi v žilni kateter pri vseh tipih pacientov.



icumedical
human connections

+PHARMAMED

