

KAKOVOST NA ONKOLOŠKEM INŠTITUTU LJUBLJANA – SMERNICE, ZAHTEVE IN OVIRE

Simona Hotujec

Onkološki inštitut Ljubljana

Povzetek

Dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe je osnovna človekova pravica, ki jo priznavajo in spoštujejo Evropska unija, vse njene institucije in prebivalci držav EU. Bolniki lahko zato upravičeno pričakujejo, da bo ves trud vložen v zagotovitev njihove varnosti kot uporabnika zdravstvenih storitev. Tako je zapisano v Luksemburški deklaraciji o varnosti bolnika, ki so jo 5. aprila 2005 sprejele članice Evropske unije, med njimi tudi Slovenija. Zahteve po zagotavljanju in nenehnem izboljševanju kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe so od takrat v Evropski uniji obravnavane kot prednostne.

Z letom 2006 je slovensko Ministrstvo za zdravje (MZ) začelo projekt uvajanja izboljševanja kakovosti v bolnišnicah. Na nacionalni ravni smo uvedli obvezno spremljanje šestih kazalnikov kakovosti in ga vključili v Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 2006. Za vsakega izvajalca zdravstvenih storitev je postala obvezna tudi izdelava najmanj dveh kliničnih poti na leto in njihovo vključevanje v vsakodnevno prakso. Bolnišnice morajo spremljati opozorilne nevarne dogodke in o njih poročati MZ, v letu 2009 pa so morale imenovati še pooblaščenca za varnost bolnikov.

Cilj MZ je pospešitev aktivnosti na področju kakovosti v slovenskem zdravstvu in s tem dvig kakovosti.

Vzpostavitev organizacijske strukture za kakovost na Onkološkem inštitutu Ljubljana

Na Onkološkem inštitutu Ljubljana (OIL) smo v letu 2006 začeli z načrtovanjem in izvajanjem izboljševanja kakovosti. Imenovana sta bila odbor in komisija za kakovost. Na vsakem bolnišničnem oddelku je imenovan tim za kakovost, ki ga sestavljajo vodilna medicinska sestra, diplomirana medicinska sestra in zdravstveni tehnik. Vodja je koordinator oddelčnega tima, ki je zdravnik.

Pri izvedbi projektov sodeluje pisarna za kakovost, naloga zaposlenih v pisarni je izvajanje sklepov odbora in komisije za kakovost, koordinacija dela in vzpostavlanje registra dokumentacije.

Aktivnosti na področju kakovosti in varnosti bolnikov, opredeljene v Področnem dogovoru za bolnišnice za tekoče leto

Spremljanje obveznih šestih kazalnikov

1. Število padcev s postelj na 1000 oskrbnih dni odraslih bolnikov.
2. Število preležanin (razjed zaradi pritiska), nastalih v bolnišnici, na 1000 hospitaliziranih bolnikov.
3. Čakalna doba za računalniško tomografijo.
4. Čakanje na odpust: dnevi, ko bolniki, ki so končali zdravljenje v akutni bolnišnici, čakajo na odpust.
5. Delež nenačrtovanega sprejema v isto bolnišnico v sedmih dneh po odpustu zaradi iste diagnoze ali zapletov, povezanih s to boleznijo.
6. Kolonizacija z MRSA.

Pri spremljanju števila padcev in števila preležanin imamo nekaj pomislekov glede interpretacije rezultatov. Kazalnika lahko kažeta dobre rezultate tudi, če je prijavljanje obeh dogodkov slabo. Zaradi tega so potrebne dodatne metode, da bi ugotovili, ali kazalnika prikazujeta dejansko stanje ali pa smo dobri samo zato, ker dogodkov ne prijavljamo.

Namen spremljanja deleža nenačrtovanega sprejema v sedmih dneh po odpustu zaradi iste diagnoze ali zapletov, povezanih s to boleznijo, je ugotoviti delež neustreznega zdravljenja med prvo hospitalizacijo in po njej. Na OIL se pacienti zaradi stranskih učinkov agresivnih zdravljenj raka (kemoterapija, obsevanje) pogosto nenačrtovano vračajo. Kazalnik zato ni primeren pokazatelj neustreznega zdravljenja, prav tako je primerjava z ostalimi bolnišnicami nemogoča.

Izdelava in vpeljava najmanj dveh kliničnih poti na leto

V letih 2006–2009 smo na OIL izdelali naslednje klinične poti:

- klinična pot za bolnika v zadnjih dneh življenja – prirejena Liverpoolska pot,
- klinična pot za paliativno obravnavo,
- doktrinarna načela zdravljenja in klinične poti za sarkome,
- priporočila za konformno tridimenzionalno obsevanje bolnikov,
- oskrba umrlega v bolnišnici,
- kompresija hrbtenjače,
- klinična pot za obravnavo bolnikov s kožnim melanom,
- klinična pot triažiranja nenaročenih bolnikov v ambulantah.

Ob izdelavi in uvajanju kliničnih poti pogosto naletimo na nasprotujoča si mnenja – nekateri so njihovi zagovorniki, spet drugi v njihovi uporabi ne vidijo

pravega smisla. Tako je tudi na OIL. Čeprav smo jih začeli uvajati že pred štirimi leti, so zaposleni do uporabe kliničnih poti še vedno pogosto zadržani. Kot največjo slabost izpostavljajo povečano birokracijo, ki jo uporaba kliničnih poti prinaša. Ob že tako akutnem pomanjkanju časa pri kliničnem delu dodatno izpolnjevanje obrazcev za zdravnike in ostale zdravstvene delavce gotovo ni vzpodbudno. Nesprejemanje uporabe kliničnih poti pa je pogosto posledica tega, da mnogi zdravstveni delavci še vedno ne poznajo pomena kliničnih poti in njihove uporabne vrednosti. Klinične poti določajo protokol dela v nekem okolju in lahko veliko prispevajo h kakovosti obravnave.

Izvajanje obveznih aktivnosti na področju kakovosti in varnosti bolnikov

Izvajanje obveznih aktivnosti na področju kakovosti in varnosti bolnikov, ki jih je MZ opredelil v dokumentu »Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice«:

- Nezaključeni popisi bolezni odpuščenih bolnikov.
- Pregled pomanjkljivosti popisov odpuščenih bolnikov.
- Pregled popolnosti popisov bolezni.
- Varnostne vizite vodstva.
- Pogovori o varnosti.
- Morbiditetne in mortalitetne konference.

Sistem prijavljanja in obravnave varnostnih incidentov

Konec leta 2009 smo na OIL vzpostavili sistem prijavljanja in obravnave varnostnih incidentov, kar zajema skorajšnje napake, varnostne zaplete in opozorilne nevarne dogodke. Sistem zaenkrat še ni popolnoma zaživel, trenutno poteka še kar nekaj aktivnosti za izboljšave. Upamo, da bomo v letu 2010 uspeli izboljšati projekt do te mere, da bo čim bolj služil svojemu namenu, to je odkrivanju varnostnih incidentov, njihovemu odpravljanju in preprečevanju ponovitve. Sistem omogoča anonimnost prijavitelja in obravnave teh incidentov. Osredotoča se na odkrivanje sistemskih šibkosti v delovnem procesu, zaradi katerih je do nekega varnostnega incidenta prišlo, ne pa na iskanje in kaznovanje »krivca«.

Zaključek

S pomočjo spremljanja kazalnikov kakovosti lahko ugotovimo, kako dobri smo v resnici. Seveda je treba te kazalnike dobro definirati, določiti metode zbiranja in obdelave podatkov. Kadar se želimo primerjati z ostalimi bolnišnicami v slovenskem prostoru, je nujno, da so te definicije in metode poenotene na nacionalni ravni. Vedno pa lahko delamo primerjave tudi znotraj hiše, če npr. naredimo časovno primerjavo kazalnikov in tako ugotovimo, ali so naši

ukrepi za izboljšave na spremljanem področju obrodili sadove in ali smo kaj izboljšali. Pri tem gre za nenehen proces načrtovanja, izvajanja, preverjanja in ukrepanja oziroma proces nenehnih izboljšav.

Proces kakovosti in varnosti v bolnišnici zajema veliko več kot samo spremljanje kazalnikov. Pomembna je kultura. Kakovost in varnost morata prežemati vsako celico organizacije in biti v mislih zaposlenih vsako sekundo njihovega dela. Sta namreč neločljivi del vsakega delovnega procesa.

Literatura

1. Evropska komisija. Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika. 2005.
2. Hindle D, Yazbeck A, Wahl J. Klinične poti v 17 državah evropske Evropske unije: pregled mnenj strokovnjakov. Zdravniški vestnik 2004; 73: 839-45.
<http://vestnik.szd.si/st5-7-8/st5-7-8-413-414.htm>
3. Ministrstvo za zdravje, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 2008, 2008.
pridobljeno 2. 4. 2010 s spletne strani:
4. Robida A. (ur.). Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice. Ministrstvo za zdravje, 2006.
5. Robida A. Pot do odlične zdravstvene prakse. Planet GV, 2009.