

DELAVNICA O IZBOLJŠEVANJU LASTNE ZDRAVSTVENE PRAKSE

Andrej Robida

Medicinska fakulteta Maribor, Visoka šola za zdravstveno nego
Jesenice

Povzetek

Presoja lastnega dela je nepogrešljiva prvina profesionalnosti posameznega zdravstvenega strokovnjaka, večpoklicnega zdravstvenega tima, oddelka in celotne zdravstvene ustanove.

Vsak, ki dela v zdravstvu, ima najmanj tri dolžnosti: opraviti svoje delo, ga izmeriti in nenehno izboljševati. V prispevku je opisana metoda presoje in izboljševanja zdravstvene prakse. V delavnici si bomo pogledali, kako je možno na podlagi presoje lastne zdravstvene prakse izboljšati izide našega dela na podlagi dokazov in ne na podlagi površnih odločitev v stilu »bolj se je treba potruditi in naši izidi zdravljenja bodo postali boljši«.

Uvod

Ko govorimo o kakovosti in varnosti obravnave bolnikov, si velikokrat težko predstavljamo, kako se lotiti izboljšav pri lastnem delu. Delavnica nas bo naučila, kaj lahko storimo sami, kje naj začnemo in kako se lahko prepričamo, da naša vsakdanja praksa temelji na znanstvenih dokazih in je skladna s standardi stroke ali najboljšimi praksami. Pri izboljševanju lastne zdravstvene prakse kot posamezni zdravstveni strokovnjaki, kot člani večpoklicnega zdravstvenega tima, oddelka ali zdravstvene ustanove nam večji trud ne bo pomagal. S tem ne bomo dosegli večje varnosti bolnikov ali izboljšali rezultate zdravstvene obravnave bolnikov. Če ne dosegamo standardov ali izidov najboljših praks na določenem področju, pomaga le presoja našega dela in ugotavljanje specialnih in splošnih vzrokov za odklone od tistega, kar je najboljše. Presoja in izboljševanje lastne zdravstvene prakse nista raziskava, a lotiti se ju moramo z natančnostjo in resnostjo, kakršno uporabljamo pri raziskavah.

Zakaj naj presojamo in izboljšujemo lastno zdravstveno prakso

Lastno zdravstveno prakso presojamo in nenehno izboljšujemo: za izboljšanje oskrbe bolnikov; za zagotavljanje, da so pacienti deležni najboljše mogoče

oskrbe (osnovane na dokazih); da zadostimo standardom; da izboljšamo večpoklicno timsko delo in komunikacijo in da najboljše izrabimo vire, ki jih imamo na voljo.

Ključne faze presoje in izboljševanja lastne zdravstvene prakse

Vsaka presoja lastne zdravstvene prakse pregleduje način dela, sledi sistematičnemu procesu, ima standarde, s katerimi se primerja in zagotovi sodelovanje vsakega v zdravstvenem timu. Če želimo neko stvar izboljšati, moramo vedeti, kako deluje, kakšna je naša sedanja zdravstvena praksa, na primer, kolikšen je odstotek bolnikov z okužbo operiranega predela. Zato je treba našo prakso kvantitativno izmeriti. Če naši kazalniki izidov zdravljenja niso skladni s standardi ali najboljšimi praksami, se vprašamo, *kaj bi morali delati* (poiščemo standarde ali najboljše prakse in pogledamo, kakšen sistem ali procese uporabljajo, da dosegajo najboljše izide), *ali to res delamo* (izmerimo naše sedanje kazalnike struktur, izidov ali procesov) in *kako lahko izboljšamo naše kazalnike kakovosti*. Dobra presoja ima tudi naslednje prvine: oceni strukture, procese, izide; je strukturiran program, ki ga vodi nekdo iz zdravstvene ustanove; tema za presojo je izbrana na podlagi pojavljanja problemov (visoko tvegana zdravstvena obravnava, pogostnost bolezni, visoki stroški, slabi rezultati...); izbere standarde ali najboljše prakse na podlagi pregleda literature, zlasti dobrih kliničnih smernic; načrt je izdelan pred začetkom presoje in upošteva tudi mogoče ovire za njeno izvajanje; načrt vključuje tudi ponovno presojo in mehanizme za vzdržnost pridobljenih izboljšav.

Kako bomo vedeli, da smo presojo in izboljšave uspešno izvedli

Značilno za uspešno presojo zdravstvene prakse je, da jo vodijo strokovnjaki, je proces učenja, je del vsakdanjega dela, je timsko delo, uporablja dokaze, izsledki se uporabljajo za izboljšave, je ciklična in sistematična.

Zakaj ne maramo presojati zdravstvene prakse

Mnogo je ovir, ki preprečujejo zavzetost in sodelovanje zdravstvenih strokovnjakov pri presoji zdravstvene prakse: mnenje, da se presoja ne uporablja v korist bolnikov, ampak za razvrščanje timov oddelkov, zdravstvenih enot na lestvice; ko je presoja končana, se nič ne naredi za uvedbo izboljšav na podlagi njenih rezultatov; presoja je preveč birokratska, ker je treba izpolnjevati obrazce; strah, da se bo izkazalo, da nismo tako dobri, kot se nam zdi; menimo, da zapravljamo čas; pomanjkanje veščin in znanja za presojo.

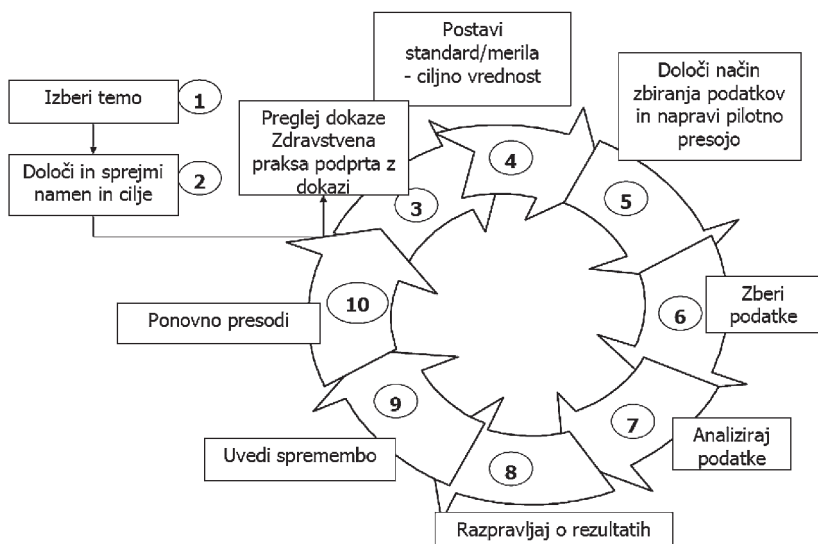
Mnogo teh mnenj kaže na čustvene odzive in posameznikov odnos do zdravstvene organizacije.

Orodja, ki jih potrebujemo za uspešno presojo in izboljševanje

Eno izmed najpomembnejših orodij je model za izboljševanje, kjer iščemo odgovor na tri ključna vprašanja. S prvim vprašanjem »Kaj želimo doseči?« si zastavimo cilj. Cilj mora biti merljiv in časovno omejen. Za drugo vprašanje »Kako bomo vedeli, da je sprememba resnično izboljšava?« uporabimo kvantitativna merila, da ugotovimo, ali so spremembe res privedle do izboljšav. Na tretje vprašanje »Kaj lahko spremenimo, da bo prišlo do izboljšav?« si odgovorimo tako, da pogledamo izmerjene kazalnike in če je prišlo do izboljšave, spremembo uvedemo v prakso, če ne, jo zavržemo ali priredimo. Integralni del modela je tudi krog: **Načrtuj – Izvedi – Preveri – Ukrepaj** (krog **NIPU**). Potrebujemo še naslednja orodja: obrazec za zapis teme ter globalnega in specifičnega cilja; obrazec za zbiranje podatkov, program za risanje časovne karte in pravila za posebne in značilne vzroke odklonov.

Slika prikazuje faze presoje.

Slika 1: Faze presoje zdravstvene prakse.



Potek delavnice

Delavnica poteka v skupinah. Najprej izberemo temo za izboljšave, zapišemo globalne in specifične cilje. Pogledamo najboljšo prakso, da z njo primerjamo naše izhodiščne meritve. Zato je treba našo dosedanjo prakso izmeriti in

jo analizirati. Uporabljamo statistično kontrolo procesov, ki nam pomagata pri naših odločitvah za spremembe. Če so naši izidi (kazalniki) slabši od najboljše prakse, uvedemo izboljšavo in ponovno napravimo presojo.

Zaključek

S povprečjem ne moremo biti zadovoljni, stremeti moramo k delovanju skladno s standardi in se zgledovati po najboljših. Kadar izrečemo, da smo dobri, je to le naše mnenje, če ga ne podpremo z meritvami in njihovim primerjanjem z najboljšimi. Zato moramo naše delo izmeriti in ga izboljševati, saj nihče ne želi delati slabo ali biti povprečen.

Čeprav orodja in metode za izboljševanje zdravstvene prakse niso težka, največkrat naletimo na ovire, kot so ciničen pristop, mnenje, da to ni naša stvar, saj zato nismo posebej nagrajeni, in dvom, da ni namen izboljševanje našega dela, ampak nadzor nad njim. A vendar se najdejo posamezni navdušenci, navdušeni zdravstveni timi, ki se presoje in izboljšav lotijo resno, in če imajo še podporo svojega vodstva, sčasoma pritegnejo tudi ostale. Vodstvo pa lahko z zgledom ter z metodami in orodji za širjenje odličnih praks pripomore k izboljševanju izidov zdravljenja za celotno zdravstveno ustanovo.

Literatura

1. <http://www.emka.si/409073-pot-do-odlicne-zdravstvene-prakse/PR/107951,535>
2. <http://www.planetgv.eu/index.php?page=shop&iid=1825> ali
3. Robida A. Pot do odlične zdravstvene prakse. Ljubljana: Planet GV, 2009: 269.

23. Onkološki vikend

Kongresni center Bernardin, Portorož, 28.–29. maj 2010

Kakovost obravnave bolnikov na Onkološkem inštitutu Ljubljana:
usmeritve za prihodnost

**DELAVNICA O IZBOLJŠEVANJU LASTNE
ZDRAVSTVENE PRAKSE**

Andrej Robida

1. Problem

Zaradi pritožbe pacientk in tudi zaradi zaskrbljenosti zdravstvenega osebja je:

- strokovni direktor neke bolnišnice menil, da je čas med mamografijo in biopsijo predolg
- naročil je zbiranje podatkov o povprečnem času za obdobje 20 tednov

2. Zbrani podatki 20 tednov čakanja za biopsijo

Povprečje v dnevih od mamografije do biopsije

Tedni	Povprečje (dnevi)
1	34
2	30
3	35
4	32
5	28
6	26
7	29
8	28
9	35
10	26
11	34
12	31
13	28
14	40
15	26
16	32
17	31
18	30
19	33
20	35

3. Tradicionalni pristop – deskriptivna statistika

4. Odločitev preko palca

5. Analitična statistika – statistična kontrola procesov

6. Odločitev na podlagi časovne karte

7. Ideje za izboljšave

8. Ponovna presoja

Kako narišemo časovno karto

1. Narišemo vodoravno os (os x) in navpična os (os y).
2. Izberimo merilo, ki bo odgovorilo na kritično vprašanje.
3. Na vodoravno os narišimo enote časa (ure, dneve, tedne ...).
4. Na vertikalno os zarišimo enote meritve, ki jo spremljamo.
5. Zapišimo naslov časovnega diagrama, na primer:
 - a) čakanje pacientov za prvi pregled pri specialistu,
 - b) padci pacientov v bolnišnici,
 - c) okužba mesta operacije
6. Vnesimo podatke v diagram.
7. Povežimo posamezne podatke s črto.
8. Zarišimo mediano (srednjo vrednost) – polovica vrednosti je manjših ali enakih, polovica je večjih ali enakih od srednje vrednosti.
9. Preglejmo diagram, da ugotovimo specialne vzroke.
10. Zberimo najmanj 16 podatkov, kot so se časovno dogajali (če podatke zbiramo po tednih, jih moramo zapisati zapored za vsak teden). Po 25 podatkih se moč testa bistveno ne poveča.

Testi za določanje specialnih vzrokov

1. **Število sekvenc** (štetje števila sekvenc nad mediano in pod njo) – test 1.
2. **Premik v procesu** – test 2
Če imamo 20 ali več podatkov, je sekvenca 8 zaporednih podatkov ali več na isti strani mediane predolga. Če je podatkov manj kot 20, je sekvenca 7 zaporednih podatkov predolga.

Število opazovanj z izločitvijo tistih na mediani	Spodnja meja za število sekvenc	Zgornja meja za število sekvenc
10	3	8
11	3	9
12	3	10
13	4	10
14	4	11
15	4	12
16	5	12
17	5	13
18	6	13
19	6	14
20	6	15

Tabela test 1 – število sekvenc nad in pod mediano

3. **Trend** – test 3

Število mora biti vsaj 6 ali 7 naraščajočih ali padajočih zaporednih podatkov. Preštejemo vse točke in izpustimo tiste, ki se ponavljajo.

4. **Cikcak** – test 4

S tem testom ugotavljamo nenaključno vedenje procesa. Če je 14 opazovanj ali več in povezovalna črta skače gor in dol glede na mediano, gre za specialni vzrok. Točke, ki se ponavljajo, izpustimo in s štetjem nadaljujemo, kot da jih ni.