

MERJENJE KAKOVOSTI - POMEMBEN DEJAVNIK PROCESA IZBOLJŠANJA KAKOVOSTI V ZDRAVSTVENI NEGI

*mag. Saša Kadivec, prof. zdr. vzg.
Bolnišnica Golnik - KOPA*

Splošne gonilne sile sprememb v svetu so znane. Te so globalizacija, informacijska revolucija in konkurenca. Vsak dejavnik ne deluje sam zase, ampak se dejavniki združujejo in seštevajo, zato je njihov vpliv še večji. Že sama informacijska revolucija je in bo spremenila vsebino in način organizacije dela.

Tudi v zdravstvu se tem spremembam ne moremo izogniti.

Pozornost naj bo usmerjena v (Brook, 1998):

- organizacijo zdravstvenega sistema,
- ekonomičnost sistema,
- zagotavljanje kakovosti, enakosti in varnosti obravnave,
- merjenje zadovoljstva uporabnikov,
- oceno izkoristka ponujenih priložnosti.

Kakovost je pomembna kot središče za izboljševanje izdelkov ali storitev, kot strategija marketinga in metoda nadzora stroškov. Kakovost se nanaša na izdelke, na ljudi ali na značilnosti. To so večkrat pojmi, ki so nevtralni, toda v splošnem gre vedno za neko sodbo vrednotenja v povezavi s kakovostjo. Ko slišimo, da nekaj ali nekdo ima "kakovost", je to vedno mišljeno v pozitivnem smislu. Vendar Philip B. Crosby (Crosby, 1980, cit. Marr, Giebing, 1994) meni: "Prva napačna postavka je, da kakovost pomeni odličnost, luksus, sijaj ali težo...".

Tradicionalni sistem kakovosti ima za cilj minimiziranje negativne kakovosti (slabe storitve, izdelki). Za takšen sistem je najboljšo, kar lahko dobimo, da ni nič narobe "nothing wrong", kar pa ni isto, kot da je vse dobro "anything right" (Mazur, 1995).

Stamatis (Stamatis, 1996) našteva štiri glavne razloge za uvajanje sistema kakovosti:

- neustrezno upravljanje in vodenje (pomanjkanje kompetenc, vizije, načrtovanja, izobrazbe),
- nezmožnost vnosa koncepta kakovosti (pomanjkanje informacij, idej),
- konkurenca,
- človeški dejavniki (navade, usmerjenost).

Sistem kakovosti upošteva štiri temeljna načela sprememb v zdravstvenem sistemu:

- merjenje kakovosti,
- usmeritev na uporabnika (bolnika, varovanca),
- usmeritev na intelektualno moč posameznika v organizaciji,
- strateško načrtovanje.

Tudi v zdravstveni negi je koncept izboljšanja kakovosti prisoten že dalj časa. Tradicionalna miselnost zagovarja, da je kakovost dela v zdravstveni negi povezana z osebnostnimi lastnostmi medicinske sestre. Tako je bila dobra tista medicinska sestra, ki je bila pokorna, ubogljiva, potrpežljiva in ustrežljiva.

Vendar obstajajo informacije, ki so pogosto spregledane v razpravah o kakovosti v zdravstveni negi. To so zahteve o izvedbi zdravstvene nege, predhodno postavljenih merilih in merjenju kakovosti. Florence Nightingale v knjigi: *What it is and What it is not* (Nightingale, 1859, cit. Kitson, Giebing, 1990) opredeljuje področja v zdravstveni negi, ki so morala biti izvajana na sistematičen način:

- omejitev hrupa okrog ranjencev,
- sestava, kakovost in serviranje hrane,
- kakovost in položaj postelje, žimnice,
- zračnost in čistoča sobe ranjenca,
- osebna čistoča.

Florence Nightingale je v času krimske vojne uvedla kontrolo okužb in na ta način zmanjšala umrljivost vojakov od 32% na 2%.

Bila je strog zagovornik sistematičnega zbiranja podatkov v zdravstveni negi, s katerimi se lahko oceni uspešnost negovalnih aktivnosti. Uporabljala je različna področja vrednotenja, tudi analizo stroškov in koristi.

V Sloveniji se v zadnjih letih povečuje zanimanje za kakovost v zdravstvu in zdravstveni negi. Pojavljajo se posamezni članki o aktivnostih, ki vodijo do boljše kakovosti. Postalo je znano, da se kakovost ne bo razvila brez zagotavljanja osnovnih elementov, ki so:

- oblikovanje in izpolnjevanje dokumentacije zdravstvene nege,
- ustrezna in učinkovita organizacija dela,
- lastno strokovno izobraževanje,
- raziskovanje v zdravstveni negi,
- skrb za delovno okolje,
- razvoj informacijske podpore,
- komunikacija in sodelovanje z ostalimi zdravstvenimi delavci.

Današnja vizija kakovosti zdravstvene nege temelji na teoriji zdravstvene nege in je usmerjena k doseganju najboljših izidov pri varovancu in jih tudi meri.

Ključ kakovosti je v razumevanju zahtev za vsak element procesa. Razlog za nastanek nezadovoljstva uporabnika v odnosu je v stopnji, do katere lahko vplivamo ali zadovoljujemo uporabnikove zahteve. Kakovost mora biti definirana v besednem izrazu pričakovanja ali doseganja nekega izida, ki ga določi uporabnik.

Razumevanje kakovosti z vidika bolnika, se je s časom spreminjalo. Še nedavno je bil standard: postelja na oddelku s skupno kopalnico in WC - jem, za bolnika povsem sprejemljiv. Danes vedno več bolnikov zahteva enoposteljne sobe, telefon, TV. Mera kakovosti je odvisna od zahtev uporabnika. Upoštevajoč široko raznolikost uporabnikov, pričakovanja in preprostost v določanju, kaj kakovost je, lahko rečemo:

Kakovost = izpolnjevanje zahtev in pričakovanj uporabnika

Gaucher in Coffey (Gaucher, Coffey, 1990) priporočata, da morajo biti uporabniki vedno neposredno vključeni v definiranje obojega: zahtev in pričakovanj ter merjenja kakovosti.

V sistemu vodenja kakovosti razlikujemo med pojmi:

- ocenjevanje kakovosti (quality assessment),
- zagotavljanje kakovosti (quality assurance),
- stalno izboljševanje kakovosti (continious quality improvement).

Ocenjevanje kakovosti je postopek, pri katerem z uporabo primernih metod in izbranih meril, primerjamo med seboj opravljeno in dogovorjeno zdravstveno oskrbo. V zdravstveni negi pomeni primerjavo med nudeno zdravstveno nego in izbranimi, postavljenimi merili in standardi. Šele ko ocenimo kakovost, lahko oblikujemo sistem zagotavljanja kakovosti, ki pripomore k izboljšanju in doseganju zelenih ciljev.

Zagotavljanje kakovosti je proces, ki zajema sistematično opisovanje, merjenje, vrednotenje in izvajanje ukrepov za izboljšanje kakovosti. Zagotavljanje kakovosti ni enkratno, dokončno dejanje, temveč stalen proces, ki zahteva stalno izboljševanje lastnosti izdelkov ali storitev (Kitson, Giebing, 1990).

Stalno izboljševanje kakovosti je proces, ki sledi stopnji ocenjevanja in zagotavljanja kakovosti ter odpravlja ugotovljene ovire oziroma težave in dviguje kakovost na višjo raven. Zagotoviti moramo vse pogoje, da proces zagotavljanja kakovosti preide v proces stalnega izboljševanja kakovosti.

V želji za izboljšanjem kakovosti moramo uvesti sistem, ki bo učinkovit in bo daljal ustrezne rezultate.

Nekateri avtorji (Gaucher in Coffey, 1990, Ovretveit, 1999, Stamatis, 1996) govorijo o modelu izboljšanja kakovosti. Strategija modela se imenuje **FOCUS PDSA**.

Model ni namenjen menjavi obstoječega modela kakovosti v ustanovi, pač pa pospeševanju izboljšanja kakovosti.

Organizacije morajo pri uvajanju sprememb ugotoviti, katere spremembe pripomorejo k izboljšanju kakovosti. Ideje za spremembe lahko dobimo na več načinov: kritično razmišljanje, timsko ustvarjanje idej, opazovanje procesa, pomoč strokovne literature.

Glavna načela modela:

- najti proces, ki ga je potrebno izboljšati,
- oblikovati tim, ki proces dobro pozna,
- analizirati potek procesa,
- najti vzroke za variacijo procesa,
- zbrati del procesa za izboljšanje.

V Bolnišnici Golnik - KOPA v zdravstveni negi uporabljamo model PDSA že od leta 1997. V modelu izvajamo strokovni nadzor negovalnih aktivnosti, kjer ugotavljamo probleme, ki se pojavljajo v zdravstveni negi in skladnost izvedene zdravstvene nege s postavljenimi standardi in z uvedenimi spremembami. Na podlagi rezultatov izvedemo ukrepe za izboljšanje rezultatov ocenjenih aktivnosti: oblikovanje novih standardov zdravstvene nege, organiziranje malih delavnic, dopolnjevanje negovalne dokumentacije, izobraževanja ipd.

Oceno kakovosti naredimo z opazovanjem določenega kazalca kakovosti ali s pregledom dokumentacije. Rezultati so predstavljeni v grafični in pisni obliki na straneh bolnišničnega intraneta.

Trend rezultatov spremljanja standardov v letih uvajanja sistema kakovosti narašča (leta 1998 - 23%, leta 2001 - 88%).

Tudi primerjava bolnikovih odgovorov v anketi pokaže na večanje zadovoljstva z bivanjem v bolnišnici. Statistično pomembno se je povečalo zadovoljstvo bolnika z nekaterimi dejavniki, kot so: sprejem na oddelek, dajanje pojasnil in informacij, čistoča oddelka.

Vse našete ugotovitve lahko potrdijo vpliv sistema izboljšanja kakovosti na zdravstveno nego in na zadovoljstvo bolnika.

Literatura:

1. Brook C. Motivation for improvement in quality: personal and international perspectives. *Int J Qual Health Care* 1998;10:469-72.
2. Marr H, Giebing H. Quality Assurance in Nursing. British library Cataloguing in Publication Data. Edinburg: Campion Press, 1994.
3. Stamatis DH. Total quality management in healthcare. Chicago: Irwin professional publishing, 1996.

4. Mazur G. Elicit service customer needs - Using software engineering tools. The seventh symposium on quality function deployment. Novi Michingan, june 11-13,1995.
5. Kitson A, Giebing H. Nursing quality assurance in practice: Utrecht: RCN / CBO publication. Nr.264,1990.
6. Gaucher EM, Coffey R. Transforming healthcare organizations - how to achieve and sustain organizational excellence. San Francisco: Jossey Bass Publishers, 1990.
7. Ovretveit J. Integrated quality development in public healthcare. Oslo: The norwegian medical association, 1999.
8. Langley G, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. The improvement guide. San Francisco: Jossey Bass Publishers, 1996.