} UNIVERZITETNA KLINIKA ZA PLJUČNE BOLEZNI IN ALERGIJO GOLNIK

} MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE REPUBLIKE SLOVENIJE

Zbornik predavanj:

NIAHO in ISO 9001 v bolnišnicah:

predstavitev izkušenj v Kliniki Golnik

Golnik, 30. marec 2012

Izdajatelj
Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

Urednica zbornika
Anja Blažun

Organizacija srečanja
Majda Pušavec, Danica Šprajcar, Saša Kadivec, Anja Blažun

Naklada
110 izvodov

Golnik, 30. marec 2012

UNIVERZITETNA KLINIKA ZA PLJUČNE BOLEZNI IN ALERGIJO GOLNIK
UNIVERSITY CLINIC OF RESPIRATORY AND ALLERGIC DISEASES GOLNIK – SLOVENIA
Golnik 36, 4204 Golnik, Slovenija **T:** + 386 (0) 4 25 69 100 **F:** + 386 (0) 4 25 69 117
E: kopa.tajnistvo@klinika-golnik.si **W:** www.klinika-golnik.si

KAZALO

STANDARDA NIAHO IN ISO 9001 KOT ORODJI VODENJA (M. Košnik) 1

TIMSKO DELO ZDRAVSTVENIH DELAVCEV: VIDIK ZDRAVNIKA (P. Svetina Šorli) 5

VLOGA FARMACEVTA V ZDRAVSTVENEM TIMU IN OB BOLNIKU (M. Jošt) 7

VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI RAZDELJEVANJU ZDRAVIL (M. Ahačič) 12

ZDRAVLJENJE Z ZDRAVILI: SPREMLJANJE TELEFONSKIH NAROČIL (J. Toni, M. Pušavec) 15

NOTRANJI NADZOR NA PODROČJU DIAGNOSTIKE IN ZDRAVLJENJA (S. Šuškovič) 19

NOTRANJI NADZOR PRI DAJANJU ZDRAVIL (E. Oblak, K. Vrankar) 23

KLINIČNE POTI ZA INVAZIVNE POSEGE (N. Triller, B. Benedik, M. Petrinec - Primožič, D. Šprajcar) 29

ODVZEM BIOLOŠKIH VZORCEV ZA LABORATORIJSKE PREISKAVE NA BOLNIŠKIH ODDELKIH (N. Karakaš, S. Kadivec, P. Meško Brguljan) 33

UPORABA OVIRNIC (S. Kadivec) 37

POVEZAVA ZAHTEV STANDARDOV NIAHO IN ISO 9001 (D. Šprajcar) 43

POTEK AKREDITACIJSKE PRESOJE (M. Šilar) 50

STANDARDA NIAHO IN ISO 9001 KOT ORODJI VODENJA

Mitja Košnik
Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik
E-naslov: mitja.kosnik@klinika-golnik.si

1. KAKOVOST IN VARNOST OBRAVNAVE BOLNIKOV

Kakovost in varnost obravnave bolnikov ne smeta biti prepuščeni naključju, temveč morata biti rezultat načrtovanja, brezhibnega izvajanja postopkov in nadzora. Zagotavljanje kakovosti in varnosti si zato prizadevamo vključiti v enovit sistem vodenja organizacije. Sistem razvijamo tudi s pomočjo različnih standardov. Med najbolj poznanimi in uporabljanimi standardi v zdravstvu so ISO 9001:2008, NIAHO, JCI in ISO 15189:2007. Na osnovi izpolnjevanja zahtev teh standardov lahko dosežemo mednarodno sprejeta načela kakovostne zdravstvene oskrbe: uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost, enakost in osredotočenost na bolnika.

2. SISTEM VODENJA KAKOVOSTI ORGANIZACIJI POMAGA URESNIČITI POSLANSTVO IN VIZIJO

Sistem vodenja kakovosti lahko razumemo kot nabor orodij, ki vodstvu organizacije pomaga pri vodenju in organiziranju dela. V zadnjih dveh desetletjih se sistem vodenja kakovosti iz poslovnega sveta širi tudi na področje zdravstva. Poleg dvigovanja kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe to prispeva tudi k povečevanju učinkovitosti zdravstva.

Standardi kakovosti predstavljajo nabor izkušenj vodilnih organizacij v svetu.

Učinkovito izvajanje zahtev standardov nudi zdravstvenim organizacijam okvir za odločanje, načrtovanje in nenehno izboljševanje aktivnosti na področju zdravstvene oskrbe. Na ta način organizacija uresničuje svoje poslanstvo, vizijo, cilje in razvojne usmeritve. Ker se zunanje in notranje okolje organizacij ter zahteve in pričakovanja različnih članov družbe stalno spreminjajo, morajo organizacije svoje razvojne usmeritve nenehno prilagajati in posodabljati, predvsem pa nenehno razvijati svoje sposobnosti za njihovo uresničevanje. Da bi bile lahko uspešne na dolgi rok, morajo imeti prave storitve, jih izvajati na najboljši možen način ter imeti ljudi, ki jih vodi želja po boljšem in ki se nenehno učijo.

3. KATERE STANDARDE IZBRATI?

3.1. ISO 9001 – zakaj?

- Mednarodno soglasje o dobri praksi vodenja organizacij,
- povzetek izkušenj najboljših, vodilnih v svetu,

- omogoča integracijo z drugimi sistemi vodenja in vključitev specifičnih zahtev za različne dejavnosti znotraj zdravstva (NIAHO, VVL, HPH, ISO 15189),
- procesni pristop kot podpora realizaciji poslanstva in vizije,
- sistemsko urejeno vodenje z jasno opredeljenimi cilji in strategijo,
- stalno izboljševanje procesov.

3.2. NIAHO – zakaj?

- Zahteva Ministrstva za zdravje in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (finančne posledice),
- jasne zahteve na področju stroke (diagnostika, zdravljenje, klinična farmacija, laboratorijsko delo, prehrana, preprečevanje okužb …),
- mednarodna primerljivost – podpora mobilnosti bolnikov,
- standard je pisan na kožo bolnišnični dejavnosti,
- velik poudarek varnosti in obvladovanju tveganj.

3.3. Standard HPH – zakaj?

Spodbuja nas:

- k vključitvi promocije zdravja v zdravstveno oskrbo,
- k izobraževanju bolnikov in zaposlenih za zdravje,
- k preprečevanju bolezni,
- k izvajanju rehabilitacijskih storitev.

Standard HPH je orodje za sistematično ocenjevanje, spremljanje in izboljševanje kakovosti aktivnosti za promocijo zdravja v bolnišnicah. Promocija zdravja je proces, ki ljudem omogoča, da izboljšajo nadzor nad svojim zdravjem in svoje zdravje. Osnovna dejavnost je usmeritev v izboljševanje zdravstvenih izidov in v stalno povezavo različnih zdravstvenih organizacij, ki skrbijo za bolnikovo zdravje.

4. STANDARDA NIAHO IN ISO 9001 SPODBUJATA DRUŽBENO ODGOVORNO DELOVANJE

Družbeno odgovorno delovanje organizacij je v preteklih letih postalo osrednja tema sodobnega razvitejšega dela svetovnega gospodarstva. Gre za koncept, po katerem se organizacije prostovoljno odločijo, da bodo prispevale svoj delež k boljši družbi in čistejšemu okolju. V Kliniki Golnik tudi s pomočjo izpolnjevanja zahtev standardov NIAHO in ISO 9001 prispevamo svoj delež, in sicer z učinkovito porabo javnih sredstev za zagotavljanje zdravja državljanov Republike Slovenije.

4.1. Kakovost se začne pri vodstvu

Vloga in zgled vodstva pri vzpostavljanju, vzdrževanju in razvoju sistema vodenja kakovosti sta ključna:

- načelna podpora
- aktivno sodelovanje pri vzpostavitvi (sistem vodenja je orodje vodenja na vseh ravneh),

- vzgled pri izvajanju (notranja presoja, vodstveni pregled, izvajanje dogovorjenih postopkov).

5. DOBRE IN SLABE STRANI ZUNANJIH PRESOJ

+ Pred prihodom presojevalcev smo določene probleme pripravljeni hitreje rešiti.
+ Izvedemo celovitejše – sistemske preglede posameznih procesov.
+ Več pozornosti posvetimo urejenosti dokumentacije.
+ Ugotovitve (neskladnosti in priporočila) nas spodbudijo, da uredimo posamezna področja dela.
+ Ugotovitve presojevalcev po standardu NIAHO so podpora razvoju klinične farmacije.
+ Standard ISO 9001 nas spodbuja k procesnemu pristopu in s tem k timskemu delu strokovnjakov različnih profilov in iz različnih organizacijskih enot.

- Presoje predstavljajo motnjo našemu vsakodnevnemu delu.
- Stroški zunanjih presoj niso zanemarljivi.
- Različne presojevalne hiše na različne načine interpretirajo zahteve standardov, kar nas ne moti, dokler nam ne naložijo nepotrebnega administrativnega dela.
- Nismo zadovoljni, kadar so ugotovitve (neskladnosti) take, da nam naložijo administrativno delo, ki nima nobenega vpliva na kakovost našega poslovanja ali na zagotavljanje varnosti bolnikov.
- Od presojevalcev pričakujemo, da bodo odprti za naš način iskanja izpolnjevanja zahtev standardov – tj. način, ki bo izhajal iz utečenih postopkov dela, kadar so ti dobri in uveljavljeni (sistem vodenja kakovosti in varnosti v Kliniki Golnik temelji na uveljavljenem in dokazano dobrem načinu dela, ki smo ga vedno pripravljeni dopolniti tako, da bo še boljši in bo izpolnjeval zahteve standardov).

Radi se pohvalimo s prejetimi certifikati, a se ob tem zavedamo:
- certificiranje je v medijih dobilo preveliko in celo napačno vlogo,
- certificiranje s strani pooblaščenih organizacij je njihova pridobitniška dejavnost.

5.1. Od sistema vodenja kakovosti in varnosti pričakujemo predvsem notranje koristi

- Poudarek na osredotočenosti na bolnika,
- podpora strokovnemu delu in razvoju,
- zagotavljanje učinkovite komunikacije med zaposlenimi,
- vključevanje najširšega kroga zaposlenih v sistem poslovanja,
- učinkovita izraba vseh virov, ki jih imamo na razpolago, za realizacijo našega poslanstva in vizije.

5.2. Sistem vodenja kakovosti stane

Ko se odločimo za vzpostavitev sistema vodenja kakovosti in varnosti bolnikov, se moramo zavedati, da to povzroči dodatno delo in stroške:

- dodatno delo zaposlenih (priprava dokumentacije, ki opisuje postopke dela, izvajanje notranjih presoj in notranjega nadzora, izvajanje različnih aktivnosti – korektivno in preventivno ukrepanje, vodstveni pregled, zbiranje, analiziranje ter ukrepanje na osnovi rezultatov dela …),

- stroški izobraževanja,
- stroški svetovanja,
- umerjanje kontrolne, merilne in preizkusne opreme,
- stroški pridobitve in vzdrževanja certifikata.

TIMSKO DELO ZDRAVSTVENIH DELAVCEV: VIDIK ZDRAVNIKA

Petra Svetina Šorli

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

E-naslov: petra.svetina-sorli@klinika-golnik.si

1. UVOD

Zdravljenje, katerega cilj je ozdravitev bolnika, je bilo v preteklosti predvsem v rokah zdravnika. V zadnjem času pa pri zdravljenju uspešno sodelujejo tudi drugi zdravstveni delavci. V Kliniki Golnik, na oddelku, kjer zdravimo bolnike s tuberkulozo (TB), že nekaj let pri obravnavi teh bolnikov uspešno sodelujemo v timu. Tim sestavljamo zdravniki, medicinske sestre, klinični farmacevt, socialna delavka, laboratorijski delavci in dietetik.

2. TIMSKO DELO ZDRAVSTVENIH DELAVCEV PRI OBRAVNAVI BOLNIKOV S TUBERKULOZO

Tuberkuloza je nalezljiva bolezen, katere zdravljenje traja več mesecev. Cilja zdravljenja tuberkuloze nista samo ozdravitev bolnika in preprečitev poznih posledic bolezni, temveč tudi preprečitev ponovitve bolezni, preprečitev nastanka odpornih sevov bacilov TB in zmanjšanje možnosti prenosa okužbe na druge osebe. Zaradi dolgotrajnega zdravljenja, pogostega pojava neželenih učinkov protituberkuloznih zdravil, nujnosti upoštevanja posebnih ukrepov ob jemanju teh zdravil ter uživanja zdrave hrane je pomembno, da pri zdravljenju poleg zdravnika sodelujejo tudi drugi zdravstveni delavci, saj le tako lahko pričakujemo, da bo bolnik uspešno zaključil večmesečno zdravljenje in da bodo izpolnjeni vsi zgoraj omenjeni cilji zdravljenja tuberkuloze. Pri večini bolnikov poteka zdravljenje, vsaj na začetku, v bolnišnici. Že ob prihodu na oddelek bolnika seznanimo s samo boleznijo in pomenom upoštevanja ukrepov za preprečevanje prenosa okužbe z *M. tuberculosis*. Ob uvedbi zdravljenja tuberkuloze s protituberkuloznimi zdravili zdravnik in klinični farmacevt bolnika seznanita s pomenom zdravljenja TB. Pri bolnikih na oddelku se ves čas zdravljenja izvajata individualna in skupinska zdravstvena vzgoja, pri katerih poleg medicinske sestre, ki ima osrednjo vlogo, sodelujejo tudi zdravnik, klinični farmacevt, dietetik in laboratorijski tehnik. V sklopu t. i. šole tuberkuloze bolnika poučimo o sami bolezni, o diagnostičnih metodah, s katerimi bolezen dokažemo, o pomenu rednega in pravilnega prejemanja protituberkuloznih zdravil, o pojavu morebitnih neželenih učinkih in o ukrepanju v primeru njihovega pojava, o pomenu uživanja zdrave hrane ter opustitvi škodljivih razvad. Klinični farmacevt vsaj enkrat tedensko pregleda terapevtske liste bolnikov, preveri morebitne interakcije med protituberkuloznimi zdravili in ostalimi zdravili ter svetuje zdravniku v primerih potrebe po prilagoditvi odmerka določenih zdravil.

Zdravstvene vzgoje pa niso deležni samo bolniki, temveč v proces zdravljenja posameznega bolnika vključimo tudi njegove družinske člane, ki jih skupaj z bolnikom v okviru t. i. družinskih razgovorov pripravimo na nadaljevanje zdravljenja v domačem okolju oziroma na ambulantno zdravljenje.

Ambulantno zdravljenje bolnikov s tuberkulozo praviloma poteka več mesecev. V tem času poleg rednih kliničnih pregledov ter laboratorijskih preiskav bolnika stalno poučujemo o pomenu rednega prejemanja protituberkuloznih zdravil, o neželenih učinkih teh zdravil in o zdravem načinu življenja. Za uspešno ambulantno vodenje teh bolnikov je prav tako pomembno timsko sodelovanje zdravnika in medicinske sestre.

Uspešen nadzor nad tuberkulozo ne vključuje samo zdravljenja bolnikov s to boleznijo, ampak tudi preprečevanje širjenja okužbe z *M. tuberculosis*. V okviru tega v Sloveniji že nekaj let pregledujemo osebe (kontakte), ki so bile v stiku s kužnimi bolniki s tuberkulozo. Pri pridobivanju epidemioloških podatkov o kontaktih in pri pripravi epidemioloških analiz sodelujemo tako zdravniki, medicinske sestre in laboratorijski delavci, ki smo vključeni v obravnavo bolnikov s tuberkulozo.

3. ZAKLJUČEK

Timsko delo pri procesu zdravljenja tuberkuloze razbremeni zdravnika, sodelovanje ostalih zdravstvenih delavcev pa omogoča zapletenejšo in kakovostnejšo obravnavo bolnika. Vsekakor pa timsko delo v procesu zdravljenja pripomore k izboljšanju kliničnih, humanističnih in ekonomskih izidov, vse v korist bolnikov.

VLOGA FARMACEVTA V ZDRAVSTVENEM TIMU IN OB BOLNIKU

Maja Jošt

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

E-naslov: maja.jost@klinika-golnik.si

1. IZHODIŠČA

Prvi poskusi uvedbe klinične farmacije v bolnišnice so prinesli tudi vprašanja, kako bo farmacevt najbolj učinkovit v procesu zdravljenja z zdravili. Storitev, ki je bila ponekod v tujini (zlasti v anglosaškem svetu) že dobro vpeljana, je bilo v naših bolnišnicah treba šele vgraditi in upravičiti smisel v luči večje varnosti in učinkovitosti.

2. KORAKI K VEČJI VARNOSTI IN KAKOVOSTI ZDRAVLJENJA: BOLJŠA UČINKOVITOST?

Prvi koraki k večji kakovosti in varnosti so potekali na področju logistike in skladiščenja zdravil z namenom, da zdravila v procesih znotraj ustanove obdržijo kakovost, ki jo zagotavlja proizvajalec.

Začetni ukrepi so bili precej nesistematični, temeljili pa so na ugotovljenih pomanjkljivostih, ki so jih člani zdravstvenega tima zaznali pri vsakdanjem delu. Ukrepi so se dotikali tako varnosti in kakovosti kot tudi učinkovitosti – ne le zdravil, temveč celotnega zdravljenja. Tako smo na primer na pobudo medicinskih sester pripravili prve izobraževalne delavnice o aplikaciji antituberkulotikov s hrano, prav tako tudi o razpolavljanju tablet in aplikaciji zdravil po nazogastrični sondi, pripravili pa smo še prva enotna navodila za parenteralno aplikacijo zdravil.

Nujna sta bila tudi priprava seznama zamenljivih zdravil in zmanjšanje nabora vseh zdravil na oddelkih z vpeljavo generične zamenjave. Osnovni namen teh ukrepov je bil zmanjšanje možnosti napake zaradi zamenjave zdravil, ki so si podobna po imenu. Medicinske sestre so poleg opozarjanja na najbolj kritične zamenjave tudi uvedle poročanje o zamenjavah zdravil.

Rezultate ukrepov, ki smo jih vpeljali na določeni ravni (na primer nadzor nad deljenjem zdravil), smo analizirali in nato na osnovi ugotovitev proces smiselno nadgradili.

Slika 1: Navodila za pripravo in aplikacijo parenteralnih protimikrobnih zdravil

PRIPRAVA in APLIKACIJA PARENTERALNIH PROTIMIKROBNIH ZDRAVIL

zaščiteno ime	učinkovina	odmerki na voljo	INTRAVENSKA INJEKCIJA			INTRAVENSKA INFUZIJA			opombe
			topilo		trajanje	topilo		trajanje	
Amikin	amikacin	100 mg 500 mg				100 mL	fiziološka raztopina	30-60 min	
Amoksiklav	amoksicilin, klavulanska k.	600 mg	10 mL	voda za injekcije	3-4 min	10ml+50ml	Voda za inj/ fiziološka raztopina	30-40 min	
		1,2 g	20 mL			20ml+100ml			
Avelox	moksifloksacin	400 mg/ 250 mL						60 min	
Ciprobay Ciprinol	ciprofloksacin	200 mg/ 100 mL 400 mg/ 200 mL						60 min	
Conet	imipenem cilastatin	500+ 500 mg				100 mL	fiziološka raztopina	20-30 min 50-60 min	za ≤ 500 mg za > 500 mg
Crystacillin	kalijev benzil-penicilinat (penicilin G)	1 MIO enot	20 mL	fiziološka razt.	3-5 min				
		>10 MIO enot				250 mL	fiziološka raztopina	20 min	
Edicin	vankomicin	500 mg				10 mL	voda za inj.	100 mL	fiziol. razt.*	vsaj 60 min	*najprej raztopi v vodi za injekcije, nato dodaj v fiziološko razt.
		1 g				20 mL		250 mL			

Dobro in tesno sodelovanje vseh udeležencev zdravstvenega tima se je pokazalo tudi pri prenovljeni terapevtski listi, ki je s preglednostjo povečala predvsem varnost kot tudi izboljšala sledljivost.

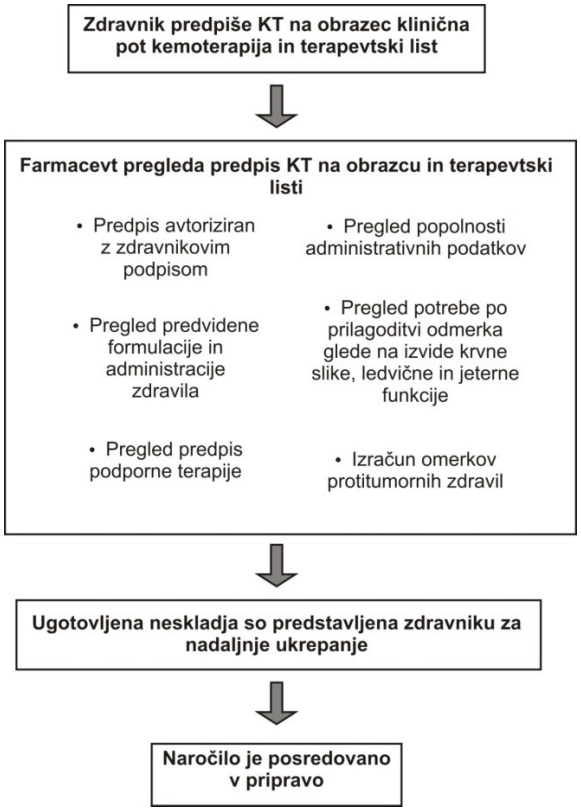
Slika 2: Prenovljena terapevtska lista s parafami in z beleženjem odmerjanja

3. ANALIZE OBSTOJEČIH PROCESOV – KAKO DELAMO?

Analize obstoječih procesov ter ugotavljanje pomanjkljivosti in možnosti izboljšav so potekali na različnih ravneh, in sicer v sklopu akademskega in raziskovalnega dela (diplomske naloge) ali manjših internih raziskav (na primer analize nadzora nad deljenjem zdravil). K nadaljnjemu razvoju je svoje doprinesla tudi obravnava opozorilnih dogodkov. Vse to je ob vključitvi strokovnih usmeritev (tujih in domačih smernic) in dosedanjih izkušenj vodilo v prenovo ali nastanek kliničnih poti (na primer klinična pot za neinvazivno mehanično ventilacijo, klinična pot za kemoterapijo).

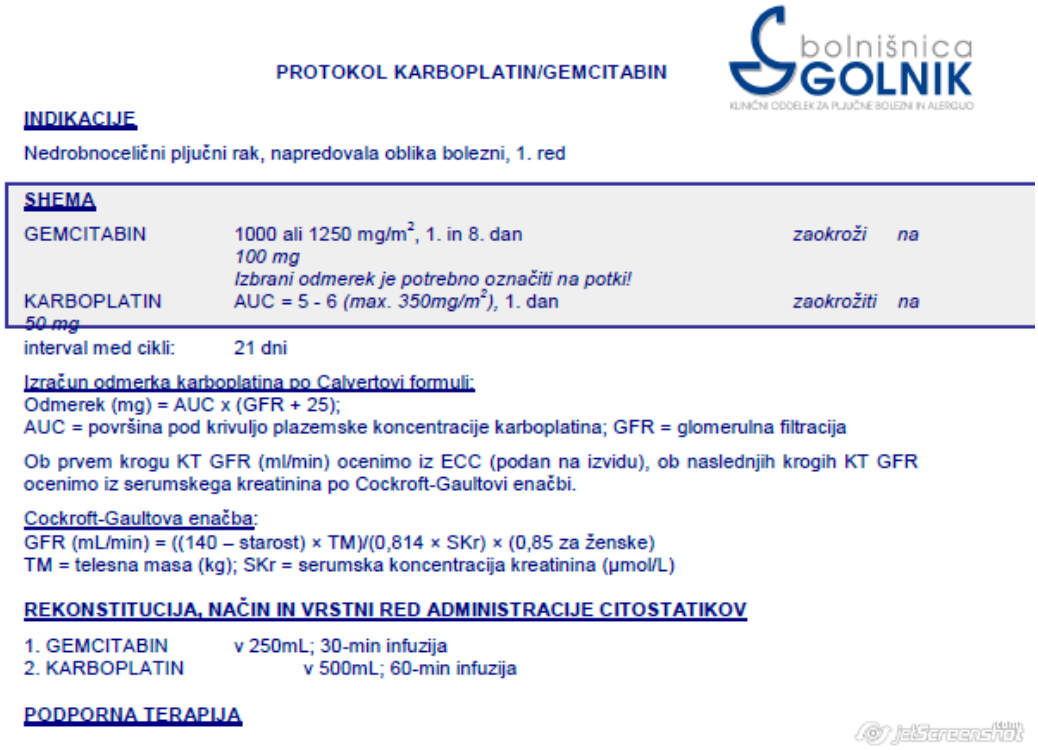
Farmacevt se je v zdravstveni tim vključil s svojim strokovnim znanjem z vidika farmakodinamike in farmakokinetike ter tako dopolnil znanja ostalih sodelavcev. Najbolj tesno sodelovanje zdravnika, farmacevta in medicinske sestre smo dosegli pri t. i. zdravilih z visokim tveganjem, kot so na primer citostatiki in zdravila za zdravljenje tuberkuloze (TB).

Slika 3: Prikaz procesa od predpisa do priprave citostatikov in vmesne kontrole



Pomemben korak z vidika kakovosti, varnosti in učinkovitosti zdravljenja sta bila poenotenje protokolov za zdravljenje po posameznih shemah zdravil in priprava shem za aplikacijo citostatikov, antiemetikov in podporne terapije.

Slika 4: Prikaz protokola za predpis kombinacije dveh citostatikov po izbrani shemi



PROTOKOL KARBOPLATIN/GEMCITABIN

bolnišnica GOLNIK
KLINIČNI ODDELEK ZA PLJUČNE BOLEZNI IN ALERGIJO

INDIKACIJE

Nedrobnocelični pljučni rak, napredovala oblika bolezni, 1. red

SHEMA		
GEMCITABIN	1000 ali 1250 mg/m^2, 1. in 8. dan *100 mg* *Izbrani odmerek je potrebno označiti na potki!*	*zaokroži na*
KARBOPLATIN *50 mg*	AUC = 5 - 6 *(max. 350mg/m^2)*, 1. dan	*zaokrožiti na*
interval med cikli:	21 dni	

Izračun odmerka karboplatina po Calvertovi formuli:
Odmerek (mg) = AUC x (GFR + 25);
AUC = površina pod krivuljo plazemske koncentracije karboplatina; GFR = glomerulna filtracija

Ob prvem krogu KT GFR (ml/min) ocenimo iz ECC (podan na izvidu), ob naslednjih krogih KT GFR ocenimo iz serumskega kreatinina po Cockroft-Gaultovi enačbi.

Cockroft-Gaultova enačba:
GFR (mL/min) = ((140 – starost) × TM)/(0,814 × SKr) × (0,85 za ženske)
TM = telesna masa (kg); SKr = serumska koncentracija kreatinina (µmol/L)

REKONSTITUCIJA, NAČIN IN VRSTNI RED ADMINISTRACIJE CITOSTATIKOV

1. GEMCITABIN v 250mL; 30-min infuzija
2. KARBOPLATIN v 500mL; 60-min infuzija

PODPORNA TERAPIJA

V procesu kemoterapije je bolnik po predhodni diagnostiki vključen v dinamičen proces, kjer je farmacevtova vloga ta, da pregleda bolnikovo predhodno terapijo in predlaga uskladitev z načrtovano kemoterapijo. Medicinske sestre se pogovorijo z bolnikom glede neželenih učinkov ob predhodnih krogih kemoterapije. Zdravnik na osnovi izbrane sheme zdravljenja in informacij, ki mu jih posredujejo farmacevt, medicinska sestra in bolnik, določi delež odmerkov zdravil glede na bolnikovo zmogljivost. V primeru zdravljenja z biološkimi zdravili tako medicinska sestra kot tudi farmacevt z bolnikom opravita pogovor glede nadaljevanja zdravljenja doma in mu podata natančna navodila za obravnavo pričakovanih neželenih učinkov.

Podobno poteka sodelovanje pri obravnavi bolnikov s TB, kjer farmacevt in medicinska sestra med hospitalizacijo v pogovoru z bolnikom pridobita informacije o zdravilih in neželenih učinkih. Zdravnik na osnovi teh podatkov terapijo znotraj smernic čim bolj prilagodi bolniku in njegovemu prenašanju neželenih učinkov zdravljenja. Bolniki so ob odpustu poučeni, kako naj z zdravljenjem nadaljujejo. Po potrebi (redka zdravila, ki niso na voljo v lekarnah) pa dobijo zdravila tudi na dom.

4. ENOTNOST INFORMACIJ IN MEDSEBOJNA KONTROLA

Pri predstavljenih procesih smo ugotovili, da poenotenje informacij, ki jih bolnikom dajejo posamezni člani zdravstvenega tima (na primer o jemanju zdravil doma), na zaupanje bolnika v proces zdravljenja deluje pozitivno. Za prav tako učinkovite so se izkazale medsebojne kontrole po predhodno usklajenih protokolih. V procesih, kjer prihaja do prenosa informacij (na primer naročilo zdravnika za pripravo kemoterapije), vedno obstaja možnost napake. Tovrstne napake je v določeni meri možno odpraviti z

uporabo informacijskih sistemov ali z dvojno kontrolo istega ali različnega profila zdravstvenih delavcev. Tako na primer farmacevt in diplomirana medicinska sestra občasno nadzorujeta deljenje zdravil, farmacevt preračuna odmerke citostatikov, ki jih je določil zdravnik, medicinska sestra pa preveri, ali se pripravljeno zdravilo za sistemsko zdravljenje ujema s tistim, ki je zapisano na kemoterapevtski potki.

Dvojne kontrole so se izkazale kot koristne, saj se je število napak zmanjšalo, prav tako pa tudi njihova resnost. Dvojne kontrole so torej precej več kot le dvojno delo.

5. VLOGA ZUNANJIH PRESOJ (ISO, NIAHO)

Vloga zunanjih presoj je v procesu zdravljenja z zdravili in obvladovanju kritičnih točk tega procesa večplastna. Presoja po standardu ISO je v pomoč pri boljši organizaciji, načrtovanju procesov in analizi učinkov. Presoja po standardu NIAHO pa je konkretnejše usmerjena v strokovne teme (na primer kako imamo v Kliniki poskrbljeno za rizična zdravila). Pri procesih, ki smo jih začeli izvajati že pred zunanjimi presojami po obeh standardih, so nam bile presoje potrditev, da smo na pravi poti. Odprle pa so tudi nekatere kritične točke, ki se nanašajo na delovanje vseh zdravstvenih delavcev (na primer predlog za dodatno izboljšavo dokumentacije in sledljivosti na terapevtski listi, dostop do zdravil v času dežurstev).

6. ZAKLJUČEK

Vse zgoraj opisane procese smo vpeljali na pobudo oziroma izpostavljeno problematiko s strani posameznih profilov zdravstvenih delavcev. Ključni pri tem so bili konstruktivna obravnava, načrtovanje spremljanja rezultatov in tudi pripravljenost za nadgradnjo procesov. Farmacevti smo intenzivno sodelovali pri pripravi protokolov in shem za zdravljenje z zdravili z visokim tveganjem. Obseg storitev pa v tesnem sodelovanju z ostalimi sodelavci povečujemo in kakovostno nadgrajujemo.

Ob pripravljenosti na napredek so zunanje presoje zelo koristne, čeprav je smiselno pripombe presojevalcev v okviru možnosti kar najbolje prilagoditi dosedanjemu načinu dela.

VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI RAZDELJEVANJU ZDRAVIL

Maruša Ahačič

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

E-naslov: marusa.ahacic@klinika-golnik.si

1. UVOD

Medicinske sestre se z zdravili in njihovo aplikacijo srečujejo vsak dan, zato je zelo pomembno, da so na tem področju dobro izobražene. Natančna priprava ter varna in ustrezna aplikacija zdravil sta eni izmed najpomembnejših aktivnosti medicinske sestre. Poznati mora delovanje, stranske učinke in način dajanja zdravil, znati mora spremljati odziv bolnika na zdravila in mu pomagati pri njihovem jemanju. Priprava in dajanje zdravil zahtevata od medicinske sestre natančnost, saj mora biti med pripravo zdravila zbrana, pri dajanju zdravil pa mora poleg tega upoštevati šest pravil, in sicer: dati mora predpisano zdravilo, predpisan pravilni odmerek, pravemu bolniku, na predpisan način in ob pravem času, na koncu pa mora to še pravilno in pravočasno dokumentirati (1).

Zdravljenje z zdravili je bila v preteklosti predvsem domena zdravnikov, danes pa postaja ta proces vse bolj timski, saj so vanj vključeni zdravniki, medicinske sestre in klinični farmacevti. Nejasnosti glede pristojnosti in vloge kliničnega farmacevta so bile v preteklosti razlog za nerazumevanje njegove vloge pri zdravljenju bolnikov (2).

2. VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI RAZDELJEVANJU ZDRAVIL

Pomembno je, da medicinska sestra bolniku razloži, kaj bo pri njem delala. S tem si zagotovimo njegovo sodelovanje in vzpostavitev partnerskega odnosa. Pri svojem delu upoštevamo pravilo 6P in standard Aplikacija zdravil.

Ena najpomembnejših točk pri razdeljevanju zdravil je pravilna identifikacija bolnika – vedno moramo izvajati dvojno identifikacijo. Bolnika najprej vprašamo po imenu in istočasno preverimo identifikacijsko zapestnico. S tem zagotovimo varno dajanje zdravil pravim bolnikom in se izognemo zamenjavam bolnikov.

Vsako zdravilo mora biti ustrezno predpisano na terapevtskem listu za tekoči dan. Predpis mora vsebovati ime zdravila, natančno dozo in časovni okvir. Če ima bolnik zdravilo predpisano po potrebi, je treba predpisati tudi največje število odmerkov (npr. Zaldiar po potrebi do 3 x dnevno). Zdravnik svoj predpis vedno potrdi s svojo parafo. Če parafe ni, medicinska sestra zdravila ne sme aplicirati.

Medicinska sestra aplikacijo zdravila na terapevtsko listo ustrezno označi na dan dajanja z natančno uro in to potrdi s svojo parafo. Če zdravnik aplikacijo zdravila naroči po telefonu, medicinska sestra izpolni obrazec Telefonsko naročanje zdravil in ga natančno izpolni, šele nato naročeno zdravilo lahko aplicira. Dežurni zdravnik, ki je zdravilo predpisal telefonsko, mora do 7. ure zjutraj predpis na obrazcu potrditi s svojim podpisom.

V primeru, da na oddelku predpisanega zdravila ni na zalogi, lahko medicinska sestra aplicira generično zdravilo. Seznam zdravil je pripravila lekarna in je shranjen na vozičku za deljenje zdravil. Medicinska sestra na terapevtsko listo vpiše ime generičnega zdravila.

Če je predpisana manj kot ena enota zdravila in je zdravilo treba razpoloviti, to storimo s posebnim razdelilcem. Drugo polovico zdravila zavržemo v poseben lonček in je ne vračamo v škatlico. S tem se izognemo možnosti zamenjave zdravil, saj nam polovička zdravila lahko pade iz originalne škatlice, nekdo drug pa jo pospravi v drugo, napačno škatlico.

Če ima bolnik predpisano zdravilo za zdravljenje arterijske hipertenzije, medicinska sestra bolniku pred aplikacijo zdravila izmeri krvni tlak. V primeru, da je ta nižji, o tem obvesti zdravnika.

Kadar bolnik prejema zdravilo proti bolečinam, medicinska sestra bolnika pred aplikacijo vpraša po oceni VAL na lestvici od 0 do 10 in oceno zabeleži skupaj z mestom bolečine.

Bolnik mora zdravilo zaužiti vpričo medicinske sestre; medicinska sestra pa mu zdravila ne sme puščati na nočni omarici. S tem prepreči, da bi napačen bolnik zaužil napačno zdravilo.

3. HRAMBA ZDRAVIL

Vsa zdravila za peroralno aplikacijo so shranjena v sestrski sobi. Antibiotiki so ločeni od drugih zdravil, vsa zdravila pa so urejena po abecedi. Zdravila za vensko in podkožno aplikacijo shranjujemo v ambulanti. Posebna zdravila shranjujemo v hladilniku. Prav tako ločeno od ostalih zdravil shranjujemo narkotike. Ti so shranjeni v originalnih embalažah v posebnem predalniku, ki je zaklenjen s posebnim čipom. Vsaka medicinska sestra na oddelku ima svoj čip, s katerim lahko odpira predalnik. Vsako uporabo narkotikov beležimo v zvezek za vodenje narkotikov. Medicinska sestra tako vpiše ime bolnika, ime in dozo zdravila in uro, ko je zdravilo vzela iz predalnika, ter vse potrdi s svojim podpisom. Kadar zdravnik predpiše polovico ampule, preostalo polovico shranimo v hladilniku v posebnem trezorju.

Enkrat mesečno pregledamo roke uporabe vseh zdravil na oddelku. Zdravila, ki so tik pred koncem roka, evidentiramo in vrnemo v lekarno.

4. ZAKLJUČEK

Vloga medicinske sestre pri razdeljevanju zdravil je izredno pomembna. Napaka pri razdeljevanju zdravil je najpogostejši neželeni dogodek v povezavi z varnostjo bolnikov, saj je lahko za bolnika usodna. Vsi zdravstveni delavci smo dolžni pisno poročati o napakah, ki se pojavijo v zvezi z dajanjem zdravil (obrazec Prijava neželenega dogodka); ne zato, da bi kaznovali zdravstvenega delavca, ki je napako storil, temveč zato, da o napakah razpravljamo in poiščemo načine varnega ravnanja, s katerimi preprečimo morebitne nadaljnje podobne neželene dogodke (3).

LITERATURA

1. Ivanuša A, Železnik D. Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, 2008.
2. Svetina Šorli P, Toni J. Klinična farmacija – priložnost, nadloga ali prednost? Isis 2011; 10 (5): 45.
3. Šmitek J (ur.), Krist A (ur.). Venski pristopi, odvzemi krvi in dajanje zdravil. Ljubljana: Univerzitetni klinični center, 2008.
4. Mark BA, Belyea M. Nurse staffing and medication errors: cross-sectional or longitudinal relationships? Res Nurs Health 2009; 32: 18–30.
5. Dajanje zdravil skozi usta, v usta, pod jezik, v oko, v uho, v nos, na kožo, v danko, v vagino. Standard zdravstvene oskrbe Klinika Golnik, 2011.

ZDRAVLJENJE Z ZDRAVILI: SPREMLJANJE TELEFONSKIH NAROČIL

Janez Toni, Majda Pušavec

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

E-naslov: janez.toni@klinika-golnik.si

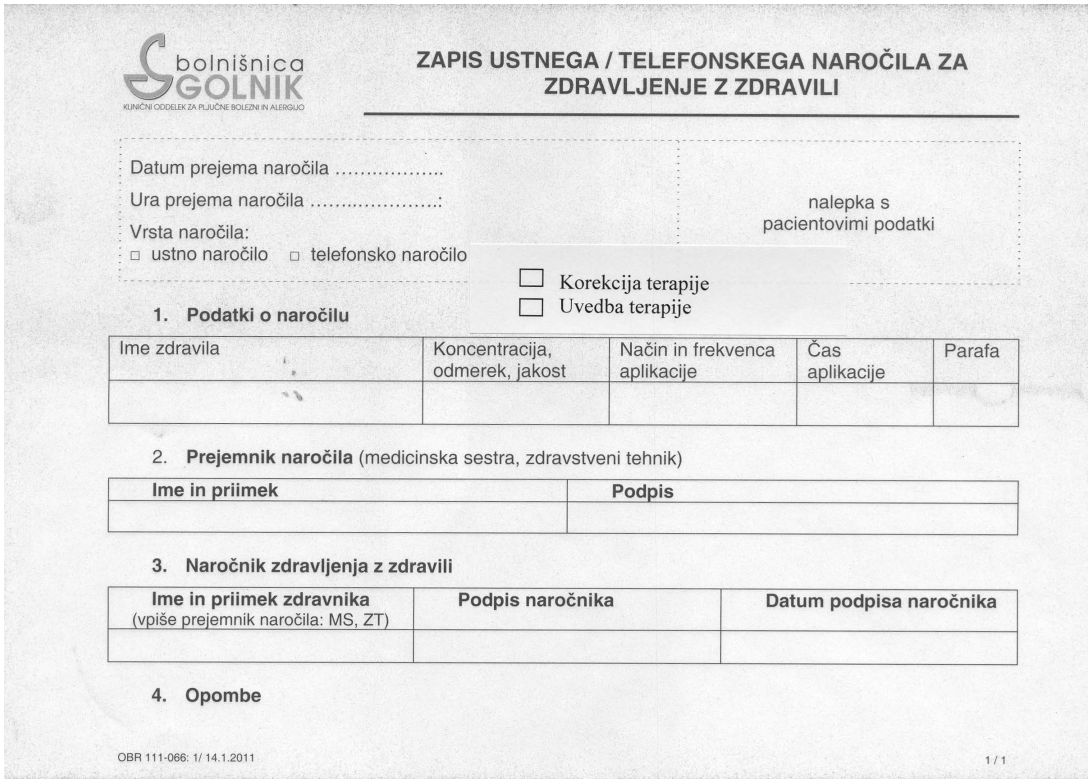
Ključne besede: telefonsko naročanje, zdravila

1. UVOD

V poročilu ob akreditacijski presoji po standardu NIAHO sta bili navedeni zahtevi: „Telefonska in ustna naročila se uporabljajo izjemoma in kadar se uporabijo, jih morajo sprejeti samo za to avtorizirane osebe s strani medicinskega osebja v skladu z zakonodajo.“ ter „Ustna naročila morajo biti podpisana ali označena z začetnicami zdravnika, ki je zdravilo predpisal, in morajo biti overjena v skladu z zakonodajo. Če zakonskih zahtev o časovnem okviru za overovitev ustnih naročil ni, se mora to zgoditi v 48 urah.“ V skladu z zahtevami smo se odločili ugotoviti pogostnost telefonskih naročil zdravil in vrsto predpisanih zdravil z namenom ugotoviti morebiten predpis rizičnih zdravil.

V januarju 2011 smo uvedli obrazec Zapis ustnega/telefonskega naročanja za zdravljenje z zdravili. Medicinska sestra ob telefonskem naročilu na obrazec zabeleži ime zdravila, koncentracijo, jakost oziroma odmerek, način in frekvenco aplikacije ter čas aplikacije. Vse zapisano potrdi s svojo parafo, zraven pa navede tudi svoje polno ime. Poleg tega vpiše še ime in priimek naročnika (zdravnika), ki obrazec ob ogledu bolnika tudi podpiše. Obrazec je prikazan na sliki 1.

Slika 1: Obrazec Zapis ustnega/telefonskega naročanja za zdravljenje z zdravili



bolnišnica GOLNIK
KLINIČNI ODDELEK ZA PLJUČNE BOLEZNI IN ALERGIJO

ZAPIS USTNEGA / TELEFONSKEGA NAROČILA ZA ZDRAVLJENJE Z ZDRAVILI

Datum prejema naročila .....
Ura prejema naročila .....:
Vrsta naročila:
□ ustno naročilo □ telefonsko naročilo

nalepka s pacientovimi podatki

☐ Korekcija terapije
☐ Uvedba terapije

1. **Podatki o naročilu**

Ime zdravila	Koncentracija, odmerek, jakost	Način in frekvenca aplikacije	Čas aplikacije	Parafa

2. **Prejemnik naročila** (medicinska sestra, zdravstveni tehnik)

Ime in priimek	**Podpis**

3. **Naročnik zdravljenja z zdravili**

Ime in priimek zdravnika (vpiše prejemnik naročila: MS, ZT)	**Podpis naročnika**	**Datum podpisa naročnika**

4. **Opombe**

OBR 111-066: 1/ 14.1.2011 1 / 1

2. POGOSTNOST USTNEGA/TELEFONSKEGA NAROČANJA V KLINIKI GOLNIK

V obdobju od 25. januarja do 31. decembra 2011 smo prejeli 408 izpolnjenih obrazcev. Število telefonskih naročil po mesecih je prikazano v tabeli 1.

Tabela 1: Število izpolnjenih obrazcev Zapis ustnega/telefonskega naročanja za zdravljenje z zdravili

Mesec	Št. naročil	Št. popolnih zapisov	Št. nepopolnih zapisov	Povprečje zapisov na dan
25.–31. 1. 2011	14	8	6	2,00
februar	64	40	24	2,29
marec	72	49	23	2,32
april	56	38	18	1,87
maj	27	18	9	0,87
junij	33	22	11	1,10
julij	33	23	10	1,06
avgust	3	3	0	0,10

september	9	5	4	0,30
oktober	28	18	10	0,90
november	32	17	15	1,07
december	37	21	16	1,19

Iz tabele je razvidno, da je bila pogostnost telefonskega naročanja na začetku več kot dve naročili na dan, kasneje se je zmanjšala in se nato ustalila pri enem naročilu dnevno. Skoraj vsa naročila so bila izvedena v času dežurstev (med 15. in 7. uro ob delavnikih ter med dela prostimi dnevi).

3. USTNO/TELEFONSKO NAROČANJE GLEDE NA PREDPISANA ZDRAVILA

Za obdobje med 25. januarjem in 26. septembrom 2011 smo pregledali analizo predpisanih učinkovin po telefonu. Ugotovili smo, da je bilo predpisanih 68 različnih zdravil z različno frekvenco. Zajeto je bilo tudi predpisovanje kisika. Največkrat so bila predpisana naslednja zdravila: Lekadol (paracetamol; 40 x), kisik (29 x), Actrapid (humani inzulin; 16 x), Torecan (tietilperazin; 12 x), Nitrolingual (gliceriltrinitrat; 10 x), Edemid (furosemid; 10 x), Zaldiar (paracetamol/tramadol; 8 x), natrijev klorid 0,9 % (8 x), morfin (7 x), Voluven (hidroksietilškrob; 6 x), Haldol (haloperidol; 6 x), Marevan (varfarin; 5 x) in Codein (kodeinijev fosfat; 5 x).

4. ANALIZA USTNEGA/TELEFONSKEGA NAROČANJA PARENTERALNE APLIKACIJE VERAPAMILA, DOPAMINA IN MORFINA

Po posvetu ob analizi pogostnosti ustnega/telefonskega naročanja in predpisa posameznih učinkovin smo se odločili preveriti okoliščine predpisa najbolj rizičnih zdravil. Iz seznama zdravil smo kot morebitno rizično opredelili parenteralno aplikacijo verapamila, dopamina in morfina. Podatke smo pridobili iz terapevtskih listov in ostale dokumentacije bolnikov. Pridobili smo dokumentacijo 14 od 16 bolnikov.

Verapamil iv. je bil ustno/telefonsko predpisan štirim bolnikom. Pri nobenem bolniku ni šlo za uvedbo terapije z verapamilom. Vsi bolniki so bili v času telefonskega naročila na oddelku za intenzivno nego in terapijo. Trije od njih so imeli verapamil iv. predpisan že pred telefonskim naročilom, en bolnik pa je prej dobival verapamil per os. Pri enem bolniku je bil verapamil iv. predpisan večkrat v času istega dežurstva. Iz dokumentacije je razvidno, da je zdravnik prvi obrazec za telefonsko naročanje zdravljenja z zdravili v tem dežurstvu podpisal, preden je izvedel naslednje telefonsko naročilo.

Dopamin iv. je bil ustno/telefonsko predpisan štirim bolnikom. Pri nobenem bolniku ni šlo za uvedbo terapije z dopaminom. Trije bolniki so bili na oddelku za intenzivno nego in terapijo, eden pa na akutnem bolniškem oddelku. Pri treh bolnikih je šlo za spremembo hitrosti infuzije dopamina, pri enem

pa za ukinitev terapije. Pri enem bolniku je bil dopamin predpisan večkrat v času istega dežurstva. Iz dokumentacije ni razvidno, ali je zdravnik prvi obrazec za telefonsko naročanje zdravljenja z zdravili v tem dežurstvu podpisal, preden je izvedel naslednje telefonsko naročilo.

Morfin v obliki parenteralne aplikacije je bil ustno/telefonsko predpisan šestim bolnikom. Pri nobenem bolniku ni šlo za uvedbo kronične terapije z morfinom, ampak za enkratno aplikacijo. Pet bolnikov je bilo v času predpisa na oddelku za intenzivno nego in terapijo. Vsi omenjeni bolniki so bili intubirani. Trije od petih bolnikov so morfin dobili že pred telefonskim naročilom. Bolnik, ki je v času predpisa ležal na akutnem oddelku, je dobil morfin zaradi suma na akutni koronarni sindrom.

5. ZAKLJUČKI

Frekvenca ustnega/telefonskega naročanja zdravljenja z zdravili se je ustalila pri približno enem naročilu na dan. Frekvenco bomo spremljali še naprej.

Pri nobenem izmed analiziranih primerov predpisovanja rizičnih zdravil (parenteralna aplikacija verapamila, dopamina in morfina) nismo ugotovili uvedbe terapije z zdravilom, ampak predpisovanje oziroma spremembo odmerka glede na potrebo posameznega bolnika. Večina podrobno analiziranih bolnikov (12 od 14) je bila ob ustnem/telefonskem naročilu hospitalizirana na oddelku za intenzivno nego in terapijo.

Zaradi zapletenosti ustnega/telefonskega naročanja zdravljenja z zdravili bomo enkrat letno pregledali frekvenco predpisa posameznih zdravil.

Z vidika analize večkratnega ustnega/telefonskega naročanja zdravljenja s posameznim zdravilom znotraj enega dežurstva bi bilo smiselno zapisati čas podpisa zdravnika na omenjeni obrazec oziroma čas obiska pri bolniku v času dežurstva na terapevtsko listo.

NOTRANJI NADZOR NA PODROČJU DIAGNOSTIKE IN ZDRAVLJENJA

Stanislav Šuškovič

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

E-naslov: stanislav.suskovic@klinika-golnik.si

Pravila notranjega nadzora so v Kliniki Golnik urejena s Pravilnikom o internem strokovnem nazoru, ki temelji na standardu ISO 9001. Pravilnik določa način in postopek izvajanja internega strokovnega nadzora v KOPA, pooblaščene osebe za izvajanje internega strokovnega nadzora, ukrepe, ki jih je na podlagi ocene o internem strokovnem nadzoru mogoče izreči, postopek reševanja pritožb zoper izrečeni ukrep in pogostost poročanja o ugotovitvah internega strokovnega nadzora.

Interni strokovni nadzor je stalen proces, ki obsega postavitev standardov kakovosti strokovnega dela, ugotavljanje skladnosti prakse s standardi kakovosti in določitev ter izvedbo in nadzor izvajanja ukrepov za korekcijo odstopanj. Izhodišče za interni nadzor je postavitev in dopolnjevanje standardov, smernic in navodil, ki opredeljujejo kakovost strokovnega dela na področju diagnostike in zdravljenja.

Interni strokovni nadzor (ISN) je redni ali izredni. Izredni ISN odredi direktor Klinike Golnik, redni ISN pa je treba izvajati po sprejetem letnem načrtu ali po potrebi, če se razkrije razkorak med klinično prakso ter standardi, ki to prakso urejajo. Zaželeno je razkriti medicinske napake, ki še niso dosegle bolnika ali mu vsaj niso škodovale.

Algoritem izvajanja ISN je v Kliniki Golnik natančno izdelan po priporočilih za oblikovanje pravilnika o rednem internem strokovnem nadzoru (RISN), sprejetih leta 2006 na letni konferenci Slovenskega združenja za kakovost v sklopu Sekcije za kakovost v zdravstvu, ki poudarjajo, da:

- naj bo pravilnik prilagojen posamezni ustanovi,
- mora vsak pravilnik vsebovati s skupnim dogovorom določene minimalne pogoje kakovosti,
- je pravilnik v osnovi namenjen notranji rabi,
- morajo pravilniki vsebovati vnaprej določene ključne kazalnike kakovosti, po katerih bo mogoče dolgoročno medsebojno zgledovanje posameznih zdravstvenih ustanov,
- mora pravilnik predvideti obvezo sprotnega prilagajanja kazalnikov kakovosti glede na razvoj medicinske znanosti.

ISN je kontinuiran proces, ki zajema določanje standardov kakovosti, preverjanje ujemanja izidov dela s standardi kakovosti, določanje izvajanja korektivnih ukrepov in določanje standarda za naključno iskanje popisov bolezni.

Na podlagi tega pravilnika smo v Kliniki Golnik v zadnjih letih izvedli številne, tudi ponovljene RISN, kot so bili na primer: RISN zdravljenja s kisikom, zdravljenja z antibiotiki, dela v urgentni ambulanti, vrednotenja pro-BNP, vrednotenja CRP vs. SR, vzrokov za ponovne hospitalizacije v sedmih dneh po odpustu, hrambe narkotikov, kakovosti obravnave bolnikov s srčnim popuščanjem, merjenja serumske koncentracije teofilina ob zdravljenju s teofilinskimi pripravki, kakovosti obravnave bolnikov, sprejetih v nočnem času, in kakovosti izpolnjevanja terapevtske liste.

V pomoč pri načrtovanju RISN so podatki, pridobljeni na mortalitetnih konferencah ter zlasti na varnostnih vizitah, katerih zapisnike obravnava Komisija za kakovost Klinike Golnik (KZK). V sklopu KZK se v sodelovanju z vodji posameznih delovnih enot in vodjo internega strokovnega nadzora predlaga in oblikuje številne standarde kakovosti, ki so prav tako kot mnoge težave o kakovosti zdravstvene oskrbe ali varnosti bolnikov, ki se razkrijejo na sestankih KZK, izhodišče za RISN.

KZK je bila ustanovljena leta 2002. Komisija je odgovorna direktorju Klinike Golnik in je sestavljena iz medicinskih in nemedicinskih strokovnjakov (slika 1). Vsak član skupine naj bi pripravil jasen strateški načrt za posamezno področje. Načrt naj bo opredeljen terminsko, s posameznimi nalogami in v skladu s strateško-poslovnim načrtom Klinike Golnik.

Slika 1: Organigram Klinike Golnik ter sestava Komisije za kakovost

Široko zastavljene cilje delovanja KZK naj bi komplementarno uresničevali člani KZK, izbrani z vseh pomembnejših zdravstvenih in nezdravstvenih enote Klinike Golnik, pri čemer na seje KZK vabimo še druge zaposlene, ki so vpleteni v obravnavani primer. Izkazalo se je, da bomo obseg določenega problema razkrili le z merjenjem ustreznih parametrov – kazalnikov kakovosti. Med drugim smo se odločili za:

- izvedbo anketiranja bolnika na določen dan,
- spremljanje telefonskih klicev (kar izvajajo medicinske sestre in informatorji): spremljanje vsebine in časa klicev ter komu so klici namenjeni,
- spremljanje časa, ki preteče od odvzema kužnine do dostave v laboratorij (kar spremljajo v laboratorijih),
- spremljanje parametrov pisanja odpustnic (kar izvajajo administratorke): število odpustnic na dan, dolžina odpustnice in čas od naročila za pisanje odpustnice do izročitve odpustnice bolniku; ti parametri se spremljajo na osnovi Priporočil za oblikovanje odpustnic, ki so bila oblikovana na pobudo KZK leta 2006.

Vzporedno z ustanovitvijo KZK se je pojavila ideja o kliničnih poteh (KP). Kot prve smo za RISN izbrali KP za srčno popuščanje, akutno poslabšanje kronične obstruktivne pljučne bolezni (aeKOPB) ter pljučnico. Poimensko smo določili delovne skupine, sestavljene iz zdravnikov, medicinskih sester, fizioterapevtov, administratork, kliničnih farmacevtov, medicinskih informatikov in medicinskega biokemika.

Kmalu se je izkazalo, da so obravnavanja in plačevanja bolnikov po modelu SPP pomemben del nenehnega izboljševanja kakovosti. Od načina kodiranja je kritično odvisen obseg plačil za posamezne bolnike. KZK je poudarila, da je problem pravilnega kodiranja treba obravnavati ne samo kot medicinsko, ampak tudi kot ekonomsko kategorijo, in da je treba takoj vzpostaviti potrebne instrumente za dosego optimalnih izidov kodiranja.

KZK je spoznala, da mora spodbujati k prijavljanju medicinskih napak. Predlagala je, da vodje oddelkov pripravijo seznam in opise rizičnih zdravil, ki bodo priložena odpustnemu pismu. Prav tako je pripomogla k pospešenemu oblikovanje kliničnih poti za invazivne posege (slepa igelna biopsija plevre, pertorakalna igelna biopsija pljuč, bronhoskopija, gastroskopija, pisni pristanek za kemoterapijo). KZK poudarja, da je povsem nedopustna praksa obravnave bolnika v dežurstvu le po telefonu. Obenem KZK spodbuja temeljito prenovo terapevtske liste, kajti dosedanja je postala povsem neustrezna ter nevarna.

Med redne aktivnosti KZK spadajo:

- preverjanje implementacije standardov kakovosti,
- analiza kliničnih poti ali izsledkov ISN,
- redni delovni sestanki,
- pregled ugotovitev glavne vizite vodij oddelkov,

- pregled ugotovitev glavne vizita direktorja,
- pregled naključno izbranih popisov bolezni ali
- drugo na pobudo KZK ali strokovnega kolegija Klinike Golnik ali drugih organov bolnišnice.

Vodja aktivnosti je direktor (strokovni direktor) ustanove. Aktivnosti koordinira Komisija za kakovost, lahko na predlog vodje internega strokovnega nadzora. Komisija o svojem delu redno poroča direktorju Klinike Golnik in strokovnemu svetu ustanove.

LITERATURA

1. SIST EN ISO 9001:2008, Quality management systems – Requirements; Sistemi vodenja kakovosti – Zahteve. Ljubljana: Slovenski inštitut za standardizacijo, 2008.
2. Konceptualni okvir za mednarodno klasifikacijo za varnost pacientov. Svetovna zdravstvena organizacija, 2010.
3. Robida A (ur.). Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2006.
4. Šuškovič S, Košnik M. Bolnišnični informacijski sistem kot orodje za izboljševanje kakovosti in varnosti bolnikov. Bilt – Ekon Organ Inform Zdrav 2009; 25: 15–6.
5. Šuškovič S. Od podatkov do informacije – statistična ali vsebinska značilnost? Bilt – Ekon Organ Inform Zdrav 2010; 26: 21–5.
6. Šuškovič S. Delovanje Komisije za kakovost na Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik. Bilt – Ekon Organ Inform Zdrav 2011; 27: 143–52.
7. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Q 2005; 83: 691–729.
8. Bengoa R, Kawar R, Key P, Leatherman S, Massoud R, Sturno P. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: World Health Organization, 2006. Dostopno na: http://www.ihi.org/knowledge/Knowledge%20Center%20Assets/Publications%20-%20QualityofcareAprocessformakingstrategicchoicesinhealthsystems_2c75d1d4-d41f-4b96-886d-0d109f675be4/QualityCare_HDef.pdf (datum dostopa: 22. 3. 2012).

NOTRANJI NADZOR PRI DAJANJU ZDRAVIL

Erika Oblak, Katja Vrankar

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

E-naslov: erika.oblak@klinika-golnik.si, katja.vrankar@klinika-golnik.si

POVZETEK

Dajanje zdravil je ena od pomembnih aktivnosti zdravstvenih delavcev – medicinskih sester, zdravnikov in farmacevtov. V bolnišnici se proces zdravljenja z zdravili prične s predpisom zdravila, nadaljuje z izdajo zdravila iz bolnišnične lekarne na bolnišnični oddelek, temu sledi priprava zdravila za aplikacijo, ki ga nato medicinska sestra da bolniku in to dejanje tudi ustrezno dokumentira. V procesu zdravljenja z zdravili moramo upoštevati zakonodajo in priporočila standardov s skupnim ciljem zagotavljanja varne in učinkovite oskrbe bolnika. V ta namen smo v Univerzitetni kliniki Golnik oblikovali standardne operativne postopke (SOP) za posamezne aktivnosti v procesu zdravljenja z zdravili, ki smo jih z izobraževanjem kadrov prenesli v vsakodnevno prakso. Določili smo kazalnike kakovosti in minimalne standarde teh procesov, ki smo jih ocenjevali po načrtu letnih notranjih nadzorov. Z rezultati smo seznanili zdravstvene delavce in vodstvo ter predlagali korektivne ukrepe z namenom izboljšanja kakovosti celotnega procesa zdravljenja z zdravili. Pri zagotavljanju kakovosti sta ključni sistematično spremljanje napak in poročanje o napakah, saj s tem stalno spodbujamo izboljšave v procesu dela.

Ključne besede: notranji nadzor, preskrba z zdravili, dajanje zdravil, varnost bolnika, kazalniki kakovosti, varnost v zdravstvu, korektivni ukrepi
Keywords: internal control, drug delivery, drug administration, patient safety, quality indicators, healthcare quality, safety assurance, corrective actions

1. UVOD

Dajanje zdravil pomeni oskrbo bolnika s predpisanimi učinkovinami z namenom zdravljenja in/ali preprečevanja bolezni oziroma bolezenskih stanj ali z namenom diagnosticiranja bolezni. Dajanje zdravil v najožjem pomenu besede pomeni vnos zdravila v bolnikov organizem. Izvedemo ga lahko na različne načine in z različnimi postopki. Proces dajanja zdravil je urejen z zakoni, ki se med državami razlikujejo. Usposobljeni in pooblaščeni za dajanje zdravil so zdravniki, medicinske sestre in pripravniki v izobraževalnem procesu medicinske in zdravstvene smeri. Ostali zdravstveni delavci imajo na tem področju omejena pooblastila (1). Ena izmed nacionalnih usmeritev za razvoj kakovosti v zdravstvu je varnost bolnika. Cilj pri zagotavljanju varnosti v procesu razdeljevanja zdravil je preprečiti

nepravilno uporabo zdravil in škodo za bolnika (2). Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik (v nadaljevanju Klinika Golnik) ima uveden sistem vodenja kakovosti ISO 9001:2008 in standard NIAHO. Po standardu NIAHO smo vzpostavili preventivne in korektivne ukrepe za sistem varnosti v procesu zdravljenja z zdravili (3). Vse procese v zdravstveni organizaciji sestavljajo postopki, kakovost (uspešnost delovanja) izvedenih postopkov pa lahko merimo.

Prvi korak v zagotavljanju kakovosti zdravstvenega varstva je prepoznanje problema oziroma pomanjkljivosti s pomočjo rednih ali občasnih nadzorov. To aktivnost izvajamo s spremljanjem **kazalnikov kakovosti** (ang. *quality indicators*). Na ta način lahko primerjamo raven kakovosti med posameznimi enotami oziroma časovnimi intervali, lahko odkrijemo probleme, analiziramo vzroke ter nato vpeljemo aktivnosti za odpravo problema. Zadnji korak predstavljata ovrednotenje rešitve problema in zagotovitev ukrepov, ki bodo preprečili, da se problem znova pojavi (4).

S kazalniki kakovosti merimo in opazujemo procese, ki se odvijajo, ter z njimi predstavimo rezultate delovanja teh procesov, ki se v zdravstvu odrazijo predvsem v izidih zdravljenja (5). Merjenje je pogoj za vrednotenje našega dela (6).

2. TEORETIČNA IZHODIŠČA

Varnost bolnika morajo zagotavljati vsi zdravstveni strokovnjaki v vseh procesih obravnave. Dajanje zdravil ne predstavlja le neposredne aplikacije zdravila. Vključuje tudi postopke naročanja, dostavljanja, predpisovanja, shranjevanja zdravil in spremljanja/nadzorovanja bolnika po aplikaciji, da dosežemo najboljši želeni učinek na bolnikovo zdravje (7).

Varna in natančna priprava ter dajanje zdravil sta eni izmed najpomembnejših aktivnosti medicinske sestre. Poznati mora delovanje, stranske učinke in način dajanja zdravil. Znati mora spremljati odziv bolnika na zdravilo in mu pomagati pri jemanju zdravila (8). Preden bolniku damo predpisano zdravilo, ga vprašamo o morebitnih alergijah in ga seznanimo z namenom zdravljenja s predpisanim zdravilom. Preverimo tudi rok uporabe zdravila. Pred dajanjem zdravila upoštevamo pravilo 6P (tabela 1).

Tabela 1: Pravilo 6P

Pravi bolnik	Dvojna identifikacija bolnika. Vprašamo ga po priimku in imenu in preverimo identifikacijsko zapestnico.
Pravo zdravilo	Preverimo ustreznost zdravila glede na zdravnikov predpis. Za zmanjševanje možnosti napak je priporočljivo, da zdravila pripravlja in aplicira ista oseba.
Pravi odmerek	Preverimo ustreznost glede na zdravnikov predpis, pripravljen odmerek ponovno preverimo pred aplikacijo.
Pravi način	Preverimo ustreznost načina aplikacije glede na zdravnikov predpis in navodila za dajanje zdravila. Postopke priprave zdravil

	opredeljujejo tudi navodila za uporabo zdravil, ki so priložena osnovnim pakiranjem zdravil, dostopna pa so tudi v nacionalni Bazi podatkov o zdravilih.
Ob pravem času	Preverimo zadnji prejeti odmerek zdravila in uskladimo s trenutnim časom aplikacije kot predpisano.
Pravilno dokumentiranje	Ustrezno dokumentiramo dano zdravilo s podpisom (z začetnicami) odgovorne osebe, ki je dala zdravilo, in časom izvedbe. Dokumentiramo tudi, če bolnik odkloni zdravilo in o dogodku obvestimo zdravnika.

Pri razdeljevanju zdravil se lahko zgodijo napake na katerikoli stopnji uporabe zdravil – pri predpisovanju, prepisovanju, pripravi in izdaji zdravil, razdeljevanju, jemanju oziroma aplikaciji ali pri spremljanju terapije. Na podlagi tega napake razdelimo v pet skupin (9, 11), kar je prikazano v tabeli 2.

Cohen, Robinson, Mandrack (10), v svoji študiji opredeljujejo najpogostejše napake pri dajanju zdravil: prekinitev medicinske sestre pri razdeljevanju zdravil, neupoštevanje pravila 6 P, premalo znanja medicinskih sester, nečitljivo napisana terapija s strani predpisovalca (zdravnika), napačen odmerek zdravila ter zamenjava zdravil zaradi podobnih imen in ovojnin zdravil.

Tabela 2: Pet skupin napak pri razdeljevanju zdravil (9, 11)

1	Napake, ki se pojavljajo med različnimi ravnmi zdravstvene oskrbe (npr. ambulantna in bolnišnična raven; ang. *across setting errors*)
2	Napake, ki se pojavijo pri aplikaciji in jemanju zdravil (ang. *administration errors*)
3	Napake, ki se pojavijo pri izdajanju in razdeljevanju zdravil (ang. *dispensing errors*)
4	Napake, ki se pojavijo pri prepisovanju (ang. *transcription errors*)
5	Napake, ki se pojavijo pri predpisovanju zdravil (ang. *prescribing medication errors*)

3. SPREMLJANI KAZALNIKI KAKOVOSTI NA PODROČJU DAJANJA ZDRAVIL V KLINIKI GOLNIK

V Kliniki Golnik v okviru procesa zdravljenja z zdravili farmacevti in zaposleni v zdravstveni negi spremljamo področja ravnanja z zdravili, kot so:

- nadzor nad shranjevanjem in nadzorom roka uporabe zdravil,
- nadzor nad dajanjem terapije per os,
- nadzor nad aplikacijo zdravil iv., im., sc.,
- nadzor nad pripravo zdravil in bolnikov pred aplikacijo.

Za vse naštete procese smo oblikovali standardne operativne postopke (SOP), ki veljajo v naši kliniki in so usklajeni tako s slovenskimi zakonskimi predpisi kot tudi z zahtevami standardov ISO in NIAHO (določene aktivnosti so še v stopnji usklajevanja). Skladno s SOP-i se izvajajo redni nadzori. Na podlagi zbranih rezultatov se pripravi akcijski načrt korektivnih ukrepov, določi časovni rok izvedbe ter določi odgovorne osebe za izvedbo ukrepov, kar se predstavi na rednih kolegijih službe zdravstvene nege in oskrbe (SZNO) in enkrat letno tudi na strokovnem svetu Klinike Golnik.

Tabela 3: Kazalniki kakovosti, spremljani v Kliniki Golnik pri procesu razdeljevanja zdravil

KAZALNIKI KAKOVOSTI, SPREMLJANI S STRANI FARMACEVTOV
1. Ustreznost identifikacije bolnika.
2. Ocena bolečine po VAL pred dajanjem analgetikov.
3. Izmerjen krvni tlak pred dajanjem antihipertonikov.
4. Ustreznost razdeljevanja zdravil na tešče.
5. Ustreznost razpolavljanja tablet.
6. Pravilnost izbire zdravila in odmerka.
7. Izvajanje neposrednega nadzora jemanja zdravil.
8. Izvajanje nadzora nad rokom uporabnosti zdravil na bolnišničnih oddelkih.
9. Ustreznost uničenja neporabljenih in pretečenih zdravil.
KAZALNIKI KAKOVOSTI, SPREMLJANI S STRANI ZDRAVSTVENE NEGE
10. Delež vbodnega mesta viale ali vratu ampule, razkuženega z alkoholnim robčkom.
11. Delež iz ampule/viale sterilno aspiriranega zdravila.
12. Delež uporabljenih ampul, zavrženih v zbiralnik za ostre predmete.
13. Delež uporabljenih vial, zavrženih v pravilen koš za odpadke.
14. Delež hranjenih ampul/vial ob bolniku ob aplikaciji.
15. Delež ustreznosti priprave/razkuževanja kože pred aplikacijo zdravila im. in sc.
16. Delež narejene kožne gube pred aplikacijo zdravila im. in sc.
17. Delež aspiracij po vbodu.
18. Delež pravilno dokumentiranega zdravila.
19. Delež hranjenih ampul/vial ob bolniku ob aplikaciji zdravila iv.
20. Delež pravilno razkuženega mesta aplikacije.
21. Delež prebrizganih iv.-kanil s 5 ml 0,9 % NaCl.
22. Delež pravilno dokumentirane aplikacije zdravila.

Povzeto po: Kazalniki kakovosti standardov SZNO Klinike Golnik.

3.1 Nadzor nad shranjevanjem in nadzorom roka uporabe zdravil

Izvaja se na vseh bolniških oddelkih in enotah. Izvajalke mesečnega nadzora nad roki uporabe zdravil so medicinske sestre. Pregledajo vse zaloge zdravil in njihove roke uporabe, za kar vodijo ustrezno evidenco na enotnem obrazcu. Zdravilo s »slabim rokom«, kar pomeni dva meseca do mesec dni pred potekom roka, označijo in zdravilo se prednostno porabi oziroma vrne v lekarno, da je na voljo drugim

bolniškim oddelkom. V primeru, da je zdravilo pretečeno, se vrne v lekarno, kjer zabeležijo, na katerem oddelku je zdravilo preteklo, in ga pošljejo v uničenje. Medicinske sestre mesečno pregledajo tudi zaloge zdravil in prevelike zaloge vrnejo v lekarno. Dvakrat letno farmacevti izvajajo nadzor nad evidenco pregleda rokov uporabnosti zdravil na bolniških oddelkih ter hkrati fizično pregledajo roke uporabnosti zdravil na vozičkih z zdravili.

Nadzor nad evidenco narkotikov se na bolniških oddelkih prav tako izvaja mesečno, s strani farmacevtov pa dvakrat letno. Farmacevti ugotovitve ob nadzoru sproti poročajo oddelkom.

3.2 Nadzor nad dajanjem terapije per os

Izvaja se dvakrat letno na vseh bolniških oddelkih. Nadzor izvajajo farmacevti neposredno ob bolniku in medicinskih sestrah, ki razdeljujejo zdravila, ter s pregledom terapevtske liste. Kazalniki kakovosti za omenjeni nadzor so bili napisani glede na najpogostejše evidentirane napake pri razdeljevanju zdravil ter v skladu s SOP-om za dajanje zdravil per os (tabela 3: kazalniki kakovosti od 1 do 7). Kazalniki imajo postavljen minimalni želeni rezultat. Farmacevti analizirane podatke predstavijo na kolegiju SZNO. Na podlagi zbranih rezultatov farmacevti predlagajo korektivne in preventivne ukrepe, ki jih nato uskladijo z ostalimi zdravstvenimi delavci. Rezultati in ukrepi so predstavljeni širšemu krogu zaposlenih, saj z informiranjem zaposlenih in predstavljenimi ukrepi lahko preprečimo ponovna odstopanja. Po upoštevanju postavljenih preventivnih in korektivnih ukrepih se pri ponovnem ocenjevanju oceni tudi uspešnost izvedenih ukrepov.

3.3 Nadzor nad aplikacijo zdravil iv., im. in sc.

V zdravstveni negi spremljamo postopke priprave zdravil za apliciranje iv., im. in sc. ter preverjamo pravilnost izvedenih postopkov glede na zahteve Standardov SZNO Klinike Golnik. Kazalniki kakovosti imajo postavljen minimalni želeni rezultat (tabela 3: kazalniki od 10 do 22). Nadzor izvajajo diplomirane medicinske sestre na bolniških oddelkih in v ambulantnih enotah. Zbrane podatke posredujejo koordinatoricama za kakovost SZNO, ki zbrane podatke analizirata in predstavita na kolegiju SZNO. Nadzor se izvaja enkrat letno.

3.4. Nadzor nad pripravo zdravil in bolnikov pred aplikacijo

Nadzor nad pripravo zdravil se izvaja neposredno ob pripravi oziroma dajanju zdravil. Enako se izvaja nadzor ustreznosti priprave bolnika, in sicer: ustreznost priprave/razkuževanja kože pred aplikacijo zdravila, ustreznost narejene kožne gube pred aplikacijo zdravila sc. ter spremljanje deleža aspiracij po vbodu. Nadzor izvajajo diplomirane medicinske sestre na matičnih ali drugih oddelkih. Enako kot pri nadzoru nad aplikacijo zdravil se o rezultatih nadzora poroča in ukrepa.

4. ZAKLJUČEK

Spremljanje kazalnikov kakovosti je kontinuirana aktivnost in je glavno orodje, s katerim zagotavljamo kakovost v zdravstvu. V procesu dajanja zdravil sodelujejo različni zdravstveni strokovnjaki, ki so soodgovorni za varno in učinkovito zdravljenje z zdravili. Zavedanje, da je proces dajanja zdravil odgovorna in zahtevna naloga zdravstvenih delavcev, je prvi korak k varnosti bolnikov. Pomembni sta sistematično spremljanje napak ter zavedanje posameznika o odgovornosti za poročanje o neželenih dogodkih in napakah. Poročanje o napakah ne sme biti povezano s strahom glede posledic, saj nam omogoča analiziranje vzroka, preprečevanje in odpravljanje sistemskih napak. Hkrati pa na podlagi poročil napak in izsledkov nadzorov načrtujemo in uvajamo izboljšave in nadalje spremljamo kazalnike za ugotavljanje učinkovitosti izboljšav.

LITERATURA

1. Mavsar Najdenov B. Zagotavljanje varnosti in kakovosti pri dajanju zdravil. V: Kramar Z, et al. Zbornik strokovnega srečanja na temo Varnost – rdeča nit celostne obravnave pacientov, Gozd Martuljek, 7.–8. april 2011. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice; Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, 2011. 48–55.
2. Manias E. Medication communication: a concept analysis. J Adv Nurs 2010; 66 (4): 933–43.
3. Kadivec S. Vloga zdravstvene nege pri zagotavljanju varnosti v procesu zdravljenja z zdravili. V: Kramar Z, et al. Zbornik strokovnega srečanja na temo Varnost – rdeča nit celostne obravnave pacientov, Gozd Martuljek, 7.–8. april 2011. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice; Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, 2011. 59–62.
4. Fras Z, Pajntar M. Kako merimo kakovost zdravstvenega varstva. Zdrav Vestn 2002; 71: 737–41.
5. Simčič B, Poldrugovac M, Marušič D. Kazalniki kakovosti in akreditacija kot orodja za vodenje kakovosti v zdravstvu v Sloveniji. Bilt – Ekon Organ Inform Zdrav 2011; 27 (1): 29–49.
6. Bavčar K. Pomen merjenja kakovosti zdravstvene nege: magistrsko delo Fakultete za management Univerze na Primorskem. Koper, 2008.
7. Šmitek J, Krist A. Venski pristopi, odvzem krvi in dajanje zdravil. Ljubljana: Univerzitetni klinični center, 2008. 116–21.
8. Železnik D, Ivanuša A. Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 2002. 359–70.
9. PCNE Classification for drug related problem v 6.2. Dostopno na: http://www.pcne.org/drp/drug-related-problems.php (datum dostopa: 24. 10. 2011).
10. Cohen H, Robinson ES, Mandrack M. Getting to the root of medication errors: survey results. Nursing 2003; 33 (9): 36–45.
11. van den Bemt PMLA, Egberts ACG. Drug related problems: definitions and classifications. Eur J Hosp Pharm Pract 2007; 13: 62–4.

KLINIČNE POTI ZA INVAZIVNE POSEGE

Nadja Triller, Barbara Benedik, Marija Petrinec - Primožič, Danica Šprajcar

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

E-naslov: nadja.triller@klinika-golnik.si, barbara.benedik@klinika-golnik.si, marija.petrinec@klinika-golnik.si, danica.sprajcar@klinika-golnik.si

POVZETEK

Klinična pot je strukturiran načrt večpoklicne obravnave bolnikov s specifičnim kliničnim problemom, ki prikazuje cilje obravnave bolnika ter opisuje zaporedje in časovni potek aktivnosti, nujnih za doseganje zastavljenih ciljev z optimalno učinkovitostjo. V naši kliniki smo uvedli klinično pot Zagotavljanje varnosti bolnika ob invazivnem posegu z namenom zagotoviti kakovostno in varno obravnavo bolnikov.

Ključne besede: klinična pot, učinkovitost, varnost

Keywords: clinical pathway, effectiveness, safety

1. UVOD

Klinične poti, ki so jih pričeli uvajati v klinično prakso po letu 1990 v Veliki Britaniji in ZDA, naj bi omogočile lažje uvajanje kliničnih smernic in protokolov v vsakodnevno klinično prakso. Uvajanje kliničnih poti v klinično prakso se je izkazalo za koristno. Rotter je s sodelavci (2) analiziral 27 raziskav, ki so zajele 11.398 bolnikov, obravnavanih s pomočjo kliničnih poti. Namen študije je bil ugotoviti učinek kliničnih poti na klinično prakso, izhod bolnikove obravnave, trajanje hospitalizacije in stroške zdravljenja. Ugotovili so, da je uporaba kliničnih poti znižala število bolnišničnih zapletov zdravljenja in izboljšala dokumentiranje brez negativnih posledic na podaljšanje hospitalizacije ali stroške zdravljenja.

Nekaj prednosti kliničnih poti:

- pomoč pri uvajanju na izsledkih temelječe medicine (*evidence-based medicine*) in kliničnih smernic,
- s promocijo standardov se zmanjša variabilnost v izvedbi različnih postopkov,
- izboljšanje komunikacije med različnimi zdravstvenimi timi,

- omogočanje koordinacije oskrbe bolnika med različnimi zdravstvenimi timi in oddelki,
- omogočanje natančno in dobro določene standardne obravnave bolnika,
- bolje urejena in manj obsežna bolnikova dokumentacija,
- zmanjšano tveganje za nastanek zapletov obravnave,
- zmanjšanje stroškov obravnave.

Možne težave in zapreke pri uvajanju kliničnih poti:

- ne predvidevajo nepričakovanih zapletov,
- lahko izzovejo odpor pri zdravstvenem osebju, ki jih pogosto s težavo sprejme,
- težave pri obravnavi primerov, ki zahtevajo izrazito individualno obravnavo, kjer je »standardne obravnave« težko definirati.

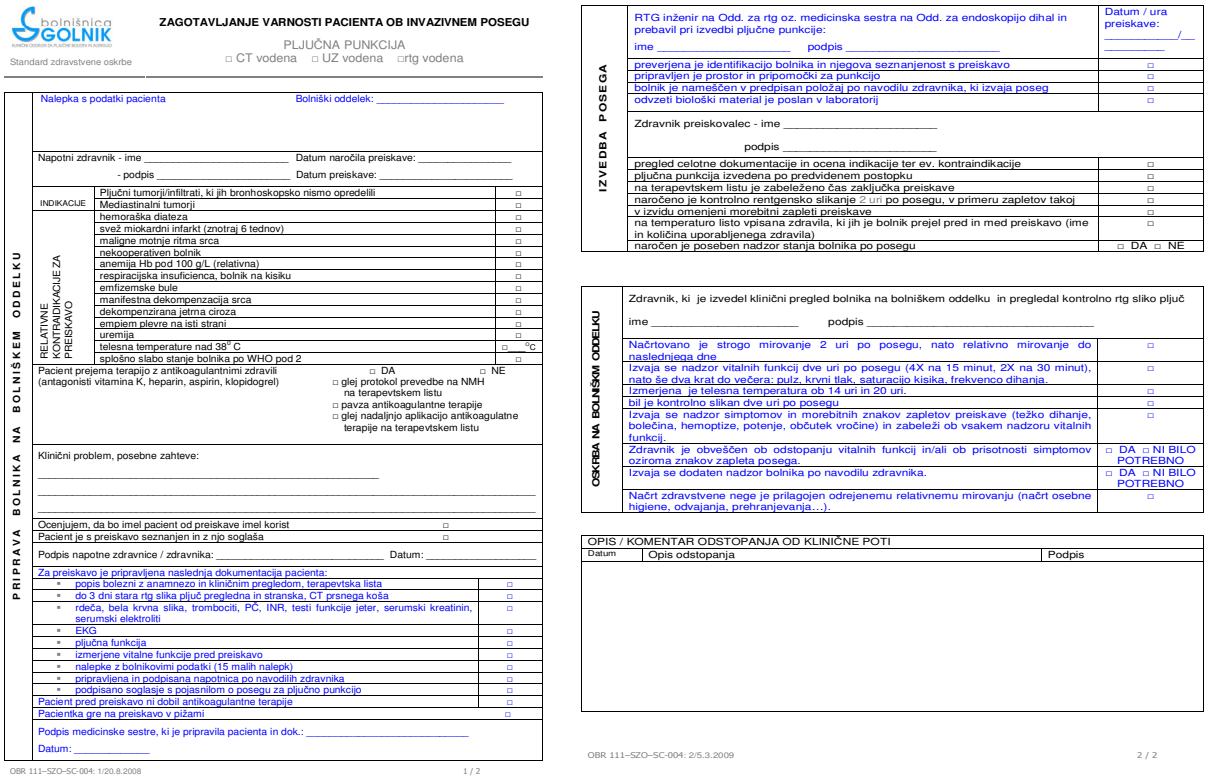
2. KLINIČNA POT ZA IZBOLJŠANJE VARNOSTI BOLNIKOV OB INVAZIVNEM POSEGU

Ob načrtovanju invazivnega posega odgovorni zdravnik na bolniškem oddelku prouči indikacije in kontraindikacije za poseg in se odloči o primernosti načrtovanega posega za posameznega bolnika. O možnih tveganjih preiskave opozori zdravstvene delavce, ki bodo v procesu priprave, izvedbe in spremljanja bolnika po posegu sodelovali.

Zdravstveno osebje na bolniškem oddelku pripravi bolnika na invazivni poseg in hkrati preveri, ali je pripravljena vsa zahtevana medicinska dokumentacija za predviden poseg. Zdravstveno osebje, ki izvaja poseg, za poseg pripravi prostor, inštrumente in bolnika. Pred posegom preveri bolnikovo identiteto, skrbi za bolnika med posegom po zaključku posega, posreduje navodila za nadaljnjo bolnikovo oskrbo na bolniškem oddelku in poskrbi za pravilen transport odvzetih vzorcev tkiva v ustrezen laboratorij. Zdravstveno osebje na bolniškem oddelku po predvidenem protokolu oskrbi bolnika po posegu. Izvedba vseh omenjenih aktivnosti je opisana v klinični poti (slika 1), ki smo jo oblikovali z namenom, da:

- zmanjšamo možnost napak v celotnem postopku izvedbe posega,
- spodbujamo zavedanje o večpoklicnem skupinskem delu in
- povečamo učinkovitost in varnost procesa.

Slika 1: Zagotavljanje bolnikove varnosti ob invazivnem posegu



bolnišnica GOLNIK
Standard zdravstvene oskrbe

ZAGOTAVLJANJE VARNOSTI PACIENTA OB INVAZIVNEM POSEGU

PLJUČNA PUNKCIJA
□ CT vodena □ UZ vodena □rtg vodena

PRIPRAVA BOLNIKA NA BOLNIŠKEM ODDELKU

Nalepka s podatki pacienta — Bolniški oddelek: _____

Napotni zdravnik - ime _____ Datum naročila preiskave: _____
- podpis _____ Datum preiskave: _____

INDIKACIJE	Pljučni tumorji/infiltrati, ki jih bronhoskopsko nismo opredelili	□
	Mediastinalni tumorji	□
RELATIVNE KONTRAINDIKACIJE ZA PREISKAVO	hemoraška diateza	□
	svež miokardni infarkt (znotraj 6 tednov)	□
	maligne motnje ritma srca	□
	nekooperativen bolnik	□
	anemija Hb pod 100 g/L (relativna)	□
	respiracijska insuficienca, bolnik na kisiku	□
	emfizemske bule	□
	manifestna dekompenzacija srca	□
	dekompenzirana jetrna ciroza	□
	empiem plevre na isti strani	□
	uremija	□
	telesna temperature nad 38° C	□ ___°C
	splošno slabo stanje bolnika po WHO pod 2	□

Pacient prejema terapijo z antikoagulantnimi zdravili (antagonisti vitamina K, heparin, aspirin, klopidogrel) □ DA □ NE
□ glej protokol prevedbe na NMH na terapevtskem listu
□ pavza antikoagulantne terapije
□ glej nadaljnjo aplikacijo antikoagulatne terapije na terapevtskem listu

Klinični problem, posebne zahteve:
_____
_____
_____

Ocenjujem, da bo imel pacient od preiskave imel korist □
Pacient je s preiskavo seznanjen in z njo soglaša □

Podpis napotne zdravnice / zdravnika: _____ Datum: _____

Za preiskavo je pripravljena naslednja dokumentacija pacienta:

▪ popis bolezni z anamnezo in kliničnim pregledom, terapevtska lista	□
▪ do 3 dni stara rtg slika pljuč pregledna in stranska, CT prsnega koša	□
▪ rdeča, bela krvna slika, trombociti, PČ, INR, testi funkcije jeter, serumski kreatinin, serumski elektroliti	□
▪ EKG	□
▪ pljučna funkcija	□
▪ izmerjene vitalne funkcije pred preiskavo	□
▪ nalepke z bolnikovimi podatki (15 malih nalepk)	□
▪ pripravljena in podpisana napotnica po navodilih zdravnika	□
▪ podpisano soglasje s pojasnilom o posegu za pljučno punkcijo	□
Pacient pred preiskavo ni dobil antikoagulantne terapije	□
Pacientka gre na preiskavo v pižami	□

Podpis medicinske sestre, ki je pripravila pacienta in dok.: _____
Datum: _____

OBR 111–SZO–SC-004: 1/20.8.2008 1 / 2

IZVEDBA POSEGA

RTG inženir na Odd. za rtg oz. medicinska sestra na Odd. za endoskopijo dihal in prebavil pri izvedbi pljučne punkcije: ime _____ podpis _____	Datum / ura preiskave: _____/__ _____
preverjena je identifikacijo bolnika in njegova seznanjenost s preiskavo	□
pripravljen je prostor in pripomočki za punkcijo	□
bolnik je nameščen v predpisan položaj po navodilu zdravnika, ki izvaja poseg	□
odvzeti biološki material je poslan v laboratorij	□
Zdravnik preiskovalec - ime _____ podpis _____	
pregled celotne dokumentacije in ocena indikacije ter ev. kontraindikacije	□
pljučna punkcija izvedena po predvidenem postopku	□
na terapevtskem listu je zabeleženo čas zaključka preiskave	□
naročeno je kontrolno rentgensko slikanje 2 uri po posegu, v primeru zapletov takoj	□
v izvidu omenjeni morebitni zapleti preiskave	□
na temperaturo listo vpisana zdravila, ki jih je bolnik prejel pred in med preiskavo (ime in količina uporabljenega zdravila)	□
naročen je poseben nadzor stanja bolnika po posegu	□ DA □ NE

OSKRBA NA BOLNIŠKEM ODDELKU

Zdravnik, ki je izvedel klinični pregled bolnika na bolniškem oddelku in pregledal kontrolno rtg sliko pljuč
ime _____ podpis _____

Načrtovano je strogo mirovanje 2 uri po posegu, nato relativno mirovanje do naslednjega dne	□
Izvaja se nadzor vitalnih funkcij dve uri po posegu (4X na 15 minut, 2X na 30 minut), nato še dva krat do večera: pulz, krvni tlak, saturacijo kisika, frekvenco dihanja.	□
Izmerjena je telesna temperatura ob 14 uri in 20 uri.	□
bil je kontrolno slikan dve uri po posegu	□
Izvaja se nadzor simptomov in morebitnih znakov zapletov preiskave (težko dihanje, bolečina, hemoptize, potenje, občutek vročine) in zabeleži ob vsakem nadzoru vitalnih funkcij.	□
Zdravnik je obveščen ob odstopanju vitalnih funkcij in/ali ob prisotnosti simptomov oziroma znakov zapleta posega.	□ DA □ NI BILO POTREBNO
Izvaja se dodaten nadzor bolnika po navodilu zdravnika.	□ DA □ NI BILO POTREBNO
Načrt zdravstvene nege je prilagojen odrejenemu relativnemu mirovanju (načrt osebne higiene, odvajanja, prehranjevanja…).	□

OPIS / KOMENTAR ODSTOPANJA OD KLINIČNE POTI

Datum	Opis odstopanja	Podpis

OBR 111–SZO–SC-004: 2/5.3.2009 2 / 2

3. ZAKLJUČEK

Klinična pot je pripomoček, ki zdravstvenemu osebju omogoča racionalno in na znanstvenih dokazih utemeljeno obravnavo bolnika, spremljanje opravljenega dela, spremljanje kazalnikov kakovosti, natančnejše dokumentiranje in lažjo notranjo presojo medicinske prakse.

Da bodo klinične poti izpolnile naša pričakovanja, moramo dokumente nenehno dopolnjevati in posodabljati. V dokumente vpletemo izkušnje zdravstvenih delavcev, ki sodelujejo v procesu obravnave bolnikov. Ustrezno jih označujemo, tako da lahko osebje vedno prepozna zadnjo različico dokumenta, ki jo uporablja do nove posodobitve.

LITERATURA

1. Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteous M. Integrated care pathways. BMJ 1998; 10; 316 (7125): 133–7.

2. Rotter T, Kinsman L, James EL, Machotta A, Gothe H, Willis J, Snow P, Kugler J. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 3. Art. No.: CD006632. DOI: 10.1002/14651858.CD006632.pub2.

3. Berginc Dolinšek A, Yazbeck AM, Robida A. Metodološka priporočila za oblikovanje in uvajanje kliničnih poti. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2006.

4. Konde Y. Kakovost, povzetek knjige Companywide Quality Control. Ljubljana: Zavod za kakovost storitev in komunikacij, 1995.

5. Slovenski standard. SIST EN ISO 9001: sistemi vodenja kakovosti – zahteve (ISO 9001:2008). Ljubljana: Slovenski inštitut za standardizacijo, 2008.

ODVZEM BIOLOŠKIH VZORCEV ZA LABORATORIJSKE PREISKAVE NA BOLNIŠKIH ODDELKIH

Nina Karakaš, Saša Kadivec, Pika Meško Brguljan

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

E-naslov: nina.karakas@klinika-golnik.si, sasa.kadivec@klinika-golnik.si, pika.mesko@klinika-golnik.si

POVZETEK

Na rezultate laboratorijskih preiskav, poleg bolezenskega stanja preiskovanca, vplivajo še številni drugi dejavniki, ki niso vezani na samo bolezen. Ti dejavniki so prisotni v vseh treh stopnjah procesa laboratorijske diagnostike – v predanalitski, analitski in poanalitski stopnji. Kakovosten laboratorijski izvid pomeni kakovostno izvedbo procesov v vseh stopnjah, tj. od pravilno izvedenega naročila ustreznih laboratorijskih preiskav, pravilne priprave preiskovanca in izvedenega odvzema bioloških vzorcev do kakovostne izvedbe preiskav, ustreznega poročanja o rezultatih in njihove ustrezne interpretacije.

Spremljanje dejavnikov predanalitske stopnje, predvsem v primerih, ko se odvzem vzorcev izvaja izven laboratorija (bolniški oddelki, ambulante), je lahko dokaj težavno ter zahteva timsko delo in skupne napore različnih profilov zaposlenih. Ključ do uspešnega sodelovanja sta vsekakor zavedanje sinergije znanja različnih strok ter skupna težnja k čim bolj kakovostni in varni klinični obravnavi preiskovanca.

V duhu takšnega načina razmišljanja smo v Laboratoriju za klinično biokemijo in hematologijo (v nadaljevanju LKBH) v sodelovanju z osebjem zdravstvene nege (predvsem s pomočnico direktorja za področje zdravstvene nege) leta 2010 začeli z izvajanjem skupnih notranjih nadzorov nad odvzemom vzorcev venske krvi na bolniških oddelkih in v ambulantah, podobno prakso pa izvajajo tudi drugi laboratoriji v naši kliniki.

Ključne besede: odvzem bioloških vzorcev, predanalitske napake, notranji nadzor

Keywords: collection of biological samples, preanalytical errors, internal review

1. ZAHTEVE STANDARDOV NIAHO, ISO 9001 IN ISO 15189, POVEZANE Z IZVAJANJEM NOTRANJIH NADZOROV

Začetek izvajanja notranjih nadzorov v laboratoriju oziroma v naši kliniki je povezan z vzpostavitvijo in izvajanjem sistema vodenja kakovosti in varnosti po zahtevah standardov ISO 9001, ISO 15189 in NIAHO.

Samonadzor organizacije nad izvajanjem vzpostavljenega sistema tako zahteva standard ISO 9001:2008, in sicer v točki 8.2 (Nadzorovanje in merjenje). Tudi standard NIAHO v točki QM.7 (Merjenje, nadzor, analize) opredeljuje izvajanje notranjih nadzorov posameznih oddelkov v organizaciji ter z njihovimi procesi povezanih podatkov v rednih intervalih.

Z vidika LKBH in zdravstvene nege pa sta omenjena standarda glede zahtev, povezanih z nadzorom kakovosti teh dveh področij, zelo splošna, zato jih je smiselno dopolnjevati z zahtevami strokovno bolj usmerjenih standardov. V medicinskih laboratorijih se tako opiramo predvsem na standard ISO 15189, ki določa posebne zahteve za kakovost in usposobljenost medicinskih laboratorijev, in Pravilnik o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za izvajanje preiskav na področju laboratorijske medicine, v zdravstveni negi pa na standarde s tega področja.

Skupni notranji nadzori LKBH in zdravstvene nege so namensko zastavljeni tako, da predstavljajo nadzor nad upoštevanjem priporočil različnih standardov, kar dobljenim rezultatom daje še dodatno težo.

2. IZVEDBA SKUPNEGA NOTRANJEGA NADZORA

Izvedba skupnega notranjega nadzora obsega več stopenj:

- dogovor o sodelovanju,
- spremljanje in analiza najpogosteje opaženih predanalitskih napak v laboratoriju,
- izdelava ustreznega seznama preverjanja (*check-liste*) za notranji nadzor na oddelku,
- izdelava časovnega in prostorskega načrta notranjega nadzora,
- izvedba notranjega nadzora,
- obdelava rezultatov,
- poročanje o rezultatih,
- sprejetje ustreznih korektivnih in preventivnih ukrepov.

3. REZULTATI SKUPNIH NOTRANJIH NADZOROV V KLINIKI GOLNIK

Izvedeni so bili trije skupni notranji nadzori odvzema vzorcev venske krvi (2010, 2011, 2012). Primerjava rezultatov kaže, da smo pri štirih točkah od skupno devetih točk preverjanja (ki so v vseh treh letih ostale nespremenjene) dosegli izboljšanje, v dveh točkah je število napak ostalo enako nič, v treh točkah pa je prišlo do poslabšanja rezultatov.

Popolnejšo sliko o koristih izvajanja skupnih notranjih nadzorov ter ustreznosti sprejetih preventivnih in korektivnih ukrepov nam pokaže primerjava rezultatov spremljanja predanalitskih napak, ki jih vsakodnevno beleži LKBH. Iz nje je razvidno, da smo od skupno devetih vrst napak, ki jih beležimo, pri večini (osmih) dosegli izboljšanje.

4. ZAKLJUČEK

Obdobni notranji nadzori, ki jih v sodelovanju izvajata Laboratorij za klinično biokemijo in hematologijo in osebje zdravstvene nege, so v Kliniki Golnik postali del naše rutine in utečene dobre prakse. Glede na to, da jih izvajamo šele tri leta, optimuma njihove uporabnosti zagotovo še nismo dosegli, smo pa na podlagi izkušenj naredili že kar nekaj izboljšav.

Osnova za kakovostno opravljen skupni notranji nadzor so v prvi vrsti vsekakor pripravljenost na sodelovanje, izdelava ustreznega nabora točk preverjanja ter ne nazadnje, glede na dobljene rezultate, vpeljava ustreznih preventivnih in korektivni ukrepov. Pozitiven vidik tovrstnega sodelovanja med osebjem laboratorijev in zdravstvene nege je tudi boljše razumevanje dela drug drugega. Zaposleni v laboratorijih na ta način dobijo konkreten vpogled v težave, s katerimi se osebje zdravstvene nege srečuje pri odvzemu bioloških vzorcev. Tukaj je v ospredju predvsem problematika težko dostopnih ali slabih žil, kjer je včasih potrebnih več poskusov, preden pridemo do ustreznega vzorca, kar je lahko tako za preiskovanca kot za osebo, ki vzorec odvzema, še posebej stresno. Po drugi strani pa je bilo osebje zdravstvene nege povabljeno k sodelovanju v notranjih presojah, ki se izvajajo v laboratorijih, s čimer je tudi njim omogočen vpogled v način in problematiko dela v laboratoriju. Z neposredno komunikacijo je bilo tako razrešenih že kar nekaj dilem, kar je bistveno pripomoglo k zadovoljstvu in kakovosti medsebojnega sodelovanja.

Pomembno je, da se poleg koristi, ki jih prinaša skupni notranji nadzor, zavedamo tudi njegovih omejitev. Dejstvo je, da je nadzor praktično nemogoče izvesti neopaženo, torej tako, da osebe, katerih delo nadzorujemo, tega ne bi opazile. Pri končnem poročilu moramo zato upoštevati tudi dejstvo, da vsi dobljeni rezultati niso stoodstoten odraz realnega stanja. To je dobro razvidno tudi iz primerjave med statistiko predanalitskih napak, ki jih dnevno beleži LKBH, in rezultati notranjega nadzora. Tako je bilo na primer pri nadzoru na bolniških oddelkih leta 2010 ugotovljeno, da se mešanje epruvet po odvzemu izvaja ustrezno, pri pregledu vzorcev, prispelih v laboratorij, pa je bilo pri 40 vzorcih (od pregledanih 180) očitno, da kri po odvzemu ni bila ustrezno premešana, saj je bil na stenah epruvet še vedno prisoten aktivator koagulacije.

Iz tega bi bilo napačno zaključiti, da skupni notranji nadzor ni ustrezno orodje za ugotavljanje ter obvladovanje oziroma preprečevanje predanalitskih napak pri odvzemu bioloških vzorcev za laboratorijske preiskave. Prav nasprotno, je ustrezno in dobro orodje, vendar ne edino in povsem samostojno. Treba ga je uporabljati v kombinaciji z drugimi načini spremljanja predanalitskih napak ter ga glede na pridobljene izkušnje nenehno prilagajati in izboljševati. Medpoklicno sodelovanje in povezovanje znanj igrata pri tem pomembno vlogo ter bistveno prispevata h kakovostni in varni klinični obravnavi preiskovancev.

LITERATURA

1. SIST EN ISO 9001:2008, Quality management systems – Requirements; Sistemi vodenja kakovosti – Zahteve. Ljubljana: Slovenski inštitut za standardizacijo, 2008.
2. NIAHO: National Integrated Accreditation for Healthcare Organisations; Interpretative guidelines and surveyor guidance: Revision 8.0.
3. SIST EN ISO 15189:2007, Medical laboratories – particular requirements for quality and competence; Medicinski laboratoriji – Posebne zahteve za kakovost in usposobljenost. Ljubljana: Slovenski inštitut za standardizacijo, 2007.
4. Pravilnik o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za izvajanje preiskav na področju laboratorijske medicine. Ur. l. RS, št. 64/2004.
5. Vakuumski odvzem venske krvi, standard zdravstvene oskrbe, Bolnišnica Golnik, 2010,
6. Bonini P, Plebani M, Cerriotti F, Rubboli F: Errors in laboratory medicine. Clin Chem 2002; 48: 691–8.
7. Plebani M. Errors in laboratory medicine and patient safety: the road ahead. Clin Chem Lab Med 2007; 45: 700–7.

UPORABA OVIRNIC

Saša Kadivec

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

E-naslov: sasa.kadivec@klinika-golnik.si

POVZETEK

Varnost bolnikov v zdravstvenovarstvenih ustanovah je ena izmed pravic bolnikov. Zdravstveno osebje mora vsakemu posamezniku poleg kakovostne zdravstvene nege in zdravljenja zagotoviti tudi čim varnejšo zdravstveno oskrbo in varno okolje. Na vzroke za padce vplivajo različni dejavniki. Oviranje bolnika z ovirnicami povzroča etične, zakonske in strokovne dileme.

Ključne besede: ovirnice, fizične ovirnice, padci, varnost bolnika, standard NIAHO

1. SPLOŠNO O OVIRNICAH, ZAKAJ JIH UPORABLJAMO

Avtorji navajajo različno razširjenost ovirnic med hospitaliziranimi bolniki. Kot navajajo avtorji, je od 3 do 21 % hospitaliziranih bolnikov na akutnih oddelkih nameščenih v fizične ovirnice (1, 2). Fizične ovirnice pri starejših so pogosta praksa v mnogih državah (10). Ovirnice delimo na fizične, kemične in kombinirane (1).

Vzroki namestitve bolnika v ovirnice so prikazani v tabeli 1.

Tabela 1

Zagotavljanja neposredne fizične varnosti in zaščite bolnika
Zagotavljanja neposredne fizične varnosti in zaščite zdravstvenega osebja
Zagotavljanje zaščite bolnika zaradi zdravljenja ali določenih terapevtskih postopkov
Zagotavljanje neposredne fizične varnosti in zaščite ostalih

Vir: (8, 11, 13).

2. ETIČNE DILEME Z VIDIKA BOLNIKA/OSEBJA

Ob uporabi fizičnih ovirnic nastaja veliko etičnih dilem. Povzročajo razvrednotenje bolnikove samopodobe, prinašajo vznemirjenje v strokovni prostor in lahko povzročijo poškodbe bolnika in zdravstvenega osebja (3, 5). Bolniki v ovirnicah so doživljali jezo in žalost, bili so zmedeni, pod pritiskom in prestrašeni. Strah, jeza in žalost so ostali tudi po tem, ko niso bili več ovirani. Ovirnice

izzovejo močne čustvene reakcije. Da se izognemo neželenim učinkom, naj bodo ovirnice uporabljene le v primeru, ko ni drugih praktičnih alternativ za fizične ovirnice in predvsem ko obstajajo razumljivi razlogi za uvedbo ovirnic (3). Vsaka uporaba ovirnic mora temeljiti na tehtanju oziroma individualni oceni za uporabo ovirnic in na ponovni oceni potreb po uporabi ovirnic. Nalogi vodstva sta razviti vizijo in smernice za uporabo ter poskrbeti za izobraževanje in komunikacijo. Etična dilema se ob uporabi ovirnic pojavi tudi med osebjem (1). Za reševanje težav se priporoča stalno izobraževanje s področja etičnih dilem v zdravstveni negi in spodbuja k soočanju s problemom uporabe ovirnic pri starostnikih z demenco (1).

3. ZAKONODAJA

Uporaba ovirnic je metoda oviranja bolnika, ki naleti na dilemo, kadar govorimo o bolnikovi svobodi, dostojanstvu in avtonomiji. Bolnik in svojci morajo dati soglasje za uporabo ovirnic (1). Nekatere države (provinca Ontario v Kanadi) so sprejele zakonodajo, ki minimizira uporabo ovirnic in spodbuja uporabo alternativnih metod, da bi s tem preprečili poškodbo sebe ali drugih (9). Bolnik ali svojec, ki je dal informiran pristanek, mora biti poučen o možnih tveganjih, prav tako pa tudi o možnih posledicah, če ovirnic ne bi uporabljali.

V ZDA nekatera telesa močno regulirajo uporabo ovirnic (JCAHO, Centers for Medical and Medicaid Services). Ti ukrepi temeljijo na potencialnih možnostih nastanka škode in zagotavljanju bolnikovih pravic (16).

Slovenska zakonodaja v Zakonu v pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/2008) v 26. členu nalaga, da moramo od bolnika dobiti privolitev v zdravstveno oskrbo. V 28. členu govori o primeru soglasja v primeru NMP, 29. člen govori o medicinskih posegih oziroma o zdravstveni oskrbi brez privolitve, 30. člen o zavrnitvi privolitve, 31. člen govori o preklicu privolitve/zavrnitve, 35. člen o privolitvi otrok, 37. člen govori o privolitvi »duševno bolnih« in 38. člen o privolitvi začasno nesposobnih odločanja o sebi. Zakon o duševnem zdravju (Uradni list RS, št. 77/2008) zelo podrobno opredeljuje, kaj so posebni varovalni ukrepi, pod kakšnimi pogoji se lahko uporabijo in za koliko časa se lahko odredijo; vendar pa določila tega zakona veljajo le za izvajalce psihiatričnega zdravljenja, izvajalce socialnovarstvenih programov in storitev, izvajalce nadzorovane obravnave in izvajalce obravnave v skupnosti.

4. SISTEM IZBOLJŠANJA KAKOVOSTI

Standard NIAHO (PR.6) glede uporabe prisilnih sredstev ali osamitve določa (13), da imajo »vsi bolniki pravico do svobode pred prisilnimi sredstvi ali osamitvijo v katerikoli obliki, če omenjeni ukrepi niso potrebni z medicinskega stališča ali če jih osebje izvaja kot način prisile, discipline, prikladnosti ali povračilnih ukrepov. Vsakega bolnika je treba obravnavati s spoštovanjem in dostojanstvom«.

Bolnišnica se obvezuje, da bo varovala bolnike in njihove pravice v primeru, da so uporabljene metode prisilnih sredstev ali osamitve.

Posebni varovalni ukrepi (v nadaljevanju PVU) kot prisilno omejevanje gibanja so vsakršna fizična metoda, fizična ali mehanična naprava, material ali oprema, ki bolnika imobilizira ali zmanjšuje njegovo zmožnost prostega premikanja rok, nog, telesa ali glave. Prisilno omejevanje gibanja kot sredstvo je tudi substanca oziroma zdravilo, kadar je uporabljeno kot omejitev za nadzor bolnikovega vedenja ali omejevanje bolnikove svobode gibanja in ne predstavlja običajne terapije oziroma odmerka za bolnikovo zdravstveno stanje.

Uporaba PVU povzroča moralna, etična in zakonska vprašanja. Standard NIAHO v primeru uporabe prisilnih sredstev bolnišnici nalaga izpolnjevanje zahtev, ki so predstavljene v tabeli 2.

Tabela 2: Zahteve NIAHO v primeru uporabe prisilnih sredstev

Varovanje bolnikov in njihovih pravic v primeru, da so uporabljene metode prisilnih sredstev ali osamitve
Upoštevanje določbe odredbe za uporabo prisilnih sredstev ali osamitve
Vzpostavitev stalnega ocenjevanja, nadzora in vrednotenja stanja bolnika
Vodenje dokumentacije bolnika v primeru uporabe prisilnih sredstev
Vzpostavitev nadzora kakovosti v primeru uporabe prisilnih sredstev
Vzpostavitev usposabljanja osebja za primere uporabe prisilnih sredstev

Vir: Standard NIAHO (13).

Uporabo ovirnic opredeljuje tudi ISO 9001:2007 v točkah 7 (izvajanje) in 8 (učinkovitost našega dela). V primeru, da se dotika tudi osebja (etične dileme …), je uporaba ovirnic tudi stvar standarda Vlagatelji v ljudi.

Sistem zagotavljanja kakovosti nam narekuje:

- za uporabo ovirnic moramo razviti protokole, smernice in navodila za pomoč osebju pri delu,
- če ovirnice uporabljamo, moramo bolnika stalno ocenjevati glede nadaljnje uporabe ovirnic,
- potrebno je stalno izobraževanje osebja o uporabi ovirnic (1).

Raziskava (6) z vključenimi zdravniki in medicinskimi sestrami je pokazala potrebo po pisnih protokolih in smernicah glede uporabe ovirnic in izobraževanja. Poseben pomen vidijo v izobraževanju vseh članov tima. Potreba po podpori in superviziji zdravstvenemu osebju v primerih uporabe ovirnic lahko zmanjša nesreče pri njihovi uporabi, izboljša počutje osebja in vodi v boljše zadovoljstvo osebja. Pomen znanja o uporabi ovirnic so avtorji dokazali (12), ko so raziskovali etične dileme pri uporabi ovirnic pri bolnikih z demenco na internem in psihogeriatričnem oddelku bolnišnice v Izraelu. Medicinske sestre na internem oddelku so imele manj znanja, so se pa bolj strinjale z uporabo ovirnic.

5. ALTERNATIVNE MOŽNOSTI OVIRNICAM

Podatki za ZDA (1) kažejo, da se ovirnice ne uporabljajo optimalno in da lahko vodijo v povečanje bolnikove vznemirjenosti. Raziskave navajajo, da v primeru zmanjšanja razmerja medicinska sestra/bolnik naraste število ovirnic (fizičnih in kemijskih). Boljše razmerje bolnik/medicinska sestra pomeni boljši izidi za bolnika. Avtorji (1) kot alternativo ovirnicam navajajo tudi masažo, glasbo, akupunkturo, dobro komunikacijo, terapevtske dotike, vključevanje svojcev in melatonin.

Na psihiatričnem področju (2) spodbujajo zdravstveno osebje k izobraževanju o uporabi alternativnih metod namesto uporabe ovirnic. Za večji uspeh izvajajo izobraževalne programe kliničnega vodenja, načina nadzora bolnika v izolaciji ali v ovirnicah ter načina komuniciranja in pisanja kliničnih protokolov o možnih alternativah za zmanjšanje uporabe ovirnic. To je stvar celotnega večpoklicnega tima.

6. ZDRAVSTVENA OSKRBA BOLNIKA V OVIRNICAH V UNIVERZITETNI KLINIKI ZA PLJUČNE BOLEZNI IN ALERGIJO GOLNIK

V zvezi z uporabo ovirnic smo v Kliniki Golnik:

- začeli stalno spremljati obseg uporabe ovirnic,
- jasno določili odgovornosti in pristojnosti v zvezi z uporabo ovirnic,
- začeli z večpoklicno strokovno obravnavo s končnim ciljem optimalne uporabe ovirnic in alternativnih sredstev.

Pomembne izvedene aktivnosti:

1. Soglasje za uporabo posebnih varovalnih sredstev: zdravnik na soglasju opredeli vzrok, zaradi katerega se je odločil za uporabo PVU (skladno z 29. členom Zakona o pacientovih pravicah). Bolnika po razlagi glede uporabe PVU prosimo za soglasje. Če zaradi trenutnega zdravstvenega stanja bolnik ni sposoben dati soglasja za uporabo posebnih varovalnih ukrepov, privolitev podaja njegov zakoniti zastopnik, bolnikov zakonec ali zunajzakonski partner, otroci, bratje ali sestre, stari starši, vnuki. Če zakoniti zastopnik ni določen, svojci niso dosegljivi oziroma jih ni, v korist bolnika uporabo odreja lečeči zdravnik.

2. Priprava dokumenta o posebnih varovalnih ukrepih: v dokumentu so poleg splošnega uvodnega dela še navodila, razdelane pa so tudi pristojnosti zdravstvenega osebja (zdravniki, medicinske sestre) glede uporabe in nadzora bolnika v manšetah, telesnem pasu, posteljne ograjice in omejitve znotraj omejenega prostora.

3. Morsejina lestvica za oceno tveganja bolnika, da pade: v primeru, da je bolnik prepoznan kot ogrožen za padec, ga s tem seznanimo takoj ob ugotovljenem nastopu tega stanja. Oceno tveganja za padec naredi medicinska sestra ob sprejemu bolnika oziroma ob spremembi bolnikovega zdravstvenega stanja (izpolni Morsejino lestvico ogroženosti bolnika za padec). Seznanimo ga z vsemi preventivnimi ukrepi za zmanjševanje možnosti padca in ga obvestimo o

možnosti uporabe PVU ter predamo obrazec za podpis soglasja bolniku in svojcem. Če svojci ob ugotovitvi ogroženosti za padec niso prisotni, jim na bolnikovi mizici pustimo listek z vabilom, naj se zglasijo pri medicinskih sestrah.

4. Register bolnikov v ovirnicah: v bolnišnični informacijski sistem Birpis vnašamo podatke o ovirnicah v uporabi pri ležečih bolnikih,s čimer je omogočen pregled bolnikov v ovirnicah na vseh oddelkih.

5. Vodenje bolnika v ovirnicah: dokument, ki vključuje pregled bolnika po časovnih obdobjih, ko medicinska sestra izvaja nadzor nad njim (merjenje vitalnih funkcij, opazovanje).

7. ZAKLJUČEK

Uporaba ovirnic je težava, ki jo moramo urediti strokovno, zakonodajno in etično. Standard NIAHO je prinesel zahteve, ki jim moramo slediti tudi v praksi.

LITERATURA

1. Bray K, Hill K, Robson W, Leaver G, Walker N, O'Leary M, Delaney T, Walsh D, Gager M, Waterhouse C, British Association of Critical Care Nurses. British Association of Critical Care Nurses position statement on the use of restraint in adult critical care units. Nurs Crit Care 2004; 9 (5): 199–212.
2. Chuang Y, Huang H. Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. J Clin Nurs 2007; 16: 486–94.
3. Gastmans C, Milisen K. Use of physical restraints in nursing homes: clinical ethical considerations. J Med Ethics 2006; 32: 148–52.
4. Haut A, Kopke S, Gerlach A, Muhlhauser I, Haastert B, Meyer G. Evaluation of an evidence based guidance on the reduction of physical restraints in nursing homes: a cluster randomised controlled trial. BMS Geriatric 2009; 9: 42.
5. Jones P, Stenfert B. Service users and staff from secure intellectual disability settings. J Intellect Disabil 2008 12: 229.
6. Kontio R, Valimaki M, Putkonen H, Cocoman A, Turpeinen S, Kuosmanen L, Joffe G. Nurses and physicians educational needs in seclusion and restraint practice. Perspect Psychiatr Care 2009; 45 (3): 198–207.
7. Kontio R, Valimaki M, Putkonen H, Kuosmanen L, Scott A, Joffe G. Patient restriction: are there ethical alternatives to seclusion and restraints. Nurs Ethics 2010; 17 (1): 65–76.
8. McCabe D, Alvarez C, McNulty S, Fitzpatrick J. Perceptions of physical restraints use in the elderly among registered nurses and nurse assistants in a single acute care hospitals. Geriatr Nurs 2011; 32 (1): 39–45.
9. Phillips E. Managing risk with patients restraints. Canadian Nurse 2004; 100 (1): 10–1.

10. Saarnio R, Isola A. Nursing staff perception of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland. J Clin Nurs 2007; 19: 3197–207.
11. Titler M, Shever L, Kanak M, Picone D, Quin R. Factors associated with falls during hospitalization in an older adult population. Res Theory Nurs Pract 2011; 25 (2): 127–48.
12. Weiner C, Tabak N, Bergman R. The use of physical restraints for patients suffering from dementia. Nursing Ethics 2003; 10 (5): 512.
13. NIAHO: National Integrated Accreditation for Healthcare Organisations; Interpretative guidelines and surveyor guidance: Revision 8.0.
14. Zakon o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/2008).
15. Zakon o duševnem zdravju (Uradni list RS, št. 77/2008).
16. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 4th edition. Oakbrook Terrace, Illinois: Joint Commission International, 2010.

POVEZAVA ZAHTEV STANDARDOV NIAHO IN ISO 9001

Danica Šprajcar

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

E-naslov: danica.sprajcar@klinika-golnik.si

POVZETEK

Zdravstvene organizacije, ki želijo uspešno izpolnjevati svoje poslanstvo in vizijo, si lahko pomagajo z uporabo različnih orodij vodenja. Mednje sodijo tudi standardi, ki organizacijo usmerjajo v obvladovan in pregleden način poslovanja. Zahteve različnih standardov je smiselno združiti v enovit sistem, ki naj zagotovi kakovostno in varno obravnavo pacientov.

Ključne besede: standard, NIAHO, ISO 9001, povezava, integriran sistem vodenja

Keywords: standard, NIAHO, ISO 9001, connection, integrated management system

1. UVOD

Zaposleni v Kliniki Golnik si s svojim vsakodnevnim delom prizadevamo izpolnjevati poslanstvo našega javnega zavoda – za najboljšo možno oskrbo bolnikov s pljučnimi in alergološkimi obolenji. Sočasno skrbimo za razvoj stroke, ki je potrebna za izvajanje te dejavnosti.

Zavedamo se, da naše delo ni dobro že samo zaradi dobrih namer, zaradi katerih izvajamo aktivnosti v procesih zdravstvene oskrbe bolnikov. Ključnega pomena je visoka stopnja strokovnosti vseh zdravstvenih in drugih strokovnjakov, ki so potrebni za delovanje zdravstvene organizacije. Pomembne pa so tudi druge oblike sposobnosti organizacije, predvsem na področju dela z ljudmi in pri uspešni in učinkoviti izrabi drugih razpoložljivih virov. Zato si vsakodnevno prizadevamo za dobro poslovanje. Pri tem si pomagamo z orodji, ki jih uporabljajo profitne organizacije, in z orodji, ki izhajajo iz zdravstvene dejavnosti. V zadnjem času dajejo pomemben pečat temu področju predvsem standardi ISO 9001, NIAHO, ISO 15189, Vlagatelji v ljudi, Družini prijazno podjetje in Bolnišnica za promocijo zdravja.

2. SISTEM VODENJA ORGANIZACIJE

Zahteve in pričakovanja zainteresirane javnosti za področje zdravstvenih storitev se neprestano spreminjajo in povečujejo. Državljani Republike Slovenije pričakujemo visoko kakovost zdravstvenih storitev ter učinkovitejše in cenejše delovanje sistema. Dejstvo pa je, da v javnem sektorju vseh razvitih držav prevladujejo značilnosti, katerih skupni imenovalec je slaba učinkovitost (učinkovitost = rezultat/porabljena sredstva). Potrebe po javnih sredstvih rastejo hitreje kot pogoji za njihovo izvajanje. Peter F. Drucker je že leta 1999 postavil trditev, da bodo v 21. stoletju vodilne tiste države, ki bodo prve prenesle metode zagotavljanja učinkovitosti v javni sektor (1).

Zato je smiselno, da si pri oblikovanju sistema poslovanja v zdravstvenih organizacijah pomagamo z orodjem, ki ga uspešno uporabljajo gospodarske organizacije, tj. s standardom ISO 9001. Ker pri razumevanju njegovih splošnih zahtev lahko pride do težav, si je možno pomagati tudi z različnimi standardi, ki veljajo za specialna področja delovanja v bolnišnici in so združeni, na primer v NIAHO in ISO 15189.

Za vsako organizacijo je z vidika kakovosti pomembno usklajeno delovanje dveh osnovnih področij organizacijskega vodenja:

- vodenje kakovosti (= kakovost vodenja), ki se odraža v učinkovitosti in uspešnosti organizacije, in
- zagotavljanje kakovosti, ki predstavlja sposobnost organizacije, da odjemalcu zagotovi ustrezno izpolnjevanje njegovih zahtev in pričakovanj.

Standard ISO 9001:2008 postavlja zahteve za obe področji, standard NIAHO pa daje večji poudarek zagotavljanju kakovosti, vodenje kakovosti pa pokriva v največji meri z zahtevo po izpolnjevanju določil standarda ISO 9001.

Odlična in kakovostna država na področju javnega sektorja zagotavlja večjo kakovost storitev, namenjenih državljanom, ter učinkovitejšo in cenejšo državo.

2.1. Zakaj integracija

»Vpeljevanje in izvajanje zahtev že zgolj enega od sistemov vodenja je,« kot piše Seražin, »za organizacijo zahtevna naloga. Ko pa organizacija vzpostavlja in izvaja več sistemov vodenja hkrati, hitro izčrpa svoje zmogljivosti. Zato je smiseln izziv, kako zahteve različnih sistemov vodenja na razumljiv in enostaven način združiti in povezati v enovit sistem vodenja organizacije. Le učinkovit sistem vodenja organizaciji da pričakovane učinke, saj je zaposlenim v pomoč in jih ne ovira pri delu.« (2)

Ločeni sistemi so škodljivi za celotno poslovno učinkovitost.

Tabela 1: Povezava sistema vodenja organizacije z zahtevami različnih standardov

POSLOVNIK VODENJA	ISO 9001:2008	ISO 15189:2003	NIAHO
1. Vsebina poslovnika	1	1	
2. Povezave poslovnika s standardi			
3. Predstavitev Klinike Golnik			
4. Sistem vodenja kakovosti	4		QM
4.1. Splošen opis sistema	4.1	4.1.5, 4.2	QM.1, QM.2, QM.3, QM.6, MS.5
4.2. Dokumentacija	4.2	4.3, 5.1.2, 5.4	
4.2.1. Struktura dokumentacije	4.2.1	4.2.3	
4.2.2. Poslovnik vodenja	4.2.2	4.2.4	
4.2.3. Obvladovanje dokumentov	4.2.3	4.3, 4.13, 5.3	MM.2, DS.3
4.2.4. Obvladovanje zapisov	4.2.4	4.13, 5.8	MS.16, MS.17, MM.3, SS.4, SS.6, SS.8, SS.9
5. Odgovornost vodstva	5		CE
5.1. Izjava direktorja	5.1	4.1.2, 4.1.5 (a, h), 4.2.1, 4.2.3	
5.2. Osredotočenost na odjemalce	5.2	4.1.2, 5.2.3, 5.4.2	
5.3. Politika kakovosti	5.3	4.1.5, 4.2.3	
5.4. Planiranje	5.4		
5.4.1. Cilji kakovosti	5.4.1	4.2.3	
5.4.2. Planiranje sistema vodenja	5.4.2	4.1.5	
5.5. Odgovornosti, pooblastila in	5.5		

komuniciranje			
5.5.1. Odgovornosti in pooblastila	5.5.1	4.1.5 f, 5.1.3, 5.1.4	
5.5.2. Predstavnik vodstva	5.5.2	4.1.5 i	
5.5.3. Notranje komuniciranje	5.5.3	4.2.1, 4.2.4, 5.2.8	
5.6. Vodstveni pregled	5.6		QM.5
5.6.1. Splošno	5.6.1	4.15	
5.6.2. Vhodni podatki za pregled	5.6.2	4.15.2	
5.6.3. Rezultati pregleda	5.6.3	4.15.3, 4.15.4, 5.7.1	
6. Vodenje virov	6		
6.1. Priskrba virov	6.1	4.1.5 a	
6.2. Razvoj ljudi pri delu	6.2		CE, MSMS.3, MS.4, MS.15, SM.1, SM.2, SM.4, SM.5, SM.6, SM.7, QS.3
6.2.1. Splošno	6.2.1	4.1.5 g, 5.1	MS.1, MS.2, MS.7, MS.8, MS.9, MS.10, MS.12, MS.13, SS.2, SS.3, AS.2, RC.3, PR.7
6.2.2. Kompetentnost, zavedanje, usposobljenost	6.2.2	5.1.2, 5.1.6, 5.1.10, 5.1.12	
6.3. Infrastruktura	6.3	4.6, 5.2, 5.3	PE
6.3.1. Oprema			

6.4. Delovno okolje	6.4	5.2, 5.3	PE
7. Realizacija proizvoda	7		MS.18
7.1. Planiranje realizacije proizvoda	7.1	4.10.1, 5.2, 5.3, 5.8	SM.3
7.2. Procesi, povezani z odjemalci	7.2		
7.2.1. Sprejem bolnika v obravnavo	7.2.1	4.4	PR.1, PR.2
7.2.2. Pregled zahtev v zvezi s storitvami	7.2.2	4.4	MS.6, PR.4
7.2.3. Komuniciranje z odjemalci	7.2.3	4.7, 4.8, 5.5.6, 5.5.7, 5.8	PR.3
7.3. Načrtovanje in razvoj	7.3	5.2, 5.3	
7.3.1. Spremembe v razvoju	7.3.7		
7.4. Nabava	7.4		
7.4.1. Proces nabave	7.4.1	4.5.1, 4.6	
7.4.2. Informacije za nabavo	7.4.2		
7.4.3. Overjanje nabavljenih proizvodov	7.4.3	4.6.2, 5.5.3	
7.4.4. Podizvajalci laboratorijskih in drugih storitev	7.4.1	4.5	
7.5. Proizvodnja in izvedba storitev	7.5		MS.19, MM.1, MM.4
7.5.1. Obvladovanje proizvodnje in izvedbe storitve	7.5.1	4.2.5, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.7	SS.1, SS.7, AS.1, AS.3, LS.1, RC.1, RC.2, QS.1, QS.3, DS.1DS.2, PR.6, IC.1
7.5.2. Validacija procesov za proizvodnjo in izvedbo storitev	7.5.2	5.3, 5.5.1, 5.5.2	
7.5.3. Identifikacija in sledljivost	7.5.3	5.4.5, 5.6	

7.5.4. Lastnina odjemalcev	7.5.4		
7.5.5. Informiranje o izvedbi storitve	7.5.5	5.6	
7.6. Obvladovanje nadzornih in merilnih naprav	7.6	4.2.5, 5.3, 5.6	SS.5
8. Merjenje, analize in izboljševanje	8		QM.7, QM.8
8.1. Splošno	8.1	4.9	
8.2. Nadzorovanje in merjenje	8.2	5.6	MS.9, MS.16, SM.7
8.2.1. Zadovoljstvo odjemalcev	8.2.1	4.8	PR.5
8.2.2. Notranja presoja	8.2.2	4.14	
8.2.3. Nadzorovanje in merjenje procesov	8.2.3	4.2.5	MM.6, IC.1
8.2.4. Nadzorovanje in merjenje proizvodov	8.2.4	5.5, 5.6, 5.7	MM.5, RC.3
8.3. Obvladovanje neskladnih proizvodov	8.3	4.9.1, 4.9.2, 4.10	QM.8, LS.2, LS.3, LS.4
8.4. Analiza podatkov	8.4	4.9.1, 4.12.1, 4.12.2	MM.7, IC.1
8.5. Izboljševanje	8.5		QM.5, QM.8
8.5.1. Nenehno izboljševanje	8.5.1	4.12	
8.5.2. Korektivni ukrepi	8.5.2	4.12.2, 4.12.3, 4.10	
8.5.3. Preventivni ukrepi	8.5.3	4.11	

2.2. Pristop k integraciji

Za dobro integracijo je pomembno:

- dobro poznavanje zahtev posameznega standarda,
- razumevanje zahtev,
- primeren način izpolnjevanja zahtev.

Smiselno je, da integracijo podpira organizacija sama, med drugim z ustreznimi oblikami notranjega nadzora. Podpirajo naj jo tudi zunanji presojevalci, če se organizacija odloči, da bodo zunanji presojevalci ocenili skladnost njenega sistema z zahtevami izbranih standardov. Organizacija naj že pri izbiri certifikacijskega organa oceni njegovo sposobnost za izvedbo presoje njenega sistema vodenja glede na standarde, ki jih vključuje v svoj sistem.

3. ZAKLJUČEK

Za zdravstveno organizacijo pomeni uvedba sistema vodenja kakovosti spremembo v filozofiji vodenja, nenehno izboljševanje in učenje ter postopno spreminjanje organizacijske kulture. Od vzpostavljenega sistema mora pričakovati predvsem notranje koristi. Če svoj sistem zaupa v pregled zunanjim presojevalnim organizacijam, naj od presojevalcev pričakuje in zahteva podporo svojim prizadevanjem pri izgradnji, delovanju in razvoju lastnega sistema vodenja.

LITERATURA

1. Drucker PF. Management challenges for the 21st century. New York: HarperCollins, 1999.
2. Seražin M. Sistemi vodenja – zakaj in kako jih integrirati. Ljubljana: Slovenski institut za kakovost in meroslovje, 2010.
3. Germ M. Strategija kakovosti in odličnosti Republike Slovenije za obdobje 2010–2015. Kakovost 2010; (mar): 6–10.
4. Antilla J. Serija standardov ISO 9000, nenehen predmet velikega mednarodnega zanimanja in uporabe. Kakovost 2010; (mar): 11–8.
5. Kiauta M, Tomšič B. Kakovost in zdravstvo. Kakovost 2011; (okt): 26–9.

POTEK AKREDITACIJSKE PRESOJE

Mira Šilar

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

E-naslov: mira.silar@klinika-golnik.si

POVZETEK

Akreditacijska presoja je proces pridobivanja dokazov o skladnosti delovanja sistema kakovosti v organizaciji z zahtevami izbranega standarda. Poteka po treh določenih stopnjah, ki vključujejo načrtovanje, izvedbo in poročanje o presoji. Presojo izvaja presojevalna skupina, ki je usposobljena za presojo naslednjih ključnih področij: sistema kakovosti in varnosti ter obvladovanja procesov; izpolnjevanja strokovnih, medicinskih zahtev in izpolnjevanja zahtev za področje infrastrukture ter zagotavljanja varnosti bolnikov in zaposlenih.

Ključne besede: načrtovanje, izvedba in poročanje o presoji, presojevalci

1. NAČRTOVANJE PRESOJE

Akreditacijski postopek se začne z izborom akreditacijskega organa. V Sloveniji zaenkrat še ni ustreznega ponudnika za akreditacijo bolnišnic, zato se te storitve naročajo v tujini, trenutno pri Det Norske Veritas (DNV). DNV je mednarodna akreditacijska organizacija, ki ponuja akreditacijski program National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations (NIAHO). Standard NIAHO integrira zahteve standarda ISO 9001. Organizacija mora v treh letih po pridobitvi akreditacijskega certifikata o izpolnjevanju zahtev standarda NIAHO pridobiti tudi certifikat o izpolnjevanju zahtev standarda ISO 9001.

Predprijavni stiki z organizacijo DNVHC vključujejo splošne informacije o ponudniku, informativni razgovor in ponudbo. Aktivnosti se začnejo po sklenjeni pogodbi, in sicer s predpresojo in/ali presojo.

Za presojano organizacijo je priporočljivo, da se pred izvedbo presoje seznani z zahtevami standarda NIAHO. Osnovni dokumenti, ki vsebujejo natančne opise in interpretacije zahtev, so:

- NIAHO Accreditation Requirements,
- NIAHO Interpretive Guidelines and Surveyor Guidance,
- ISO 9001.

Poleg tega je za organizacijo, ki se zanima za presojo, pomembno, da določi kontaktno osebo ali ekipo, ki bo skrbela za informiranje osebja in za pomoč pri prevajanju, saj so ocenjevalci tujci. Pred izvedbo presoje je treba določiti dokumente, ki morajo ostati zaupni in jih zaposleni ne smejo pokazati presojevalcem.

Izvajalec akreditacijskega postopka kontaktni osebi presojane organizacije nekaj dni pred presojo po elektronski pošti posreduje načrt presoje. Ta natančno opredeljuje čas, predviden obseg in potek presoje. V načrtu so poimensko navedene osebe, ki izvajajo ocenjevanje: vodja presojevalne skupine (vodilni presojevalec), ki je zadolžen za pripravo, vodenje in izvedbo presoje ter za stalen stik s presojanimi. Poleg vodje skupino sestavljajo še presojevalci s strokovnimi izkušnjami za presojano področje.

Načrt presoje zagotavlja celovitost presoje, ki temelji na metodi vzorčenja. Vzorec mora biti tako velik, da zagotavlja objektivnost. Kontaktna oseba presojane organizacije lahko zavrne načrt ali predlaga popravke, če se z navedenim ne strinja. V stopnji načrtovanja presoje se morajo uskladiti nejasnosti med naročnikom in izvajalcem presoje.

2. IZVEDBA PRESOJE

Izvedba presoje poteka v treh stopnjah:

- uvodni sestanek,
- presoja,
- zaključni sestanek.

2.1. Uvodni sestanek

Uvodni sestanek se izvede v prostorih presojane organizacije. Prisotni so člani presojevalne skupine in predstavniki presojane organizacije (direktor, namestniki, vodja sistema kakovosti, spremljevalci in drugi). Uvodni sestanek je namenjen:

- osebni predstavitvi presojevalcev in prisotnih presojanih,
- predstavitvi akreditacijske organizacije,
- potrditvi načrta in področja presoje,
- obrazložitvi metodologije dela,
- razjasnitvi zaupnosti podatkov,
- določitvi terminov poročanja o ugotovitvah,
- predstavitvi poteka pridobitve certifikata,
- obravnavi dodatnih vprašanj.

Na uvodnem sestanku se predstavijo tudi spremljevalci presojevalcev. Njihova naloga je, da poskrbijo za primerna zaščitna oblačila, kjer je to potrebno, zagotovijo varno gibanje po organizaciji in pomagajo pri sporazumevanju in razjasnitvi vprašanj.

2.2. Presoja

Presoja se začne z obiskom delovnega mesta in razgovorom z osebjem, odgovornim za presojano področje. Sledi pregled dokumentov: SOP-ov, OBR-jev, zapisov o izvedenih nadzorih, notranjih presojah, korektivnih ukrepih in drugih aktivnosti v realnem okolju. Posebna pozornost velja preverjanju učinkovitosti izvedenih ukrepov, procesov predpisovanja zdravil, uporabe ovirnic, obvladovanja okužb in vključevanja kliničnih farmacevtov v procese zdravljenja oziroma predpisovanja zdravil.

Zaporedje izvajanja presoje za področje ni vnaprej določeno in se lahko spreminja glede na okoliščine. Primer: presojevalec na poti iz enote A do enote B opazi jeklenke za gašenje požara. Zapiše si rok uporabnosti in druge pomembne podatke in jih kasneje preveri v dokumentaciji o gasilnih napravah. Lahko pa začne presojo pri skrbniku gasilnih naprav, pregleda dokumente in gre nato na teren preverjat aktivnosti. Mimogrede vpraša zaposlene, kako bi ravnali v primeru požara. Drugi primer: presojevalec v lekarni pregleda navodila o naročanju in prevzemu zdravil v času dežurstva in potem na medicinskem oddelku pri odgovornih osebah preveri poznavanje in izvajanje navodil.

Presojevalci torej aktivno zbirajo podatke z razgovorom, opazovanjem in pregledovanjem dokumentacije. Ves čas presoje si svoje ugotovitve pišejo in jih sproti predstavijo, da ne bi prišlo do nesporazumov. Zgodi se lahko, da se presojani z ugotovitvami ne strinjajo. Tako presojevalci že med presojo pridobijo dodatna pojasnila, ki predpisano neskladnost spremenijo v priporočilo ali jo celo izničijo. Podobni dogodki so sicer zelo redki, ker so presojevalne ekipe izkušene.

Po izvedeni presoji se presojevalci sestanejo in strnejo ugotovitve, ki jih predstavijo na zaključnem sestanku.

2.3. Zaključni sestanek

Zaključni sestanek skliče vodja presoje po končani presoji. Udeležijo se ga vsi prisotni iz uvodnega srečanja. Vabljeni so tudi vsi ostali zaposleni iz presojane organizacije.

Vodja presoje vse pozdravi in se še enkrat v imenu celotne skupine naročniku, spremljevalcem in udeleženim v presoji zahvali za sodelovanje. Ponovno poudari namen certifikacije. Sledi ocena o stopnji usklajenosti presojanega sistema z referenčnim standardom. Vsak presojevalec poda pozitivne in negativne ugotovitve za področje, ki ga je presojal. To je primeren trenutek, da se na ugotovitve, če se z njimi ne strinjamo ali jih ne razumemo, odzovemo (običajno to stori vodja sistema kakovosti, ki natančno pozna standard).

Vodja presoje nato zaključi presojo s pojasnili o nadaljnjem postopanju pri odpravljanju neskladnosti in izvajanju korektivnih ukrepov na priporočila. O tem se na zaključnem sestanku namreč ne dogovarja. Sledita še pojasnilo o možnosti pritožb in opomnik za novo presojo in s tem je delo presojevalcev v presojani organizaciji zaključeno.

3. POROČILO O PRESOJI

Vodja presoje mora v dogovorjenem času presojani organizaciji poslati pisno poročilo o ugotovitvah presoje. Poleg splošnih oznak in podatkov o zahtevah standarda poročilo vsebuje tudi vse neskladnosti in priporočila ter roke za njihovo odpravo. Presojana organizacija mora za vsa ugotovljena odstopanja od zahtev standarda pripraviti načrt ukrepov in ga izpolniti. Temu sledijo podelitev certifikata in redne letne presoje.

LITERATURA

1. SIST EN ISO 9000:2004, Sistem vodenja kakovosti – Osnove in slovar. Ljubljana: Slovenski inštitut za standardizacijo, 2004.
2. Pivka M. Kakovost v programskem inženirstvu. Izola: Desk, 1996.
3. Trebar A, Brun D. Audit – presoja sistema kakovosti: glede na zahteve ISO 9000. Ljubljana: Edil ing, 1993.