

3 A BETEGESÉSEK ADATGYŰJTÉSÉBŐL SZÁRMAZÓ EREDMÉNYEK VISSZAJELZÉSÉNEK FOLYAMATA A SZENT IMRE KÓRHÁZBAN

Készítette: Dr. Udvardiné Horváth Szilvia

2011. november

3.1 HÁTTÉR:

3.1.1 A SZENT IMRE KÓRHÁZ BEMUTATÁSA:

A Kórház 541 aktív és 137 krónikus ágygal rendelkezik, Dél-Buda két legnagyobb kerületének betegeit (XI.-XXII. kerület) látja el. A területi ellátási kötelezettségbe beletartozik Etyek és Mány lakosainak az ellátása is, így a két kerület lakosaival együtt kb. 200.000 fő tartozik a Kórház ellátási körzetébe. 2010. évben aktív fekvőbetegként 36.260 beteg ellátása történt meg.

A Kórház 1999-ben kezdett el felkészülni a minőségügyi rendszer bevezetésére, melynek első lépcsőjeként 2003. évben az MSZ EN ISO 9001:2001 szerinti tanúsítást szerezte meg. 2004 évben önerőből, külső segítség igénybe vétele nélkül sikeresen tanúsítottuk integrált minőségügyi rendszerünket (MSZ EN ISO 9001:2001, Kórházi Ellátási Standardok).

A Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok megjelenésekor az integrált minőségügyi rendszerünkbe ezen követelményeket is beillesztettük és azóta is folyamatosan fenntartjuk tanúsítványainkat.

A Kórház vezetése elkötelezett a minőségügy iránt, amely lehetővé tette számunkra a nemzetközi és országos programokban való részvételt (WHO NEVES, PATH), valamint a minőségfejlesztést célzó intézkedéseinket, amelyek megvalósításában úttörő szerepet vállaltunk országos szinten is. Az országban elsőként dolgoztuk ki és tettük közzé a betegdokumentáció felülvizsgálatának benchmarking projektjében elért eredményeinket az Egri Markhot Ferenc Kórház, a Zala Megyei Kórház, a Jósa András Oktató Kórház, valamint a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum közreműködésével.

2003. évben a Kórház minőségügyi csapata IIASA-SHIBA díjban részesült a mátrix rendszerű kórház minőségügyi rendszerének kialakításában elért eredményeiért.

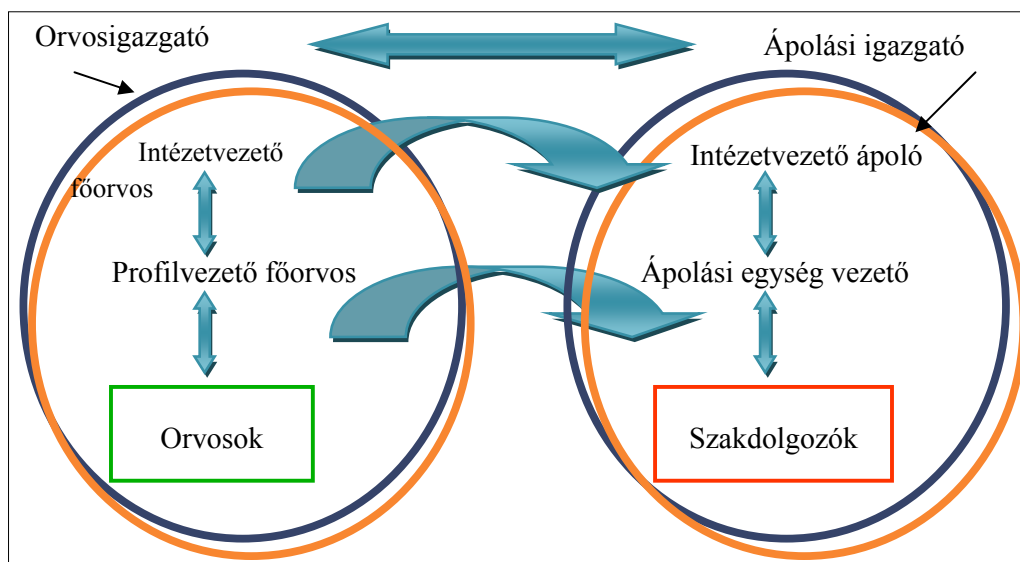
3.1.2 SZERVEZETI FELÉPÍTÉSE

A Kórház 2001-óta mátrix struktúrában működik, amely lényegesen különbözik a hagyományos kórházi struktúrától. A különbség egyrészt abban rejlik, hogy az egyes szakmák nem osztályszerkezetben működnek, hanem szakmai profilok és ápolási egységek kerültek kialakításra. A szakmai profilok és az ápolási egységek úgynevezett mátrix intézetekbe csoportosulnak az alapszakmák szerint.



3/1. ábra: Szervezeti struktúra

A mátrix rendszer strukturális felépítésének az előnye a betegellátás hatékonyságában mutatkozik meg (pl. betegek rugalmas és optimális elhelyezése), működése pedig az ápolási terület önállósodásának eredményeképpen *eredményesebb kommunikációt* tesz lehetővé, illetve a területek *partneri viszonyainak* a kialakulása támogatja az erős hierarchikus rendszer fellazítását.



3/2. ábra A hierarchikus rendszer felépítése és a kommunikáció folyamata

Az Intézmény vezetősége elkötelezett a minőségfejlesztés és a betegbiztonság iránt, így Kórházunk elsőként csatlakozott a NEVES betegbiztonsági program pilot fázisához.

A betegbiztonsági programot ismertető, valamint az egyes események vonatkozásában kapott eredményeket a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ munkatársaival közösen a Kórház című lapban publikáltuk 2008-ban.

A 2. ábrán szemléltetett kommunikációs folyamat szintjein végighaladva építettük fel a tájékoztatás és visszacsatolás rendszerét.

A tájékoztatás az alábbiakra terjedt ki:

- a program céljára,
- az esemény jelentőségének az ismertetésére,
- az esemény betegbiztonságra, közvetlenül az ellátottakra gyakorolt hatására,
- a jelentési rendszerben történő részvétel előnyeire.

A vezető ápolókkal célzottan tartottunk megbeszélést, amely a fentiekben felsoroltakon kívül kiterjedt az esés jelentési lapra és annak kitöltésre vonatkozó szempontok ismertetésére is. A vezető ápolók feladata volt a dolgozók tájékoztatása, a szervezeti egységen belül a jelentési rendszer támogatása, az esemény-jelentő lap kitöltésében való segítségnyújtás.

Az országos pilot program lezárását követően, a tájékoztatási folyamatban már bemutatott szintek képviselőinek jeleztünk vissza az esések eredményéről.

Az esések kórház által kitöltött adatlapjait (mintegy 40 jelentés) a Minőségügyi Iroda munkatársai és a belgyógyászat intézetvezető ápolója excel táblázatba rendezték, ennek segítségével az adatokat feldolgozva és az elemzéseket elvégezve készült egy komplex ismertető, amelyben az ápolási igazgató asszonnyal meghatároztuk a szükséges intézkedéseket.

Az intézményi vezetés pozitív visszajelzése, a meghozott intézkedések, a vezető ápolók és a dolgozók elkötelezettsége, támogatása alapján az esések jelentési rendszere tovább folytatódott.

A kórházi kollektíva részéről igényként fogalmazódott meg, hogy az esés immár országos jelentési rendszere mellé az adatlapok kórházi szinten is feldolgozásra és elemzésre kerüljenek, ezzel elősegítve a hatékonyabb és eredményesebb beavatkozást a folyamatba.

Az adatgyűjtési és jelentési rendszert úgy építettük fel, hogy az adatelemzés és visszacsatolás idejének egy évet határoztunk meg.

Az esési adatok kórház szintű feldolgozását és elemzését két, a program és az esemény által elhivatott, megfelelő szaktudással és statisztikai elemző ismerettel rendelkező kolléga végezte (Aradán Attiláné intézetvezető ápoló és Udvardiné Horváth Szilvia minőségügyi vezető).

3.2 HELYZET/KEZELENDŐ PROBLÉMA BEMUTATÁSA

- Az adatgyűjtés folyamatában nem hatékonyan választottuk meg a visszajelzési periódust, mert a visszajelzés és az adatgyűjtés ideje között sok idő telt el.
- Az esések jelentési lapjának a feldolgozásához, az elemzések elvégzéséhez kevésnek bizonyult a két fő, aránytalan volt az igénybevétel és nőtt a terhelés. Emiatt a visszacsatolás késett.
- A dolgozók vélhetően hiányos tájékoztatása miatt az esemény jelentési lapjának a kitöltése sok esetben hiányos volt, amely szintén nehezítette az eredmények feldolgozását.
- A visszacsatolási idő hossza, a dolgozói fluktuáció következtében nem biztosított az újonnan belépő kollégák tájékoztatása a jelentési rendszerről, az adatlap kitöltéséről, amely szintén hozzájárulhat az adatlapok hiányos kitöltéséhez.
- A humán erőforrás szűkössége, a dolgozók túlterheltsége, valamint korlátozott számítástechnikai ismerete együttesen hozzájárult ahhoz, hogy az esési adatok elemzésébe bevonható kollégák száma nagyon alacsony volt.
- Az anyagi erőforrások hiánya nem támogatta egy korszerű adatbázis megvásárlását, amely hatékonyabbá tudta volna tenni az eredmények gyorsabb és részletesebb feldolgozását.
- Az adatgyűjtések elemzése kapcsán azonosíthatóak voltak olyan területek, ahol vélhetően a vezető ápoló elkötelezettségének a hiánya miatt a jelentési hajlandóság alacsonynak bizonyult

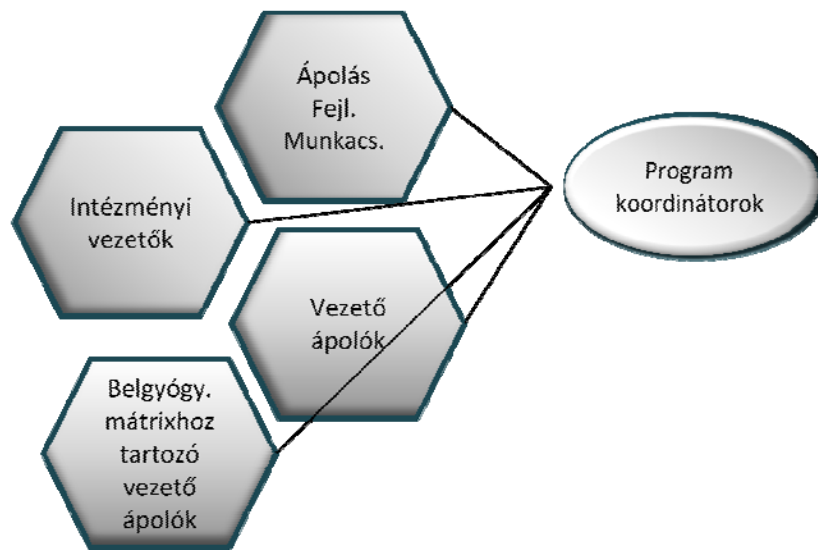
3.3 TERVEZETT/VÉGREHAJTOTT INTÉZKEDÉSEK

A problémák azonosítását követően a 3. ábrán láthatóak szerint történt a visszacsatolás a megoldások keresését célzóan.

A szakmai egyeztetések alkalmával, az esési jelentési lapok eredményeinek ismertetése mellett főként azokra a kulcsfontosságú problémák megoldására koncentráltunk, amelyek a folyamat eredményeire kihatással voltak.

A szakmai megbeszélések eredményeképpen, konszenzus alapján az alábbi intézkedések történtek:

- Az adatelemzés folyamatát több részfeladatra bontottuk
 - Statisztikai módszerek alkalmazása
 - Eredmények értékelése
 - Több év eredményei kapcsán összehasonlító elemzések készítése a visszajelzések és intézkedési tervek tükrében.



3/3. ábra: Visszacsatolási rendszer

A javaslatok megbeszélésénél, bevonva a vezető ápolókat, prioritások kerültek meghatározásra. Szintén fontos szempont volt, hogy a javasolt és elfogadott megelőzést célzó intézkedések intézeti kidolgozása a vezető ápolók feladata legyen.

A dolgozók tájékoztatását elősegítvén minőségcélként fogalmazzuk meg, hogy az esések jelentési rendszeréről egy belső kiadvány összeállítására kerül sor a kollégák részére.

Azokkal a területekkel, amelyeken észleltük a negatív jelentési hajlandóságot, külön egyeztető megbeszéléseket tartottunk. Igény szerint a szervezeti egységek helyi értekezletén is részt vettünk, hogy a dolgozókat tájékoztassuk a betegesések jelentésének a céljáról, a betegbiztonság kérdésköréről.

A szakma oldaláról igényként merült fel a kórházi jelentések szervezeti egység szintű visszacsatolása a problémák helyi szintű azonosításának elősegítése érdekében. Ezt támogatván minden jelentést tévő szervezeti egység egy generált azonosítóval látta el a jelentési lapokat, így lehetőség nyílt a célzott visszacsatolásra.

Konszenzus alapján a jelentési perióduson nem változtattunk, mert a gyakoribb visszajelzések humánerőforrás ráfordítását nem tudtuk megoldani.

3.4 SIKEREK, KUDARCOK, NEM VÁRT NEHÉZSÉGEK

3.4.1 SIKERKÉNT ÉRTÉKELHETŐ, HOGY

- a hosszúnak tűnő visszajelzési idő ellenére is a kollégák a mai napig nyitottak és elkötelezettek a jelentési rendszer mellett
- a betegbiztonság tekintetében érzékelhető szemléletváltást eredményezett az esések jelentési rendszere, amely az újabb és újabb igények felmerülése kapcsán látható
- egyes területek kivételével elmondható, hogy a jelentési hajlandóság jó
- a pozitív szemléletet támasztja alá, hogy igényként fogalmazódott meg a szervezeti egységek felől a saját adataiknak az elemzése, értékelése
- megfigyelhető a jelentési lapok pontosabb kitöltése
- az adatelemzésbe sikerült bevonnunk a vezető ápolókat.

Azt mindenképpen sikernek érzem, hogy – ha néha még ugyan hiányosan, vagy pontatlanul – szinte rutinná vált a szervezeti egységek részéről az esés adatlapok kitöltése.

3.4.2 KUDARCOK, NEM VÁRT NEHÉZSÉGEK

Nem várt nehézségként jelentkezett a helyi szintű értekezletek idejének megváltoztatására tett kísérlet, amely nem járt túl nagy sikerrel. Ugyan az értekezletek rendjén változtatni nem tudtunk, de a dolgozóknak elkészült és kiadott tájékoztató hozzájárult a pozitív és eredményes kommunikációhoz.

A felmerülő igények a vezető ápolók részéről plusz terhet róttak az így is igénybevett program koordinátorokra, gondolok itt a helyi szintű értekezleten való részvételre, a helyi oktatások megszervezésére.

Az anyagi erőforrások elégtelensége a mai napig nem tette lehetővé az adatbázis kezelő program beszerzését, így a szervezeti egység szintű adatok előállítását és a célzott visszacsatolás nehézkes.

Az egyik fő nehézség, amivel a program során találkoztunk, a dolgozók, illetve a kollégák nagyban hiányos számítástechnikai ismerete.

3.5 KULCSFONTOSÁGÚ TANULSÁGOK ÉS A LEGNAGYOBB KIHÍVÁSOK, JAVASLATOK

A VISSZACSATOLÁSI PERIÓDUS HELYES MEGVÁLASZTÁSA.

- Amennyiben hosszabb (1 éves) adatgyűjtési és visszacsatolási periódust tervezünk, célzottan építsünk be konzultációs és helyzetfelmérő pontokat.

A VISSZACSATOLÁS MÓDSZERÉNEK HELYES MEGVÁLASZTÁSA,

amelyet nagyban befolyásol az adott intézmény szervezeti kultúrája, kialakult kommunikációs folyamata.

- Már a program indításakor meg kell győződnünk arról, hogy a dolgozói tájékoztatás megtörtént-e teljes körben, a kommunikáció folyamata biztosított.
- A Kórházunk esetében a visszacsatolási módszerek közül a leghatékonyabbnak a szakmacsoportonkénti megbeszélések bizonyultak.

AZ EREDMÉNYEK ÉRTÉKELÉSÉBE TÖBB TERÜLET KÉPVISELŐJÉT SZÜKSÉGES BEVONNI.

- Ezzel növelhető a program melletti elkötelezettség, hatékonyabb a motiváció, a kollégák érdekelté válnak a folyamatok javításában.

A RENDSZER ELŐKÉSZÜLETI FÁZISÁBAN SZÜKSÉGES FELMÉRNI A KOLLÉGÁK SZÁMÍTÁSTECHNIKAI ISMERETEIT.

- Ha viszonylag korán szembesülünk a hiányosságokkal, célzott oktatásokra nyílik lehetőségünk, vagy megfelelőbb eszközök kiválasztására nyílik lehetőségünk.

3.6 JÖVŐBENI CÉLOK

Célunk nemcsak a vezetők és a dolgozók tájékoztatása, hanem a hozzátartozók és az ellátottjaink bevonása a folyamatba. Ennek mentén tervünk:

- olyan tájékoztató kiadvány készítése, amely felhívja a beteg figyelmét az esés kockázataira, a veszélyes helyzetekre, illetve olyan tanácsokat tartalmaz, amely segítséget nyújt az esemény elkerülésében.
- Szintén tájékoztató füzetet készítenénk a hozzátartozók részére is, amely az előzőekben bemutatottakon kívül ismertetné a betegbiztonsági programot, valamint azt, hogy milyen módon járulhatnak hozzá a biztonságos betegellátáshoz.

A Kórház honlapjának a fejlesztése, az elkészült tájékoztatók, a betegbiztonsági program nyilvánossá tétele.

Az eredmények alapján egyes folyamataink áttekintése, az intézet által alkalmazott kockázatszűrő módszerek közé olyan hiteles mérőeszköz illesztése, amely az elesés kockázatának szintjét méri. Ennek a segítségével válik lehetővé az egyes kockázati csoportok azonosítása és a megelőzést célzó kockázati stratégia kialakítása.

Az adatgyűjtési rendszer fejlesztéseként szeretnénk elérni, hogy az egyes eseményekhez tartozó adatlapokat a kitöltést követően az adott kolléga töltsse fel online az országos programba.