

VPLIV KROŽKOV KAKOVOSTI NA REZULTATE KAZALNIKOV KAKOVOSTI V KLINIČNEM ODDELKU ZA PLJUČNE BOLEZNI IN ALERGIJO GOLNIK

THE IMPACT OF QUALITY CIRCLES ON THE RESULTS OF QUALITY INDICES ON THE CLINICAL DEPARTMENT FOR LUNG DISEASES AND ALLERGY GOLNIK

Saša Kadivec

KLJUČNE BESEDE: krožek za kakovost; kazalnik kakovosti; timsko delo

KEY WORDS: quality circles; quality indicators; team work

Izvleček – V zdravstvu pogosto omenjamo krožke kakovosti, kot metodo dela, s katero dosegamo zadovoljstvo zaposlenih in pacientov, udeleženci prihajajo do novih spoznanj in povečujejo svojo usposobljenost za izvajanje delovnega procesa.

Predmet empirične analize je ugotavljanje učinkovitosti modela krožkov na rezultate izbranih kazalnikov kakovosti: razjede zaradi pritiska, padci, zasebnost in informiranje. Metoda je bila vrednotena v Kliničnem oddelku za pljučne bolezni in alergijo Golnik.

Rezultati: z delovanjem krožkov kakovosti je dosežena izboljšava na nekaterih področjih, merjenih s kazalniki kakovosti.

Abstract – In health care, quality circles are often referred to as a method for achieving satisfaction of the staff and patients. All participants acquire new knowledge and become better equipped for carrying out the work process.

The object of the present empirical analysis was to ascertain the efficiency of a model of a quality circle on the results of certain specific quality indicators – pressure sores, falls, privacy and information delivery. The method was evaluated at the University Clinic of Respiratory and Allergic Diseases.

The results revealed that quality circles help achieve better quality in certain areas which were assessed by means of quality indicators.

Uvod

V sistemu uvajanja in razvoja kakovosti je pomen skupinskega in timskega dela očiten, saj večino službenega časa preživimo v različnih oblikah medsebojnih interakcij med sodelavci iste ali različnih strok, predvsem pa med izvajalci storitev in uporabniki. Možina (1994) našteva pet stopenj razvoja skupine: oblikovanje (formiranje), nasprotovanje, pristajanje, izvajanje dejavnosti in zaključevanje. Stamatis (1996) opisuje dve fazi oblikovanja tima: tvorbo in ustvarjanje.

Zdravstveni sistem je z razvojem medicine in zdravstvene nege postal kompleksna dejavnost. V zdravstveni negi smo dolgo časa živeli v stabilnem okolju, kjer je bila hitrost sprememb v primerjavi s trajanjem delovne kariere majhna. Izkušnje ene generacije medicinskih sester so veljale tudi za naslednjo. Uvajanje sprememb je kompleksen proces, ki se tiče posameznika, skupine in organizacije. Pomembni dejavniki uvajanja sprememb so empirični dokazi, ki so sinonim kvantitativnih in kvalitativnih raziskav. Priporočljivo je, da v proces uvajanja sprememb vključujemo

raziskovanje, klinične izkušnje in mnenja bolnikov (Rycroft-Malone, 2002).

Timsko delo v procesu izboljšanja kakovosti

Gaucher in Coffey (1990) trdita, da je treba oblikovati takšne time, ki bodo v sistemu izboljšanja kakovosti pripomogli k določanju enotnih pravil. Pomembna naloga tovrstnega tima je priprava načrta organizacijskih sprememb in kulture. Tim predlaga možnosti za izboljšanje kakovosti. Njegov vodja mora biti dober menedžer z veliko mero odgovornosti in močjo odločanja. Kersnik (1998) pravi, da naloga tima ni nadzor nad delom zaposlenih, temveč povezovanje njihovih dejavnosti.

Ovretveit (1999) opisuje zaporedje faz razvoja takšnega tima. Obstaja devet zaporednih faz in timi morajo biti v vsaki fazi zelo prilagodljivi in morajo izbrati najboljšo metodo dela. Naloga prvih petih stopenj je usmerjati time k raziskovanju problema. Drugi del ima štiri stopnje, ki obsegajo: načrtovanje rešitev, njihovo uvajanje in vrednotenje.

Po Ovretveitu (1999) so pogoji za uspešno delovanje timov kakovosti:

- Ustrezno izobraževanje vodij in članov timov o metodah kakovosti, o reševanju problemov in o timskem delu.
- Srečanja vsaj enkrat mesečno, še bolje tedensko.
- Stalnost udeležbe.
- Prvi problem, ki se ga tim loti, naj bo lažji in naj služi kot trening z možnostjo, da bodo v šestih mesecih uvedene spremembe pokazale merljiv rezultat.

V literaturi takšne time zasledimo pod terminom »tim za razvoj zdravstvene nege« (angl. nursing development unit). Termin je leta 1981 prvič uporabila skupina medicinskih sester, iz bolnišnice Burford blizu Oxforda. Čeprav gre za majhno bolnišnico, se je gibanje timov za razvoj zdravstvene nege (dalje TRZN) od tod širilo po celi Veliki Britaniji in kasneje tudi v Avstralijo (Atsalos, Greenwood, 2001).

TRZN so oddelki, kjer skupine medicinskih sester in ostalih zdravstvenih delavcev načrtujejo in izvajajo strategijo za lasten razvoj in za razvoj svojega dela (Wright, 2001). TRZN lahko opišemo kot time medicinskih sester, ki delajo v svojem delovnem okolju in oblikujejo programe, katerih cilj je lastni razvoj in doseganje večje kakovosti. Zaposlene medicinske sestre v okviru TRZN raziskujejo in vrednotijo zdravstveno nego. Sodelujejo z drugimi sodelavci v timu, toda primarni vidik je razvoj zdravstvene nege. TRZN je lahko osnovan na bolniškem oddelku ali v skupnosti, zato je definiranje TRZN težko, kajti vsaka enota ima svoje lastne cilje in organizacijo, ki se med seboj v podrobnostih razlikujejo.

Vrednotenje dejavnosti v TRZN se izvaja s pomočjo postavljenih standardov kakovosti in prek programov strokovnega nadzora, ki so del splošne strategije zagotavljanja kakovosti. Vrednotenje vključuje tudi merjenje izidov različnih projektov, razvojnih in raziskovalnih programov. TRZN mora stalno vrednotiti svoje delo in načrte in jih glede na postavljene kriterije in merila tudi sprotno prilagajati in popravljati. Bistvo vrednotenja je, da izide in učinke takšnih aktivnosti predstavimo ostalim sodelavcem (Wright, 2001).

V Kliničnem oddelku za pljučne bolezni in alergijo (KOPA) Golnik v zdravstveni negi takšni timi že obstajajo, poimenovali smo jih »krožki kakovosti«.

Krožki kakovosti v KOPA Golnik

Delo v krožkih kakovosti temelji na izmenjavi izkušenj in sistematičnem vnosu novih spoznanj v vsakodnevno delo. Je tipičen primer izboljševanja kakovosti od spodaj navzgor. Med cilje krožkov za kakovost, ki imajo tudi vzgojni in izobraževalni namen,

lahko uvrstimo tudi: z delom v krožkih prihajajo zaposleni z izmenjavo izkušenj do novih znanj in sposobnosti, postopoma spreminjajo odnos do dela in izboljšujejo medsebojne odnose. Rezultat dela krožkov so tudi novi načini dela, nova spoznanja, boljša vključenost v delovni proces in večja usposobljenost za upravljanje delovnega procesa (Jereb, 1998).

V KOPA Golnik nam je bilo vodilo vključevanje vseh članic krožka v vse faze načrtovanja projekta: od vizije, vrednot in strategij do določanja prioriternih namenov, postavljanja ciljev, določanja nalog in evalvacije. Načela, ki smo jih pri delu dosledno upoštevali, so naslednja: enakovrednost vseh udeleženk, podpora, ustvarjalnost, točnost, zaupnost in pravočasne in jasne povratne informacije. Z oblikovanjem jasne vizije posameznega krožka kakovosti smo ustvarili pogoje za njegovo delovanje. V fazi načrtovanja smo aktivno vključili vse članice krožkov, saj le aktivna udeležba pri kreiranju vizije, strategije, ciljev in aktivnosti za izvedbo omogoča pogoje za identifikacijo s krožkom, privrženost izvedbi projekta in aktiviranje kreativnosti posameznika.

Oblikovanje in delo krožkov kakovosti

I. faza (priprava)

Na oddelčnih timskih sestankih so medicinske sestre izbrale štiri najbolj pereče negovalne probleme, ki so jih po njihovem mnenju najbolj ovirali pri zagotavljanju kakovostne zdravstvene nege. Iz tako definiranih problemskih sklopov je vodja kakovosti v zdravstveni negi izbrala dva problema, ki sta se najpogosteje pojavila in sicer preprečevanje razjed zaradi pritiska in zagotavljanje zasebnosti. Krožka sta začela z delom leta 2002. Naslednje leto sta začela delovati krožka za preprečevanje padcev in zagotavljanje informiranosti.

II. faza (oblikovanje krožkov)

K sodelovanju smo povabili po eno medicinsko sestro z vsakega oddelka v posamezen krožek in tako oblikovali dva krožka kakovosti: eden se je začel ukvarjati z zasebnostjo, drugi s preprečevanjem razjed zaradi pritiska. Članstvo v krožku je bilo prostovoljno, za krožek so se članice odločale glede na interes za delovanje na določenem problemu.

III. faza (načrtovanje)

Krožka sta začela z delom hkrati in združeno na delavnicah, kjer so se članice spoznale z metodo skupinskega načrtovanja. Po kratki uvodni predstavitvi smo v manjših skupinah oblikovali stopnje projekta:

- pregled stanja,
- oblikovanje vizije,
- določitev skupnih vrednot,

- določanje namenov,
- postavljanje ciljev,
- analiza načrtovanih sprememb,
- izdelava koledarja projekta (določitev aktivnosti za posamezne cilje).

Po dveh štiriurnih srečanjih je vsak krožek imel izdelan načrt projekta. Naloga vodij je bila zgolj vodenje postopka načrtovanja in moderiranje, vsebino so določile članice same.

IV. faza (usklajevanje)

Namene in cilje krožkov smo javno predstavili vodstvu bolnišnice in zainteresiranim posameznikom. Na osnovi pripomb, komentarjev in predlogov smo uskladili prvotni načrt projekta.

V. faza (izvedba)

O načrtovanih aktivnostih na bolniških oddelkih smo razpravljali s sodelavci, spremembe smo preizkusili in pomagali vodstvu pri uvajanju v prakso. Z njimi smo seznanili vodstvo bolnišnice in vodje vpletenih področij dela (zdravnike, čistilni servis, kurirsko službo, administracijo).

VI. faza (evalvacija)

Po izpolnjenih ciljeh so članice pregledale opravljeno delo in ga evalvirale ter dorekle smernice za delo naprej. Na določena časovna obdobja (po načrtu dela posameznega krožka) smo merili uspešnost uvedenih sprememb in načrtovali ukrepe za boljši rezultat. Preverjali smo izpolnjevanje ciljev in na tej osnovi načrtovali nadaljnje delo.

Namen in opredelitev raziskovalnega vprašanja

Temeljno raziskovalno vprašanje v našem primeru je, kako učinkovit je model krožkov kakovosti v zdravstveni negi v bolnišničnem okolju. Raziskovalni problem členim v naslednje vprašanje:

Ali krožki kakovosti vplivajo na rezultate izbranih kazalnikov kakovosti (pojavnost razjed zaradi pritiska, padcev, informiranje pacientov in zagotavljanje zasebnosti)?

Vzorec

V raziskavi spremljanja kazalnikov kakovosti smo uporabili:

- anketiranje v dveh časovnih točkah (2003 in 2004) za zagotavljanje zasebnosti in informiranja,
- evidentiranje razjed zaradi pritiska v letih 1999–2006 (Tab. 1).

Zbiranje podatkov in merjenja

Uporabili smo hi-kvadrat, t-test in relativne deleže v časovnih točkah. S hi-kvadratom preračunavamo razlike med teoretično porazdelitvijo frekvenc v posameznih celicah tabele in dejansko, empirično dobljenimi frekvencami. T-test je postopek, ki sem ga uporabila za testiranje hipotez o enakosti dveh aritmetičnih sredin za variable, ki so merjene na intervalni ali racionalni lestvici (Bentler, 1980).

Razjede zaradi pritiska in padce smo ponazorili z relativnimi deleži v spremljanem časovnem obdobju. Stališča pacientov na temo zasebnosti smo preverjali z anketnim vprašalnikom o ugotavljanju zadovoljstva z bivanjem v KOPA. S t-testom smo primerjali rezultate v letih 2003, 2004 in 2005. Z anketnim vprašalnikom smo ugotavljali zagotavljanje zasebnosti med zdravnikovimi pregledi, med razgovori z zdravnikom, z medicinsko sestro, med zdravniškimi posegi, posegi, ki jih opravlja medicinska sestra, ter med vizito.

Za testiranje razlik za primerjavo stališč pacientov do sistema informiranja pacientov v dveh časovnih točkah: 2003 in 2004 je uporabljen neparametrični test Kruskal-Wallis.

Izbor kazalnikov kakovosti

Razjede zaradi pritiska

Število razjed zaradi pritiska smo evidentirali od leta 1999. Posebej smo spremljali pojav razjed zaradi pritiska, ki so nastale v KOPA Golnik. V prvih letih evidentiranja gre manjši delež nastalih razjed zaradi pritiska verjetno na račun nerednega izpolnjevanja obrazca za evidentiranje. Rezultati v kasnejših letih že kažejo pravo vrednost, vendar z dejstvom, da skoraj četrtina razjed zaradi pritiska nastane v KOPA, nismo bili zadovoljni (Tab. 5).

Tab. 1. Število vključenih pacientov.

Vzorec	Podvzorec	N
Pacienti	Pacienti so bili vključeni v:	
	– raziskava zasebnosti	94 (2003), 124 (2004) = skupaj 218
	– raziskava informiranja	171 (2003), 167 (2004) = skupaj 338
	– evidentiranje razjed zaradi pritiska	287 (1999), 154 (2000), 120 (2001), 176 (2002), 218 (2003), 169 (2004), 282 (2005), 339 (2006) = skupaj 1745
	– evidentiranje padcev	70 (1999), 102 (2000), 88 (2001), 100 (2002), 105 (2003), 122 (2004), 133 (2005), 111 (2006) = skupaj 831

Padci

Za področje padcev smo se odločili zaradi posledic padca, ki so lahko tudi hujše, in zaradi želje, da tudi tako zagotovimo pacientu večjo varnost. Pregled padcev je pokazal, da je vsako leto padlo več pacientov, razlog je tudi v bolj rednem evidentiranju padcev (Tab. 6). S preprečevanjem padcev se je začel ukvarjati eden od krožkov leta 2003.

Zasebnost

Zadovoljstvo pacientov z bivanjem v KOPA Golnik spremljamo od leta 1999. Rezultati anketnega vprašalnika iz leta 2003 kažejo priložnosti za izboljšanje na področju zagotavljanja zasebnosti: zasebnost med posegi, ki jih izvajata medicinska sestra in zdravnik, ter med razgovori z zdravnikom in med vizito (Tab. 2).

Tab. 2. *Delež zadovoljstva pacientov z zagotavljanjem zasebnosti pri določenih aktivnostih (anketni vprašalnik 2003).*

Aktivnosti	Da (v %)	Ne (v %)	Delno (v %)
Zdravniški pregled	91	1	4
Razgovor z zdr.	86	2	8
Razgovor z MS	87	2	7
Zdravniški posegi	86	2	5
Posegi MS	83	1	8
Vizita	85	3	8

* Manjkajoči odstotek (do 100 %) predstavljajo ne-odgovori.

Informiranje

Vprašanja o zadovoljstvu s pojasnili so del anketnega vprašalnika o zadovoljstvu pacientov z bivanjem v bolnišnici. Analiza anketnega vprašalnika iz leta 2003 kaže področja za izboljšanje: dana pojasnila ob sprejemu na oddelek, pojasnila o postopkih zdravstvene nege, navodila, kako živeti doma in kako jemati zdravila (Tab. 3).

Tab. 3. *Delež zadovoljstva pacientov s pojasnili v času bivanja v bolnišnici (anketni vprašalnik 2003).*

Pojasnila	Zelo zadovoljen (v %)	Zadovoljen (v %)	Zelo nezadovoljen (v %)
V sprejemni ambulanti	50	41	3
Sprejem na oddelek	45	44	2
O boleznih	43	43	5
O zdravljenju	48	40	3
O postopkih ZN	45	46	3
Kako živeti doma	42	44	4
Kako jemati zdravila	45	36	5

* Manjkajoči odstotek (do 100 %) predstavljajo ne-odgovori.

Izvedene spremembe v KOPA Golnik v letih 2002–2006

V fazo načrtovanja in izvajanja sprememb smo aktivno vključili vse članice krožkov, saj le aktivna udeležba pri kreiranju vizije, strategije, ciljev in aktivnosti za izvedbo, omogoča pogoje za identifikacijo s

Tab. 4. *Izvedene aktivnosti na področju preprečevanja razjed zaradi pritiska.*

Aktivnosti	2002–03	2004–05	2006
Obdobje ocene pojavnosti razjed zaradi pritiska in drugih parametrov preprečevanja razjed zaradi pritiska	x	x	x
Redno spremljanje pojavnosti razjed zaradi pritiska iz prijavnega obrazca	x	x	x
Načrt nabave blazin idr. pripomočkov za preprečevanje razjed zaradi pritiska	x	x	x
Centralno skladiščenje blazin		x	
Lista obračanja bolnika s pisnim beleženjem ocene rizičnih mest		x	
Navodila za dober in jasen načrt ZN za preprečevanje razjed zaradi pritiska		x	
Testiranje rjuh obračalk iz materialov, ki so bolniku prijaznejši			x
Int. odd. – izdelava strategije preprečevanja razjed zaradi pritiska na oddelku		x	
Seznanitev oddelka o težje gibljivem bolniku iz sprejemne ambulante že pred sprejemom na oddelek	x		
Izdelava zloženke o preprečevanju razjed zaradi pritiska za laično javnost in ukrepanju ob pojavu preležanin	x		
Šola za informiranje o negi razjed zaradi pritiska za svojece		x	x
Predavanja o oskrbi razjed zaradi pritiska	x	x	x
Predstavitve novih materialov za oskrbo razjed zaradi pritiska	x	x	x
Obnova standarda ZN: Preprečevanje nastanka razjed zaradi pritiska in preprečevanja poslabšanja razjed zaradi pritiska		x	
Pojavnost razjed zaradi pritiska v Bolnišnici Golnik – študija primera	x	x	x
Učne delavnice za preprečevanje razjed zaradi pritiska za medicinske sestre			x
Večdisciplinaren tim za obravnavo bolnika z razjedo zaradi pritiska			x

krožkom, privrženost izvedbi projekta in aktiviranje kreativnosti posameznika.

Krožek za *preprečevanje razjed zaradi pritiska* se je v okviru strategije uresničevanja ciljev lotil načrtovanih aktivnosti (Tab. 4).

Krožek za *preprečevanje nesreč in padcev* je izvedel natečaj za plakat, katerega namen je bil seznanjanje osebja, pacientov in svojcev o padcih. Izdelali smo shemo za oceno nevarnosti padca in jo uvedli po vseh oddelkih. Redno smo spremljali pojavnost padcev v bolnišnici in izdelali klinično pot o postopanju v primeru padca.

V zvezi z *zagotavljanjem zasebnosti* pacientov smo v bolnišnici uvedli tablice z napisom »Prosimo, ne vstopaj«, ki jih medicinske sestre uporabljajo pri dnevni posegih; namestili smo zaščitne zavese za posamezno posteljo; za osebne stvari pacientov smo uvedli ekološke papirnate vreče primernejšega videza in velikosti kot smo jih uporabljali doslej; izvajamo redna anketiranja pacientov o zagotavljanju zasebnosti v času bivanja v bolnišnici. V sprejemni ambulanti smo namestili avtomat za zapiranje vrat in v bolnišnici izvedli anketiranje za ugotavljanje problema zagotavljanja zasebnosti v bolnišnici.

Na področju *zagotavljanja informiranja* smo izvedli natečaj za izdelavo plakata, ki paciente, svojce in zaposlene informira o zdravstveno vzgojnih vsebinah v bolnišnici. Izvajali smo redna anketiranja pacientov o problemu informiranja in sodelovali s komisijo za kakovost, pri obnovi informacijske zloženke z navodili za pacienta v času bivanja v bolnišnici ter ureditvi ure dajanja informacij pacientom in svojcem.

Rezultati

Razjede zaradi pritiska

Tab. 5. Število razjed zaradi pritiska v letih 2000–2006.

Leto	Št. razjed zaradi pritiska na 1000 odpustov
2000	4,3
2001	5,5
2002	7,1
2003	6,9
2004	2,9
2005	7,4
2006	5

Časovno spremljanje števila razjed zaradi pritiska, nastalih v KOPA v sedmih letih kaže, da delež razjed zaradi pritiska, ki nastanejo v KOPA, niha. V letu 2004 je zaznati upad razjed zaradi pritiska, kasneje (2005) število spet naraste.

Padci

Število padcev v KOPA narašča zaradi rednejšega evidentiranja padcev in večjega deleža pacientov, ki

so odvisni od zdravstvene nege. 75 odstotkov padcev se konča brez posledic, med ostalimi izidi padca so bolečina (5 %), hematoma (7 %), rana (11 %) ali zlom (2 %) (poročilo za padce za leto 2005).

Tab. 6. Število padcev v letih 2000–2006.

Leto	Število padcev	Število padcev na 1000 bolnišnično oskrbnih dni (BOD)
2000	102	1,2
2001	88	1,2
2002	100	1,5
2003	105	1,7
2004	122	2,02
2005	133	2,28
2006	111	2,26

Zasebnost

Med leti in posameznimi spremenljivkami ni statistično pomembnih razlik. Ugotovili smo, da so si teoretične in dejanske porazdelitve podatkov zelo podobne.

Informiranje

Tab. 7. Primerjava ocen bolnikov do sistema informiranja bolnikov v dveh časovnih točkah: 2003 in 2004.

	N	Hi-kvadrat
Povedali so mi, zakaj imam zdravila	2003 – 171 2004 – 167	hi-kvadrat = 12,766, df = 5, p = 0,026
Dobival sem zadovoljive odgovore	2003 – 171 2004 – 167	hi-kvadrat = 10,46, df = 4, p = 0,033
Informacije so posredovali tako, da jih sosedje niso slišali	2003 – 171 2004 – 167	hi-kvadrat = 14,32, df = 5, p = 0,014

Statistično pomembne razlike med letoma 2003 in 2004 smo ugotovili samo pri nekaterih kazalcih informiranosti pacientov.

Razlika med prvim in drugim letom opazovanja je statistično značilna na ravni petodstotnega tveganja za vse tri spremenljivke, ki merijo bolnikovo izkušnjo z informacijami.

Še nekatere druge vidike informiranosti smo merili s širšim sklopom stališč, ki so bila merjena na Lickertovi lestvici. Od 20 vprašanj, ocenjenih na lestvici od 1 (sploh ne drži) do 5 (popolnoma drži) (izločena je 6 – »nisem potreboval«), sem seštel rezultat. Zanesljivost posameznih vprašanj na opazovanem vzorcu je bila 0,88 (Cronbach Alpha). To pomeni, da so bili odgovori na 20 vprašanj skladni in je postavke možno sešteti v en rezultat, ki meri stopnjo informiranosti.

Kompletni rezultat je imelo 145 pacientov od 338, ki so odgovarjali na vprašalnik. Skupnega rezultata

niso imeli tisti, ki so na vsaj eno od vprašanj odgovorili, da konkretne storitve niso potrebovali. Višje vrednosti skupnega rezultata pomenijo močnejše strinjaje s pozitivno oceno storitve, ki so jo dobili.

Porazdelitev rezultatov je bila v razponu od 57 do 100, s povprečno vrednostjo 85,4 (SD 11,2), mediano 87. Porazdelitev ni normalna, nagnjena je desno proti višjim rezultatom, zato smo za testiranje razlik uporabili neparametrični Kruskal-Wallis U test.

Primerjava odgovorov v obeh letih pokaže, da med leti in posameznimi spremenljivkami ni statistično značilnih razlik. Teoretične in dejanske porazdelitve podatkov so si zelo podobne (testirano s hi-kvadrat testom).

Skupna ocena se značilno razlikuje samo glede na počutje pacienta ($p = 0,029$, $df = 4$, hi-kvadrat = 10,8). Pacienti, ki so se ob koncu hospitalizacije počutili slabše, so praviloma ocenjevali tudi, da je informiranost v bolnišnici slaba. V obeh letih opazovanja se stopnja informiranosti ni spremenila, neodvisna pa je tudi od spola pacienta, od števila predhodnih hospitalizacij in od izobrazbe pacienta. Med vsemi testiranimi spremenljivkami pri zagotavljanju informiranosti je edino kazalnik Informacije v zvezi s postopki zdravstvene nege v značilni linearni asociaciji z letom, in sicer tako, da je vsako leto več zelo zadovoljnih, in da število zelo nezadovoljnih z vsakim letom pada (hi-kvadrat = 4,018, $df = 1$, $p = 0,045$).

Razprava

V različnih zdravstvenih okoljih je stopnja pojavnosti razjed zaradi pritiska različna. V Angliji so opravljene študije pokazale na stopnjo prevalence med 5,1 in 32,1 %. Moore (2001) navaja, da je stopnja razjed zaradi pritiska v Ameriki in Kanadi od 4,7 do 33 %. Študija, opravljena na Irskem, ugotavlja delež razjed zaradi pritiska pri 12,5 % pacientov na akutnih oddelkih (Moore, 2001). Razjede zaradi pritiska predstavljajo dodatno breme za obbolelega, vodijo v zmanjšanje kakovosti življenja pacienta in zahtevajo pogostejše stike z zdravstvenimi delavci. Razjede zaradi pritiska, nastale med hospitalizacijo v KOPA v letih 2000–2006, nihajo. Porast leta 2005 po letu, ko so razjede zaradi pritiska padle (2004), je spremljajoč pojav, ko po začetnem natančnem sledenju standardom motivacija zaposlenih upade in je potrebno ponovno iskati področja za izboljšanje. To bomo naredili z analizo poročil o razjedah zaradi pritiska, študijami primerov in ustreznim ukrepanjem. Delež nastalih razjed zaradi pritiska v KOPA je večji na oddelku z večjim deležem pacientov v III. in IV. kategoriji, zato bo potrebno razmisliti tudi o posebnih ukrepih na teh oddelkih.

Padci pacientov v bolnišnici imajo pomemben vpliv na oceno kakovosti zdravstvene oskrbe. So resen problem pri starih nad 75 let, prav tako so pomemben po-

vzročitelj poškodb in smrti (Hughes, 2002; Mosley in sod., 1998). Študije na akutnih oddelkih navajajo padce pri 2–10 % vseh sprejetih pacientih na leto. Zato moramo pričeti z ukrepi za preprečevanje. Študija (Mosley in sod., 1998) je vrednotila preventivni program, ki vključuje oceno tveganja za nastanek padca in preventivne aktivnosti, kadar obstaja verjetnost, da pacient lahko pade. Kot cilj so si postavili 3 padce na 1000 bolniških dni. Študija navaja, da je v dveh letih po uvedbi programa, stopnja padcev upadla v 13 (72 %) enotah, skupno za 8 %. Tudi Grenier-Sennelier in sod., (2002) so v letih 1995–1998 po uvedbi preventivnega programa, dokazali zmanjšanje pojavnosti padcev.

Člani krožka za preprečevanje padcev v KOPA Golnik so definirali, kaj je padelec, in s tem določili, kdaj ga evidentirati, opozarjali in spodbujali so osebje na oddelkih k prijavi padca in sodelovali pri izdelavi klinične poti za obravnavo nesrečnih dogodkov, kamor spada padelec pacienta. Seveda je težko oceniti, koliko padcev smo na ta način preprečili. Naraščanja zato ne razumemo kot slabšo oskrbo, temveč bolj pozorno in s tem kakovostnejše spremljanje pacientov.

Williams (2001) definira zasebnost kot pomembno prvine v odnosu medicinska sestra – pacient. Opredeljuje jo s fiziološkega, psihološkega in čustvenega vidika. Študija (Kilpi in sod. 2003) v petih evropskih državah, kjer so primerjali pacientovo zaznavanje avtonomije, zasebnosti in informiranega pristanka na posege, je pokazala, da pripisujejo pacienti največji pomen zasebnosti, najmanjšega pa informiranemu pristanku. Dokazali so tudi, da negovalno osebje daje tem trem dejavnikom večji poudarek kot pacienti. Na področju zasebnosti kljub uvedenim spremembam nismo zaznali izmerjenih izboljšav pri pacientih. Članice krožka so na tem področju uvedle naslednje novosti: uporabo zaves, tablic z napisom – Prosimo ne vstopajte – in skupaj s krožkom za informiranje metodologijo posredovanja informacij pacientom in svojcem. To so pridobitve, ki so jih v anketi izpostavile medicinske sestre kot veliko pridobitev krožkov.

Za statistično pomembne razlike v dveh časovnih točkah (2003 in 2004) na področju informiranja težko rečemo, da imajo zasluge članice krožka za kakovost, lahko pa trdimo, da se o informiranju in načinu prenosa informacij na vseh nivojih več pogovarjamo na nivoju celotne bolnišnice. Tudi konkretne pritožbe pacientov posredujemo ustreznim osebam in iščemo potrebne spremembe.

Sklep

Z delovanjem krožkov kakovosti smo v KOPA Golnik na nekaterih spremljanih področjih dosegli izboljšanje. Odkar delujejo krožki, se izvajajo spremembe, predvsem pa se področjem namenja več pozornost.

sti. Naraščanje razjed zaradi pritiska in padcev je posledica boljšega opazovanja in obravnave. Natančno spremljanje pojavov omogoči sledenje dogodkom od nastanka dalje, točno je znano kraj nastanka dogodka. Na tak način sledimo načelom sistema kakovosti, ki nam omogoča načrtovanje preprečevanja padcev in razjed zaradi pritiska.

Na tem področju je koristna še druga dejavnost, ki je nastala kot posledica delovanja krožkov. Veliko energije članice namenjajo lažjemu spremljanju kazalnikov kakovosti. Pripravljajo računalniški program, kjer bodo rezultati in kazalniki vidni dosti prej, kot pri spremljanju v preprostih programskih orodjih in tabelah. Na podlagi raziskave ugotavljam, da je čas sedmih let prekratek za oblikovanje zaključkov, ki bi pokazali na izboljšanja posameznih področij kazalnikov.

Literatura

1. Atsalos C, Greenwood J. The lived experience of clinical development unit (nursing) leadership in Western Sydney, Australia. *J Adv Nurs* 2001; 34(3): 408–16.
2. Bentler PM. Multivariate analysis with latent variables: Causal modeling. *Annual Review of Psychology* 1980; 31: 11–21.
3. Gaucher E, Coffey R. Transforming healthcare organizations. How to achieve and sustain organizational excellence. San Francisco: Jossey Bass Publishers, 1990.
4. Grenier Sennelier C, Lombard I, Jeny Loeper C, Maillet Gouret MC, Minvielle E. Designing adverse event prevention programs using quality management methods: the case of falls in hospitals. *International Society for quality in health care* 2002; 14: 419–26.
5. Hughes M. Fall prevention and the national service framework. *Nursing Standard* 2002; 17(4): 33–8.
6. Jereb J. Teoretične osnove izobraževanja. Kranj: Moderna organizacija, 1998.
7. Kersnik J. Kakovost v splošni medicini. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino, 1998.
8. Kilpi HL, Valimaki M, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Scott PA, Arndt M, Kaljonen A. Perceptions of autonomy, privacy and informed consent in the care of elderly people in five european countries: comparison and implications for the future. *Nursing Ethics* 2003; 10(1): 58–66.
9. Moore Z. Improving pressure ulcer prevention through education. *Nursing Standard* 2001; 16(6): 64–70.
10. Mosley A, Ciocon DG, Peak N, West MJ. Initiation and evaluation of a research based fall prevention program. *J Nurs Qual* 1998; 13(2): 38–44.
11. Možina S. Skupine, teami. V: Management. Radovljica: Didakta, 1994: 600–40.
12. Ovreteit J. A team quality improvement sequence for complex problems. *Quality in health care* 1999; 8: 239–46.
13. Rycroft Malone J et al. Getting evidence into practice: ingredients for change. *Nursing Standard* 2002; 16(37): 38–43.
14. Stamatis DH. Total quality management in health care. Chicago: Irwin professional publishing, 1996.
15. Williams A. A literature review on the concept of intimacy in nursing. *J Adv Nurs* 2001; 33(5): 660–7.
16. Wright F. Nursing development units: progress and developments. *Nursing Standard* 2001; 15(29): 39–41.