
ZAGOTAVLJANJE KAKOVOSTI

8

- Zagotavljanje in izboljšanje kakovosti
- Predpisovanje zdravil v družinski medicini
- Zadovoljstvo bolnikov
- Obvladovanje napak v medicini

ZAGOTAVLJANJE IN IZBOLJŠANJE KAKOVOSTI

Janko Kersnik

Opredelitev kakovosti

Kakovost je bistveni sestavni del izvajanja zdravstvene oskrbe in mora prežemati vsak postopek oskrbe vzporedno z upoštevanjem obsega dela in stroškov, ki pri tem nastajajo. Kakovostna zdravstvena oskrba je pravica vsakega bolnika in vsake skupnosti, ne glede na omejena sredstva, ki jih družba lahko namenja za zdravstveno varstvo.

Po opredelitvi Svetovne zdravstvene organizacije iz leta 1993 je kakovostna oskrba tista, ki zadošča dogovorjenim zahtevam in ob upoštevanju trenutnega znanja in razpoložljivih sredstev izpolnjuje pričakovanja za povečanje koristi in zmanjšanje tveganj za zdravje in dobro počutje bolnika.

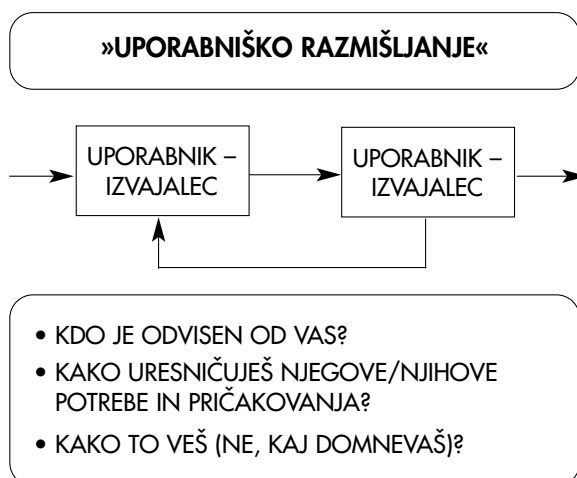
Kakovost je uporaba učinkovitih postopkov zdravstvene oskrbe pri pravih bolnikih v danih razmerah na učinkovit način (1). Opisuje jo zbir vseh lastnosti oskrbe, ki ji dajejo možnost zadovoljiti izbrane cilje udeležencev.

Temeljna načela zagotavljanja in izboljševanja kakovosti

Težave v zvezi s kakovostjo se kažejo povsod, kjer je delo enega izpostavljeno izkušnji drugega. Zaradi prepletenosti ukrepov znotraj posameznih delovnih postopkov se vsak udeleženec lahko znajde tako v vlogi uporabnika kot izvajalca (slika 1). Zato si moramo vsi prizadevati, da vsem, ki so v določenem postopku odvisni od nas, čim bolj olajšamo izvedbo njihovega dela nalog (1).

Slika 1.

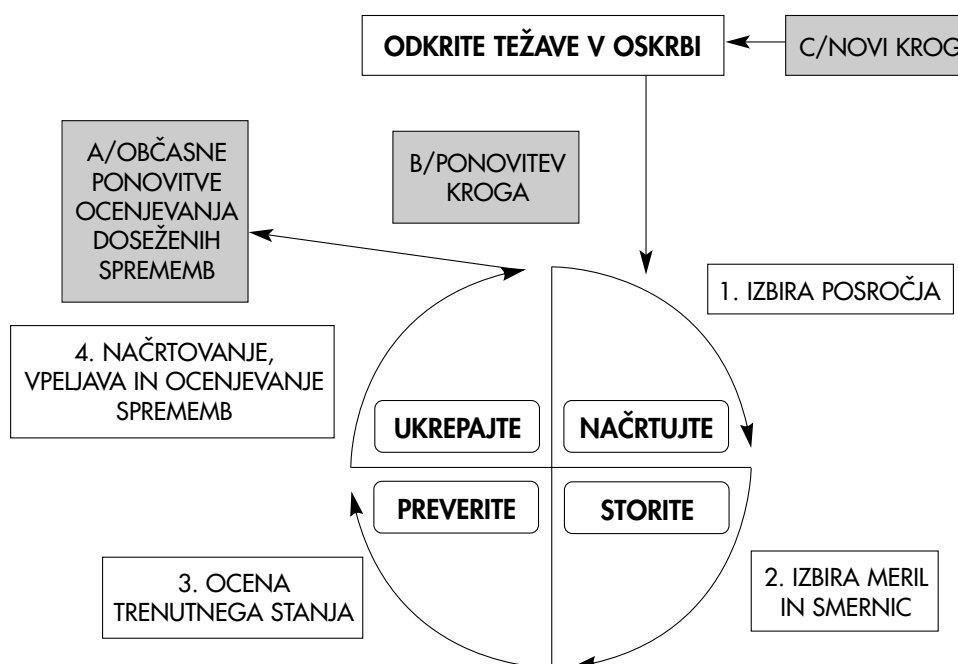
Uporabniško razmišljanje



Pri uporabniškem načinu razmišljanja o kakovosti vidimo, da poteka pretok »stori-tev« v smeri od trenutnega izvajalca k »trenutnemu« uporabniku, ki mu po povratni zanki lahko daje koristne podatke o kakovosti njegovega dela. Trenutni uporabnik je v naslednjem postopku lahko izvajalec, kot je bil tudi trenutni izvajalec v nekem drugem postopku lahko uporabnik.

Določeno raven kakovosti lahko zagotavljamo na različne načine: z različnimi oblikami presoje, nadzora in številnimi modeli izboljševanja kakovosti (1, 2, 3). Za vse načine je značilno, da mora biti sklenjen krog poteka: načrtovanje, izbira ciljev, ocena lastnega dela, ukrepanje in spremljanje sprememb (slika 2).

Slika 2. Krog kakovosti



Kadar želimo ocenjevati kakovost dela, potrebujemo tudi kazalce in merila kakovosti (1).

Kazalec kakovosti je merljivi del (prvina) zdravstvene oskrbe, za katerega je znanstveno (z raziskavami) dokazano oziroma zanj velja splošno soglasje, da odraža kakovost pogojev ali postopka oskrbe, zaradi česar ga lahko uporabimo za oceno kakovosti in s tem za oceno nastalih sprememb v kakovosti.

Kazalec je merljivi del prikazanega dela (1).

- Biti mora pomemben za izid oskrbe (npr. zdravnikova prijaznost, izvajanje postopkov oskrbe), ali pa je to zaželeni izid oskrbe sam po sebi (npr. bolnikovo zadovoljstvo z zdravnikovim delom, zdravstveno stanje).
- Biti mora opredeljiv ali merljiv (npr. odstotek bolnikov, ki so zadovoljni z zdravnikovim delom, odstotek bolnikov z urejenim krvnim tlakom).
- Z izboljševanjem kakovosti ga je možno spreminjati.

Merilo kakovosti je del pogojev, postopka ali izida oskrbe, ki ga lahko merimo in tako medsebojno primerjamo (1). Navadno ga izoblikujemo iz priporočila v Smernicah.

Merilo (kakovosti) je sistematično oblikovano stališče, ki ga lahko uporabljamo pri ocenjevanju ustreznosti določene odločitve, postopka, posamezne storitve, posega in izida oskrbe. To je lahko le opredeljiva in merljiva prvina oskrbe, ki se nanaša na njeno kakovost tako natančno, da lahko jasno vidimo, ali je prisotna ali ne.

Merilo je opredeljeno zaželeno ali nezaželeno stanje kazalca zdravstvene oskrbe (1).

Primer: Za merilo kakovosti lahko uporabimo npr. vrednosti krvnega tlaka, število predpisanih receptov s psihotropnimi zdravili, število obiskov letno zaradi določene bolezni, raven krvnega sladkorja in število amputacij pri sladkornih bolnikih ipd.

Ker pri vsakdanjem delu ne moremo računati z absolutnimi stanji in možnostmi, moramo določiti tudi standarde, s katerimi določimo, do katere mere mora biti določeno merilo oziroma priporočilo izpolnjeno, da lahko prikazano oskrbo štejejo za sprejemljivo (1).

Standard je pričakovana raven doseganja merila oziroma odstotek posameznih postopkov oskrbe, ki dosegajo merilo.

Meja med kakovostno in nekovostno oskrbo je dogovorna. Izkušnje, medicinsko izobraževanje, raziskave in dogovori kažejo, kje je ta meja.

Smernice za kakovostno delo

Za obravnavo bolnikov s posameznimi boleznimi navadno oblikujemo smernice za delo (4, 5, 6). **Smernica** je sistematično zbrano in oblikovano gradivo (navodilo, priporočilo, vodilo, doktrina, protokol) o ustrezni oskrbi (pogojih, postopkih in želenih koristih zdravstvene oskrbe) na določenem področju dela (1). Namenjeno je za pomoč izvajalcem pri načrtovanju, izvajanju, spremljanju, ocenjevanju in spreminjanju sloga svojega dela. Drugi udeleženci v sistemu zdravstvenega varstva in zunaj nje (sodstvo) jih lahko uporabljajo le ob ustrezni razlagi strokovnjaka (izvedenca). Nikakor si jih ne smemo predstavljati kot pravila s pravno podlago.

Smernice morajo biti zasnovane na najboljših dosegljivih dokazih iz literature in podkrepljene s soglasjem ustreznih strokovnjakov. Za zdaj še ni uveljavljen enotni način za oblikovanje smernic. Tako so nekatere smernice pripravljene na osnovi čvrstih dokazov iz znanstvenoraziskovalnega dela, druge na osnovi znanja skupine strokovnjakov in spet druge na osnovi mnenja izvedencev določene stroke. Smernice se morajo nanašati na rezultate randomiziranih kliničnih raziskav, ki jih je možno prenesti v vsakdanje delo ambulate. Pri tem morajo upoštevati ambulantno okolje družinske medicine, lastnosti skupine bolnikov, ki jih oskrbuje, razpoložljivost virov in obremenjenost ambulate (1, 4, 5, 6).

Bistveni namen smernic je spreminjanje sloga izvajalčevega dela (6). Samo oblikovanje smernic še ne zagotavlja, da ga bodo izvajalci pri vsakdanjem delu tudi redno uporabljali in s tem dosegli želene spremembe. Pomembno vlogo pri tem ima način, kako se izvajalci seznanijo s smernicami, kakšen odnos imajo do uporabe priporočil iz smernic in na kakšne načine je spodbujena njihova uporaba. Zavedati se moramo, da je uporaba smernic prostovoljna odločitev posameznega izvajalca, zato se ne smemo zatekati k »obvezni« uporabi in predpisani uporabi smernic, ker tako izgubijo svojo privlačnost, da so v pomoč izvajalcu. Izvajalec tak način prisilne uporabe dojema kot ogrožanje svobode svojega strokovnega odločanja. Z uporabo smernic pri vsakdanjem delu naletimo tudi na številne druge ovire, ki se jim da ob skrbnem načrtovanju večinoma izogniti ali vsaj zmanjšati njihov vpliv.

Glede na utemeljenost določenega postopka, posega ali ukrepa, ki ga zasujemo na dokazih, zbranih iz literature, so priporočila (merila) v smernicah lahko obvezna, priporočljiva, na izbiro zdravniku in bolniku, ker so nedokazana. Ker pri vsakdanjem delu ne moremo računati z absolutnimi stanji in možnostmi, moramo določiti tudi cilje oz. standarde za izbrano merilo, do katere mere mora biti le-to merilo izpolnjeno, da lahko imamo prikazano oskrbo za sprejemljivo. Oskrba, ki ne dosega postavljenih standardov, ni sprejemljiva; oziroma bolje rečeno: če ne dosega standardov, jo je treba spremeniti. Standard je vrednost merila, ki kaže mejo med sprejemljivo in nesprejemljivo kakovostjo.

Presoja

Ena izmed možnosti za oceno kakovosti so tudi različne presoje (1, 8). **Presoja** je sistem ugotavljanja in spremljanja skladnosti presojevančeve zmožnosti za kakovostno opravljanje oskrbe v primerjavi z izbranimi (dogovorjenimi) standardi. Skladnost s standardi, ki jih uporablja presojevalec, naj bi zagotavljala, da presojevanec uporablja delovne pogoje in sistem kakovosti za tako izvajanje postopkov oskrbe, ki omogoča dogovorjeno raven izidov. Presojamo lahko:

- izvajalca posameznika (licenciranje, podeljevanje in podaljševanje licence),
- izvajalsko zdravstveno ustanovo (akreditiranje in reakreditiranje, podelitev certifikata kakovosti, verifikacija zdravstvene ustanove),
- posamezen način oskrbe (nov ali že uveljavljen), posamezna sredstva (nova ali

že uveljavljena) in opremo za izvajanje oskrbe (ocena medicinskih tehnologij, nadzor zdravil).

Temeljno načelo vsake presoje je, da bi uspešno prestana presoja morala zagotavljati pričakovano raven kakovosti storitev.

Vsebina kakovosti v zdravstveni ustanovi

Navadno razlikujemo: posameznikovo, skupinsko in celovito obvladovanje kakovosti (1). Vsakdo si namreč stalno prizadeva:

- izboljševati lastno delo,
- delati prave stvari,
- izvajati stvari pravilno,
- delati prave stvari prav.

Pri tem se mora pogosto naslanjati na skupino kolegov, v okviru katere lažje ocenjuje, primerja in izboljšuje svoje delo. Celovito obvladovanje kakovosti na ravni zdravstvene ustanove vključuje ti dve obliki obvladovanja kakovosti tako, da vzpostavi sistem kakovosti in skrbi za ustrezno, kakovosti naklonjeno vzdušje.

Obvladovanje kakovosti oblikujejo različne metode presoje in nadzora kakovosti ter drugi načini njenega zagotavljanja in izboljševanja.

Nadzor kakovosti se naslanja na podmeno, da je z ustreznimi mehanizmi možno odkrivati odstopanja in različke ter jih odstranjevati. Posledica tega naj bi bila ustrezna kakovost. Izkušnje so presegle to ozko opredelitev nadzora, ki se vedno bolj približuje sodobnemu pojmovanju stalnega izboljševanja kakovosti, zato so meje med posameznimi oblikami obvladovanja kakovosti zabrisane.

Nadzor delimo na notranji in zunanji glede na končnega uporabnika podatkov, pridobljenih med nadzorom.

Notranji nadzor kakovosti

Čeprav se v različnih kulturnih okoljih ta pojem različno razlaga, vendarle obstajajo skupne značilnosti. Kadar so podatki, pridobljeni med nadzorom, namenjeni izvajalcem samim, govorimo o notranjem nadzoru kakovosti. Izvajajo ga: vsak izvajalec sam zase v obliki samonadzora ali samoocenjevanja kakovosti, predpostavljeni v zdravstvenih ustanovah, sodelavci iste stroke v zdravstveni ustanovi ali kolegi iz iste stroke, ki prihajajo od zunaj, kadar so člani strokovnega združenja, ki ima v svojem programu tudi tako obliko delovanja. Pomembno je, da rezultat te dejavnosti ostane znan samo izvajalcem samim in ni namenjen uporabi komu tretjemu (javnosti, plačniku). Med oblike notranjega nadzora lahko prištevamo samonadzor, samoocenjevanje kakovosti, pregled med kolegi oziroma krožek kakovosti in vodstveni nadzor kakovosti.

Notranji nadzor zagotavlja doseganje lastnih ciljev in ciljev zdravstvene ustanove (zdravstvenega doma) ali skupine kolegov (kolegij zdravnikov zdravstvenega doma) ali strokovnega združenja (npr. Združenje zdravnikov družinske medicine Slovenskega zdravniškega društva). Vsak nadzor je smiseln le, kadar prispeva k izboljšanju oskrbe bolnikov ali ob racionalnejši porabi razpoložljivih virov zagotavlja enako raven kakovosti dela.

Posameznikovo obvladovanje kakovosti – samonadzor

Posameznik si pregledovanje lastnega dela lahko uredi na več načinov. Temelj za pregled nad delom je zbiranje podatkov, ki naj bo načrtovano z jasnim namenom in cilji. Rutinsko zbiranje podatkov ni pokazalo večje koristnosti za izboljšanje dela. V družinski medicini je v središču našega zanimanja bolnik kot član skupine bolnikov, ki so se nam zaupali v oskrbo. Seznam vpisanih bolnikov po starosti in spolu ter po-

sebej po boleznih, letna evidenca opravljenih storitev in priložnostni obrazci pomenijo lečečemu zdravniku bazo podatkov in pogoje, na katerih lahko oblikuje ocenjevanje lastne kakovosti. Zdravstveni karton je nujno potrebno orodje za zbiranje podatkov.

Samoocenjevanje kakovosti

Samoocenjevanje kakovosti je organizirana oblika samonadzora. Neposredni izvajalci (zdravniki, zdravstveni delavci in drugi zaposleni v zdravstvu) so namreč ključni za zagotavljanje in izboljševanje kakovosti. Slednje vključuje stalno spremljanje, ocenjevanje in izboljševanje lastne kakovosti dela. Zato samoocenjevanje (samonadzor) kakovosti tvori temelj vsem drugim oblikam izboljševanja kakovosti. Brez ozaveščenih in prizadevnih izvajalcev, ki si stalno prizadevajo za kakovost, si ni mogoče predstavljati resničnega napredka.

Skupinsko obvladovanje kakovosti

Zaradi zapletenosti zdravstvene dejavnosti mora v primerjavi z drugimi proizvodnimi in storitvenimi dejavnostmi posamezni izvajalec poleg obvladovanja kakovosti, ki ga izvaja sam, in notranjega nadzora kakovosti, ki ga izvaja vodstvo zdravstvene ustanove, sodelovati tudi pri različnih skupinskih oblikah obvladovanja kakovosti (SOK). Kljub strokovni specializaciji namreč vsak neposredni izvajalec zdravstvene oskrbe opravlja široko paleto storitev, zato o pravi specializaciji v sodobnem pomenu ne moremo govoriti. Specializacija svetovnega gospodarstva namreč pomeni, da vrhunsko usposobljeni strokovnjaki opravljajo določene posebne storitve, medtem ko druge storitve opravlja druga skupina. Z globalizacijo svetovnega trga je postalo to tudi izvedljivo in donosno. Potrebe po zdravstveni oskrbi pa imajo »nevšečno« lastnost, da zahtevajo takojšnjo zadovoljitev čim bližje mesta nastanka potrebe. Izvajalci so zato prisiljeni opravljati tudi redke storitve, ne glede na to, da za njihovo izvedbo poznamo bolje usposobljenega izvajalca. Skupinsko obvladovanje kakovosti omogoča posameznim izvajalcem, da ocenjujejo svoje delo in ga primerjajo z izkušnjami strokovnjakov istega področja tako znotraj zdravstvene ustanove kot tudi zunaj nje. To jim omogoča združevanje izkušenj in kakovostnejše delo. S tem v zvezi sta bili že omenjena samoocenjevanje kakovosti in krožek kakovosti.

Skupine izvajalcev se lahko prostovoljno povezujejo po različnih ključih. Skupina lahko izhaja iz iste ustanove ali različnih ustanov, lahko jo sestavljajo člani iste stroke ali različnih strok. Tudi oblike delovanja skupine so lahko različne:

- krožek kakovosti,
- diskusijske skupine,
- medsebojno obiskovanje,
- samoocenjevanje kakovosti,
- svetovalci.

Skupine izvajalcev so pomembna oblika izboljševanja kakovosti, ker pritegnejo širok krog izvajalcev, ki so ključni za izboljšanje kakovosti. Strokovna združenja, zdravstvene ustanove, plačnik in zdravstvena politika so dolžne podpirati njihova prizadevanja.

Vodstveni nadzor kakovosti

Vodilni v zdravstveni ustanovi so dolžni izvajati notranji nadzor. Rutinsko poteka za preverjanje izpolnjevanja dogovorjenih nalog. Vodstveni nadzor v imenu vodilnih lahko opravijo tudi kolegi sodelavci iz iste stroke. Največkrat je namen takega nadzora ugotoviti raven kakovosti oskrbe, kadar se pojavi pritožba v zvezi z delom. Je eno glavnih orodij za odkrivanje področij, kjer so potrebne izboljšave.

Zunanji nadzor kakovosti

Zunanji nadzor vsebujejo številni predpisi in ga po naročilu izvajajo: Zdravniška zbornica Slovenije, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Ministrstvo za zdravstvo, številni inštituti, klinike, inšpekcijske službe in drugi po lastnem načrtu nadzorov ali po naročilu uradnih organov. Pri **zunanjem nadzoru kakovosti** je zbiranje podatkov o kakovosti dela namenjeno določeni javnosti zunaj kroga izvajalcev, ki jih je tak nadzor doletel. Že omenjena presoja kakovosti je oblika zunanjega nadzora kakovosti, ki jo dopolnjuje stalni strokovni nadzor s svetovanjem.

Ocenjevanje kakovosti – strokovni nadzor s svetovanjem

Pri nas je že leta uveljavljen **strokovni nadzor s svetovanjem** v splošni medicini in medicini dela. Ta oblika nadzora je večinoma usmerjena na pregled pogojev dela, vključno z usposobljenostjo izvajalcev. Izvajati ga je mogoče rutinsko po programu, kot to predvidevajo predpisi, ali kot izredni strokovni nadzor ob težavah, ki se pojavljajo pri nudenju oskrbe. Pomemben namen nadzora s svetovanjem je namreč prav svetovanje zdravnikom, kako naj izboljšajo svoje delo. Namen strokovnega nadzora s svetovanjem je predvsem odkrivanje težav v oskrbi. V mnogih državah so se odkrivanju prednostnih nalog pridružile tudi druge stopnje izboljševanja kakovosti, kar daje celotnemu početju večji smisel. Kljub povedanemu ima strokovni nadzor s svetovanjem svoj smisel predvsem zato, ker gre za utečeno obliko odkrivanja odstopanj z zagotovljenim financiranjem. Sistem kakovosti na ravni države ga lahko smiselno vključi v celovito obvladovanje kakovosti oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva.

Celovito obvladovanje kakovosti

Bistvena naloga celovitega obvladovanja kakovosti v zdravstveni ustanovi je seznanitev vseh članov osebja, da so sestavni del kakovosti oskrbe ter da imajo vsi možnost in sposobnost izboljšanja kakovosti (1). Celovito obvladovanje kakovosti kot najbolj celovito obliko izboljševanja kakovosti sestavlja pet načel:

- Bistvo stalnega izboljševanja kakovosti je izkoriščanje najboljših uspehov oskrbe v nepretrganem postopku, ki obsega:
 - postavljanje ciljev kakovosti,
 - ocenjevanje kakovosti in odkrivanje najboljših izidov,
 - izboljševanje kakovosti z analiziranjem in po načelu uporabe razpoložljivega znanja (angle. know-how), da bi dosegli čim boljše uspehe,
 - spremljanje (nepretrgano odvijanje postopka).
- V postopku bi morali aktivno sodelovati tudi bolniki.
- Dejavnosti na osnovni ravni so temelj stalnega izboljševanja kakovosti in morajo biti sestavni del vsakdanjega dela pri vseh zaposlenih.
- Izvajalci imajo pri tem najpomembnejšo vlogo. Vsak posameznik, vpleten v oskrbo, je odgovoren za pravilno izvajanje svojega dela nalog, vendar imajo zadnjo skrb predvsem vodilni.
- Uspešnost stalnega izboljševanja kakovosti je bolj odvisna predvsem od samoocenjevanja in lastnega postavljanja ciljev kot od nadzora in predpisov.

Celovito obvladovanje kakovosti zahteva pozorno in natančno načrtovanje, ker nameravamo z njo znatno spremeniti ozračje, organizacijo in sistem zdravstvene ustanove (8). V celovito obvladovanje kakovosti je potrebno pritegniti tudi zunanje uporabnike in izvajalce. Zasnovano mora biti na poznavanju potreb zdravstvene ustanove.

Sklep

Kakovost ponuja možnost izbire med več stvarmi ali dogodki. Prednost dajemo stvarjem ali dogodkom, ki zadovoljujejo naše potrebe, izpolnjujejo naša pričakovanja in dosegajo naše cilje, pred stvarmi, ki nam tega ne omogočajo. Stvari, ki jim na ta način dajemo prednost, imajo želeno kakovost: nekatere več, druge manj. Kakovost torej ni samo lastnost predmeta ali storitve, ampak je predvsem odvisna od zastavljenega cilja in jo lahko ocenjujemo samo ob navedbi tega cilja (standardov) oskrbe. Cilj, ki si ga izberemo, določi tudi prvine kakovosti (kazalce), ki jih bomo merili, da bi določili stopnjo kakovosti.

Odstopanja na področju kakovosti se lahko pojavljajo v treh oblikah: kot pretirana ali premajhna ali neustrezna uporaba zdravstvene oskrbe. Za **pretirano uporabo** zdravstvenih ukrepov štejejo storitve, kjer je tveganje za pojav različnih oblik škodljivosti (zavestno) večje od pričakovanih koristi. V tem primeru lahko nastane škodljivost zaradi zavestno večjega tveganja ali zaradi opravljene oskrbe pri bolniku z večjim tveganjem. **Premajhna uporaba** zdravstvenih ukrepov je tista, kjer bi koristi presegle možna tveganja. Dosegljiva korist v tem primeru ni dosežena. **Neustrezna uporaba** zdravstvenih ukrepov pa se pokaže pri slabo opravljenih, čeprav pravilno izbranih storitvah tako, da bolnik ni deležen vseh možnih koristi storitve. Zaradi teh odstopanj ne moremo doseči pričakovane koristi zdravstvenih storitev in se lahko pojavljajo različne oblike škodljivosti.

Literatura:

1. Kersnik J. Kakovost v splošni medicini. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino – SZD, 1998: 3–34.
2. Kersnik J, Šorli J. Kakovost v zdravstvu: Predlog za razpravo o politiki kakovosti v zdravstvu. Zdrav Vestn, 1997; 66: 205–8.
3. Blomhøj G. Continuous quality development: a proposed national policy. Copenhagen: World health organization, 1993: 1–42.
4. Eddy DM. Practice policies – what are they? JAMA, 1990; 263: 877–9.
5. Grol R. Standards of care or standard care? Guidelines in general practice. Scand J Prim Health Care, 1993; 11 (suppl 1): 26–31.
6. Brook RH. Practice guidelines and practicing medicine. Are they compatible? JAMA, 1989; 262: 3027–30.
7. Williamson JW. Health care quality management in the 21 st century. V: Selbmann HK, editor. Evaluation of quality assurance in medicine. Gerlingen: Bleicher Verlag, 1995: 15–39.
8. Wensing M, Grol R. Single and combined strategies for implementing changes in primary care: a literature review. Int J Qual Health Care, 1994; 6: 115–132.

Priporočena literatura:

1. Grol R, Wensing M, Jacobs A, Baker R. Quality assurance in general practice. The state of the art in Europe. Utrecht: NHG, 1993: 1–115.
2. Kersnik J. Kakovost v splošni medicini. 1. natis. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino – SZD, 1998: 308.

PREDPISOVANJE ZDRAVIL V DRUŽINSKI MEDICINI

Anton Gradišek

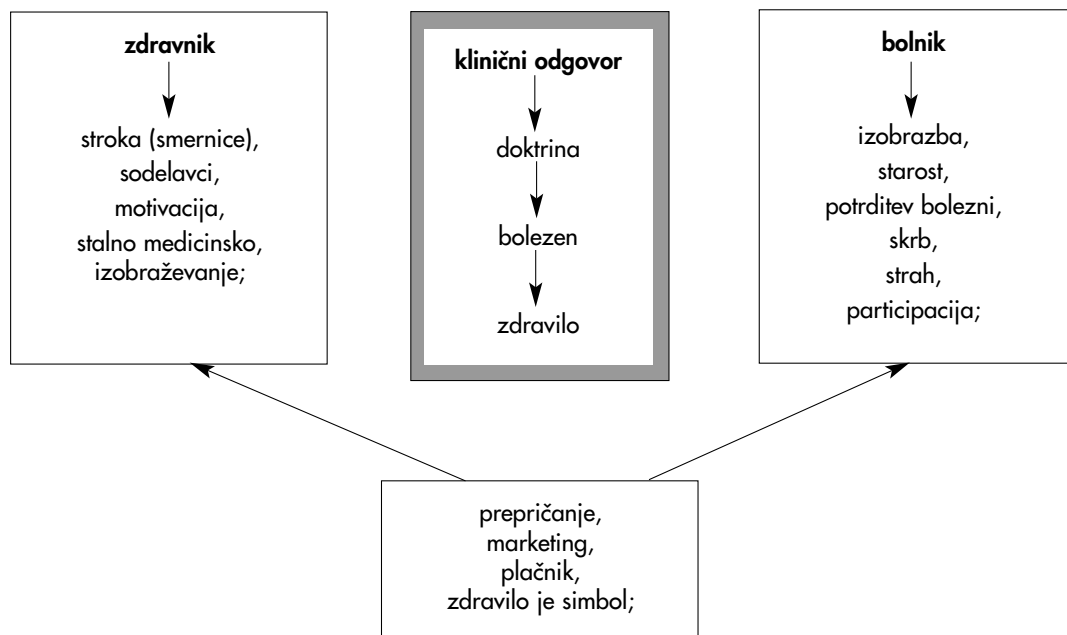
Uvod

Predpisovanje zdravil v osnovnem zdravstvu je drugačno kot v bolnišnici ali specialistični ambulanti. **Stališči klinika in zdravnika družinske medicine glede predpisovanja zdravil se razlikujeta zaradi vplivov, ki so v obeh okoljih različni.** Zdravniki družinske medicine predpišejo večino zdravil, izdanih na recept. Statistični podatki kažejo med zdravniki velike razlike pri predpisovanju (tudi do 100-odstotno razliko dnevni definirani odmerki pri hipnotikih, 13-kratno razliko pri anksiolitikih, 8-kratno razliko pri antidepresivih) (1). Kljub upoštevanju vseh možnih vzrokov za razlike so razponi preveliki (2). Zato je poleg farmakologije že v času študija potreben tudi pouk o predpisovanju zdravil (3).

Posebnosti predpisovanja zdravil v družinski medicini

Različne prepletene vplive na predpisovanje zdravil kaže shema 1.

Shema 1. Vplivi na predpisovanje zdravil (4)



Klinični odziv na bolezen in s tem povezano predpisovanje zdravila je le del širšega polja vplivov, želja, pričakovanj in interesov. Nekaj je takih, ki vplivajo ali na zdravnika ali na bolnika, nekaj pa je skupnih. Žal obstaja le malo raziskav, ki bi ovrednotile pomen posameznih sestavin navedene sheme. V njej je sicer tudi razlaga za navidezni paradoks: predpisovanje zdravil naj bi ne bilo problematično, če preprosto sledimo kliničnemu odgovoru na bolezen. Vendar to ni res, kar kažejo že omenjeni farmakoepidemiološki in farmakoekonomske podatki. Obrobni pogoji, ki vplivajo na predpisovanje, so pomembni skupni vsoti, porabljeni za zdravila. V Sloveniji je njihov delež nekaj dodatnih milijard tolarjev letno. Shema 1 tudi razloži razliko med delom v bolnišnici (osrednji del tabele) in delom v družinski medicini, kjer delujejo pomembni vplivi na zdravnika in bolnika.

Postopek predpisovanja zdravil

Po temeljito vzeti anamnezi, preiskavah in ugotovljeni diagnozi je treba postaviti indikacijo za zdravljenje. Pri tem velja naslednji algoritem (shema 2) odločanja za predpis zdravil (5, 6):

Shema 2. Algoritem za predpisovanje zdravil

- opredeliti težavo,
- opredeliti cilje zdravljenja,
- izbrati zdravilo,
- bolniku razložiti pomen zdravljenja,
- preveriti, ali je bolnik razumel razlago,
- spremljati bolnika in zdravljenje.

Ta algoritem je enako pomemben kot algoritem za postavitev diagnoze.

Po priporočilih SZO (7) je treba ravnati stopenjsko:

1. **stopnja** pomeni *opredelitev problema*. Bolnikova težava ni nujno enaka zdravnikovi delovni diagnozi, saj bolnika motijo predvsem bolezenska znamenja.
2. **stopnja** sledi nadaljevanju kliničnega dela obravnave. Ko je postavljena diagnoza, je treba *opredeliti cilje zdravljenja*, ki so lahko vzročni ali simptomatični.
3. **stopnja** je *izbira zdravila*. Zdravljenje lahko poteka z zdravili ali drugače. Zdravnik mora biti *restriktiven* in se mora jasno odločiti za uporabo zdravila, ki je upravičena v primerjavi z drugimi načini zdravljenja ali glede na opazovanje. Včasih je zdravilo v dvomljivih okoliščinah bolje opustiti. Določiti je treba *klinično prednostno obravnavo*. Nekatera stanja ali problemi so odložljive narave. Včasih je možno kronično zdravljenje zaradi akutnih stanj začasno prekiniti. Preden bolniku predpišemo zdravilo, ga moramo vedno vprašati, ali je katera jemal že prej, (tudi taka, ki jih ni predpisal zdravnik), in ali so mu povzročala neželene učinke. Včasih je navidezno nov simptom, ki je povod za obisk pri zdravniku, že lahko posledica neželenih učinkov zdravil.

NEKATERI PRIMERI STANJ, KI SO LAHKO POSLEDICA Z ZDRAVILI POVZROČENIH MOTENJ (KOT MOŽEN VZROK PRIHODA BOLNIKA K ZDRAVNIKU): motnje ravnotežja, vrtoglavica, šumenje v ušesih, padci, parkinsonski sindrom, temperatura neznanega izvora, kožne spremembe; poleg izpuščajeve tudi krvavitve; srčno popuščanje, bolečine v trebuhu, driska, slabost, bruhanje, krči, ginekomastija, kašelj, glivične infekcije, depresija, nespečnost, impotenca, zamašen nos (oteženo dihanje skozi nos), psihične spremembe.

Ustrezno *zdravilo* je treba izbrati pazljivo, prav tako odmerek in način uporabe glede na verjetno korist in nevarnost. Zdravnik naj predpisuje zdravila, ki jih res dobro pozna. Razumljivo je, da ni nobene potrebe, da bi zdravnik družinske medicine predpisoval vsa zdravila iz nacionalnega registra. Priporočljivo je, da si oblikuje lastni seznam – *listo zdravil* (8), pri čemer več zdravnikov skupaj lahko uporablja skupinski seznam. To pomeni, da je med registriranimi zdravili treba izbrati določene prednostne (z zaščitenimi imeni), ki ustrezajo po učinkovitosti, varnosti in ceni. Med njimi lahko zdravnik za posameznega bolnika izbere tudi najprimernejše zdravilo. Pri tem uporablja register zdravil, ki ga dopolni s svojimi opombami. Smotrno je, da si pomaga še z neodvisno strokovno informacijo: Bilten o lijekovima, Farmakon, Priloga ISIS – Racionalna farmakoterapija, stališča strokovnih združenj. Tako predpisuje zdravila, ki si jih bolniki po imenih zapomnijo, kar je pri kroničnem

zdravljenju velika prednost. Pri *posebnih skupinah bolnikov* je treba pri predpisu zdravil upoštevati tudi dodatne kriterije, kot so:

- *starost*: otroci, nosečnice, doječe matere in starostniki;
- *klinično stanje*: bolniki s sladkorno boleznijo, okrnjenim ledvičnim ali jetrnim delovanjem, bolniki na zdravljenju z antikoagulantnimi zdravili;
- *socialno stanje*: duševno manj razvite osebe; bolniki, ki ne morejo samostojno jemati zdravil; udeleženci v prometu; ljudje, ki imajo velike psihofizične obremenitve ali delajo na višini.

Določiti je treba tudi ustrezno *količino zdravil*. Kroničnim bolnikom predpisujemo zdravila za tri mesece. Smotno je prešteti odmerke in pri jemanju več zdravil uskladiti celotno količino za 3 mesece. Če ima bolnik predviden specialistični pregled in je verjetna sprememba zdravljenja, mu predpišemo zdravila samo do kontrole. Tako se izognemo ostankom zdravil. Pri akutnih obolenjih predpišemo zdravila samo za eno zdravljenje.

4. stopnja: Bolniku je treba *pojasniti* pomembnost njegove vloge pri zagotavljanju varnega zdravljenja. Seznaniti ga moramo s predvidenim zdravljenjem, na katerega mora tudi pristati; zdravnik naj mu pove, kaj od poteka zdravljenja konkretno pričakuje. Pri zdravljenju starejših ali nesodelovalnih bolnikov naj sodelujejo svojci. Zanje so priporočljivi odmerniki – škatlice za shranjevanje dnevni odmerkov zdravil. Bolniki naj pred obiskom v ambulanti tudi sami pregledajo svojo zalogo zdravil. Zdravljenje mora biti natančno dokumentirano. Kartoteka naj vsebuje seznam stalnega zdravljenja, ki ga je treba obnoviti ob spremembah. Hkrati moramo vpisati tudi razloge, zaradi katerih je bila terapija spremenjena ali ukinjena. Bolnik naj dobi ob zapletenejšem zdravljenju tudi pisno navodilo. Za vodenje kroničnih bolnikov je priporočljiv evidenčni kartonček – terapevtski list (slika 1).

Slika 1. Terapevtski list za vpisovanje kroničnega zdravljenja (evidenčni kartonček)

Predpisovanje ponovljenih zdravil ni samo administrativna storitev!

Terapevtski list je lahko v pomoč svojcem, farmacevtu, nadomestnemu zdravniku, dežurni ali urgentni službi; ob nepričakovanem sprejemu v bolnišnico, pri specialističnih pregledih, patronažni sestri, za lažje usklajevanje količin predpisanih zdravil. Ko zdravnik vpiše vsa zdravila, marsikdaj znova prouči upravičenost celotnega zdravljenja; če se na seznamu znajde npr. 10 zdravil, naredi racionalno izbiro.

5. stopnja: *Preveriti je treba*, ali je bolnik razumel napotke o svojem zdravljenju; če ne, mu jih moramo razložiti še enkrat!

6. stopnja: *Nujno spremljanje in nadzorovanje zdravljenja*. Način ocenjevanja učinka zdravljenja (merjenje krvnega tlaka, izvidi o dinamiki vnetja, bolečina, glikemija, izvidi lipidov, bolečinska lestvica itd.) mora biti jasen. Včasih je treba prilagoditi shemo jemanja ali odmerke zdravil. Redno moramo voditi sprotno evidenco vseh zdravil, ki jih bolnik jemlje, vključno s tistimi brez recepta. Znano je namreč, da nekatera zdravila skupine C lahko bistveno vplivajo na potek kroničnih bolezni, npr. hipertenzije. Vpisati moramo tudi zdravila za lokalno uporabo in vsa, ki so jih predpisali drugi zdravniki (specialisti). Bolnik naj nosi s seboj evidenčne kartončke diabetičnega, antikoagulantnega, antiepileptičnega, kortikosteroidnega in depotnega nevroleptičnega zdravljenja. Še enkrat (kljub temu, da je to včasih nadelžno opravilo) naj bodo vsa zdravila vpisana tudi v skupni evidenčni kartonček, ki ga vodi izbrani osebni zdravnik. Kadar obstaja dvom o jemanju zdravil, naj bolniki prinesejo pokazat vsa zdravila, ki jih imajo doma. To je lahko dober ukrep za red pri jemanju zdravil. Bolnike je treba načrtno spraševati po neželenih učinkih. Pomemben je tudi sodnomedicinski pomen predpisanega zdravljenja. Zaključek zdravljenja naj bo jasen, ukinitiv nekaterih zdravil pa postopna.

Pomni: z bolnikom je treba sodelovati, da bo razumel, kaj jemlje, in zakaj.

Pri predpisovanju je treba upoštevati tudi bolnikovo »domačo lekarno« (9, 10, 11). Ta poleg zdravil, ki jih predpiše zdravnik na recept, vsebuje še v lekarni dosegljiva zdravila brez recepta ter od sosedov in sorodnikov pridobljena zdravila (pogosto nepoznanega izvora), pri čemer ne smemo zanemariti niti doma narejenih pripravkov in čajev. Patronažna sestra ali zdravnik naj ob hišnem obisku pregleda zalogo zdravil. Če ima patronažna sestra natančna zdravniška navodila, je delo lažje (12). Dobra plat domače lekarnice pa je, da ni treba vsakokrat znova predpisati npr. zdravila, za znižanje temperature ali analgetika za ublažitev bolečine, saj ga bolnik že ima doma na ustreznem mestu in znotraj roka uporabnosti.

V prihodnje bo naraščal delež *samozdravljenja* (13) v smislu jemanja zdravil, ki jih je moč kupiti v lekarnah ali specializiranih trgovinah brez recepta in so bila kontrolirana ves čas proizvodno–distribucijsko–porabniške verige. Med jemanjem anamneze moramo bolnika povprašati o jemanju zdravil, ki mu jih ni predpisal zdravnik, pri ocenjevanju neželenih učinkov pa upoštevati tudi možnost njihovega vpliva. Bolnikom odsvetujemo nakup zdravil prek TV-prodaje in interneta (14), katerih izvor ni znan, ker v tem primeru nista zagotovljena niti kakovost zdravila niti varnost bolnika. Spoštovati moramo *zakonske predpise* o narkotikih, zavarovalniško listo zdravil in dodatno zavarovanje (15), preprečevati zlorabe, npr. pisanje zdravil na tujo zdravstveno kartico osebam, ki do tega niso upravičene; prav tako ni dovoljeno predpisovanje zdravil za veterinarsko uporabo na strošek obveznega zdravstvenega zavarovanja ali na kartice slovenskih zavarovancev za odnašanje zdravil čez mejo (npr. sorodnikom).

Kakovost predpisovanja zdravil

Vrste napak: Nepravilnosti, ki se pojavljajo pri predpisovanju, so pretirana, premajhna ali celo neustrezna uporaba zdravil (16, 17).

Pretirana uporaba zdravila je predpisovanje zdravil, ko ta niso potrebna. Sem spada tudi: jemanje dražjih zdravil, kadar bi bila enako učinkovita cenejša; kadar se

zdravstveno stanje lahko popravi brez njih; ko zdravilo ne vpliva na počutje, odsotnost z dela, invalidnost in izid bolezni. Enako pretirano je jemanje antibiotikov pri virusnih okužbah, pogosto dajanje cefalosporinskih antibiotikov otrokom, uporaba kombinacij antibiotikov (namenjenih tudi za sistemsko zdravljenje) in kortikosteroidov za lokalno uporabo. Neustrezno je tudi uživanje določenih vitaminov, celo v parenteralni obliki, kadar ni dokazane klinične potrebe po njih. Prav tako ni treba pretiravati z lagodno uporabo kakšnega zdravila (npr. azitromicina, ki ga je dovolj jemati samo 3 dni), če bolnik ni alergičen na penicilin.

Vsaka pretirana uporaba ima tudi prikrito plat. Farmacevtska industrija ponuja nove, »inovativne« pripravke, ki so praviloma dražji od obstoječih. Določeni skupini bolnikov resda koristijo. Lahko se zgodi, da zdravilo priporočajo tudi za indikacije, ki niso odobrene v registracijskem postopku, ali da reklama zabriše mejo med striktno in možno indikacijo (npr. lipolitiki, antimigreniki, hemoreološka zdravila). Npr. razširjena indikacija vključuje veliko novih bolnikov (»kupcev«) in tako hkrati vpliva na razširitev trga. Ponekod pa obstajajo indikacije in okoliščine, v katerih plačnik določi uporabo posameznih zdravil, npr. lipolitikov, zdravil proti osteoporozi (18, 19), antihipertenzivov.

Premajhna uporaba zdravila je tudi škodljiva. Npr. nezdravljena hipertenzija (tudi neodkrita!) ima dokazano škodljive posledice; enako atrijska fibrilacija brez ustrezne terapije, astma brez temeljnega zdravljenja, nenadzorovana in nezdravljena sladkorna bolezen; sem spadajo še nezadostno dajanje analgetikov bolnikom z bolečinami, ki po nepotrebnem trpijo, in neizvajanje imunizacijskega programa. Zanimanje za to zdravstveno področje je sicer javno in strokovno, vendar je pritisk na zdravnike kljub temu majhen, ker ni tržno podprt.

Neustrezna uporaba zdravil je večinoma posledica neznanja (npr. dajanje kombinacije trimetoprim-sulfometoksazola ali tetraciklinov pri streptokokni angini).

Kakovostno predpisovanje terja tudi urejeno dokumentacijo (20).

Iz kartoteke mora biti razvidno, za kakšno indikacijo je bilo predpisano zdravilo, v kolikšnem posameznem in skupnem odmerku ter koliko časa, kakšna kontrola je predvidena in kdaj. Zaželeno sta še zdravnikov podpis in žig. Navedba količine je pomembna tudi zaradi nadzora nad jemanjem in odkrivanjem zlorab (»Zdravila sem dal sosеду, ker mu jih je zmanjkalo, pa ni obvezno zdravstveno zavarovan.«). Natančnost večinoma pripomore k boljšemu sodelovanju med zdravnikom in bolnikom. Nadzor je možen kot samonadzor (21) oziroma ga izvajata zavarovalnica ali zdravniška zbornica; uporaba je razvidna tudi iz izpiska predpisanih zdravil prek Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Razlaga izpisa o predpisovanju zdravil je zahtevna in je ne sme poenostavljati niti lečeči niti nadzorni zdravnik ZZZS. Razlike v predpisovanju nastajajo zaradi heterogenih skupin bolnikov, različnih vplivov lokalnih bolnišnic in specialističnih skupin, pomanjkanja standardov za zdravljenje itd. Predpisovanje zdravil je mogoče izboljšati. V ta namen so dobrodošli krožki o kakovosti predpisovanja tako z izmenjavo izkušenj med kolegi kot s povabilom zunanjih predavateljev specialistov. Individualno svetovanje uporablja farmacevtska industrija. Obisk farmacevtskega svetovalca je do kraja izdelano in strateško načrtovano strokovno obveščanje. Svetovalci so posebej izšolani za dosego svojih ciljev. Zdravnik mora pokazati pri predpisovanju dovolj samokritičnosti in lastne iniciative.

Uskladitev predpisanih zdravil v družinski medicini

Število pregledov pri specialistih je za kronične in starejše bolnike večje. Zanje velikokrat pridejo po *ponovno predpisana zdravila* (stalno terapijo) patronažna sestra, svoji ali sosedi. V takih primerih obstaja nevarnost neustreznega podaljševanja zdravljenja. Starejši ljudje so občutljivejši za neželene učinke zdravil kot mlajši, pogosto

jih jemljejo nepravilno ali celo povsem napačno. Zdravnik družinske medicine mora optimalno usklajevati zdravljenje več hkratnih resnih stanj. Kadar je specialističnih priporočil več in vanje dvomi, je najbolje, da se posvetuje s specialistom, ki je predpisal zdravilo, a ga bolnik sicer ne bi smel jemati zaradi drugih bolezni. Večkrat je možno opustiti zdravila s predvidenim samo dobrim učinkom (velikokrat imajo morda eno ali dve trdni indikaciji in več takih z neprepričljivo učinkovitostjo) v dobro takih z nedvoumno dokazanim učinkom. Nekateri bolniki bi radi za posamezno težavo določeno zdravilo, ki je med ljudmi »na dobrem glasu«, češ da pomaga, ali pa ga mogoče že jemljejo brez zdravnikove vednosti. To seveda lahko povzroči tudi resne neželene učinke. Če si zdravnik zapisuje točno količino predpisanih zdravil za kronično zdravljenje in uskladi količino vseh za en ali tri mesece, obenem nadzira redno jemanje. Tako lahko občasno samokontrolira način predpisovanja zdravil.

Predpisovanje novih zdravil

Pri predstavitvi in uvajanju novih zdravil morajo biti narejene študije, potrebne za registracijo (22). Obsežnejših raziskav in metaanaliz običajno še ni. Zdravnik mora biti posebno previden glede varnosti uporabe, saj mora vsako novo zdravilo izpolnjevati osnovne pogoje: relativno neškodljivost, učinkovitost, ustrezno obliko jemanja in prednost pred obstoječimi zdravili. Zanašanje na registracijske postopke ne zadostuje, saj je znanih več primerov, ko so tovarne po odobreni registraciji v posamezni državi popravljale indikacije, dodajale opozorila ali zdravilo celo umaknile. Novo zdravilo mora nedvoumno izpolnjevati naslednje postavke. Ali gre res za nov izdelek (ali ne morda le za novo paralelo ali obliko)? Ali je zdravilo prve vrste tudi izborno zdravilo (npr. sodobni antihipertenzivi)? Je novo zdravilo učinkovito? Je bilo v raziskavah primerjano s placebo ali s standardno terapijo? Če za določeno bolezen obstaja zlati standard, mora novo zdravilo izkazati prednost pred njim, ne pa glede na placebo. Pozornost je treba usmeriti na zasnovano raziskavo, obseg vzorca in na lastnost, ali je zdravilo varno oz. neškodljivo, ali so bili objavljeni podatki o neškodljivosti? Pozanimati se je treba, ali zdravilo predpisujejo tudi v drugih državah, ali so znane vse njegove lastnosti in ali ima klinično pomembne interakcije. Ali zahteva posebno spremljanje morebitnih neželenih učinkov, ali je pri posebnih skupinah bolnikov uporaba kontraindicirana, ali je potrebna uporaba s posebno pozornostjo pri starostnikih in otrocih? Kakšno mesto ima zdravilo v zdravljenju? Ima prednost pred obstoječim? Ali je korist uporabe večja od stroškov? Ali obstajajo posebne skupine bolnikov, ki bi jim lahko novo zdravilo posebno koristilo? Ali je uporaba novega zdravila farmakoekonomsko upravičena? In na koncu se vprašamo, kako je bilo zdravilo predstavljeno? Ali obstaja neodvisna, primerljiva informacija? Ali so na voljo priporočila strokovnega, neodvisnega telesa?

Našteta priporočila in vprašanja niso napisana zato, da bi zdravnika prestrašila pred novostmi, marveč prav nasprotno: novosti je treba sprejemati in uvajati v terapevtske sheme, vendar preudarno!

Vpliv države na predpisovanje zdravil

Pred izidom Zakona o zdravilih (Ur. l. RS, št. 9/96) (23) je na področju spremljanja in porabe zdravil v Sloveniji delovalo 8 različnih komisij in strokovnih skupin, po ustanovitvi *Urada RS za zdravila* in vzpostavitvi njegovih funkcij (24) pa danes delujejo naslednje državne komisije:

Komisije (tri) za registracijo zdravil za skupine A in B, C, D. Zdravila skupine A izdajajo v lekarnah na recept, zdravila skupine B v lekarnah tudi brez recepta, skupine C pa brez recepta v lekarnah in specializiranih trgovinah, ker so večinoma naravnega izvora, njihova kakovost, uporabnost in neškodljivost pa preverjene. V skupino D spadajo medicinski pripomočki, ki so namenjeni izključno za zdravstveno dejav-

nost, njihova izdaja je na recept oziroma naročilnico ali brez recepta oziroma naročilnice, so v prosti prodaji ali v specializiranih trgovinah. Natančnejše opredelitve skupin C in D navajajo podzakonski akti. Člane teh komisij imenuje minister izmed priznanih farmakoloških, medicinskih, farmacevtskih in drugih strokovnjakov in podrobneje določi način komisijskega dela. Komisije za zdravila so strokovno neodvisne in samostojne v okviru svojega področja delovanja. Člani komisije za zdravila ne smejo biti finančno, poslovno oziroma kako drugače povezani s predlagatelji ali s pravnimi ali fizičnimi osebami, ki opravljajo promet z zdravili. Sklepi komisij za zdravila so javni. Komisije o svojem delu obveščajo strokovno javnost v strokovni periodiki, z ministrovim soglasjem pa lahko svoja stališča in sklepe objavijo tudi v javnih občilih. Delo v komisijah je vezano na poslovnike in varovanje podatkov in ni dostopno javnosti.

Komisija za razvrščanje zdravil na liste pri ZZS kontinuirano skrbi za razvrstitev na novo registriranih zdravil oz. predlaga spremembe že obstoječih.

Enota za socialno farmacijo pri Inštitutu za varovanje zdravja (IVZ) operativno skrbi za izdajanje Registra zdravil in avtomatizirano obdelavo receptov. Komisija za register zdravil se sestaja pri Uradu za zdravila, njeno delo pa usklajuje IVZ. Urad za zdravila je delegiral na IVZ določena opravila v zvezi z založbo in izdajo Registra zdravil, ki jih po novem zakonu izvaja Urad. Register zdravil je seznam zdravil, za katera je bilo izdano dovoljenje za promet v Republiki Sloveniji. Je javna listina, ki jo vodi Urad Republike Slovenije za zdravila. Zakon predpisuje nabor podatkov, ki jih mora vsebovati.

Skupina za racionalno farmakoterapijo pri Zdravniški zbornici Slovenije skrbi za občasno prilogo revije ISIS – Racionalna farmakoterapija.

Uredniški odbor revije Farmakon, ki jo izdajata Farmaceutsko in Zdravniško društvo v sodelovanju z Ministrstvom za zdravstvo, jo ureja kot neodvisno farmakoterapevtsko informacijo.

Uvoz zdravil, ki imajo dovoljenje za promet, je prost. Uvoz serumov, cepiv, izdelkov iz krvi, radiofarmaceutskih izdelkov ter zdravil, ki nimajo dovoljenja za promet, je mogoč le na podlagi dovoljenja Urada za zdravila. Če predlagatelj izpolnjuje zakonsko predpisane zahteve, izda Urad za zdravila na predlog ustrezne komisije za določeno zdravilo dovoljenje za promet. To pa seveda še ne pomeni, da je možno ta zdravila predpisovati na recepte v breme ZZS. Zdravniki družinske medicine načeloma delajo v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja. Na področju zdravil morajo bolnikom zagotoviti varno in racionalno farmakoterapijo. Če hočejo zagotavljati enakomerno in kontinuirano oskrbo bolnikov z zdravili, morajo obvladovati tudi stroške zanje. Stroški za zdravila, ki jih predpiše družinski zdravnik v enem letu, lahko v slovenskih razmerah nekajkrat presežejo vsoto, ki je namenjena za celoletno delovanje ambulante (plače, material, obratovalni in drugi stroški). Zdravniki v Sloveniji predpišejo okrog 12,5 milijonov receptov letno (25), strošek zanje pa znaša približno petino vseh sredstev za zdravstveno varstvo. Visok odstotek nujnih bolnišničnih zdravljenj (12–17 % sprejemov v ZDA pri starejših osebah) zaradi neželenih učinkov zdravil (26) in omenjeni stroški tudi pri nas utemeljujejo podrobnejši pouk o predpisovanju zdravil. IVZ izvaja avtomatizirano obdelavo podatkov o zdravilih, predpisanih na recept, že od leta 1974 (27).

Vpliv farmacevtske industrije na predpisovanje zdravil

Cilja farmacevtske industrije sta čim večja prodaja in dobiček. Na pospeševanje porabe vpliva z neposrednim in posrednim trženjem. Za veliko število registriranih zdravil je zdravnikom na voljo samo enostranska farmacevtska propagandna informacija. Nekateri zdravniki se bojijo zaostajati pri novostih. Bolniki so obveščeni in zahtevni, zdravnik pa jim popušča z večjim številom predpisanih receptov. Številni simpoziji so namenjeni izključno propagiranju zdravil. Farmaceuti prevzemajo sve-

tovanje v lekarni in s tem povezano neposredno prodajo zdravil brez recepta, čeprav je sodelovanje med farmacevtom in zdravnikom nujno (28, 29). Zaradi naraščanja stroškov za zdravila lahko ZZS administrativno omeji predpisovanje (30) zdravil na recept: s številom receptov, skupno letno vrednostjo zdravil in povprečno ceno recepta, s seznamami zdravil in nadzorom predpisovanja pri strokovnih nadzorih. Odstopanja lahko sankcionira. Omejitve so razumljive, ker noben zavarovalniški sistem ne vzdrži vse ponudbe. V Evropi poznamo poleg zavarovalniških seznamov tudi seznam zdravil, ki jih uporabljajo skupinske zdravniške prakse ali bolnišnice na podlagi strokovnih odločitev za izbiro zdravil, kjer ni nujno na prvem mestu cena. Nekateri bolnišnični seznammi so usklajeni s tistimi, ki jih uporabljajo družinski zdravniki, da ob odpustu priporočijo zdravila, ki jih uporabljajo zdravniki v okolišju (4). Pri nas velja obratno: zdravniki naj predpisujejo zdravila, ki jih narekujejo bolniški oddelki. Farmaceutvska industrija lažje vpliva na nekaj vodilnih zdravnikov v bolnišnici kot na večje število zdravnikov družinske medicine. »Sivo« **reklamiranje novih, dragih zdravil**, ko strokovnjaki posameznih področij sicer odlična zdravila predstavljajo kot prvo izbiro (namesto standardov uveljavljene terapije), ni sprejemljivo. Taka priporočila namreč niso nujno utemeljena s farmakoekonomskimi analizami in lahko presegajo možni zdravstveni standard.

Predpisovanje zdravil s seznama je že prvi izbor v smislu racionalne farmakoterapije, ki naj bi zagotovila čim večjemu številu bolnikov ustrezno količino in kakovost zdravil v okviru javnih financ. Strokovna rezerva pri predpisovanju zdravil je v domeni zdravnikov, saj je veliko problemov mogoče rešiti tudi brez recepta (31).

Zdravnikovo samostojno delo v ambulanti v zvezi s predpisovanjem zdravil

Zdravnik se mora že od začetka dela v ambulanti disciplinirati pri vodenju dokumentacije. V ta namen naj si pripravi zloženke za bolnike, ki naj jim jih daje ob predpisu zdravil, kadar ta zahtevajo poseben režim uporabe. Odnos do zdravil mora postati zdravniku zavestna delovna vrednota, saj si bo tako dvigal lastni strokovni standard. Pri delu potrebuje telefonske številke bližnjih lekarn, pametno se je seznaniti z lokalnimi farmacevti in se z njimi srečevati na strokovnih sestankih. Zdravniška praksa ni samo predmet kliničnih podatkov, protokolov in standardov, ampak vključuje tudi osebnost, vrednote, prioritete, profesionalno okolico, deljeno skrb, razumevanje in razsojanje. Potrebno je tudi izobraževanje o reševanju problemov, poznavanje vrednot in etičnega sistema, modelov in sodb (32).

Zdravnik nujno potrebuje najnovejšo izdajo Registra zdravil. Z njim si oblikuje lastni ali skupinski seznam zdravil, ki jih bo najpogosteje predpisoval. Dobrodošla sta še učbenik farmakologije in monografija o interakcijah zdravil (33). Neodvisno informacijo o zdravilih prinašata še Farmakon, slovenski bilten o zdravilih, in priloga revije ISIS, Racionalna farmakoterapija. Za več zdravnikov skupaj je priporočljiva podatkovna baza s povzetki bistvenih lastnosti zdravil na elektronskem mediju. Dostop do interneta bo kmalu nujnost; pri ZZS je možno dobiti analizo lastnega predpisovanja zdravil. Potrebujemo še dobro monografijo o antibiotikih in tabele za predpisovanje zdravil otrokom in bolnikom z okrnjeno ledvično in jetrno funkcijo. Najnovejša izdaja slovenskega Registra zdravil že vsebuje seznam zdravil o uporabi med nosečnostjo. Za posebna terapevtska področja so na voljo sheme, priporočila ali standardi, kot na primer za okužbe z bakterijo *Helicobacter pylori* (34) ali benigne hiperplazije prostate (35). Za predpisovanje magistralnih pripravkov je dobro s farmacevtovo pomočjo narediti izbor predpisanih pripravkov, po možnosti po poprejšnjem preverjanju tudi tehnološke kakovosti (36).

Literatura:

1. Forster DP, Frost CEB. Use of regression analysis to explain the variation in prescribing rates and costs between family practitioner committees. *Br J Gen Pract*, 1991; 41: 67–71.
2. Švab I. Posebnosti predpisovanja zdravil v družinski medicini. V: *Predpisovanje zdravil v družinski medicini*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino, Slovensko zdravniško društvo, 1998: 1–10.
3. Budihna MV. Izobraževanje o predpisovanju zdravil v dodiplomskem študiju na medicinski fakulteti. *Zdrav Var* 1996; 35: 396–397.
4. Mc Gavock H. The prescribing jigsaw: getting prescribing costs into perspective. V: Kochen MM, ur. *Drug education in general practice*. The Royal college of general practitioners, London 1995, Occasional paper, 69: 30–43.
5. Gradišek A. Izkušnje iz ambulantnega predpisovanja zdravil. *ISIS*, 1998; 7 (8–9): priloga Racionalna farmakoterapija, 6–8.
6. Bulc M. Načela predpisovanja zdravil. V: *Predpisovanje zdravil v družinski medicini*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino, Slovensko zdravniško društvo, 1998: 11–20.
7. De Vries TPGM, RH Henning, HV Hogerzeil, DA Fresle. *Guide to good prescribing. A practical manual*. Geneva: World Health Organisation, 1998.
8. Reilly P. Drug formularies – helpful tools for drug education. V: Kochen MM. *Drug education in general practice*. London: The Royal College of General Practitioners 1995: 44–46.
9. Gradišek A. Uskladitev predpisanih zdravil v ambulanti splošnega zdravnika in kaj sodi v domačo lekarno. V: *Uporaba zdravil v starosti*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, 1999: 34–39.
10. Primožič S. Zdravila v domači lekarni. V: *Uporaba zdravil v starosti*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, 1999: 76–86.
11. Možina M. Nevarnosti domače lekarnice. V: *Uporaba zdravil v starosti*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, 1999: 87–98.
12. Božiček V. Vloga medicinske sestre pri pravilni uporabi zdravil na domu. *Zdrav Var* 1996; 35: 373–375.
13. Budihna VM. Samozdravljenje. V: *Uporaba zdravil v starosti*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, 1999: 65–75.
14. Bitenc M. Internet in zdravila: uporabljajte internet, toda ne ogrožajte svojega zdravja. *ISIS* 1999; 7: 18.
15. Košir F. Zdravila v obveznem zdravstvenem zavarovanju. *Zdrav Var*, 1996; 35: 316–320.
16. Kersnik J. Kakovostno predpisovanje zdravil. V: *Predpisovanje zdravil v družinski medicini*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino, Slovensko zdravniško društvo, 1998: 27–40.
17. Pentek M, Mencej M. Nekaj predlogov za boljšo kakovost predpisovanja in uporabe zdravil. V: *Uporaba zdravil v starosti*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, 1999: 99–103.
18. Furst J. Farmakoekonomski vidiki predpisovanja kalcitonina v Sloveniji. *ISIS* 1999; 8 (7); Racionalna farmakoterapija; 7–9.
19. Anon. Starosna osteoporoza – mjesto i vrijednost farmakoterapije. *Bilten o lijekovima, KBC Zagreb i KB Merkur, Zagreb*, 1999; 24 (5): 17–18.
20. Kersnik J. Seznam zdravljenja v problemsko usmerjeni dokumentaciji. *Zdrav Var* 1996; 35: 335–338.
21. Kersnik J. Samoocenjevanje kakovosti pri predpisovanju antibiotikov pri akutnem respiratornem infektu. *Zdrav Var* 1996; 35: 365–368.
22. Propisivanje novih lijekova. *Bilten o lijekovima. KBC Zagreb i KB Merkur, Zagreb*, 1999; 24: (2): 5–6.
23. *Zakon o zdravilih*. Uradni list RS, št. 9/92.
24. Irgolič N. Predstavitev Urada Republike Slovenije za zdravila. *Zdrav Var*, 1996; 35: 309–311.
25. Furst J. Predpisovanje zdravil v breme ZZS v letu 1998. *ISIS*, 1999; 8: priloga Racionalna farmakoterapija, 8–10.
26. Poredoš P. Predpisovanje zdravil starostnikom z vidika klinične medicine. V: *Uporaba zdravil v starosti*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, 1999: 27–33.
27. Oražem A. Spremljanje porabe zdravil. *Zdrav Var*, 1996; 35: 312–315.
28. Debeljak B. Svetovanje farmacevta ob izdaji zdravila. *Zdrav Var*, 1996; 35: 347–64.
29. Smith FJ. The extended role of the community pharmacist: Implications for the Primary health team. *J Soc Adm Pharm*, 1990; 7: 101–10.
30. Gradišek A. Pogled zdravnika splošne medicine na liste zdravil in omejevanje predpisovanja. *ISIS* 1995; 4: 22–4.

31. Bradley CP. Learning to say no. A resource pack for postgraduate education of general practitioners and Trainees. University of Birmingham, Department of General Practice, The Medical school, 1991.
32. Kochen MM. General practice and clinical pharmacology – bridging the gap. V: Kochen MM, ed. Drug education in general practice. The Royal college of general practitioners, London 1995, Occasional paper, 69: 1–2.
33. Vrhovac B, Simić D. Interakcije lijekova. Libelli medici. Zagreb, 1980.
34. Gradišek A. Zdravljenje benigne hiperplazije prostate v ordinaciji zdravnika splošne medicine. Pro prostata 1995; 4: 9–11.
35. Tepeš B. Priporočila za zdravljenje okužbe s HP v Sloveniji. V: Prvi slovenski simpozij o bakteriji *Helicobacter pylori*. Ljubljana: Klinični oddelek za gastroenterologijo, 1998: 50–55.
36. Kristl J. Sodoben pogled na dermalne zdravilne pripravke. Zdrav Var 1996; 35: 378–379.

Priporočena literatura:

1. Predpisovanje zdravil v družinski medicini. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino, Slovensko zdravniško društvo, 1998.
2. De Vries TPGM, RH Henning, HV Hogerzeil, DA Fresle. Guide to good prescribing. A practical manual. Geneva: World Health Organisation, 1998.
3. Kochen MM, ur. Drug education in general practice. The Royal college of general practitioners, London, 1995, Occasional paper, 69.

ZADOVOLJSTVO BOLNIKOV

Janko Kersnik

Uvod

Celotno delovanje sistema zdravstvenega varstva je namenjeno zadovoljevanju bolnikovih potreb (1). Enostavno bi jih sicer lahko opredelili kot potrebo po povrnitvi izgubljenega normalnega zdravstvenega stanja. Uporabnikovo mnenje ima za udeležence v sistemu zdravstvenega varstva dvojni pomen (2):

- Bolnikovo mnenje na splošno služi:
 - pri odkrivanju težav v oskrbi, na osnovi katerih izbiramo prednostne naloge za izboljševanje kakovosti,
 - kot kazalec kakovosti pri ocenjevanju ravni kakovosti,
 - za načrtovanje oskrbe, ki bo zadovoljila potrebe uporabnikov.
- Bolnikova pritožba služi odkrivanju in popravljanju posamezne škode, ki jo povzročajo škodljivosti zaradi različkov in odklonov.

Bolniki se neposredno v načrtovanje in izvajanje oskrbe lahko vključujejo na tri načine (2):

- vnaprej,
- med oskrbo,
- po oskrbi (merjenje zadovoljstva, pripomb, pritožb, pohval, pobud in predlogov).

Vključevanje »vnaprej« omogoča ugotavljanje potreb in želja celotne ali ciljne skupine prebivalcev že pred načrtovanjem in samo izvedbo oskrbe.

V odločanje o oskrbi se med njenim izvajanjem bolnik vključuje s poučenim pristankom in sodelovanjem pri zdravljenju. Poučeni pristane pomeni poučitev bolnika o njegovem zdravstvenem stanju, predvidenih preiskavah in postopkih za ugotovitev bolezni ter seznanitev z diagnozo, napovedjo bolezni in načrtom zdravljenja. Bolniku omogoča sodelovanje pri izvajanju načrta zdravljenja, kar se je izkazalo za pomemben dodatni dejavnik uspeha. Pridobivanje poučenega pristanka in sodelovanje sodita v postopek oskrbe in tako neposredno vplivata na kakovost njenega izvajanja ter zadovoljstvo s postopkom in končnim rezultatom.

Po oskrbi mora bolnik imeti možnost spregovoriti o svojih izkušnjah z izvedbo oskrbe in v primerjavi s pričakovanji. To mu omogoča pritožni sistem. Merjenje zadovoljstva je pri tem lahko del pritožnega sistema ali pa ga izpeljemo ločeno. Z merjenjem zadovoljstva si želimo pridobiti predvsem mnenje za prihodnja ukrepanja. Hkrati je bolnikovo zadovoljstvo tudi kazalec kakovosti.

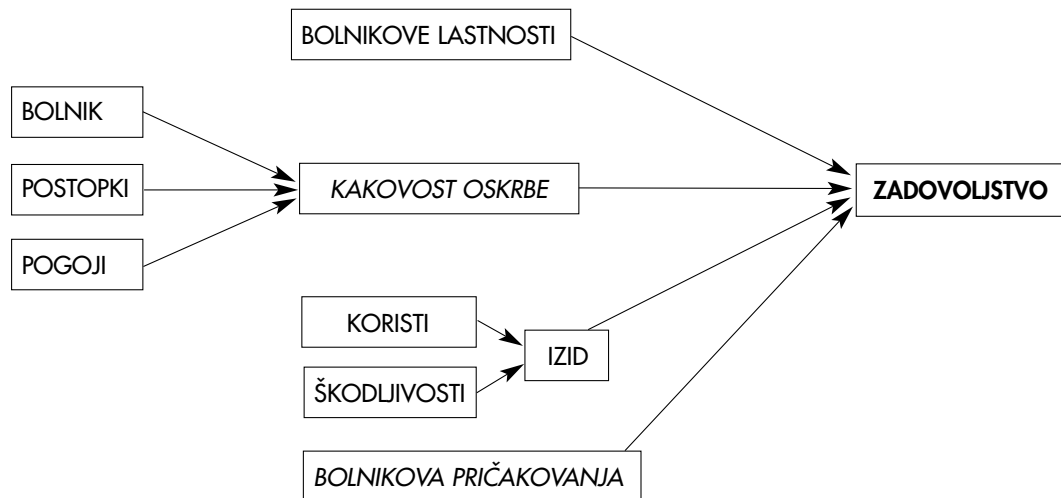
Zadovoljstvo bolnikov

V času zdravstvene oskrbe se bolnik srečuje s pogoji (dostopnost in videz prostorov, oprema ambulate) in postopki oskrbe (prijaznost, pozornost, povezanost, sporazumevanje, naklonjenost, strokovna usposobljenost) (1, 2, 3) ter izkusi kakovost posameznih izvajalcev, okolja, opreme in postopkov. Zadovoljstvo se vedno zrcali v končnem izidu oskrbe (spremenjeno zdravstveno stanje ali bolj neposredni izidi, kot so napotitev, recept, posamezni poseg in občutene škodljivosti). Odvisno je od doseganja pričakovanja in razmerja med občuteno koristjo in škodljivostjo. K stopnji zadovoljstva prispevajo tudi bolnikove demografske lastnosti (starost, spol, izobrazba) neposredno in s tem, kakšno je njegovo zdravstveno stanje, kakšen odnos ima z zdravnikom, kako sporoča svoje znake in občutja, kakšna so njegova pri-

čakovanja (slika 1). **Zadovoljstvo** je izraženo uporabnikovo dojetje lastne izkušnje z zdravstveno oskrbo, posameznim postopkom, posameznim izvajalcem, zdravstveno ustanovo v celoti ali njenim delom in s sistemom zdravstvenega varstva (2). Bolnik oblikuje svoja pričakovanja na podlagi:

- prejšnjih lastnih izkušenj,
- mnenja znancev, ki so izkusili določeno oskrbo,
- zagotovil izvajalcev o obljubljeni oskrbi,
- splošno veljavnih priporočil.

Slika 1. Prvine, ki vplivajo na oblikovanje bolnikovega mnenja (zadovoljstva) o oskrbi



V zdravstveni oskrbi uporabniki kakovost pogosto povezujejo s človeškim dejavnikom in vedenjskimi lastnostmi, kot so prijaznost, pravočasnost, stalnost, odnos med zdravnikom in bolnikom, ter z dojetanjem izvajalčeve strokovnosti (4). To poleg dobrega sporazumevanja največ prispeva k bolnikovemu zadovoljstvu in njegovi oceni kakovosti oskrbe. Bolniki so praviloma zelo zadovoljni z oskrbo. Kadar pa bolnik ni zadovoljen, ima navadno resne pripombe in celo pritožbe. Zadovoljstvo kot družbeni izid zdravstvene oskrbe je (subjektivno obarvano) merilo kakovosti oskrbe. Zadovoljstvo je hkrati pomemben jeziček na tehtnici odločitve, ali bo bolnik doživel škodljivost ali nedoseženi pričakovani koristi pripisal krivdno odgovornost (posameznega) izvajalca, ali pa ga bo sprejel kot posledico običajnega različka oziroma odstopanja. Kljub svoji pomembnosti in uporabi v drugih proizvodnih in storitvenih dejavnostih pa zadovoljstvo ne more biti edino merilo kakovosti oskrbe.

Zadovoljstvo bolnikov lahko opazujemo posredno s tem, da analiziramo obiskanost zdravnika, zamenjave osebnega zdravnika ipd. Neposredno merimo zadovoljstvo bolnikov z različnimi vprašalniki, ki so lahko del pritožnega sistema ali pa ločene raziskave (5, 6, 7, 8, 9).

Pritožni sistem

Da bi obdržali javno zaupanje v sistem zdravstvenega varstva in dobronamernost vseh izvajalcev, je treba zagotoviti ustrezno, pravočasno in celovito obravnavo pritožb (1). Pritožba je (navadno negativno) mnenje uporabnika (bolnika) o svoji izkušnji z izvajanjem zdravstvene oskrbe pri določenem izvajalcu. Pri tem domnevamo, da mora obstajati resna težava pri oskrbi, če se je bolnik odločil, da vložijo pritožbo. Kadar se ponavljajo pritožbe o določenem izvajalcu, ambulantni ali oddelku, je potrebna bolj poglobljena analiza zadeve. Podobno velja tudi, če so pritožbe navidezno lažne ali popolnoma banalne zadeve. Pri tem gre lahko za odstopanja na drugih področjih, vendar je za bolnika lažje, če se pritoži zaradi vsakdanjih stvari.

Pritožni sistem je sistematičen način zbiranja, obravnavanja, reševanja in uporabe bolnikovih stališč o oskrbi za izboljšanje kakovosti dela *po oskrbi*. Je sestavina vsakega sistema kakovosti in omogoča vpletanje bolnikovih pogledov v ponudbo zdravstvene oskrbe potem, ko so izkusili določeno oskrbo. Ima naslednje vloge:

- Bolnikom omogoča, da izrazijo svoje mnenje o izkušnjah z oskrbo.
- Omogoča jim zadoščenje zaradi občutene krivice, da se njihove pritožbe sistematično zbirajo, obravnavajo in rešujejo.
- Izvajalci tako pridobijo vpogled v težave pri oskrbi in mnenje bolnikov o oskrbi. To jim omogoča izbiro prednostnih nalog, ki bodo kar največ prispevale k izpolnjevanju potreb in želja uporabnikov pri stalnem izboljševanju kakovosti njihovega dela.

Cilj pritožnega sistema je ugotavljanje bolnikovih pogledov in pomanjkljivosti, ki jih ugotavlja bolnik, in jih ni mogoče ugotoviti z drugimi metodami izboljševanja kakovosti. Gre za učenje iz »napak«, ki bi drugače ostale pozabljene in neizrabljene za preprečevanje novih različkov in odstopanj (10). Pritožba ne sme ostati sama sebi namen. Poleg bolnikovega zadoščenja je pritožni sistem za izboljševanje kakovosti neizčrpen vir za izbiranje prednostnih nalog. Da bi lahko izrabili potencial pritožnega sistema, morajo biti bolniki seznanjeni s svojimi pravicami in možnostmi njihovega uresničevanja. Najučinkoviteje jih seznanjamo s plakati in zloženkami. K njihovem oblikovanju je treba pritegniti tudi uporabnike.

V našem kulturnem okolju je doslej veljalo, da delajo zdravniki vedno samo v dobro bolnika. Odstopanje od ustaljene prakse, ki je za seboj potegnilo tako škodljivost, da je bolnik ali kdo drug sprožil postopek za ugotavljanje krivde zaradi domnevno storjene strokovne napake, sta strokovna in laična javnost sprejeli kot nekaj izjemnega. Zbiranje drobnih odstopanj ali izjemnih dogodkov doslej ni bilo v navadi. Z obravnavo vseh pritožb (tudi obrobni) ustvarjamo ozračje, ki je sprejemljivo za bolnikovo mnenje. To preprečuje pretirane pretrese ob resnejših pritožbah. Izvajalci se s tem naučimo prisluhni bolnikovemu mnenju, bolniki pa osvojijo kulturo izražanja svojih stališč v zvezi z oskrbo. Zavedati se moramo, da je pomembnejše kot odkriti domnevnega »krivca« za občuteno krivico zaradi škode, ki jo je povzročila škodljivost nekega postopka oskrbe, odkriti vzroke, ki so pripeljali do neugodnejšega razmerja med koristjo in škodljivostjo, kot je bilo pričakovano. Poleg tega je zgolj iskanje krivca neproduktivno, saj 80 % vzrokov nastane zaradi sistema in organizacije oskrbe in le 20 % pri neposrednih izvajalcih.

Vsebina pritožnega sistema

Prvine pritožnega sistema so bolnikove **pripombe, pritožbe, pohvale, pobude in predlogi (5 P)**, vprašalnik o zadovoljstvu, zbiranje, obdelava, reševanje in odgovori na pritožbe (2, 10, 11).

Uporabnike zdravstvene službe je treba spodbujati k sporočanju svojega mnenja. Bolnik mora imeti na razpolago ankete o zadovoljstvu, da svoje mnenje lahko sporoči v strukturirani obliki. Zagotoviti je treba tudi možnost zbiranja drugih mnenj. Vsak izvajalec mora imeti nabiralnik za zbiranje pripomb, pritožb, pohval, pobud, predlogov in anket o zadovoljstvu. Vsaka delovna skupina vodi seznam pritožb.

Pritožni sistem mora biti organiziran tako, da omogoča reševanje vprašanj na najnižji možni ravni. Posredovanje pritožb mora biti zagotovljeno v vsaki zdravstveni ustanovi čim bližje mest, kjer se izvaja oskrba. Vse vloge morajo biti evidentirane in zagotovljena mora biti navpična razvidnost pritožb. Zdravstvena ustanova mora določiti tudi odgovorno osebo za obravnavo mnenj, ki jih delovna skupina sama ne zmore rešiti oziroma posegajo na strokovno področje in tako zahtevajo širše reševanje. Sistematičnost reševanja zagotavlja uporabnikom, da bo vsaka njihova vloga rešena z največjo pozornostjo in na način, ki zagotavlja zadoščenje ob možni krivici, in da bo mnenje uporabnikov uporabljeno za izboljševanje kakovosti na ravni ce-

lotne zdravstvene ustanove. Zdravstvena ustanova je dolžna obravnavati tudi anonimne pritožbe, vendar s to razliko, da »oškodovani« ne more dobiti neposrednega zadoščenja.

Primer: Bolniki se pogosto pritožujejo zaradi dolgega čakanja. Nejevolja po odhodu iz ambulante mine, izvajalci pa pozabijo na pikre besede, ki jih izrečejo bolniki. Anketiranje skupine bolnikov ali več pisnih pripomb bolnikov bi zagotovo spodbudilo neposredne izvajalce in vodstvo zdravstvene ustanove, da bi razmislili o uvedbi naročanja ali drugačne rešitve, ki bi omilila težave zaradi čakanja.

Bolnikom se pogosto zdi, da se jim je zgodila kakšna krivica ali da so bili prikrajšani za kakšno pravico. Njihovo mnenje se porazgubi po hodnikih in čakalnicah in pogosto oblikuje izkrivljeno podobo o posameznih izvajalcih ali celo zdravstveni službi na splošno. Zato je tudi za izvajalce pomembno, da si pridobijo njihove pripombe in jih uporabijo pri izboljšanju kakovosti svojega dela. Tudi če gre resnično zgolj za nezadovoljstvo bolnikov, naj bi za izvajalce postalo spodbuda, da bi izboljšali svoje sporazumevanje in odnose z bolniki ter načrtovanje in uporabo drugih strategij seznanjanja bolnikov z njihovimi pravicami in dolžnostmi.

Načela pritožnega sistema

Bolniki morajo biti poučeni o načinu, kako lahko izrazijo svoje mnenje in kako bo le-to obravnavano. Pritoži se lahko vsak uporabnik sam, če je starejši od 16 let in nima tako hude duševne ali telesne prizadetosti, da bi tega ne zmoget sam. Izjemoma se v imenu uporabnika lahko pritoži tudi njegov pooblaščen zastopnik. Pritožbo je treba vložiti najkasneje v šestih mesecih po tistem, ko je bila opravljena zdravstvena oskrba, ki je sprožila postopek. Poznejše vloge je treba upoštevati le, kadar se bolnik zaradi hude bolezni ni mogel pritožiti v predvidenem roku.

Pritožniku je treba zagotoviti, da o svojih težavah spregovori brez strahu pred posledicami. Reševanje pritožb mora potekati zaupno. V celotnem postopku je treba zagotoviti zaupnost med pritožnikom in prizadetimi izvajalci. Po končani obravnavi pritožbe je treba pritožnika podrobno seznaniti z izsledki in jih uporabiti za izboljšanje dela, kjer je to umestno. Kadar je primerno, se moramo pritožniku opravičiti in izraziti obžalovanje za različke in odstopanja v postopku oskrbe, ki so bolniku povzročili škodljivosti in škodo. Opravičilo ni avtomatično priznanje krivde izvajalcev oskrbe ali zdravstvene ustanove, temveč del sporazumevalne kulture.

Pritožnika je treba o prejemu pisne pritožbe obvestiti in ga pri daljših postopkih obdobjno seznanjati s postopkom. Na pritožbe odgovori odgovorna oseba vedno pisno.

Odgovorna oseba vodi evidenco zbranih in rešenih pritožb.

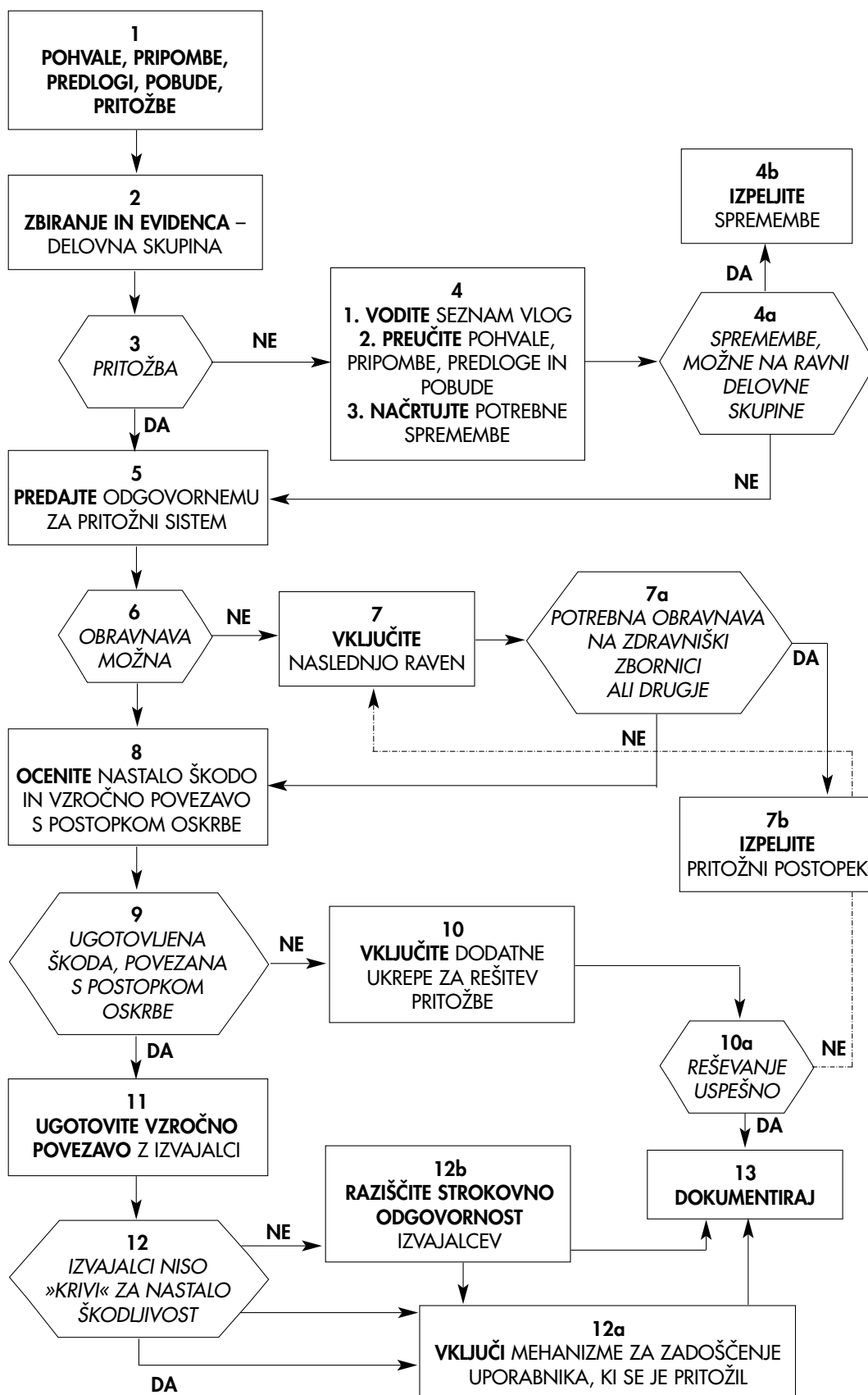
Organizacija pritožnega sistema

Pritožni sistem mora biti organiziran na vseh ravneh tako, da vprašanja rešujejo na najnižji možni (dopustni) ravni (slika 2). Sezname pritožb omogočajo preglednost in javnost pritožnega sistema. Navpična povezava delovne skupine z odgovornim za pritožni sistem v zdravstveni ustanovi omogoča ustrezno obravnavo vlog.

Reševanje pritožb na krajevni ravni

V zdravstveni ustanovi je treba določiti odgovorne(ga) za obravnavo pritožb. Ta oseba sprejema tudi ustne pritožbe in skrbi za to, da se poskuša nastalo težavo rešiti v najkrajšem možnem roku. Tri četrtine težav naj bi bilo mogoče rešiti že na krajevni ravni. Velikokrat za zadoščenje bolnikov zadošča že pripravljenost izvajalcev, da primer vzamejo resno, hitro ukrepajo in so sočutni. Večino ustnih pritožb je zato mogoče rešiti že kar takoj.

Slika 2. Organizacija pritožnega sistema na ravni zdravstvene ustanove



1 – Pripombe, pritožbe, pohvale, pobude in predlogi (5 P); izpolnjeni vprašalniki o zadovoljstvu se zbirajo v posebnem nabiralniku.

2 – Delovna skupina obdobjno pregleduje nabiralnik, vodi seznam vlog in rešuje vloge, ki se nanašajo na delo ambulate, odnos zaposlenih do bolnika, in strokovna vprašanja, ki jih je mogoče rešiti brez preoblikovanja organizacije ali izobraževanja, ki bi tevalo privoljenje vodstva.

- 3 – Delovna skupina vedno preda pritožbo odgovornemu za pritožbe v zdravstveni ustanovi.
- 4 – Delovna skupina poskuša rešiti preostale vloge in kolikor je mogoče tudi pritožbe, zlasti če se nanašajo na manjše razlike ali odstopanja pri delu.
- 5 – Kadar rešitev nastale težave ni mogoča znotraj delovne skupine, jo preda odgovornemu za pritožbe.
- 6 – Odgovorni za pritožbe najprej razjasni, ali je vlogo možno rešiti samo znotraj zdravstvene ustanove, ali pa jo bo predal tudi naslednji ravni.
- 7 – Pritožbe v zvezi s strokovnostjo preda Zdravniški zbornici Slovenije, pritožbe v zvezi z organizacijo pa Ministrstvu za zdravstvo.
- 8 – Odgovorni mora sam ali z imenovano komisijo ugotoviti obseg nastale škode in vzročno povezavo z oskrbo, ki naj bi povzročila škodljivost, zaradi katerih je nastala škoda.
- 9 – Kadar ne gre za vzročno povezavo med postopkom oskrbe in škodo, je treba pritožbo razjasniti v soglasju s tistim, ki se je pritožil.
- 10 – Kadar je nastala škoda, posledica nujne ali možne škodljivosti ali škodljivosti zaradi bolnikove lastnosti, je treba pritožnika o tem seznaniti in poiskati za vse sprejemljivo rešitev.
- 11 – Če je ugotovljena vzročna povezanost med postopkom oskrbe in škodo, je treba ugotoviti, ali gre tudi za povezavo med postopkom oskrbe in razlikom ali odstopanjem pri oskrbi (ali so za večjo škodljivost krivi pogoji ali izvedba postopka).
- 12a – Posledica vsakega pritožnega postopka mora biti ustrezno zadoščenje za uporabnika.
- 12b – Če je za odstopanje ugotovljen osebni prispevek posameznega izvajalca, je treba raziskati tudi strokovno odgovornost.
- 13 – Vsak pritožni postopek mora biti tudi v celoti dokumentiran zaradi razvidnosti in javnosti dela. Končno poročilo prejmejo pritožnik, izvajalec in zdravstvena ustanova.

Odgovorni za pritožni sistem poda svoje mnenje na podlagi pregleda pritožnika in medicinske dokumentacije v zvezi z obravnavanim postopkom oskrbe, zato mora dobiti na razpolago celotno dokumentacijo v zvezi s postopkom obravnavane pritožbe. Pritožbe lahko rešuje v sodelovanju z vodji služb in po potrebi izbere skupino laikov ali medicinskih strokovnjakov, ki prouči primer in poda svoje mnenje. Uporabnik in izvajalec morata imeti možnost podati svoje videnje postopka določene oskrbe. Posamezne primere, ki presegajo okvire zdravstvene ustanove ali zahtevajo širšo strokovno obravnavo, posreduje odgovorni za zdravstveno ustanovo naprej. Odgovorna oseba ali skupina ne sme nastopati, kot bi šlo za pravni spor, temveč kot raziščišče, ki ocenjuje utemeljenost pritožbe, zato pri pogovorih ne smejo biti prisotni pravni zastopniki.

Neodvisna ocena pritožbe

Nekaterih pritožb ni mogoče rešiti na krajevni ravni, zato jih je treba posredovati naprej na višjo raven. Posebno pozornost terja obravnavo pritožb, ki se nanašajo na strokovnost oskrbe. Omogočiti je treba tudi neodvisno oceno, ki jo poda strokovno telo na območni ali državni ravni. Kadar je vsebina pritožbe predvsem strokovno-medicinske narave, naj bi podala svoje mnenje vsaj dva neodvisna strokovnjaka zunaj okolja, kjer se je zgodil primer.

Za organizacijo pritožnega sistema je potrebnih nekaj dodatnih virov in poveritev odgovornosti za reševanje pritožb, zahteva pa tudi nekaj dodatnega časa že zaposlenih kadrov.

Popravni ukrepi

Poleg zadoščenja uporabnika in javnosti dela je uporaba pritožb za izboljšanje kakovosti temeljni preventivni cilj vsakega pritožnega sistema. Popravni ukrepi so možni na dveh področjih: pri neposrednih izvajalcih zaradi odstopanj in pri pogojih oskrbe zaradi razlikov.

Za ugotovljeno »strokovno napako« je zdravnik odgovoren moralno, kazensko in odškodninsko, zato se mora za morebitno nastalo škodo tudi zavarovati. Slednje predpisuje 61. člen Zakona o zdravniški službi (12). Zavarovanje za strokovno napako ne sme biti izgovor, da si zdravnik ne bi stalno prizadeval za strokovnost dela in čim večje zadovoljstvo bolnikov.

Sklep

V družinski medicini vedno bolj uporabljamo partnerski slog dela. Ta bolnikom omogoča, da se aktivno vključujejo v svojo oskrbo. Zdravnik družinske medicine mora poznati prvine svojega dela, ki vplivajo na zadovoljstvo bolnikov. Omogočiti jim mora, da lahko po oskrbi izrazijo svoje mnenje.

Literatura:

1. Kelson M. Consumers involvement initiatives in clinical audit and outcomes. A review of developments and issues in the identifications of good practice. London: Department of Health Clinical outcomes Group; 1995.
2. Kersnik J. Kakovost v splošni medicini. 1. natis. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino – SZD, 1998: 308.
3. Donabedian A. Quality assurance in health care: consumers' role. *Quality in Health Care* 1992; 1: 247–251.
4. Williams S, Weinman J, Dale J, Newman S. Patient expectations: What do primary care patients want from the family physician and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? *Fam Pract* 1995; 12: 193–201.
5. Billinghamurst B, Whitfield M. Why do patients change their general practitioner? A postal questionnaire study of patients in Avon. *Br J Gen Pract* 1993; 43: 336–338.
6. Baker R, Streatfield J. What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 654–659.
7. Baker R, Hearnshaw H. A method for surveying patient satisfaction. Audit protocol PS1. Leicestershire: Eli Lilly National Clinical Audit Centre; 1996.
8. Kersnik J. Postal survey of patients' satisfaction with general practice after changing of personal GP. Changing a GP as a measure of patient satisfaction. *J Clin Governance* 1999; 7: 138–42.
9. Kersnik J. Usporedba zadovoljstva bolnika s liječnikom obiteljske medicine u Sloveniji i u 15 evropskih zemalja. V: Marteljan E, ured. Hrvatski dani primarne zdravstvene zaštite. Zbornik. Labin 1999. Labin: Dom zdravlja dr. Lino Perišič 1999: 79–88.
10. Kersnik J. Complaint system. V: Alles V, Maekelae M, Persson L in sod, editors. Tools and methods for quality improvement in general practice; 1998; Jyvaeskylae; Finland. Jyvaeskylae: Gummerus printing Finland, 1998; 24.
11. Kersnik J. Organizacija žalbenoga sustava u ordinacijama, službama, osnovnim jedinicama i u osnovnom zdravstvu Gorenjske. V: Marteljan E, editor. Hrvatski dani primarne zdravstvene zaštite. Zbornik. Labin 1999. Labin: Dom zdravlja dr. Lino Perišič 1999: 161–67.
12. Zakon o zdravniški službi (ZZdrS). Uradni list RS, št. 98–4618/99.

Priporočena literatura:

1. Kelson M. Consumers involvement initiatives in clinical audit and outcomes. A review of developments and issues in the identifications of good practice. London: Department of Health Clinical outcomes Group; 1995.
2. Kersnik J. Kakovost v splošni medicini. 1. natis. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino – SZD, 1998:308.
3. Kersnik J. Organizacija žalbenoga sustava u ordinacijama, službama, osnovnim jedinicama i u osnovnom zdravstvu Gorenjske. V: Marteljan E, ured. Hrvatski dani primarne zdravstvene zaštite. Zbornik. Labin 1999. Labin: Dom zdravlja dr. Lino Perišič 1999: 161–67.

OBVLADOVANJE NAPAK V MEDICINI

Janko Kersnik

Uvod

Mnogo od tega, kar človek presodi, se odloči in potem ukrepa, je namreč daleč od popolnosti. Pogosto pa niti ne vemo, kaj je popolno. Za popolno navadno opredelimo ukrepanje, ki naj bi bolniku v danih okoliščinah prineslo največjo možno korist z najmanjšimi možnimi škodljivostmi. Zdravnikovo delo spremljajo številni odkloni (variiranja) okoli hipotetične popolnosti. Sami po sebi vselej še ne pomenijo odstopanja ali napake, vendar pogosto prav drobni odkloni od pričakovanega povzročijo tolikšno motnjo v sistemu, da pride do večjih, ki povzročajo zaznavno škodo (1). Naše delo bi bilo neverjetno preprosto, če bi imelo vsako odstopanje slab izid, in obratno, vsako pravilno ukrepanje samo dober izid. Tragični izidi so le redko posledica ene same napake, temveč zaporedje ali splet številnih odklonov (2). Različni odkloni od pričakovane izvedbe postopkov so vsakdanja spremljevalka našega dela. Večina jih poteka neopaženo, saj ne povzročajo zaznavne škode ali pa se uporabnik z njimi sprijazni. Prikrite napake najpomembneje vplivajo na človekov delež pri nastanku vseh drugih. Če ostanejo neopažene, postanejo nekako del »normalnega« postopka in jih nadzorni pozornostni sistem (človek ali operacijski sistemi) ne zaznava kot nekaj slabega. V kombinaciji z banalnimi različki ali odstopanji pa prikrita napaka lahko privede do zelo neugodnega izida (2).

Prikrite napake se dogajajo vsak dan vsem, ne samo tistim, ki so naredili eno samo usodno napako. Večina uporabnikov zdravstvenih storitev je odvisna prav od »neslabih« izvajalcev. Izidi njihovega dela se kažejo pri večini uporabnikov zdravstvene službe. Kopičenje drobnih odklonov, ki sami po sebi ne povzročajo velike škode, sčasoma privede do takega načina izvajanja postopkov, katerih izidi ne dosegajo več pričakovane kakovosti (1). V tej luči so odkloni – napake – naš skriti zaklad (2). Do zaklada pa nam pomagajo različne oblike nadzora – izboljševanja kakovosti (1).

Vzroki za napake so v 80 % primerov lastnost sistema – organizacije dela in le 20 % jih povzroča človeški dejavnik. Zato je izjemno pomembno pravočasno odkrivanje odklonov in uporaba izkušenj za tako spremembo organizacije dela, ki bo možnost njihovega nastanka čim bolj zmanjšala. Za organizacijo dela so odgovorni vodilni v zdravstveni ustanovi. Zasnovana naj bi bila tako, da omogoča pravočasno opravljanje potrebnih (vsaj nujnih) storitev, hiter pretok bolnikov med posameznimi neposrednimi izvajalci, ki sodelujejo pri posameznem postopku oskrbe; da so podatki o bolniku in njegovi oskrbi dostopni vsem sodelavcem in ves čas postopka. Dobra organizacija izvajalce maksimalno razbremeni, zato niso pretirano utrujeni in so zadovoljni s svojim delom. Če je slaba, pa škodljivo deluje na njihov nadzorni pozornostni sistem in jih ne spodbuja k boljšemu delu (2, 3).

Človeški dejavnik pri napakah

Zdravnikovo delo je povezano s stalnim odločanjem med različnimi možnostmi, ki vse ponujajo približno enake izide (4). Dogajanje pogosto poteka v posebnih okoliščinah: pod pritiskom pomanjkanja časa in nezadostnih podatkov o dejanskem bolnikovem stanju, kjer ni dostopa do dodatnih znanj, veščin ali opreme, in pod velikim etičnim pritiskom. Večina odstopanj pri zdravnikovem delu nastane zaradi odklonov v duševnem delovanju (2). Kljub temu, da je zdravnikovo delo navzven enovit proces, bi njegov vpliv na odklone pri oskrbi v grobem lahko razdelili na tiste, ki nastanejo zaradi njegovih človeških lastnosti – predvsem psihofizičnih –, in na tiste, ki so posledice njegovega odločanja.

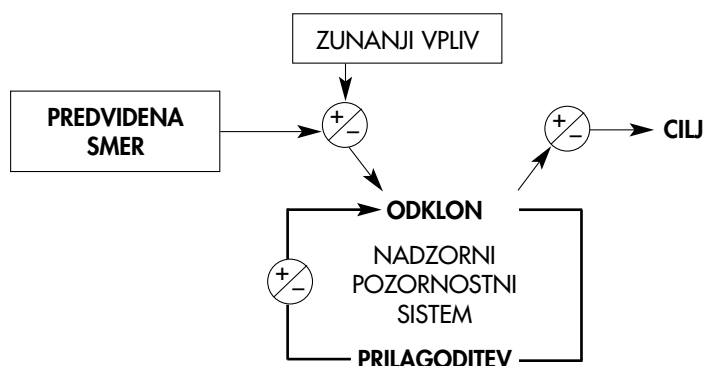
Duševni in miselni procesi

Duševni procesi so zapleteni in dostopni predvsem prek svojih pojavnih oblik. Lahko potekajo v obliki avtomatizmov (shematičnih nadzornih sistemov) ali sintetičnega mišljenja (2, 3).

Zelo veliko duševnih procesov poteka kot avtomatizmi, ki zahtevajo malo zavestne pozornosti in miselnega napora, zato so hitri in učinkoviti (2). Naše učenje je namenjeno prav utrjevanju čim večjega dela naših opravil, dokler ne postanejo čim bolj avtomatizirani. V celostne vedenjske vzorce se sproti vtkejo podatki, ki omogočajo izvedbo kakega opravila. Kljub temu potekajo brez posebnega zavestnega napora. Avtomatizme uravnava, usmerja in nadzira duševni procesi, ki bi jih lahko imenovali nadzorni pozornostni sistem (slika 1). Določen postopek si lahko predstavljamo kot zasledovanje predvidene smeri, na katero učinkujejo zunanji vplivi, ki povzročijo odklon od te smeri, in jih nadzorni pozornostni sistem vrača v prvotno smer. Vsak odklon spremlja povratna zanka, ki uravnava začrtano pot.

Slika 1.

Nadzorni pozornostni sistem zazna odklon od predvidene smeri, ki jo povzroči zunanji vpliv in nas vrne nazaj v predvideno smer (5).



Nadzorni pozornostni sistem deluje na ravni polnega zavedanja, zato je v primerjavi z avtomatizmi počasen, logičen, zahteva dodatni napor in je utrudljiv. »Vključen« je ves čas, vendar pride do izraza predvsem takrat, ko se nenadno spremenijo preprejene zunanje razmere; ko odpovedujejo avtomatizmi ali so zaradi drugačnih okoliščin neustrezni; ko je človek izpostavljen novim razmeram ali novim drugačnim problemom; ko je potrebna analitična presoja nove situacije ali obsežnega vskladiščenega znanja in izkušenj. Na nadzorni pozornostni sistem vplivajo izjemno zapleteni procesi, ki jih imenujemo »sintetično mišljenje«.

Procesi, ki so podlaga sintetičnemu mišljenju, potekajo na treh ravneh in jih lahko razdelimo na uporabo veščin, pravil in izkustva (2).

Veščine so miselni in dejavnostni vzorci, ki temeljijo na vskladiščenih vzorcih (programih). Včasih ne potekajo v celoti na ravni zavestnosti in se približujejo avtomatizmom. Vsak odklon od smeri (rutine) vključi najprej odgovor na ravni veščin.

Pravilo je miselni način reševanja problemov po preprostih vskladiščenih vzorcih (npr. če je A, mu sledi B). Ljudje smo pri reševanju problemov bolj nagnjeni k iskanju »pravil« kot nekakšni obliki pripravljenih receptov, kot k napornemu iskanju rešitev z uporabo svojega izkustva.

Izkustvo temelji na sintetičnem mišljenju, ki vključuje pretekle izkušnje, spoznanja in znanje v obliki teorije ter služi za analizo novosti. Od človeka zahteva dodatni napor, zato vse naše učenje stremi za utrditvijo izkustva do ravni pravila ali veščine. Z leti izkušenj naraste število shematičnih oblik mišljenja (veščine in pravila).

Odločanje

Odločanje (sprejemanje odločitev) je proces, v katerem oseba z razmišljanjem doseže stanje, ko hoče nekaj narediti (4). Poteka lahko intuitivno, analitično (izkustvo) ali rutinsko (veščine in pravila). Odločanje v medicini je procesno in povezano z velikim številom informacij in sodelavcev (2, 3).

Slabost medicine je predvsem velika razpršenost kazuistike. Znano je namreč, da človek lažje rešuje probleme, s katerimi se srečuje pogosteje, kot tiste, ki se pojavljajo poredko. Pri slednjih sta dve skrajnosti, obe z neugodnimi posledicami. Redko diagnozo zdravnik kaj lahko izpusti s seznama delovnih diagnoz. Če na določeno stanje ne pomislimo, ga bomo tudi težko odkrili, oziroma bomo potrebovali več časa, več preiskav in pregledov, da bi ga odkrili. Zamuda praviloma povečuje škodljivost in lahko povzroči nepopravljivo škodo. Na drugi strani pa redkost določenih stanj onemogoča pridobivanje veščin za njihovo obravnavo.

V medicini naj bi se praviloma odločali na podlagi verjetnosti. Splošna verjetnost pojava je ali neskončni niz pogostnosti pojavljanja ali subjektivno merilo gotovosti, da se bo (subjektivni pristop) zgodil (4, 6). Sloni na pretekli izkušnji drugih bolnikov in drugih izvajalcev z enakimi znaki, občutji, stanji, boleznijo ali zdravljenjem. Verjetnost je pri odločanju merilo, kako močno je zdravnikovo prepričanje, da gre pri bolniku za eno (določeno) izmed alternativnih možnosti.

Na odločanje vplivajo tako zaznavni duševni procesi kot tudi bolnikove lastnosti in delovni pogoji. Slednji pri izvajalcu povzročajo fiziološke (utrujenost, zaspanost), patofiziološke (psihoaktivne snovi, bolezni), psihološke (preusmeritev pozornosti, interesni odmik, preobremenjenost s preobilico »različnih misli«), čustvene (tesnoba, strah, dolgočasje, depresivnost, razburjenost, jeza) in duševne spremembe (frustracije, stres, medosebni konflikti, preobremenjenost, nadurno delo) (2, 3). Vodi do »prezasedenosti« miselnih procesov, kar odvrača pozornost in prispeva k pogostnejšim pogreškom.

Na odločanje po pravilih ali izkustvu poleg naštetih dejavnikov lahko vpliva tudi pritisk okoliščin – stres. Vpliv stresa na človekov pozornostni sistem ni vedno samo slab, saj najbolje deluje prav ob zmerni prisotnosti napetosti, tesnobe ali strahu zaradi nalog, ki jih opravlja (2). Delovanje je slabše pri obeh skrajnostih: ko se zaradi enoličnosti opravila človek dolgočasi ali ko ga zaradi izjemnosti okoliščin grabi panika. V stresni situaciji pride do prevaranja pozornosti ali do regresivnega ukrepanja. V nujnem stanju se panično oklenemo prve rešitve, ki nam pride na misel, in pri tem nismo sposobni upoštevati drugih. Naša pozornost je prevarana, ujeta v miselni tok. Podobno v stresnih okoliščinah regres povzroči, da se ne moremo spomniti sveže pridobljenih vzorcev vedenja in ukrepamo po starejših, bolj domačih, čeprav v danih okoliščinah neustreznih. V stresnih razmerah je zaradi panike rušilno tudi brezglavo ukrepanje. Ljudje naredijo karkoli, samo da nekaj storijo. Le od nakučja je odvisno, ali sta bila njihova odločitev in ukrepanje ustrezna ali ne.

Oblike odklonov

Odkloni od pričakovane smeri lahko nastanejo na kateri koli ravni sintetičnega mišljenja. Odkloni od veščin so pogreški, od pravil in izkustev pa zmote (2).

Pogreški

Pogreški se pojavijo ob odklonu iz predvidene smeri, medtem ko nadzorni pozornostni sistem ni dovolj buden (2). Nastajajo zaradi napake pri spremljanju duševnih procesov. Pogreške lahko pojasnimo z različnimi mehanizmi:

- Pogrešek zaradi ujetosti v utečene vzorce nastane pri reševanju manj pogostnega problema, ko prevlada vzorec, ki ga uporabljamo pri reševanju podobnega pogostnejšega problema.

- Če opravimo pravi postopek na napačnem predmetu (osebi), gre za pogrešek zaradi napačnega opisa.
- Pogrešek zaradi asociativne aktivacije nastane zaradi asociacije ob enakem ali podobnem dražljaju.
- Začasna izguba spomina za sveži dogodek oziroma načrtovani ukrep, ki najpogosteje nastane zaradi prekinitve pozornosti z drugim dražljajem, povzroči pogrešek zaradi izgube asociativne aktivacije.

Zmote pri rabi pravil

Zmota pri rabi pravil nastane zaradi napačne uporabe znanja med odločanjem, ker smo izbrali napačno pravilo (2). To se lahko zgodi zaradi napačne presoje situacije, kar vodi v uporabo neustreznega pravila, ali neustrezne izbire pravila. Slednje se dogaja, kadar uporabimo močnejše oziroma pogosteje uporabljano pravilo, ki navidezno ustreza.

Zmote pri izkustvenem odločanju

Ker je odločanje na podlagi izkustva veliko bolj celostno kot prejšnji obliki, so tudi zmote zapletenejšje in težje razložljive. Pri odločanju si pomagamo s primerjanjem posameznih prvin problema s preteklim izkustvom in na tej podlagi uporabimo določeno večščino ali pravilo. Do zmot prihaja predvsem v novih situacijah, za katere izvajalec še nima programirane večščine niti pravila. Zmote zato nastajajo na eni strani zaradi pomanjkanja izkušenj, znanja in trenutne nesposobnosti, da bi ustrezno uporabili razpoložljivo izkustvo, in na drugi strani zaradi napačne ocene predstavljenega problema. Določene lastnosti mišljenja spreminjajo primerjanje takšnih prvin in vodijo v odklone in posledično v zmote, odstopanja in napake (2):

- *Pristranskost spomina*. Odločamo se na podlagi podatkov v našem spominu, ki je nagnjen k njihovemu posploševanju in urejanju v določene vzorce, za katere domnevamo, da so splošno uporabni, saj so se večinoma obnesli. Vidimo tisto, kar vemo. Spomin je hkrati nagnjen tudi k poudarjanju izjem, ki jim posvečamo večjo pozornost, kot bi jo glede na verjetnost lahko zaslužile.
- *Razpoložljivost miselnega vzorca*. Če se znajdemo v spremenjenem okolju, namesto vzorca, primerne situaciji, uporabimo miselne vzorce, ki smo si jih pridobili v drugačnih razmerah.
- *Pristranost hitre odločitve*. V tem primeru gre za »prehitro« ukrepanje. V stikih z bolniki se pogosto na podlagi nepopolnih podatkov mnogo prehitro zatečemo k prvi hipotezi, ki jo imamo pri roki (2).
- *Pretirano zaupanje v eno izmed možnosti*. V določenih okoliščinah je zdravnik prepričan v veljavnost odločitve in sprejema samo podatke, ki potrjujejo njegovo odločitev.

Sistem obvladovanja napak

Obvladovanje napak je le del sistematičnega izboljševanja kakovosti (1, 8, 9), ki poleg odkrivanja že nastalih, ki so povzročile škodo, predvsem skrbi za preprečevanje, zgodnje odkrivanje in popravno ukrepanje ob njihovem pojavu (2).

Preprečevanje napak

Za uspešno preprečevanje napak je treba nujno preoblikovati obstoječo organizacijo v zdravstvenih ustanovah in vzpostaviti sistem kakovosti, katerega del sta pritožni sistem za bolnike in zbiranje predlogov, pobud in izjemnih dogodkov (odklonov zaposlenih ter njihova analiza) (1). Pri preprečevanju napak si lahko pomagamo z naslednjimi ukrepi (2):

- *Manjše zanašanje na človeški spomin*. Kjerkoli je le mogoče, je treba zmanjšati vlogo

človeškega spomina in drugih psihičnih procesov, ki so potrebni za odločanje (2). Preoblikovanje delovnega procesa je možno tam, kjer je mogoče oblikovati smernice in delovne protokole ter pri tem uporabiti računalniško tehnologijo (2, 5). Vsi postopki morajo biti navedeni v medicinski dokumentaciji.

- *Večja uporabnost in dostopnost do informacij.* Uporaba računalniškega zdravstvenega kartona, v katerem so podatki zbrani problemsko, olajša spremljanje podatkov o bolniku pri njegovi obravnavi in ocenjevanje kakovosti dela (10).
- *Standardizacija.* Izraz pomeni, da so določeni postopki pravzaprav »predpisani«, torej so zato zmanjšana nepotrebna odstopanja in s tem možnost neustrezne oskrbe oziroma napak. Najbolj znan in ustaljen primer standardizacije je postopek umivanja pred operacijo.
- *Izobraževanje.* Izobraževanje mora več časa posvetiti možnim zapletom, njihovemu preprečevanju, odkrivanju in popravnim ukrepom, da bi čim bolj zmanjšali njihov škodljivi učinek. Izvajalce bi bilo treba poučiti, da napaka ni sramota. Je pa sramota prikrivanje neustreznih postopkov; hudo narobe je, da niti posameznik niti sistem (zdravstvena ustanova) v takih primerih ne ukrepata in ne spremenita načina oskrbe. Izobraževanje za kakovost mora biti del dodiplomskega, podiplomskega in stalnega strokovnega izobraževanja (1).
- *Odkrivanje najboljših* (»zdrava jabolka«). Posamezni izvajalci si že po naravi prizadevajo, da bi svoje delo opravili čim bolje. Najboljši način za izboljšanje kakovosti lastnega dela je zato zgledovanje po takšnih izvajalcih, ki se na svojem področju lahko izkažejo z najboljšimi izidi (1). Z uporabo povratnih podatkov na osnovi kazalcev kakovosti z računalniško tehnologijo in dodatnimi spodbudami si izvajalci prizadevajo, da bi dosegli čim boljše izide (1). Stalno izboljševanje kakovosti in zavest vseh izvajalcev, da prispevajo h kakovosti, sta verjetno najpomembnejša dejavnika preprečevanja napak (11).
- *Odkrivanje napak.* To je postopek, s katerim ugotavljamo neželene izide in njihovo vzročno povezavo z neustreznimi postopki, ki so pripeljali do njih. Gre predvsem za naknadni nadzor nad kakovostjo dela – tj. nadzor po opravljeni oskrbi. Takšno odkrivanje napak ima več pasti:
 - Temelji na podmeni, da je jasno, kakšna je prava (kakovostna) oskrba (1, 3).
 - Temelji na domnevi, da je vsak izid posledica postopka, tj. odstopanj, in ne upošteva različkov, ki so posledica delovnih pogojev in bolnikovih lastnosti.
 - O izvajanju zdravstvene oskrbe, postopkov in ukrepov razmišlja kot o mehaničnem procesu, o človekovem vplivu nanj pa zgolj kot hotenem in namernem neupoštevju sedanjega znanja; meni, da je en neustrezen postopek kazalec slabe kakovosti na splošno (1).
 - Zanaša se na »dokazno gradivo« v zdravstvenem kartonu in drugi medicinski dokumentaciji kot na veren posnetek opravljenega postopka (1).
 - Ob pomanjkanju jasnih kazalcev kakovosti, meril in smernic je presoja ustreznosti postopka prav tako podvržena razlikam kot sam postopek (1, 12).
 - Obseg škodljivosti oziroma nastala škoda lahko bistveno vplivata na oceno pravilnosti postopka (12).

Nadzor kakovosti, s katerim odkrivamo »napake«, lahko izvajamo trajno, obdobjno ali občasno. Da bi se izognili naštetim pastem, je nujno treba oblikovati natančne protokole za kateri koli nadzor in pri tem uporabiti jasna, vnaprej znana in napisana merila ocenjevanja ter standarde želene ravni kakovosti (1, 10, 12). Odrivanje napak na eni strani služi za kaznovanje »krivcev« za povzročeno škodo in na drugi strani kot neizčrpen vir za izboljševanje kakovosti (13). Informacija o slabi oskrbi mora predvsem služiti za ukrepe, ki bodo spodbudili spremembe na boljše. Žal trenutno stanje na področju nadzora kakovosti ne ponuja zanesljive in veljavne metode niti ne omogoča enostavnega sklepanja o krivdi in odgovornosti izvajalcev določenega postopka (14). Nadzor kakovosti se mora zato poleg zunanjih presoj pretežno na-

slanjati na različne oblike samonadzora, saj je izvajalec najboljše seznanjen s postopki, ki jih opravlja (1).

Sklep

Čeprav pri različnih odklonih (napakah) prevladuje vpliv sistema, ni zanemarljiv niti človekov delež. Okoliščine in duševni procesi, ki vodijo do odklonov, so še slabo raziskani, vendar tisto, kar o njih že vemo, lahko pomaga pri oceni vzročne povezanosti med našimi dejanji in posledicami. S sistemom za obvladovanje napak odkrivamo že nastale odklone, predvsem pa odklone (prikrite napake), ki bi utegnili povzročiti večje škodljivosti. Filozofija stalnega izboljševanja kakovosti hkrati dopušča pojav različnih odklonov in njihovo uporabo v procesu izbire prednostnih nalog ter skupaj s celovitim obvladovanjem kakovosti zmanjšuje možnost nastajanja napak na najnižjo možno raven.

Literatura:

1. Kersnik J. Kakovost v splošni medicini. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino – SZD, 1998: 308.
2. Leape LL. Error in medicine. JAMA, 1994; 272: 1851–7.
3. Lokar J. Človeški viri: Škodljivosti in napake v zdravstvu. Ljubljana: Gea College, 1995.
4. Friedland DJ, editor. Evidence-based medicine. A framework for clinical practice. Stamford: Appleton & Lange, 1998: 263.
5. Kersnik J. Koristi in škodljivosti zdravstvenih ukrepov kot merilo učinkovitosti zdravstvene oskrbe. Zdrav Vestn, 1999; 68: 287–90.
6. Campbell MJ, Machin D. Probability and decision making. V: Campbell MJ, Machin D. Medical statistics. A commonsense approach. Second edition. New York : John Wiley & Sons; 1994: 87–104.
7. Kersnik J. Obvladovanje napak v medicini. Zdrav Vestn, 1999; 68: 575–81.
8. Wilson J. Clinical risk management in general practice. Health Care Risk Report, 1996; 3(1):19–21.
9. Merrett H. Managing risks. The ethical dimension. Health Care Risk Report, 1996; 2: 19–21.
10. Fraser RC, Lakhani MK, Baker RH. Evidence-based audit in general practice. Cambridge: Butterworth & Heinemann, 1998: 106.
11. Halpern J. The measurement of quality of care in the Veterans health administration. Med Care, 1996; 34: MS55–MS68.
12. Caplan RA, Posner KL, Cheney FW. Effect of outcome on physician judgments of appropriateness of care. JAMA, 1991; 265: 1957–60.
13. Blumenthal D. Making medical errors into medical treasures. JAMA, 1994; 272: 1867–8.
14. Schroeder SA, Kabcenell AI. Do bad outcomes mean substandard care? JAMA, 1991; 265: 1995.

Priporočena literatura:

1. Caplan RA, Posner KL, Cheney FW. Effect of outcome on physician judgments of appropriateness of care. JAMA 1991; 265: 1957–60.
2. Leape LL. Error in medicine. JAMA 1994; 272: 1851–7.
3. Lokar J. Človeški viri: Škodljivosti in napake v zdravstvu. Ljubljana: Gea College, 1995.
4. Kersnik J. Koristi in škodljivosti zdravstvenih ukrepov kot merilo učinkovitosti zdravstvene oskrbe. Zdrav Vestn 1999; 68: 287–90.
5. Kersnik J. Obvladovanje napak v medicini. Zdrav Vestn 1999; 68: 575–81.

