

System manažérstva kvality – dvojročné skúsenosti a porovnanie kvality liečebného a ošetrovateľského procesu na gerontopsychiatrickom oddelení psychiatrickej nemocnice

MUDr. Eduard Gemza

Psychiatrická nemocnica prof. Matulaya, Kremnica

System manažérstva kvality (SMK) zavedený v roku 2007 má v liečebnom procese seniorov obraz diagnostických a liečebných štandardov, hodnotenia výsledkov liečby škálami, hodnotenia nežiaducich účinkov, úrazovosti, úmrtnosti a hodnotenia dotazníkmi spokojnosti pacientov a opatrovateľov. Vypracované boli aj štandardy pre postup pri neúspešnej liečbe a plánované je hodnotenie prvej voľby psychofarmák. Výsledky dvojročného porovnania ponúkajú spätnú väzbu o kvalite liečebného a ošetrovateľského procesu.

Kľúčové slová: systém manažérstva kvality, štandardný diagnostický a liečebný postup, ročné vyhodnotenie.

Psychiatr. prax; 2010; 11 (2–3): 96–97

Prvé skúsenosti po zavedení štandardov diagnostického a liečebného procesu priniesli nové výzvy pre zlepšovanie kvality v starostlivosti o seniorov. Vychádzajúc z dôvodov pre zavedenie systému manažérstva kvality (SMK), ktorými sú spokojnosť zákazníka (pacienta), prehľadnosť činnosti, eliminácia chýb a nedostatkov (1), sme vypracovali v priebehu prvého polroka 2009 štandardy pre neúspešnú liečbu, čo doplnilo naše nástroje pre skvalitnenie starostlivosti o chorých. Efektívny SMK pomáha zvyšovať spokojnosť zákazníkov (pacientov). Organizácia vykonáva za týmto účelom činnosti smerujúce k dosiahnutiu súladu svojich postupov s požiadavkami zákazníkov (pacientov), čo umožňuje efektívnejšie riadiť, merať, zlepšovať vnútorné procesy (2). Z týchto dôvodov sme zintenzívnili hodnotenie prostredníctvom dotazníkov spokojnosti pre pacientov a opatrovateľov (príbuzných). Tieto boli inovované tak, aby lepšie mapovali oblasti nespokojnosti pacientov a opatrovateľov a boli vo väčšej miere ponúkané pacientom aj opatrovníkom. Štandardné postupy pri diagnostike, liečbe a starostlivosti o pacientov využívame pravidelne a stali sa každodennými nástrojmi hodnotenia úrovne, kvality a bezpečnosti zdravotnej starostlivosti u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (3).

Po roku sme hodnotili ukončené hospitalizácie z hľadiska hodnotiacich kritérií zahrnutých do štandardov. Minimálne dve testové, dotazníkové, alebo iné hodnotiace kritériá boli podkladom pre hodnotenie. Podobne sme postupovali minulý rok, pričom pre zjednodušenie sme použili na zber dát jednoduchú

tabuľku, kde boli priebežne zaznamenávané sledované parametre pacientov s ukončenou hospitalizáciou. Pacient bol spravidla hodnotený pomocou ADL (4), aby sme získali informácie o zvládaní bežných každodenných činností. Pri podozrení, alebo potvrdení diagnózy dementného procesu sa pravidelne používal MMSE (5), opakovane počas hospitalizácie. Pre rýchlu orientáciu v diagnostike depresie a diferenciálnej diagnostike oproti demencii sme používali geriatrickú škálu depresie podľa Yesavageho (6), ale aj HAMD (7) ako objektívnejší nástroj a HAMA (8) pri dominujúcej úzkostnej poruche. Miesto náročnejšej PANSS škály (9) sa stáva pravidlom používanie BPRS (10) pre pacientov so schizofrénnyimi poruchami.

V roku 2008 bolo na oddelení 270 ukončených hospitalizácií, v roku 2009 o 30,37 % viac, t. j. 352 ukončených hospitalizácií (tabuľka 1).

Tabuľka 1. Hospitalizácie v rokoch 2008 a 2009

Ukončené hospitalizácie	Muži	Ženy
2008	107	163 (60,37 %)
2009	141	211 (59,94 %)

V roku 2009 sme sledovali aj priemerný vek pacientov. Celkovo bol priemerný vek hospitalizovaných 73,91 roka. Muži boli mladší, mali priemerný vek 70,83 roka; priemerný vek žien bol 75,97 roka. To potvrdzuje skúsenosť vyššieho priemerného veku dožitia žien. Jednoznačne sa tiež potvrdzuje predpokladaný trend vývoja psychiatrickej chorobnosti a starnutia populácie. Pomer počtu žien a mužov sa dlhodobovo výrazne nemení.

V roku 2008 prevažovali pacienti s diagnózou demencie – 89 pacientov (32,96 %). Minulý rok boli najčastejšie diagnostikované rovnako demencie – celkovo však až 145 pacientov, t. j. 41,19 %. Z toho bolo 54,48 % žien. Tieto výsledky, v korelácii so závažnosťou diagnostikovanej demencie, zároveň dokumentujú pomerne neskorú psychiatrickú intervenciu u gerontopsychiatrických pacientov.

V sledovaných obdobiach sme nerealizovali hodnotenie celkovo u 26 pacientov v roku 2008, v roku 2009 to bolo 61 pacientov. V porovnaní s predchádzajúcim rokom pokleslo hodnotenie podľa štandardov z 99,66 % na 82,67 %; ale hodnotenie sa realizovalo dôslednejšie. Dôvody toho, že hodnotenia neboli realizované, boli podobné. Odmietnutie spolupráce, neschopnosť absolvovať testy alebo krátkosť hospitalizácie.

Kvalitu liečebného procesu sme definovali ako pozitívne zmeny v hodnotiacich testoch, zlepšenie skóre v hodnotiacich škálach, zlepšenie klinického stavu a zlepšenie spôsobilosti pre každodenné aktivity. Takto definovaný pozitívny výsledok dosiahlo predminulý rok 50 % pacientov, v roku 2009 63,6 % pacientov. Z hodnotených pacientov minulý rok dosiahlo zlepšenie skóre a klinického stavu 93 pacientov (26,4 %), zlepšenie klinického stavu 131 pacientov (37,2 %). Negatívny výsledok liečby bol v roku 2008 u 35 pacientov, t. j. 13,95 %; v roku 2009 to bolo 25 pacientov, t. j. 7,1 %. V lepšom alebo nezmenenom psychickom stave bolo prepustených 85,7 % pacientov v roku 2008; v roku 2009 75,8 % (tabuľka 2).

Tabuľka 2. Výsledky liečby v rokoch 2008 a 2009

Výsledok liečby	Zlepšenie	Nezmenený stav	Zhoršenie	Nehodnotení
2008	50,0 %	35,7 %	13,95 %	0,35 %
2009	63,3 %	12,5 %	7,1 %	17,1 %

Tabuľka 3. Výskyt nežiaducich účinkov v rokoch 2008 a 2009

Hodnotenie	Úmrtnosť	Úrazovosť	Nežiaduce účinky liekov
2008	5,93 %	5,19 %	5,55 %
2009	2,57 %	1,14 %	2,84 %

Opačný uhol pohľadu ponúka porovnanie počtu úmrtí, úrovne výskytu úrazov a výskytu nežiaducich účinkov podávanej medikácie. Kým v roku 2008 sme zaznamenali 16 prípadov úmrtia (jeden pacient suicidoval), minulý rok to bolo deväť úmrtí – ide o pokles o 56,26 %. V roku 2008 úmrtnosť mala úroveň 5,93 %; v roku 2009 2,57 %. Hoci nebola preukázaná súvislosť úmrtí s poskytovanou starostlivosťou, pacienti – seniori sú často polymorbidní a úrazy, prípadne nežiaduce účinky psychofarmák, nie sú vylúčené.

V roku 2008 sa z celkového počtu 270 hospitalizovaných pacientov úrazy vyskytli v 14 prípadoch (5,19 % všetkých hodnotených). Počas hospitalizácie sa v roku 2009 vyskytol jeden prípad sebapoškodenia, ktorý sme hodnotili ako samovražedný pokus, to znamená 0,28 %. V priebehu sledovaného obdobia sa však vyskytli 4 úrazy, dvakrát zlomenina ramennej kosti, dvakrát pád bez následkov, t. j. 1,14 %.

Nežiaduce účinky s pravdepodobnou alebo istou súvislosťou s podávanými psychofarmakami sa vyskytli u 15 pacientov v roku 2008, čo bolo 5,55 %. išlo o nežiaduce účinky prechodné, nevyžadujúce vynechanie lieku (útlm/somnolencia 11x, EPS 4x, hypotenzia, hypertermia, dyzartria, dyskinézy, akathízia, zmätenosť – 1x). Frekvencia výskytu nežiaducich účinkov v súvislosti s podanou medikáciou v roku 2009 podľa nášho hodnotenia bola pomerne nízka. Evidovaných bolo 10 prípadov, prevažne somnolencia 4x, vertigo 2x, EPS 2x. To predstavuje 2,84 % všetkých hospitalizovaných a vzhľadom na nedostatočné sledovanie v prvom polroku je toto číslo pravdepodobne podhodnotené. Závažné a fatálne nežiaduce účinky liekov sa nevyskytli. Hodnotenie týchto ukazovateľov kvality vo vzťahu ku kvalite liečebného procesu je možné porovnaním so sledovaným obdobím roku 2008. Približne 5 % hladina úmrtnosti, úrazovosti a výskytu nežiaducich účinkov psychofarmák z roku 2008 sa v roku 2009 znížila na úmrtnosť na

úrovni 2,57 %; úrazovosť 1,14 %; výskyt nežiaducich účinkov liekov vyžadujúcich opatrenia na 2,84 % (tabuľka 3).

Pre komplexné a objektívnejšie hodnotenie sme pred rokom považovali za potrebné doplniť uvedené o hodnotenia dotazníkmi spokojnosti pacientov, resp. príbuzných a opatrovateľov – ich návratnosť však bola nízka (30 %). V roku 2009 hodnotenie dotazníkov spokojnosti pacientov vypovedalo reálnejšie o pozitívach aj negatívach našej práce. Zo 71 dotazníkov sa vrátilo 64, t. j. 90 %, pričom v prvom polroku bola návratnosť len 79 %. Celkový výsledok hodnotenia spokojnosti bol vyjadrený hodnotením – dobrá, keď 14 pacienti (22 %) vyjadrili nespokojnosť.

Výhrady vyjadrili pacienti v súvislosti so sociálnymi zariadeniami, WC a nedodržiavaním hygienických zásad na oddelení (10 resp. 2 pacienti), stravou a kultúrou stravovania (6 resp. 2 pacienti), nedostatočným vysvetlením liečby, nedostatočnou informovanosťou (4 resp. 1 pacient), výsledkom liečby, prácou sestier a liečebnými aktivitami (3 resp. 1 pacient).

Príbuzní a opatrovatelia odovzdali 42 z 63 dotazníkov (67 %) – v prvom polroku bola návratnosť vyššia. Celkovo bola spokojnosť hodnotená ako *výborná*. Úplnú spokojnosť vyjadrilo 83 % respondentov, výhrady sa týkali výsledku liečby (2 príbuzní), neinformovanosti lekárom (1 príbuzný), úrovne ubytovania (1 príbuzný). Je nutné podotknúť, že veľká časť našich pacientov nie je schopná dotazník vyplniť a mnohí pacienti nemajú žiadne vzťahové osoby, čo obmedzuje možnosti hodnotenia týmto spôsobom. Zohľadňujúc tieto faktory je spätná väzba od našich klientov veľmi dobrá, pričom treba uviesť, že renovácia oddelenia vrátane sociálnych zariadení, ubytovacích priestorov pre pacientov koncom sledovaného obdobia určite odstráni nedostatky, ktoré boli najčastejšou príčinou nespokojnosti. Rekonštrukcia navyše riešila otázku bezbariérového prístupu na oddelenie.

Riešenie nespokojnosti s kvalitou stravy je v kompetencii stravovacej prevádzky – výhrady budeme tlmočiť a hľadať riešenia.

Výhrady týkajúce sa priamo našej práce a zdravotníckeho personálu predstavujú 38,24 % všetkých nedostatkov a je to 12,26 % všetkých hodnotených. Napriek relatívne nízkemu počtu hodnotiacich, je to vysoké číslo. Hoci reálne ide o jednotlivé prípady, otvoril sa priestor na zlepšenia v tých oblastiach našej práce, ktoré poukazujú na chyby v komunikácii, na chyby a zlyhania jednotlivých zdravotníckych pracovníkov. V ich výchove a vzdelávaní, v kvalitnejšom uplatnení teórie v praxi máme nedostatky. Všeobecné porovnanie s predchádzajúcim rokom svedčí o vydaní vyššieho počtu dotazníkov (minulý rok 50 pacientom, 50 opatrovateľom), vyššej návratnosti u pacientov roku 2008 (54 %) a nižšej návratnosti u opatrovateľov (74 %). Hodnotenie spokojnosti v roku 2008 bolo v oboch prípadoch na úrovni dobrá.

Komplexné hodnotenie, vrátane hodnotenia spokojnosti našich pacientov a ich príbuzných a opatrovateľov bolo v roku 2009 povzbudzujúce. Napriek pozitívnym výsledkom existujú nedostatky a sú znovu dôvodom pre zintenzívnenie našej snahy poskytovať kvalitnejšiu liečebnú a ošetrovateľskú psychiatrickú starostlivosť.

Literatúra

1. Systém manažérstva kvality. <<http://www.poling.sk/>>.
2. Systém manažérstva kvality. <<http://www.dnv.sk/>>.
3. Konceptia tvorby štandardných diagnostických a liečebných postupov. <<http://www.health.gov.sk/>>.
4. Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel index. Maryland State Medical Journal 1965; 14: 56–61.
5. Folsten MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini – Mental Stat and Practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. Journal of Psychiatric Research 1975; 12(3): 189–198.
6. Yesevage JA, Brink TL, Rose TL et al. Development and validation of a geriatric depression. Journal of Psychiatric Research 1983; 17: 37–49.
7. Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960; 23: 56–62.
8. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol 1959; 32: 50–55.
9. KayR, Fiszbain A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale of schizofrenia. Schizophrenia bulletin 1987; 13: 261–276.
10. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychol Rep.1962; 10: 799–812.

MUDr. Eduard Gemza

Psychiatrická nemocnica prof. Matulaya
Československej armády 234/139
967 12 Kremnica
eduard_gemza@yahoo.com

