Liečba chorých nemocníc

Ján Košturiak
Lukáš Richter
Branislav Sepeši

IPA

Autori

Ján Košturiak, Lukáš Richter, Branislav Sepeši

Do časti „Súčasnosť a budúcnosť nemocníc“ odborne prispel Ladislav Laho.

www.ipaslovakia.sk
www.ipaczech.cz
info@ipaslovakia.sk
Fotografia na obálke - Stanislav Lajda, **www.stanolajda.eu**
© IPA Slovakia, s.r.o. Žilina, 2014

Obsah

Úvod.....4
Problémy a ich príčiny.....9
Čo hovoria čísla? 20
Pohľady a skúsenosti.....27
Projekt zlepšenia zdravotníckych procesov.....34
Ukážky používaných metód.....39
Záver.....47

Ako diagnostikovať skutočné príčiny, navrhnúť účinnú terapiu, podstúpiť liečbu a zmeniť spôsob života tak v prospech pacienta, ako aj zdravotného systému?

Úvod

Oblasť zdravotníctva je, a vždy aj bola, jednou z najproblémovejších všade na svete. Napriek predvolebným deklaráciam politikov a ich sľubovanou prevratnou koncepciou, sa po voľbách v zásadných problémoch zdravotníctva nedeje prakticky nič. Prostredie, v ktorom má fungovať zdravotná starostlivosť, je nestabilné a netransparentné, vzťahy v rezorte sú nevyjasnené a zaťažené klientelizmom a korupciou. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti sú vazalmi zdravotných poisťovní bez reálnej možnosti niečo zmeniť. Chýbajú štandardné postupy poskytovania zdravotnej starostlivosti, čo vedie k príliš širokým mantinelom diagnostickо - terapeutického rozhodovania. Z toho vzniká chaos aj pri ojedinelých pokusoch o objektívne hodnotenie a porovnávanie liečebných výsledkov. Atmosféru v zdravotníctve charakterizuje aj neschopnosť nastavenia aspoň základných parametrov kvality. Na jednej strane dochádza k neúmernému plytvaniu s finančnými zdrojmi, na druhej strane nemocnice naťahujú dlane k vláde s požiadavkami na ich oddĺženie. Žalostná je aj úroveň bezpečnosti pacienta, ktorý nie je vôbec vnímaný ako kľúčový zákazník tohto systému. Niekedy to dokonca vyzerá tak, že pacient je v zdravotníctve len prostriedkom na získanie dostatočného množstva bodov, ktoré sa premenia na peniaze. A tie sa natoľko stávajú stredobodom pozornosti zúčastnených strán, až vzniká dojem, že na nich stojí a padá úroveň celého zdravotníctva. Všetky aspekty vedy a umenia medicíny, etiky, kvality, slušnosti a úcty k pacientovi boli zatlačené do pozadia a v popredí stoja peniaze.

Z uvedeného je možné odvodiť jednoduchý, logický a prehľadný vzťah:

Hodnota služieb zdravotnej starostlivosti = kvalita a bezpečnosť zdravotnej starostlivosti / náklady na zabezpečenie fungovania zdravotnej starostlivosti.

Ak sa pozrieme na tento vzťah, tak je jasné, prečo dlhodobo hodnota zdravotníckej starostlivosti klesá.

1. Celý komplexný systém je nesprávne nastavený a nikto nemá odvahu do neho vŕtať, aby tento nefunkčný a nestabilný moloch neskolaboval.
2. Dlhodobo sa znižuje kvalita a bezpečnosť zdravotnej starostlivosti a stúpajú náklady. Pokusy odvážlivcov o zmenu tohto stavu riešia buď len čiastkové problémy, alebo sa pohybujú v teoretickej rovine, prípadne sú režírované lobistami a obchodnými skupinami v pozadí.
3. Politici a úradníci väčšinou iba formálne upravujú existujúce dokumenty, ale neriešia skutočné príčiny tohto katastrofálneho stavu. Navyše, pri absencii kontaktu s dennou medicínskou praxou tieto dokumenty často neodrážajú realitu, ba dokonca si mnohé vzájomne protirečia, čo vnáša ďalší chaos nielen do systému ako takého, ale komplikuje prácu i samotným zdravotníkom.
4. Lekári a zdravotnícky personál kritizujú súčasný stav, ale možno niektorým stav „nedostatku a núdze“ celkom vyhovuje. Napriek zdanlivému nedostatku peňazí je veľa vecí, ktoré by sa dali v nemocniciach zmeniť v prospech pacienta – ale nemenia sa. Lekári kombinujú

najmodernejšiu techniku a znalosti 21. storočia s organizáciou práce z 19. storočia.

5. Manažéri nemocníc sa na ne často pozerajú ako na „výrobné linky," na ktorých treba zvyšovať výstupy a znižovať vstupy. Väčšina nemocníc nie je organizovaná v prospech pacienta a personál sa stáva tiež iba nástrojom plnenia hlavného cieľa – vykazovania čo najväčšieho množstva výkonov.
6. Mnohí pacienti rezignovali – niektorí sú ochotní zaplatiť súkromnej klinike doma alebo v zahraničí a tí chudobnejší chodia ďalej pokorne s pozornosťami v igelitových taškách a obálkach.
7. V porovnaní s tým, ako je organizovaná práca v iných oblastiach nášho života, vyzerá zdravotníctvo ako komická karikatúra. Je to však smiech cez slzy, pretože tento systém zbytočne ničí životy ľudí, ktorí do neho platia celkom slušné peniaze. Pasívne čakanie, že niekto zhora zmení nemocnice na efektívne, kvalitné a bezpečné pracoviská so spokojnými zákazníkmi a zamestnancami je pravdepodobne ilúziou.

Prečo a pre koho sme napísali túto knižku?

- Našim hlavným motívom nie je upozorňovať na to, že nemocnice sú choré a pacient je skôr rukojemník ako zákazník – to vieme z médií alebo z vlastnej skúsenosti pravdepodobne všetci. Chceme uviesť veci do pohybu a začať meniť nemocnice, kde sa každý deň plytvá peniazmi, časom, energiou, a pritom sa poškodzuje to najcennejšie – zdravie klientov.
- Nechceme lamentovať nad tým, že máme neschopných úradníkov s lobistami a finančnými skupinami v pozadí, že chýbajú peniaze a máme zlé zákony a predpisy.

Sme presvedčení, že veľa vecí sa dá zmeniť zdola a netreba na ne veľa peňazí. Práve naopak – tieto zmeny môžu priniesť nielen peniaze, ale aj vyššiu spokojnosť pacientov, zamestnancov nemocníc a akcionárov.

- Túto knižku preto adresujeme pacientom, ktorí sa podieľajú na financovaní nemocníc a sú ich hlavnými zákazníkmi. Pacient sa musí začať aktívne podieľať na zlepšovaní tohto stavu, spoločne s manažmentom, lekármi a ostatným personálom.
- Za hlavných aktérov zmien považujeme manažérov nemocníc, kľúčových lekárov, sestry a pomocný personál, ale aj zástupcov akcionárov a poisťovní. Mnohí lekári neveria, že by si mohli ušetriť až 50 % zbytočnej práce, a pritom by zvýšili spokojnosť pacienta a znížili počty nežiadúcich udalostí, fluktuáciu stredného personálu a sestier.
- V tejto publikácii by sme chceli zdôrazniť, že zdravotné

zariadenia sa nedajú riadiť ako stroje s cieľom mechanicky zvyšovať svoju produktivitu. Kľúčové je správne nastavenie parametrov kvality (mnohé nemocnice si systém kvality mylne zamieňajú s normami ISO 9000) a zaistenie bezpečnosti pacienta.

- Radi by sme všetkých zainteresovaných pozvaliku konkrétnym aktivitám. Chceme dosiahnuť, aby v nemocniciach bolo čo najviac pacientov, ktorých diagnostika a liečba budú rýchle, účinné a bez zbytočného plytvania, chýb a negatívnych skúseností.

John Fitzgerald Kennedy kedysi povedal: „Problémy sveta nemôžu vyriešiť skeptici a cynici, ktorých obzory sú obmedzené viditeľnou realitou. Potrebujeme mužov a ženy, ktorí dokážu snívať o veciach, ktoré nikdy neboli."

Kennedy teda sníval o veciach, ktoré nikdy neboli a nakoniec ho zastrelil vrah, ktorého možno objednali práve skeptici a cynici. My to však máme jednoduchšie – stačí nám uchopiť veci, ktoré sú, a o ktorých mnoho ľudí v zdravotníctve nevie a veríme, že pacienti a lekári, ktorým chceme pomôcť, na nás nepošlú najomného vraha.

PROBLÉMY A ICH PRÍČINY

Na problematiku nemocníc je možné nazerať z troch pohľadov: z pohľadu pacienta, personálu a akcionára. Nasledujúci prehľad vychádza zo štatistík, dostupných článkov v médiách, osobných skúseností a rozhovorov s ľuďmi z prostredia slovenského zdravotníctva.

Pacient

Pacient a jeho problémy by mali byť stredobodom záujmu každej nemocnice. Preto jeho pohľadom na nemocnice začneme.

Vo výskume najdôležitejších hodnôt občanov Slovenskej republiky sa na prvom mieste umiestnilo zdravie. [36]

Takmer polovica Slovákov si myslí, že naše zdravotníctvo je neefektívne a zle zorganizované. Vzorku tvorilo 1128 ľudí vo veku nad 18 rokov. „Dôvera obyvateľstva k nášmu zdravotníctvu je nízka – dôveruje mu iba približne 40 % ľudí. Príčinou kritického posudzovania zdravotníctva je najmä negatívne hodnotenie takých stránok jeho fungovania, akými sú: hospodárenie s pridelenými finančnými prostriedkami, efektívnosť či organizácia, systém zdravotníctva a práca našich lekárov“. [36]

Podobný výskum [4] bol realizovaný v roku 2012 aj v Českej republike. Výskumu sa zúčastnilo 1047 respondentov a bol zameraný na spokojnosť so zdravotnou starostlivosťou v Českej republiky a vnímanie vývoja kvality tejto starostlivosti. Podľa výsledkov bolo 41 % respondentov s poskytovanou kvalitou spokojných, 22 % nespokojných a 37 % sa vyjadrilo neutrálne. Čo sa týka hodnotenia vývoja kvality, tak

50 % respondentov je presvedčených o nezmenenej kvalite, 33 % si myslí, že sa zhoršila a zvyšných 15 % deklaruje zlepšenie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Mladí ľudia sú v hodnotení optimistickejší ako starší ľudia, či ľudia s nižšou životnou úrovňou alebo so zlým zdravotným stavom.

Názory a postoje bežného pacienta možno zhrnúť do nasledujúcich bodov:

- pacient vidí, že nemocnice sú neefektívne, je presvedčený o potrebe úplatkov pre dosiahnutie želanej úrovne starostlivosti,
- počas hospitalizácie je pre neho vhodné nakontaktovať svojho známeho lekára alebo právnika, ktorý sa bude priebežne informovať o jeho zdravotnom stave,
- „kultúra“ čakania - musí sa pripraviť na opakované čakanie (čakacie listiny, čakárne, čakanie na výsledky...),
- spravidla je nedostatočne informovaný, preto má potrebu si dané informácie zisťovať a overovať po vlastnej osi,
- je opakovane konfrontovaný s komunikačnými problémami medzi oddeleniami,
- predpokladá možnosť vzniku pochybenia, býva svedkom chýb (zámena liekov, chyby v dokumentácii, neúplné záznamy, opakované výkony...),
- v prípade jeho poškodenia očakáva ťažkopádnosť vymáhania svojho práva,
- prostredie na neho pôsobí negatívne,
- je konfrontovaný s nekvalitnou a nechutnou stravou,

- mnohé pomôcky si musí zabezpečovať sám (batérie do prístrojov, obväzy a pod.),
- pri komunikácii s personálom mu chýba pocit, že jeho problém je stredobodom pozornosti, niekedy u personálu pozoruje absenciu základných návykov (zaklopanie na dvere, pozdravenie, pozitívna komunikácia, úsmev...), dokonca necíti, že je človekom.

Očakávanie pacienta:

- jeho problém bude vyriešený v čo možno najkratšej dobe, najjednoduchším a bezpečným spôsobom, bez zbytočných výkonov, presunov, duplicitnej komunikácie a čakania, bez pochybení, jeho ohrozenia či poškodenia, a to pri minimálnych dodatočných nákladoch a nulovej korupcii,
- predpokladá odborne kvalifikovaný personál,
- počas celého procesu bude profesionálne informovaný, bude vedieť, čo sa s ním deje a bude diať,
- bude mu poskytnutý dostatočný komfort a súkromie,
- bude sa cítiť ako človek.

Zhrňme si to: pacient očakáva, že nemocnica sa bude k nemu správať slušne, eticky a profesionálne tak, ako je na to zvyknutý v iných oblastiach služieb.

Personál

Personál čelí problémom iného charakteru. Jeho názory a postoje možno zhrnúť do nasledujúcich bodov:

- opatrenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky považujú za neefektívne a neprospešné [36],
- nespokojnosť so súčasným systémom zdravotnej starostlivosti [36],
- nedostatočné finančné ohodnotenie [36],
- vysoká administratívna záťaž [36],
- nedostatočná vybavenosť pracovísk [36],
- nedostatočný priestor pre osobný kontakt lekár – pacient [36],
- vysoké množstvo nadčasov [36],
- potreba zlepšenia vzdelávania lekárov [36],
- potreba zlepšenia vzťahov medzi lekármi a ostatným personálom [36],
- potreba zlepšenia kultúry,
- nedostatočné možnosti pre sebarozvoj a odborný rast,
- dlhodobé preťažovanie, a tým rastúce riziko vzniku pochybení - stála hrozba trestného stíhania alebo poškodenia dobrého mena (a to aj v prípade krivého obvinenia).

Zhrňme si to: personál očakáva, že sa bude môcť venovať skutočne práci s pacientom, bez zbytočných problémov a záťaže, a to s adekvátnym ohodnotením.

Akcionári

Akcionári vidia nemocnicu z pohľadu jej biznis stránky. Začnime očakávaným vývojom ekonomiky a jej dopadov na slovenské zdravotníctvo v horizonte 2014-2016. Aktuálna štúdia Stredoeurópskeho inštitútu pre zdravotnú politiku [19] uvádza nasledujúce očakávania:

- podiel verejných zdrojov zdravotníctva (% z HDP) bude v strednodobom horizonte pravdepodobne klesať z 5,6 % na 5,2 % z HDP;
- nárast podielu financovania zo súkromných zdrojov (2 570 mil. Eur z odhadovaných 2 240 mil. Eur v roku 2012);
- očakáva sa väčšie nasmerovanie zdravotných výdavkov v prospech nemocníc hlavne na úkor výdavkov na lieky.

Ak zúžime náš pohľad len na nemocnice, tak sa môžeme oprieť o nasledujúce skutočnosti:

- nemocnice sú väčšinou podkapitalizované a v strate; ak sú štátne, tak zväčša každé tri roky oddlžené [19];
- problémy spojené s preplácaním výkonov poisťovňami;
- nevhodné a zastaralé budovy: typická všeobecná nemocnica má viac ako 40 rokov, veľký pozemok a na ňom roztrúsených približne 30 budov [19];
- nemocnice majú stále príliš veľa nekvalitných lôžok;
- ako jedna z mála krajín Európskej únie stále nemáme zavedený DRG (skupiny súvisiacich diagnóz) systém [19];
- potrebné informácie sú roztrúsené naprieč nemocnicou, informačné systémy nie sú integrované, stále pre-

trváva len papierová dokumentácia;

- len veľmi málo nemocníc sleduje náklady na jednotlivých pacientov, systematicky zbiera, vyhodnocuje kľúčové dáta a na základe nich dané zariadenie skutočne riadi a zlepšuje procesy;
- často úplne chýba funkčný a efektívny spôsob merania spokojnosti pacientov, personálu;
- pretrvávajúcim problémom je migrácia pracovnej sily do zahraničia;
- personál má problém s vnímaním nemocnice, ich oddelení z ekonomického/manažérskeho pohľadu = ako podnik, preto je realizácia mnohých zmien investormi veľmi problematická; investor často nenachádza v nemocnici partnera, s ktorým by svoje zámery mohol realizovať;
- v nemocniciach chýba integrácia jednotlivých častí nemocnice, nedostatočná výmena informácií v rámci a medzi oddeleniami;
- manažment nemocnice čelí vysokej administratívnej záťaži, čo je dôsledkom stále sa meniacej legislatívy, množstva nariadení Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky a formálnych náležitostí spojených s certifikáciou, napr. ISO.

Zhrňme si to: akcionári očakávajú, že nemocnica bude dlhodobo zaujímavou investíciou s potenciálom primeraného dlhodobého rastu.

Je jasné, že každá zo zainteresovaných strán sa na nemocnicu pozerá z iného uhla pohľadu, čelí inému druhu problémov a má aj iné očakávania. Je možné tieto pohľady zosúladiť a nájsť riešenia, ktoré prinesú ovocie pre všetkých zainteresovaných. Je potrebné začať diskusiou nad podnikateľským modelom nemocnice. V tabuľke 1 na strane 16 je zjednodušený príklad takéhoto modelu z pohľadu pacienta. Podobný model by sme však mohli pripraviť aj z pohľadu spoločnosti, poisťovne, zamestnávateľov alebo akcionárov.

Partnerská sieť	Kľúčové procesy a činnosti	Hodnotová ponuka	Vzťahy a komunikácia so zákazníkmi	Zákazníci
■ Poisťovne ■ Zriaďovatelia ■ Dodávatelia ■ Podporovatelia ■ Komunity pacientov ■ Výskumné a vedecké pracoviská ■ Poradenské a expertné centrá ■ Štatistické a analytické centrá	■ Diagnostika ■ Liečba ■ Komunikácia ■ Riadenie ■ Podporné činnosti: logistika, služby.. ■ Financovanie	1. Zdravý život 2. Prevencia 3. Diagnostika 4. Slušná a profesionálna komunikácia 5. Rýchla diagnostika 6. Rýchla a účinná liečba 7. Vysoká kvalita pri nízkych nákladoch 8. Bezpečnosť pacienta 9. Minimalizácia chýb 10. Spokojnosť a dôvera pacienta	■ Vzájomné poznanie a dôvera ■ Informovanosť, internet, sociálne siete, pubikácie ■ Empatia ■ Otvorená a profesionálna komunikácia s pacientom	**Pacienti** - je možná ich segmentácia podľa veku, ochorení, príjmovej skupiny, bydliska... Základnou potrebou všetkých je však: ■ Byť zdravý (životný štýl, prevencia) ■ V prípade ochorenia byť včas a rýchlo diagnostikovaný a vyliečený ■ Mať dôveru k lekárovi a terapii, dobrý pocit (dôvera a spolupráca ako podmienka úspešnej liečby)
Náklady		**Tržby**		

Tabuľka 1: Zjednodušený príklad podnikateľského modelu nemocnice z pohľadu pacienta.

Zdroj: IPA Slovakia Žilina

Súčasnosť a budúcnosť nemocníc

Napriek tomu, že mnohé nemocnice nemajú dostatočne zvládnuté parametre, ktoré môžeme označiť za štandard v súčasnosti, je potrebné vnímať aj smerovanie do budúcnosti, t.j. kam sa chceme dostať, teda ako kvalitatívne posunúť kľúčové prvky svojho podnikateľského modelu. Nechajme sa inšpirovať.

Odtiaľto – Súčasnosť 1/2	Kam - Budúcnosť
Zákazníci Pacienti	Pacienti, rodina, spoločnosť, platcovia poistenia
Komunikácia so zákazníkmi Informácie na internete, osobné konzultácie, nástenky, komunikácia počas liečby	Osobné konzultácie cez internet, semináre o zdraví, časopis, sociálne siete, komunikácia v priebehu liečby
Obsluha zákazníkov Diagnostika a liečba v nemocnici, pacient medzi jednotlivými procesmi a špecialistami, viacpostelové izby	Diagnostika a liečba v nemocnici a doma, samodiagnostika, o pacienta sa stará interdisciplinárny tím na jednom mieste, jednoposteľové izby – niektoré vyšetrenia priamo na izbe
Produkty a služby Diagnostika, liečba, rekonvalescencia	Diagnostika, liečba, rekonvalescencia, zdravý životný štýl, konzultácie, servis pre pacientov a ich rodiny
Hodnota pre zákazníka Vyliečený bez vysokých poplatkov	Zdravý život a prevencia, rýchla diagnostika a navrátenie zdravia, bezpečnosť, dôvera, súkromie, kvalita života v priebehu liečby a po jej skončení, komfort, komunikácia s personálom a rodinou, informovanosť

Odtiaľto – Súčasnosť 2/2	Kam - Budúcnosť
Hodnota pre nemocnicu Platba za výkony	Platba za vyliečenie – kvalita, čas, náklady, image, dôvera a nadšení klienti
Procesy a organizácia Špecializované oddelenia (kliniky) a transport pacienta medzi nimi, čakanie, zbytočné úkony a chyby. Chýba celistvý pohľad na človeka, nízka unifikácia, spájanie akademickej a klinickej práce.	Tímová organizácia, holistická medicína a služby pre pacienta a jeho rodinu, komunikácia, elektronické zdieľanie informácií o liečbe, komunikácia s pacientom prostredníctvom videokonferencie v domácnosti, samodiagnostika, systém plávajúcich lôžok, ošetrovateľský proces je unifikovaný (technologicky, priestorovo aj obsahovo) a autonómny, princíp jeden pacient-jeden lekár (ten je atestovaný a zodpovedá za tímovú prácu a holistický prístup), prísne organizačné oddelenia akútnych a plánovaných prípadov, prísne organizačné oddelenia akademickej a klinickej práce
Zdroje, partneri, znalosti Profesori, asistenti, partnerské organizácie, laboratória, informácie a teórie	Prepojenie špecialistov do kvalifikovaných tímov, zapojenie prírodnej medicíny, moderné komunikačné prostriedky, ľudský prístup a dôvera

Tabuľka 2: Akým smerom by mohli smerovať nemocnice.

Zdroj: IPA Slovakia Žilina

Samostatnou kapitolou je otázka organizačnej kultúry nemocnice, a to najmä vo väzbe na bezpečnosť pacienta.

Typ nemocnice	Patologický	Byrokratický	Nemocnica novej generácie
Štruktrúra	Výkonovo orientovaná	Orientovaná na pravidlá	Orientovaná na pacienta
Kooperácia	Kolega = konkurent	Formálna	Tímová práca
Talent	Likvidácia	Ignorovanie	Podpora
Zodpovednosť (riziko)	Vyhýbanie sa	Obmedzená	Zdieľaná
Novelizácia	Odmietaná	Problémy	Implementovaná
Komplikácie a pochybenia	„Obetný baránok“	Justícia	Skúmanie pričin, systémové opatrenia

Tabuľka 3: Typy kultúr nemocníc podľa Wetruma.

Zdroj: IPA Slovakia Žilina

Patologický a byrokratický model = prostredie nie je bezpečné pre pacienta.

ČO HOVORIA ČÍSLA?

Slovenské štatistiky o chybách v zdravotníctve nie sú také podrobné ako v niektorých iných štátoch. Niekedy možno hovoriť až o ich „upravovaní" či zatajovaní skutočností. Poukazuje na to aj rozhovor s Rastislavom Maďarom [8], v ktorom uvádza, že špičkové zahraničné zdravotnícke zariadenia majú výskyt nemocničných infekcií pri 5 až 8 % hospitalizovaných pacientov. Výsledok štatistického spracovania slovenských dát za rok 2009 potvrdil 0,5 % nozokomiálnych nákaz na celkový počet hospitalizácií. Žeby Slovensko v tomto parametri 10-násobne prevyšovalo renomované zahraničné nemocnice? Fakt, že zo 136 nemocníc na Slovensku až 41 nenahlásilo ani jedinú nozokomiálnu nákazu svedčí skôr o problematickom prístupe mnohých slovenských zdravotníckych zariadení k aspektom kvality než o slovenskej výnimočnosti v boji s nemocničnými infekciami. Je jasné, že vychádzať zo skreslených alebo chýbajúcich štatistík nie je možné. Preto poukážeme na niektoré problémy v zdravotníctve s pomocou zahraničných analýz.

Úmrtia pacientov z dôvodu chýb, ktorým sa dalo predísť

Štát	Počet úmrtí ročne	Zdroj
Bulharsko	7 000	[25]
Holandsko	2 000	[24]
Kanada	9 000 – 24 000	[32]
USA	44 000 – 98 000	[16]
Veľká Británia	11 000	[27]

Tabuľka 4: Prehľad štatistík úmrtí pacientov v dôsledku medicínskej chyby.

Zdroj: IPA Slovakia Žilina

Nasledujúca tabuľka obsahuje prehľad príčin smrti vo vzťahu k zdravotníckym chybám.

Príčiny chýb	Počet úmrtí
Negatívne vedľajšie účinky farmakoterapie	106 000
Infekčné komplikácie	80 000
Chyba počas hospitalizácie ako dôsledok nepotrebného operačného výkonu	12 000
Chybná medikácia	7 000
Ostatné	20 000

Tabuľka 5: Prehľad príčiny smrti v USA za 1 rok.

Zdroj: J. Mercola Doctors are the Third Leading Cause of Death in the US, Causing 250,000 Deaths Every Year"

Z celkového množstva chýb 26 % až 32 % tvoria chyby administratívne, pričom väčšina z nich, vzhľadom na charakter práce, vzniká v radoch zdravotných sestier. [5]

Príčiny a druhy chýb	Podiel
Nedostatočné informácie o lieku (napr. spôsob použitia, dostupné veľkosti balenia)	22 %
Nedostatok informácií o pacientovi (napr. výsledky laboratórnych testov, alergie, súčasná liečba)	14 %
Neštandardný postup	10 %
Opomenutie	9 %
Chyby pri predpisovaní liekov	9 %
Chyby pri identifikácii lieku	7 %
Nedostatočná komunikácia medzi oddeleniami	5 %

Tabuľka 6: Príčiny a druhy chýb

Zdroj: IPA Slovakia Žilina

Príčiny a druhy chýb	Podiel
Chyby pri kontrole balenia lieku (napr. chýbajúca kontrola správnosti lieku)	5 %
Nedostatočné monitorovanie životných funkcií	4 %
Problémy s dodávaním liekov (neúplné, meškajúce, stratené a pod.)	3 %
Chyby pri príprave (numerické chyby)	3 %
Nedostatočná štandardizácia (napr. chýbajúce harmonogramy, štandardizované koncentrácie liekov)	2 %
Ostatné chyby	7 %

Tabuľka 7: Prehľad príčin a druhov chýb.

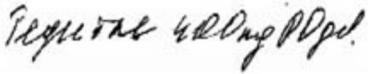
Zdroj: California HealthCare Foundation [2]

Príčina chyby	Možné následky
Nesprávne informácie o pacientovi alebo lieku	Zámena pacientov alebo liekov, operácia na opačnej strane tela
Nesprávna komunikácia medzi lekármi, sestrami a farmaceutmi	Spôsobuje viac ako 60 % prípadov mimoriadnych udalostí
Podobne vyzerajúce balenie alebo označenie dvoch rôznych liečiv (tzv. Look-alike/sound-alike problém)	Podanie nesprávneho lieku pacientovi (viď nasledujúce obrázky)
Mnohé miesta uloženia, nevhodný spôsob uskladnenia a chyby pri jeho distribúcii	Duplicitné podanie liekov pacientovi a jeho predávkovanie
Nevhodný výber, použitie alebo monitorovanie procesu kontinuálnej infúznej aplikácie lieku	Ohrozenie pacienta: predávkovanie pacienta
Faktory prostredia (nedostatočné osvetlenie, preplnené pracovné prostredie, prudký nárast počtu pacientov, denná doba alebo deň v týždni, vyrušovanie počas prípravy liekov alebo dokumentácie a únava personálu)	Vznik zbytočných chýb rôzneho typu: chyby z nepozornosti, zámena dokumentov, nedostatočná alebo chybná diagnostika z dôvodu časového tlaku

Tabuľka 8: Kľúčové prvky majúce najväčší vplyv na vznik chýb vo vzťahu k liekom.

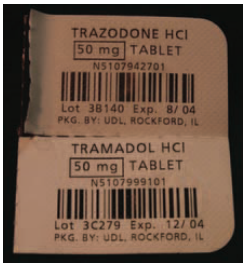
Zdroj: Institute for Safe Medication Practices [5]

Azda samostatná kapitola, ktorá sa týka komunikácie v rámci personálu, je problematika chýb v lekárskych receptoch. Štúdia analyzovala 36 200 lekárskych predpisov. Z ich celkového počtu boli v 1,5 % nájdené chyby v predpise lieku, z ktorých 25 % predstavovalo vážne riziko. V týchto prípadoch vážneho rizika 58 % prípadov vzniklo pri rozhodovaní lekára a 42 % pri vypisovaní lekárskeho predpisu [22].



Obrázok 1: Dokážete prečítať tento predpis? Tegretol alebo Tequin? Oba majú 400 mg silu.

Zdroj: Institute for safe medication practices - Medication safety alert - 2003



Obrázok 2: Takmer identické označenie. Rozdiely je vidieť pri bližšom pohľade. Trazodone 50 mg je na liečbu depresie, Tramadol 50 mg je na tíšenie bolesti.

Zdroj: Berntsen - The Patient's Guide to Preventing Medical Errors - 2004

Obrázok 3: Duricef (antibiotikum) a Carbatrol (silný liek pre záchvatové poruchy).

Zdroj: Berntsen - The Patient's Guide to Preventing Medical Errors - 2004.

Až 18 % hospitalizovaných pacientov je v nemocnici poškodených, čo pre 2,4 % z nich znamená smrť, resp. prispenie k nej, t.j. 155 000 mŕtvych [10].

Spojené štáty americké stáli medicínske chyby v roku 2008 približne 17,1 mld. USD [6].

Žiaľ na Slovensku sú takéto informácie nezistiteľné. Môžeme však predpokladať, že sa bude jednať o čiastky rádovo v miliónoch eur. Na základe uvedených skutočností z iných štátov možno konštatovať, že mnohé problémy majú univerzálny charakter a vyskytujú sa naprieč rôznymi typmi zdravotníckych zariadení v rámci celého sveta. Slovenská republika a ani Česká republika nebudú výnimkou.

Situácia na Slovensku

Pre pochybenia zdravotníkov zomrelo v roku 2010 u nás 87 ľudí [28]. Za roky 2007 až 2010 umrelo v nemocniciach spolu 220 ľudí z dôvodu nedostatočnej zdravotnej starostlivosti. Medziročne narastá počet podaných sťažností. Ale späť k výstupom Slovenskej lekárskej komory. Úrad zistil, že zdravotná starostlivosť, ktorá nebola poskytnutá dostatočne, tvorí 30 až 35 %. „Celkový počet podaných sťažností od občanov, ktoré prišli na úrad v roku 2010, bol 1016. Z toho 245 bolo opodstatnených. Osemdesiatsedem z nich súviselo so smrťou pacienta, a nie vo všetkých prípadoch došlo k úmrtiu pacienta pre pochybenie nemocníc či personálu. To, že boli sťažnosti príbuzných na úmrtie ich rodinného príslušníka vyhodnotené ako opodstatnené, znamená, že niektorý zo zdravotníkov, starajúci sa o pacienta, neurobil všetko, čo mal. To však neznamená, že keby tak urobil, k úmrtiu by nedošlo".

Peter Bandura [14], národný koordinátor projektu Bezpečnosť pacientov Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, komentuje výsledky slovenského prieskumu: „Pobyt v slovenskej nemocnici je porovnateľný s pobytom v inej nemocnici v rámci Európskej únie. V spolupráci so Svetovou zdravotníckou organizáciou sme robili v roku 2011 prieskum, ako by takáto štatistika vyšla v slovenských nemocniciach. Vyšlo nám, že výskyt nežiadúcich udalostí v nemocniciach bol asi 14 %. Neskôr sme robili ešte jeden prieskum, v ktorom sa čísla znížili na 12 %. Znamená to, že zhruba každý desiaty pacient počas pobytu v nemocnici zažije nejakú nežiadúcu udalosť".

Podrobnejšie informácie nájdete v článku: Bendura, P.: *Report on the record review of current inpatients in Slovakia according to the WHO methodology.*

Zo slovenského prieskumu tiež vyplynulo, že viac než 72 % nežiadúcich udalostí sa pritom dalo predísť.

Hlavnými príčinami boli:

- nozokomiálne infekcie,
- pády,
- problémy s podávaním liekov.

A čo otázka nákladov týchto chýb? V roku 2011 zaplatili nemocnice takmer 70 pokút - spolu vo výške 180 tis. Eur Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou za chyby pri liečení pacientov. Podstatne vyšších súm sa môžu domáhať pacienti, ak zažalujú nemocnicu za pochybenie pri liečení na súde. [15] V roku 2012 prijal úrad až 1647 podnetov týkajúcich sa poskytovania zdravotnej starostlivosti, ďalších 289 nedoriešených preniesol z predchádzajúceho roka. Z týchto 1936 podaných sťažností bolo do 31. decembra 2013 ukončených 85 %. Časť z nich neriešil samotný úrad, ale podstúpil ich samosprávnym krajom, vedeniu nemocníc či ministerstvu zdravotníctva, prípadne zdravotným poisťovniam. [33]

POHĽADY A SKÚSENOSTI

Tehotná žena sa pýta lekára na pohlavie svojho budúceho dieťatka a on od nej požaduje poplatok za nadštandardnú službu. Pacient s podozrením na zhubný nádor sa chce dostať na špeciálne vyšetrenie – buď si počká niekoľko mesiacov, alebo zaplatí. Mladý otec rodiny skončí na invalidnom dôchodku, pretože poisťovňa odmietla zaplatiť jeho liečbu. Pacientka zomrela na podanie nesprávnej krvnej konzervy, chlapec v nemocnici zomrel na nesprávny spôsob liečby.

Dvojročné dievčatko, ktoré malo dlhodobé problémy s obličkami, priviezli rodičia do nemocnice s vysokými teplotami s nádejou, že mu tam pomôžu. Namiesto toho o svoju dcéru navždy prišli. Lekári totiž stanovili zlú diagnózu, dievčatko po niekoľkých dňoch zomrelo na hnisavý zápal obličiek a otravu krvi. [13]

Podcenenie diagnostiky a liečby závažnej komplikácie akútneho respiračného infarktu 3-ročného dieťaťa viedlo k dlhodobým následkom: malnutrícii a deformite hrudníka. To z dôvodu, že hoci klinický obraz a laboratórne výsledky naznačovali, že jeho stav si vyžaduje odoslanie na röntgen hrudníka, okamžitú hospitalizáciu a cielenú intrevenóznu antibiotickú liečbu. Bolo odoslané však až 4 dni od obdržania röntgenovej snímky, ktorú priniesli rodičia až 8. deň od začatia ťažkostí dieťaťa. [31]

15-ročnej Eve zlým diagnostikovaním choroby poškodili srdce. Pochybenie nemocnice už potvrdil aj Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Eva mala príznaky Kawasakiho choroby, lekári túto diagnózu však u nej neodhalili.

Eve zachránili život v bratislavskom kardiocentre, kam sa dostala až o tri mesiace, a to v kritickom stave. Nesprávne boli nielen diagnóza a liečba, ale aj vedenie zdravotnej dokumentácie," konštatovala hovorkyňa úradu Soňa Valášiková. [21]

Po páde z motorky bola pacientovi na základe röntgenovej snímky stanovená diagnóza pomliaždenia pravého bedra. Pri kontrole o 5 dní bolo opäť odporúčané užívanie analgetík a chôdza za pomoci barlí. Ďalšie 4 mesiace pacient navštevoval rehabilitačné pracovisko. Keďže jeho stav sa stále nezlepšil, rozhodol sa navštíviť súkromnú ambulanciu. Kontrolná röntgenová snímka preukázala zlomeninu krčka stehennej kosti. Pri neskoršom šetrení bolo zistené, že zlomenina na prvej röntgenovej snímke nebola lekárom poznaná, aj keď je na snímke zreteľná. Záver dohľadu konštatoval, že pacientovi nebola stanovená správna diagnóza a nebola naordinovaná správna liečba. Čo malo za následok predĺženie jeho práceneschopnosti až na jeden rok. [31]

60-ročný pacient utrpel domáci úraz, zachytilo mu palec ľavej ruky do vŕtačky. Pacient priniesol palec so sebou do chirurgickej ambulancie. Tam však bolo rozhodnuté o prevoze na vyššie klinické pracovisko. Prevoz trval 1 hod a 25 min a keďže nebola správne zabezpečená tzv. studená ischémia implantátu, ktorá predpokladá teplotu +4 °C, došlo k zmrznutiu implantátu počas transportu. Replantácia už nebola možná. Neskôr boli zistené aj nedostatky vo vedení zdravotnej dokumentácie. [31]

Po napadnutí pacienta medveďom bol pacient dopravený bratom na lekársku službu prvej pomoci. Pacient musel čakať na ošetrenie lekárom, ktorý ho však nevyšetril, nezme-

ral mu tlak krvi, len odobral anamnézu a odporučil ho na chirurgickú ambulanciu. Pacient namietal, že lekár bol pod vplyvom alkoholu. Na chirurgickej ambulancii bolo zistené, že pacient utrpel len povrchové zranenia. Keďže na lekárskej službe prvej pomoci nebolo vykonané objektívne vyšetrenie pacienta, lekár tým riskoval možné nepoznané závažné poranenia vnútorných orgánov pri útoku veľkej šelmy. [31]

Na ústavnú pohotovostnú službu poskytovateľa prišla 81-ročná pacientka po gynekologickej operácii. Pacientka nebola schopná postaviť sa na nohu, pretože ju mala zapálenú. Lekár ju neprijal na hospitalizáciu, nezobral do úvahy anamnestický údaj o vykonanom operačnom zákroku, čo bolo zreteľne uvedené v zázname. Jej zdravotný stav nekonzultoval s gynekológom. Na druhý deň musela byť pa-cientka pre zhoršený stav prijatá a o 11 dní na následky pooperačného zápalu v malej panve zomrela. [30]

Obrázok 4: Urgentný príjem Fakultná nemocnica Žilina (25.3.2013) – niektorí pacienti čakali 7 hodín.

Zdroj: http://tvnoviny.sk/sekcia/domace/archiv/neuveritelne- ludia-cakali-na-urgentnom-prijme-hodiny-pomoc-neprichadzala.html

Kamaráta nedávno pochovali – neurológ mu liečil metastázy v chrbtici obstrekmi.

V podniku sa sleduje celková efektívnosť zariadenia a manažéri sa snažia dosiahnuť hodnotu vyššiu ako 85%. V nemocnici sú často drahé prístroje o druhej popoludní vypnuté a pacienti čakajú mesiace v poradovníku na dôležité vyšetrenia. [17]

Známa celý život chodila do slovenskej nemocnice, avšak z rakúskej nemocnice prišla nadšená. Dôvod jej spokojnosti nebol ani tak v samotnom lekárskom výkone, ten by pravdepodobne rovnako urobili aj slovenskí lekári. Bola nadšená z niečoho iného – všade, kde prišla, ju obslúžili presne v dohodnutom čase, podrobne jej vysvetlili, čo budú robiť a podľa plánu aj postupovali. Správali sa k nej slušne, s úsmevom a úctou ako k dôležitému zákazníkovi. [17]

Otec priateľky zomrel po komplikáciách, ktoré spôsobila nedostatočná starostlivosť sestier v nemocnici – vlhké prostredie, preležaniny a infekcia. Môj zomierajúci príbuzný, lekár s nádorom na mozgu, ležal v renomovanej bratislavskej nemocnici a písal listy svojej manželke. V jednom z nich stojí: „Stredný a pomocný personál je nezriadene hlučný, ohľady na pacientov sa neberú žiadne a sú tu aj pacienti po operácii. Na obed sme mali kurča na otlčenej, nie moc čistej miske, studené nedovarené zemiaky, a porcia tak pre pol človeka. Najviac ma na tom trápi ako to pohodia na posteľ. Myslím, že ty aj nášmu psovi dávaš jesť v čistej miske s milým úsmevom a pohladením."

Náš príbuzný našiel úľavu až v Onkologickom ústave sv. Alžbety. Hodnotil ho ako azyl pokoja a viery, s chápajúcim a profesionálnym personálom, a to aj napriek množstvu ťaž-

kých pacientov a stiesnených priestorov.

Docent Maďar na prednáške spomínal prípad dievčatka, ktoré prijali s nebezpečne zvýšenou hladinou cukru do jednej zo slovenských nemocníc. „Jej matka je zdravotníčka, a hoci tam bola s ňou, nedokázala zabrániť, aby jej lekár zavádzal kanylu bez rukavíc napriek tomu, že videla, ako predtým pracoval na počítači a nedezinfikoval si ruky. Dievčatko dostalo pseudomonádovú sepsu, bacily sa nachádzali na miestach všetkých štyroch vpichov. Dieťa, našťastie, prežilo, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou potvrdil, že nemocnica chybu neurobila. Hodnotil totiž iba správnosť liečby získanej infekcie. To, že dievčatko ju dostalo v zdravotníckom zariadení pravdepodobným zanedbaním starostlivosti, už úrad neposudzoval." [8]

Obrázok 5: Aj takéto prejavy „propacientskej" orientácie je možné nájsť v jednej slovenskej NsP.

Ján Košturiak popisuje svoj pobyt v nemocnici takto: Layout nemocnice zodpovedá dávnym dobám – typické centralizované útvary, medzi ktorými sa prevážajú (a čakajú) pacienti. Celá nemocnica pôsobí ako dopravno – špedičná firma, iba s tým rozdielom, že tu chýba systém. Príklad môjho predoperačného vyšetrenia – čas pridanej hodnoty 15 minút, celkový priebežný čas 220 minút, index pridanej hodnoty 0,068, vzdialenosť 250 metrov, tri procesné chyby. [18]

Medicína ako humanitno/vedecký odbor v priebehu ostatných 20 rokov zaznamenala nebývalý boom v oblasti nových technológií, objavovania nových diagnosticko - terapeutických a rehabilitačných postupov, vývoja nových liekov atď., čoho výsledkom bola eufória do značnej miery blížiaca sa tzv. božskému komplexu. Lenže zároveň s touto eufóriou sa začal v plnej nahote odhaľovať iný problém – ani tie technologicky a personálne najlepšie vybavené nemocnice nie sú pre pacienta bezpečným miestom, ktoré môže zaručiť, že pacient v tomto zariadení znovu nadobudne stratené zdravie. Toto tušenie problému vyvrcholilo v roku 1999, kedy americký Institute od Medicine v publikácii „To Err Is Human" priniesol alarmujúce číslo len o málo nižšie než 100 tisíc, ktoré reprezentovalo počet pacientov, ktorí zomreli prevažne v dôsledku poskytnutej zdravotnej starostlivosti než v dôsledku choroby samotnej. Toto obdobie preto možno považovať za míľnik, ktorý odštartoval pohľad na medicínu nielen ako na spoločenský odbor navracajúci ľuďom zdravie, ako aj na odbor, ktorý zahľadením sa do seba stratil značnú mieru sebareflexie. Pritom záležitosti spojené s bezpečnosťou a komfortom pacienta, ktorý bol navyše i zdrojom nenahraditeľných informácií, sa odsúvali kamsi do úzadia. Ako zvykol hovorievať bývalý riaditeľ ame-

rického Institute for healthcare improvement prof. Donald Berwick: „Na svoju prácu už nestačíme. Aspoň nie sami". Prečo? Práve pre komplexnosť medicíny a atomizovanosť profesie na množstvo subodborníkov. Na tom by nebolo nič zlé, keby to nebol celosvetový problém. Chýba mechanizmus, ktorý by v prospech pacienta to množstvo zásahov, ktorými sa na ňom podpíše každý špecialista, racionálne koordinoval. Aj preto sa lekárska profesia vyznačuje takou špecifickou rizikovosťou, ktorá je badateľná už pri minimálnom pochybení alebo malej nepozornosti, keďže aj pri jednoduchých diagnózach môže prísť zbytočne k úmrtiu človeka. Lekár často nebýva dokonale informovaný o zásahoch, ktoré urobil jeho kolega, ale niekedy dokonca možno povedať, že ich ignoruje so zdôvodnením, že to nie je jeho starosť a nebude mu zasahovať do jeho ordinácie. Každý človek pri svojej práci robí chyby. Je len otázkou, akým spôsobom nastaviť systém tak, aby k týmto chybám dochádzalo čo najmenej. Ako pacientovi pomôcť a zároveň neublížiť.

„Veď presne podľa predpisu: 1 polievkovú lyžicu 300 krát denne."

PROJEKT ZLEPŠENIA ZDRAVOTNÍCKYCH PROCESOV

Zlou správou je, že uvedené informácie sú len vrcholom ľadovca. Dobrou správou je, že optimálne fungovanie nemocníc a spokojnosť pacientov je možné dosiahnuť aj bez veľkých investícii a očakávaní zázračných receptov z vedenia rezortu alebo Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

K tomu sú potrebné nasledujúce predpoklady:

1. Spoločné presvedčenie manažmentu nemocnice a kľúčových lekárov a ich spolupracovníkov, že súčasný stav nie je dobrý a treba ho zlepšiť. K tomuto poznaniu je možné urobiť rýchlu analýzu fungovania nemocnice z pohľadu pacienta, ktorá ukáže obrovské stratové časy pacientov aj personálu, zložité toky a zlý prenos informácií, nevhodnú komunikáciu a spoluprácu s pacientom a medzi personálom, nedostatočné využitie kľúčových zariadení, dlhé čakacie termíny, chyby v procesoch a pod.
2. Prekonanie pýchy, ješitnosti a falošného presvedčenia, že zdravotníctvo je špecifické a postupy, ktoré sa osvedčili pri eliminácii chýb, rizika a plytvania, ktoré sa používajú napríklad v leteckom alebo v automobilovom priemysle, sú v nemocnici nepoužiteľné.
3. Zbaviť sa pre nemocnice v našom stredoeurópskom priestore tak typického rysu, že najlepší pacient je ten, ktorý leží na inom oddelení. Kľúčová je ochota multidisciplinárne spolupracovať už pri prjme pacienta, hlavne pokiaľ ide o urgentný príjem a umiestniť ho na oddelenie, kde mu môžu čo najrýchlejšie a najucelenejšie po-

môcť, a nie bojovať o to, aby bol pacient prijatý radšej na iné oddelenie než na to najvhodnejšie.

4. Ochota prekonať vlastnú špecializáciu a pohľady na svet a schopnosť spolupracovať vo viacprofesnom tíme manažérov, lekárov, sestričiek, ďalšieho personálu, pacientov a externých spolupracovníkov.
5. Vytvorenie akčného tímu, ktorý bude ochotný spoločne analyzovať príčiny tohto stavu, na ktoré má vplyv, definuje budúci stav a navrhne postup riešenia.
6. Séria workshopov a projekty, ktoré dosiahnu požadovaný stav. V prípade nedostatočných skúseností je možné prizvať externých spolupracovníkov, ktorí majú praktické skúsenosti s potrebnými metódami a postupmi.

Ako je teda možné nemocnicu liečiť? Podobne ako pacienta, vykonaním nasledujúcich krokov:

1. **Motivácia:** uvedomenie si vážnosti stavu – nespokojní pacienti, zamestnanci a akcionári – diskusie, workshopy, analýza dostupných dokumentov (existujúce popisy procesov, organizačná štruktúra, výkazy a pod.), popis skutočného stavu – 1 mesiac.
2. **Komplexné vyšetrenie:** definovanie skutočných problémov (nie lamentovanie nad nedostatkom peňazí) a ich príčin – detailné analýzy a analýza priamo na oddeleniach, výber zásadných problémov – 1 mesiac.
3. **Diagnóza:** testy, analýzy, workshopy a definovanie priorít a postupu liečby – príprava projektov na zlepšenie komunikácie a spolupráce, odstránenie plytvania a zvýšenie výkonnosti, kvality a bezpečnosti pacienta atď. – 1 mesiac.

4. **Terapia:** zlepšenie cash flow, zvýšenie výkonnosti, zvýšenie spokojnosti, excelencia – 12 mesiacov.

Projekty sú zamerané obyčajne do nasledujúcich oblastí:

- kvalita a chybuvzdornosť procesu, štandardizácia a vizualizácia,
- komunikácia a spolupráca s pacientom,
- tímová spolupráca personálu,
- logistika a procesné riadenie,
- organizácia pracoviska a každodenné zlepšovanie,
- zachytávanie chýb, prevencia a zvyšovanie bezpečnosti a spokojnosti pacienta,
- riadenie úzkych miest a eliminácia plytvania.

Rámcový postup takéhoto projektu môže byť napríklad takýto:

1. Úvodný strategický workshop, definovanie kľúčových obmedzení a problémov, definovanie cieľov, postupu, kontrolných bodov a organizácie projektu.
2. Vytvorenie pilotného projektového tímu, definovanie pravidiel, tréning členov ohľadom základov štíhleho riadenia (ak je potrebné).
3. Analýza potenciálov priamo na danom oddelení, analýza dostupných dát, tvorba mapy toku hodnôt v kľúčových procesoch – analýza súčasného stavu, identifikácia problémov a potenciálu pre zlepšenie (interview s vybranými zamestnancami, ideálne aj pacientmi), definovanie budúceho stavu, generovanie nápadov pre riešenie,

prezentácia ukážok riešení z iných organizácií pre inšpiráciu tímu, výber (zohľadňujúc vplyvy a dopady na celý proces, zdroje a náklady), bližšia špecifikácia vhodných riešení, prioritizácia krokov, definovanie akčného plánu vykonania potrebných krokov - definovanie úloh, termínov a zodpovedností.

4. Optimalizácia a vyhodnotenie kľúčových procesov, kontrola plnenia termínov a úloh, preukázanie výsledkov pilotného projektu, práca na štandardizácii a udržaní nového stavu, presvedčenie a získanie ľudí, tréningy a príprava prechodu na procesnú organizáciu.
5. Projekt prechodu na procesnú organizáciu, parametre procesov, systém vizualizácie, vytvorenie a zavedenie chybuvzdorných systémov, informačný systém, logistika a infraštruktúra, motivačný systém.
6. Implementácia procesnej organizácie, budovanie procesných tímov.
7. Zavedenie a rozvoj systému neustáleho zlepšovania procesov, procesné a tímové audity, systém budovania výkonnosti procesov a spokojnosti zákazníka.

Typické prínosy zlepšenia zdravotníckych procesov s využitím týchto metód v zdravotníckych zariadeniach sú:

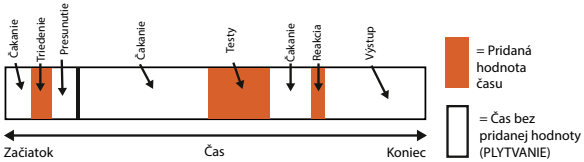
- redukcia procesných krokov a odstránenie zbytočných rozhraní medzi procesmi o 26 - 77 %,
- skrátenie času procesu o 57 – 70 %,
- skrátenie pobytu v nemocnici o 70 – 97 %,
- zvýšenie dostupnosti zariadení na liečbu rakoviny o 25 – 40 %,

- zlepšenie dostupnosti úzkych miest, operačných sál a špeciálnych prístrojov o 25 – 40 %,
- redukcia dokumentácie o 20 - 60 %,
- skrátenie vzdialeností na prepravu, zlepšenie logistiky o 70 – 85 %,
- redukcia nákladov na chyby v procese o 40 – 60 %. [17]

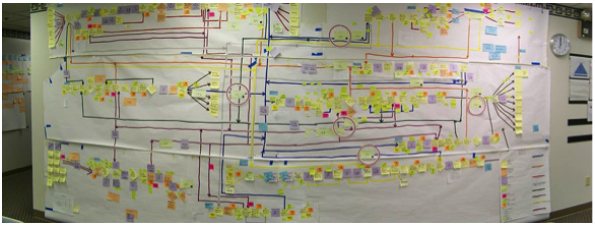
Hoci tieto čísla môžu pôsobiť buď zázračne, alebo ako vymyslené, sú to výsledky, ktoré boli namerané v reálnych podmienkach. O týchto výsledkoch totiž reportujú nielen periodiká zaoberajúce sa procesným inžinierstvom, ku ktorým sa lekár dostane len zriedka. Týmito výsledkami sa pracoviská chvália i v renomovaných medicínskych časopisoch a aj keď tituly článkov nie sú pre vysokošpecializovaných lekárov príliš príťažlivé. Rozhodne by mali byť vyhľadávané nielen najvyšším, ale aj stredným manažmentom, nakoľko sú často zdrojom inšpirácie, lebo mnohé zlepšenia prichádzajú práve z tých nižších vrstiev zdravotníckej hierarchie.

Pomer medzi nákladmi a vyčísliteľnými prínosmi na projekt zlepšenia zdravotníckych procesov sa obyčajne pohybuje v pomere 5:10 až 1:10. Zníženie rizika pacienta stanovením nesprávnej diagnózy alebo terapie, zvýšenie spokojnosti pacienta a skvalitnenie jeho liečby sú však najväčšími prínosmi, ktoré sa niekedy finančne vyčísľujú ťažko.

UKÁŽKY POUŽÍVANÝCH METÓD

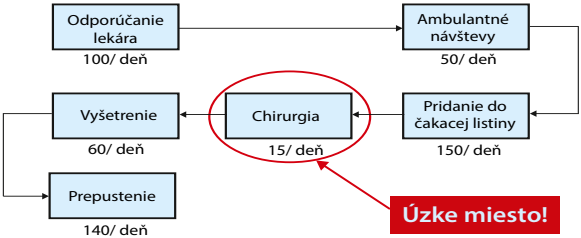


Obrázok 6: Typická priebežná doba pacienta v nemocnici. Znázorňuje priebeh času, kde zachytáva úseky, kedy pacientovi je pridávaná hodnota (vyšetrenie, operačný zákrok a pod.) a časové úseky nepridávania hodnoty = plytvanie (čakanie, chôdza a presuny medzi oddeleniami, zbytočné úkony a pod.). Takáto analýza nám dáva jasnú predstavu o štruktúre času pacienta, a tým ukáže, kde je najväčší potenciál na zjednodušenie a zlepšenie daného procesu.

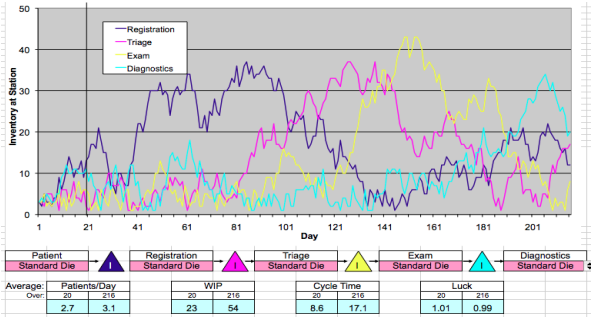


Obrázok 7: Komplexnejšia je mapa toku hodnôt, ktorá umožňuje relatívne rýchlo získať predstavu o súčasných procesoch, ich obmedzeniach a na základe toho všetkého sa potom vytvorí návrh nového stavu. Mapa sa robí priamo s ľuďmi, ktorí daný proces veľmi dobre poznajú a sami dokážu určiť, ako daný proces prebieha. Často prídu sami s množstvom cenných podnetov na zlepšenie.

Zdroj: Toussaint - The promise of lean in health care – 2013

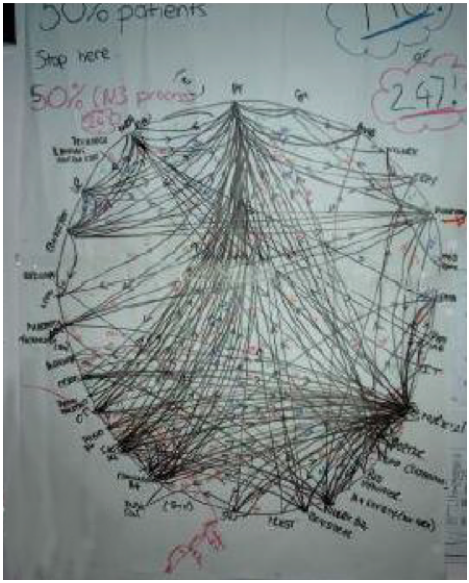


Obrázok 8: Analýza úzkych miest ukáže, ktoré časti procesu sú problematické a limitujú maximálny výkon procesu ako celku („prietoku" pacientov za jeden deň), a tým ho tak celý predražujú.



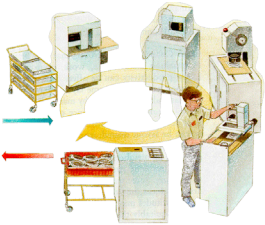
Obrázok 9: Pre získanie lepšej predstavy, ako sa nemocnica alebo jej časti správajú, je možné siahnuť po využití počítačovej simulácie. Jej výhodou je práve možnosť testovania rôznych scenárov, kritických situácií pre rôzne varianty riešenia. Vytvorenie simulácie je rádovo lacnejšie ako prevádzka zle navrhnutého oddelenia v budúcnosti.

Zdroj: McManus – Lean Healthcare – March 2012 – © LAI EdNet

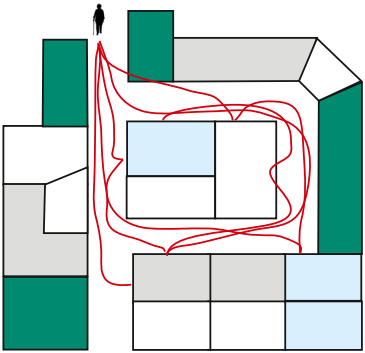


Obrázok 10: Ukážka reálnej komunikácie v rámci personálu počas 79-dňového pobytu pacienta v nemocnici.

Zdroj: Improve Consulting and Training Group – LLC - 2010.



Obrázok 11: Ukážka návrhu pracoviska laboratória. Priblížením zariadení bližšie k sebe sa zníži čas manipulácie vzoriek a zároveň jeden pracovník môže naraz obsluhovať viac zariadení. Vďaka princípu spracovávania naraz jednej vzorky na jednom stroji sa eliminuje riziko ich zámeny či inej chybe.



Obrázok 12: Ukážka zbytočného pohybu pacientov v rámci nemocnice (tzv. špagetový diagram). Nevhodné usporiadanie oddelení má za následok zbytočnú chôdzu a transporty (pacientov, informácií, materiálu) na dlhé vzdialenosti.

Obrázok 13: Simulácia navrhovaného riešenia oddelenia nemocnice. Aj takýmto spôsobom je možné otestovať navrhované riešenie. Umožňuje fyzicky vyskúšať rôzne situácie, ktoré bežne na oddelení nastávajú.

Zdroj: Seattle DJC.com local business news and data

Obrázok 14: Ukážka stavu pred a po zavedení lepšieho systému v sklade s liekmi. Odstránenie nepotrebného, určenie miesta pre každú položku a stále udržovanie čistoty a poriadku má za dôsledok lepší prehľad o tom, čo máme, čo chýba, výrazne urýchli hľadanie, zamedzí zámene a ušetrí plochu.

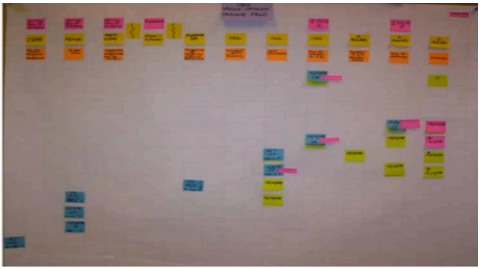
Zdroj: McManus – Lean Healthcare – March 2012 – © LAI EdNet

Obrázok 15: Ukážka stavu pred a po zavedení lepšej organizácie na pracovisku sestier, čo umožnilo skrátenie časov hľadania, znížilo riziko vzniku chyby a zrýchlilo prácu sestier.

Zdroj: Healthcare performance partners – Nursing work station team eliminates

Obrázok 16: Ukážka vizualizačnej tabule, uľahčujúcej zdieľanie dôležitých informácií medzi personálom. Mnohé údaje sú zapisované len fixkou priamo na mieste do predtlačených formulárov.

Zdroj: McManus – Lean Healthcare – March 2012 – © LAI EdNet



Obrázok 17: Ukážka vizualizačnej tabule „toku pacientov“ v rámci jednotlivých procesov v nemocnici. Tabuľa umožňuje ihneď získať predstavu o tom, koľko a ktorí pacienti sa nachádzajú v jednotlivých fázach liečby a tiež identifikovať problémy v prípade „spomalenia toku“, t.j. zbytočne nepredlžovať dĺžku hospitalizácie pacienta.

Zdroj: John Toussaint – Lean summit 2009

Obrázok 18: Zaslepenie tlačidiel, ktorých sa „netreba chytať“ a napísanie dôležitých hodnôt. Aj takýmto jednoduchým zlepšením je možné predísť vzniku chyby a zároveň skrátiť čas prestavovania zariadenia.

Zdroj: MMPP - wikispaces.com – 2007

Obrázok 19: Samolepiace štítky na označenie častí infúzie (1, 2, 3), a tým zamedzenie vzniku chyby.

Zdroj: MMPP - wikispaces.com – 2007

Záver

Táto knižka nie je vedecká práca ani návod na ozdravenie zdravotníctva, ktoré je choré ako celok. Práve dnes som bol na preventívnom vyšetrení a videl som schátranú a rozkradnutú nemocnicu, v ktorej kedysi dávno robil môj otec riaditeľa. V tých časoch patrila ku špičke v Československu a môj otec písal o nej články do časopisu Praktický lékař. Dnes patrí táto nemocnica k najhorším na Slovensku. V areáli bije do očí rozdiel medzi „štátnym" a „súkromným". To prvé chátra a to druhé, zdá sa, prosperuje. Na každom rohu je nejaká lekáreň, predajňa alebo bufet, ale zarába na nej niekto iný ako nemocnica, ktorá iba prenajala plochu. V ambulancii praktických lekárov pracujú dôchodcovia, pretože chýba dorast, pacient behá po celej nemocnici zbierať povolenia špecialistov na rôzne testy a vyšetrenia. Keď ma pred časom pripravovali na operáciu zlomeniny po páde z bicykla, užil som si to tiež. Na lavičke pri mne, vo vyše 30 stupňovej horúčave čakala hodiny vyše 80-ročná pani po mozgovej príhode. Nakoniec jej urobili EKG a ďalšie vyšetrenie a potom som prišiel na rad ja. Telefonát z oddelenia, kde liečili starú pani oznamoval, že nejaké vyšetrenie zabudli urobiť. „Nech tú pani pošlú späť, majú sa naučiť poriadne písať," bola reakcia lekárky. Dúfam, že pani prežila. Následne som čakal na röntgen – tiež dobrá „firma." Po dlhej chodbe behal nejaký zúfalec s vozíkom a klopal na dvere. Nikto neotváral, a tak dlho blúdil po chodbe a čakal na vyšetrenie. Keď som sa lepšie prizrel na vozík, bol to inkubátor a v ňom novorodenec. Dúfam, že prežil. Poznám veľa prípadov zo svojho okolia, ktorí neprežili. Kamarátova manželka s krvácaním do mozgu zomrela na oddelení bez vyšetrenia, môjmu priateľovi dával neurológ obstreky na bolesti chrbtice a tam mal metastázy. Ako v ho-

rorovom filme. Utrápení a zúfalí pacienti blúdia po chodbách, plných zákazov a príkazov a nikto s nimi poriadne nekomunikuje. Vizita na oddelení niekedy pripomína vojenskú prehliadku, ale pacient sa aj tak nedozvie, čo mu presne je a čo s ním zamýšľajú. Na rehabilitáciách som si pripadal ako v obrovskom labyrinte – rôzne čísla miestností, kde som si mal skoordinovať schôdzky a cvičenia. Keď som prišiel do jednej z nich, tak ma posadili na stoličku a spýtali sa ma: „Kam Vám to máme dať?" Nevedel som, čo majú na mysli, ale vysvetlili mi, že magnet. Nevedel som na čo to je, ale naznačili mi, že nemám zdržiavať. Priložili mi to na rameno, zapli budík na desať minút a zaznamenali body za „výkon." Neviem ani, či to mali zapnuté v zástrčke, ale to je jedno – aj tak neviem, na čo to vlastne bolo. Bol som však na tom lepšie ako môj sused. Ten si poškodil šľachy na ruke, nemohol hýbať prstami a cvičenie na rehabilitácii mu naplánovali až o niekoľko mesiacov. Nakoniec našli riešenie – vraj keď zaplatí, kapacita sa nájde.

Nekritizujem, iba píšem vlastné skúsenosti a je mi z toho smutno. Chápem aj to, že mnohí pacienti sú precitlivení, otravní, niektorí by najradšej lekárovi nadiktovali, aké lieky im má predpísať. Chápem aj lekárov a sestričky, ktorí majú extrémne ťažkú prácu, často bez dostatočného oddychu a ocenenia. Rozumiem aj tomu, že vývoj nových liekov a prístrojov pre zdravotníctvo stojí veľa peňazí a ľudia sa vďaka tomu dožívajú oveľa vyššieho veku a kvality života ako v minulosti. Nerozumiem však tomu, prečo sa spotrebováva na Slovensku toľko zbytočných liekov, prečo pacienti absolvujú množstvo nepotrebných vyšetrení, prečo sa nekonečne čaká na vyšetrenia a prístroje, ktoré nie sú využité, prečo vznikajú fatálne chyby a zlyhania, prečo nosíme kávu, čokolády a fľaše do ne-

mocnice, a nie napríklad do obchodu s knihami alebo do autoservisu. Nerozumiem ani tomu, prečo nie je štandardne pacient slušne a odborne informovaný o svojom stave, prečo ho v nemocnici budia skoro ráno, keď sa mu najlepšie spí, prečo niekedy personál nemocnice neklope na dvere, nezdraví, neusmieva sa a tvári sa, akoby vykonával svoje povolanie za trest.

Som presvedčený, že súčasný stav, s ktorým asi nie je spokojná ani jedna zainteresovaná strana (pacient, zamestnanci nemocnice, akcionári, štát a poisťovne) má riešenie. Toto riešenie však vyžaduje pozrieť sa na problémy v nemocnici inak, ako sme sa na ne pozerali doposiaľ. Vyžaduje si spoluprácu, a nie konfrontáciu a obviňovanie jednotlivých partnerov v zdravotníctve. Toto riešenie nesúvisí iba s navýšením peňazí, ale aj so zásadnou zmenou prístupu k pacientovi a organizácii práce. Zdravotníctvo neničia iba chýbajúce peniaze na obnovu z posledných desiatok rokov, ale aj cynizmus, egoimus, nedostatok citu a spolupráce – a niekedy aj zdravého rozumu.

Snahy o nápravu fungovania nemocníc nie sú iba vo finančnej rovine. Je pomerne jednoduché zredukovať náklady nemocnice (a služby pre pacienta) a dosiahnuť dobrý hospodársky výsledok. Nemocnice nie sú linky na výrobu áut a ich parametre nemôžu byť iba v oblasti nákladov, výnosov a produktivity. Dôležité sú dostupnosť kvalitných služieb pre pacienta, rýchla a správna diagnostika a terapia, bezpečnosť pacienta a efektívnosť procesov, ktoré s ňou súvisia. V priemysle sme sa naučili, že stabilný proces je lacnejší ako jeho kontrola. Vždy mi behá mráz po chrbte, keď vidím sestričku, ako má po stole rozhádzané skúmavky, lepí na ne rôzne papieriky a popod nos si hundre:

„Len aby to tam nepoplietli." Mám jej povedať, že toto sme riešili v mnohých firmách a procesy dnes produkujú chyby pod 3,4 % z milióna príležitostí? Aj tak mi neuverí a bude si lepiť svoje papieriky, veď to tak vždy robila. A v dobe internetu pošle pacienta s obálkou zaniesť kus papiera cez celú nemocnicu. Aj to sa tak vždy robilo a robí.

Nie – nechcem zosmiešňovať lekárov, že píšu na písacích strojoch, ani za to, že nemajú prepojené počítače. Chcem iba s pokorou a úctou k pacientovi a všetkým tým, ktorí sa starajú o jeho zdravie povedať – dá sa to robiť aj ináč, lepšie pre všetkých. Kto namiesto zbytočného nadávania nájde odvahu liečiť nemocnice z choroby, do ktorej sa dostali? Môj otec mi hovorieval: Medicus curat, natura sanat – lekár lieči, príroda uzdravuje. Iný lekár mi zase povedal: „Lekár je človek, ktorý zabáva pacienta, kým ho Boh neuzdraví." Doktor Jan Hnízdil hovorí: „Neverte slepo lekárom. Počúvajte signály tela. Nemoci vám hlásia, že týmto spôsobom už ďalej žiť nemôžete." Hnízdil vo svojej knihe Mým marodům cituje Voltaira, ktorý napísal: „Lekár je človek, ktorý podáva lieky, o ktorých vie len veľmi málo, na liečbu nemoci, o ktorej vie ešte menej, ľuďom, o ktorých nevie vôbec nič."

Všetky uvedené múdrosti nám ukazujú obmedzenosť ľudských schopností pri uzdravovaní človeka. To však neznamená, že máme čakať, že niekto „zhora" uzdraví nás a naše nemocnice. Naše nemocnice sú ako človek, ktorý putoval z Jeruzalema do Jericha – ozbíjaný, doráňaný a polomŕtvy. Prešli okolo neho už kňaz aj levita, ale nepomohli. A Samaritán v nedohľadne.

Mám dve správy – jednu dobrú a jednu zlú. Tá zlá je, že naše nemocnice sú na tom veľmi zle. Tá dobrá je, že už to môže byť len lepšie. Tak do práce, priatelia! ***Ján Košturiak***

Literatúra

[1] BERNTSEN, K. J.: The patient's guide to preventing medical errors. Praeger: Londýn, 2004. ISBN 0–275–98230–0.

[2] LEAPE, L. L. – BATES, D. W. – CULLEN, D. J.: Systems analysis of adverse drug events. Department of health policy and management, Harvard school of public health, Boston: JAMA, 1995. 274: 35-43.

[3] SEPEŠI, B.: Princípy štíhleho myslenia v manažmente kvality a jeho vplyv na oblasť bezpečnosti pacienta. CEMI, 2014.

[4] STAŇKOVÁ, P.: Marketingové řízení nemocnic. Georg Žilina, 2013. 978-80-89401-64-2.

Internetové zdroje

[5] ANDERSON, P.: Medication errors: Don't let them happen to you. American nurse today, marec 2010, Vol. 5 No. 3. http://www.americannursetoday.com/article.aspx?id=6356.

[6] BOS, J. V. D. – RUSTAGI, K. – GRAY, T. et al.: The $17.1 billion problem: the annual cost of measurable medical errors. Proceedings of the human factors and ergonomics society annual meeting, september 2012, 56:1845-849. http://content.healthaffairs.org/ content/30/4/596.

[7] BROOKS, J.: US grapples with solutions to preventable medical errors. CMAJ, 2009, 31. máj, vol. 180, E4-E5. PMC2659833. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2659833/.

[8] FUKNOVÁ, M.: Zdravotnícke zariadenia taja skutočný počet nákaz. Zivot.sk, 2012. Vol: 41. http://zivot.azet.sk/clanok/12458/zdravotnicke-zariadenia--taja-skutocny-pocet-nakaz.html.

[9] GRABAN, M.: Statistics on healthcare quality and patient safety problems – errors and harm. Lean blog, 2009. http://www.leanblog.org/2009/08/statistics-on-healthcare-quality-and/.

[10] GRADY, D.: Study finds no progress in safety at hospitals. The New York Times, 24. november 2010. http://www.nytimes.com/2010/11/25/health/research/25patient.html?_r=1&.

[11] HALL, S.: Medical error death risk 1 in 300. The Guardian, 7. November 2006. http://www.guardian.co.uk/society/2006/nov/07/health.lifeandhealth.

[12] HNÍZDIL, J.: Mým marodům. Praha: NLN, 2010. ISBN: 9788074220678.

[13] HUNKOVÁ, M. – OKOLIČÁNIOVÁ, E.: Pochybení lekárov pribúda. Správy Pravda, 2011. http://spravy.pravda.sk/domace/clanok/171411-pochybeni-lekarov-pribuda/.

[14] JURIKOVÁ, S.: Je pobyt v slovenskej nemocnici bezpečný? Slovenský pacient. 2013. http://www.slovenskypacient.sk/clanok/1767/je-pobyt-v-slovenskej-nemocnici-bezpecny

[15] KLINDOVÁ, V.: Štát vidí viac chýb pri liečbe v nemocniciach. 2012. Trend. http://ekonomika.etrend.sk/ekonomika-slovensko/stat-vidi-viac-chyb-pri-liecbe-v-nemocniciach.html.

[16] KOHN, L. – CORRIGAN, J. M. – DONALDSON, M.: To Err Is Human. Washington: National academy press, 1999. http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371.

[17] KOŠTURIAK, J.: Drahá smrť. Blog Trend, 2012. http://blog.etrend.sk/jan-kosturiak/draha-smrt-2.html

[18] KOŠTURIAK, J.: First minute. IPA Slovakia, 2013. http://www.ipaslovakia.sk/sk/blogy/jan-kosturiak/first-minute

[19] PAŽITNÝ, P. – SZALAY, T. et al.: Modernizácia slovenských nemocníc, základné rámce zdravotnej politiky 2014-2016. 2014. Health Policy Institute. ISBN 978-80-971193-8-6.

[20] SEPEŠI, B.: Lean thinking v zdravotníctve. Právo v zdravotníctve. Vyd. 1, 2011. http://www.pravovzdravotnictve.sk/sk/casopis/pravo-a-manazment-v-zdravotnictve/lean-thinking-v-zdravotnictve.m-12.html.

[21] UHLÁRIK, J.: Pochybenie nitrianskej nemocnice úrad potvrdil: Za Evine zničené srdce 51-tisíc eur?!.Čas.sk, 2013. http://www.cas.sk/clanok/265361/pochybenie-nitrianskej-nemocnice-urad-potvrdil-za-evine-znicene-srdce-51-tisic-eur.html

[22] WILLAMS, D.: Medication errors. Royal college of physicians of Edinburgh, 2007, 37:343–346.

[23] WILSON, G.: NHS 'kills 72,000 pacients'a year. The sun, 20. jún 2010. http://www.thesun.co.uk/sol/homepage/news/2515030/NHS-kills-72000-patients-a-year.html.

[24] ZEGERS, M. – de BRUIJNE, M. C. – WAGNER, C. et al.: Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. Qual Saf Health Care. 2009 Aug; 18(4):297-302. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19651935.

[25] 7 000 Bulgarian deaths annually attributed to medical errors. Novinite.com, 17. feb. 2010. http://www.novinite.com/view_news.php?id=113282.

[26] Annual report 2012. London school of hygiene and tropical medicine report, 2012. http://www.lshtm.ac.uk/aboutus/introducing/annualreport/2012/annual_report_2012.pdf.

[27] An open, reporting and learning NHS. Parlament UK, 2008. http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200809/cmselect/cmhealth/151/15108.htm.

[28] Až tretina pacientov mohla ďalej žiť!. Slovenská lekárska komora. 2011. www.lekom.sk/index.php?ID=1328.

[29] Hospital infections kill 30,000 a year. The local germany's news in english, 8. máj 2011. http://www.thelocal.de/national/20110509-34883.html.

[30] Kazuistiky 2011. 2012. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

[31] Kazuistiky 2012. 2013. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

[32] Medical errors killing up to 24,000 canadians a year. CBC news, 2004. http://www.cbc.ca/news/health/story/2004/06/09/med_errors040609.html.

[33] Najviac pochybení spravili chirurgovia a všeobecní lekári. SITA, Webnoviny, 2013. http://www.webnoviny.sk/ekonomika/clanok/824316-najviac-pochybeni-spravili-chirurgovia-a-vseobecni-lekari/.

[34] Nemocnice si nevedia priznať chybu, tvrdí advokát. Správy Pravda, 2014. http://spravy.pravda.sk/domace/clanok/316924-nemocnice-si-nevedia--priznat-chybu-tvrdi-advokat/.

[35] Nursing work station team eliminates overstocking of supplies, reduces costs. Healthcare performance partners, 2013. http://www.hpp.bz/healthcaredocuments/ HPPCaseStudyWorkStation.pdf.

[36] Väčšina ľudí nedôveruje slovenskému zdravotníctvu. ZdraveZdravotníctvo.sk, 2013. zdravezdravotnictvo.etrend.sk/udalosti-a-novinky/vacsina-ludi--nedoveruje-slovenskemu-zdravotnictvu.html

[37] Výskum postojov lekárov SLK. Corporate Consulting Group. http://www.lekom.sk/upload/snemy%20SLK/XXV.%20snem%20SLK/Postoje_lekarov_1317040623.pdf

Ponúkame Vám spoluprácu v nasledujúcich oblastiach

A. Chybuvzdornosť a kvalita procesov

Prínosy: zníženie rizika možnosti vzniku chyby, a tým ohrozenia zdravia či života pacienta; zabezpečenie účinnosti nápravných opatrení; naučenie personálu systematickému prístupu, zvýšenie vnímanej kvality z pohľadu pacienta.

B. Analýza a optimalizácia procesov

Prínosy: na základe rozboru pridanej a nepridanej hodnoty, odstránenie zbytočných činností, redukcia personálu, zníženie množstva nadčasov, štandardizácia procesov, zlepšenie koordinácie medzi oddeleniami, zvýšenie komfortu a bezpečnosti pacienta.

C. Logistika a optimalizácia tokov, zásobovanie

Prínosy: vytvorenie plynulých tokov bez plytvania; zlepšenie nadväznosti a synchronizácie procesov; orientácia tokov smerom k pacientovi; skracovanie všetkých neproduktívnych logistických činností (doprava, manipulácia, skladovanie, evidencia); optimalizácia skladových zásob; výber a hodnotenie dodávateľov; redukcia nákladov v oblasti nákupu liekov, pomôcok, zariadení a služieb.

D. Manažment zariadení, plánovanie operácií

Prínosy: sledovanie vyťaženia kľúčových zariadení a eliminácia stratových časov, a tým zlepšenie riadenia úzkych miest na kritických zariadeniach (operačné sály, kritické prístroje...); zavedenie autonómnej údržby a starostlivosti o kľúčové zariadenia a pomôcky; zvyšovanie dostupnosti zariadení a eliminácia časov čakania; zlepšenie plánovania operácií a kritických činností; optimalizácia zdrojov.

E. Tímová práca a neustále zlepšovanie procesov

Prínosy: budovanie viacprofesných tímov, a tým rozvoj multikvalifikácie a zastupiteľnosti; rozvoj komunikácie, spolupráce a tímového ducha; zapojenie ľudí do zachytávania abnormalít v procese hľadania ich príčin a neustáleho zlepšovania procesov; vizualizácia a transparentnosť procesov; jasná zodpovednosť za proces; eliminácia zbytočnej administratívy a stredného manažmentu.

F. Výber, testovanie, výcvik a motivácia personálu

Prínosy: pomocou nášho centra zlepšenie výberu a rozvoja personálu z hľadiska odborného, fyzického, emočného a morálneho formou tréningov a kaučingu v odbornej oblasti, ale aj v oblasti komunikácie s pacientom, organizácie práce a manažmentu času, riešení konfliktov a krízových situácií, rozvoj emočnej inteligencie, motivácie cez slobodu v práci, jej zmysel, budovanie dôvery a vzťahov s kolegami.

G. Sledovanie procesov a ich ukazovateľov, riadenie podľa cieľov

Prínosy: vytvorenie systému pre definovanie, zber a on-line monitorovanie ukazovateľov o priebehu procesov, vyhodnocovanie kľúčových metrík o kvalite liečby, efektívnosti, výkonnosti a rýchlosti procesov, príčinách chýb, spokojnosti zákazníkov a pod., a tým zlepšenie riadenia tímov podľa jasne definovaných cieľov, možnosť porovnávania procesov.

H. Layout a ergonómia pracovísk

Prínosy: zlepšenie ergonómie pracovísk s ohľadom na optimálnu pracovnú polohu, bezpečnosť, redukciu priestoru a času; optimalizácia usporiadania pracovísk s ohľadom na elimináciu zbytočných presunov materiálu, manipulácie a chôdze; optimalizácia usporiadania pracovísk, skladov a prepravných komunikácií s ohľadom na plynulé toky.

Formy spolupráce: vzdelávanie, konferencie, workshopy, audity, projekty, kaučing

Pracovníci Fraunhofer IPA implementovali niektoré metódy napríklad v nemocniciach: Ludwigsburg, Bietigheim, Universitätsklinik Halle, St. Marienhospital Vechta, Euromed Clinic Fürth, Kreiskrankenhaus Heidenheim, Humaine Klinikum Bad Saarow, Kinderkrankenhaus Hannover, Städtisches Krankenhaus Furtwangen, Städtische Kliniken Dortmund, Medeon AG.

Projekty súvisiace s analýzou zdravotníckych procesov: IVAX Galena, Borcad, Linet, Nemocnica Kladno, CHIRANA T.Injecta

www.ipaslovakia.sk
www.ipaczech.cz
www.facebook.com/ipaslovakia.sk