

Што можеме да научиме од тоа како пациентите гледаат на квалитетот и безбедноста на болничката заштита?

Во 2001, Институтот за медицина, the Institute of Medicine, САД, ја дефинира **здравствената заштита со висок квалитет** како заштита која е **безбедна, ефективна, ориентирана кон пациентот, навремена, ефикасна и еднаква за сите**. Подоцна, различни работни групи во напорите преземени за подобрување на квалитетот, имаат тенденција да ги третираат шестте димензии повеќе како *посебни* отколку како *меѓусебно поврзани*. Инвестирањето во истражувања и подобрување на знаењето, мерено преку одделните димензии, споредбено е нееднакво, со недоволно споделување на стекнатото знаење меѓу истражувачите и стручните лица, кои работат за да го подобрат квалитетот во една димензија. Наспроти настојувањето - квалитетот во целост да се дефинира како безбеден, ефективен и насочен кон пациентот и наспроти повремени повици за тоа пациентите да се вклучат во оценка на сопствената безбедност, димензиите на квалитетот поединечно немаат еднаков статус кај заинтересираните за неговото подобрување, па пациентите и нивните семејства не играат голема улога во безбедноста на пациентот: на нивниот придонес во оваа област се гледа како на субјективен и помалку важен за исходот.

Напредокот во подобрувањето на безбедноста на пациентот е бавен и истражувачите и креаторите на политики енергично се расправаат за тоа пациентите да бидат вклучени во известувањето за сите димензии на квалитетот и обезбедувањето на здравствената заштита да биде соодветно и безбедно. Ова е дел од повикот за организациско учење и за вклучување на пациентите на сите нивоа во планирањето на управувањето и обезбедувањето на здравствените услуги, како и попрагматично барање да се подобри известувањето за безбедноста на

здравствената заштита, што ќе доведе до подобрување во превенцијата на инциденти и до подобар квалитет на здравствената заштита.

O'Nara *et al* го истражуваат интересирањето на пациентите за безбедноста: (1) како извештаите од пациентите се совпаѓаат со оние на докторите и (2) како пациентите размислуваат и го категоризираат сопственото учество во процесот. Резултатите покажуваат дека пациентите не идентификуваат прекумерно поголем број на инциденти во врска со безбедноста: имено, совпаѓањето помеѓу пропорцијата на прашања поврзани со безбедноста идентификувани од пациентите (10%) и пропорцијата (10%) на повредени во инцидент идентификуван по пат на преглед на регистрирани случаи или болнички извештај за инциденти, е високо. Сепак, пациентите и докторите не гледаат на инцидентите во врска со безбедноста на ист начин: само еден од три (35%) од инцидентите кои ги пријавуваат пациентите се совпаѓаат со безбедносните инциденти кај пациентите на докторите, а повеќето (65%) од инцидентите на пациентите не се сметаат за безбедносни инциденти за пациентите од страна на докторите.

Темите каде двете групи најмногу се сложуваат се поврзани со непосредно и физичко повредување: прашања во врска со лековите, раководењето со болничкиот оддел, нефункционирање на опремата и системите, ризик од инфекција, ризик по здравјето и безбедноста и ризик од компликации. Разликите растат бидејќи пациентите вклучуваат поширок опсег на не-клинички прашања и инциденти поврзани со емотивно и психолошко повредување. Не-клиничките инциденти кои ги пријавуваат пациентите вклучуваат комуникациски прашања, проблеми со персоналот кои вклучуваат обука, сочувствување, достоинство и почит, храна и исхрана, и грижа за средината во болничкиот оддел.

Пациентите известуваат емотивно и психолошки страдајќи, чувствувајќи се уплашено и загрижено, несигурни кому или на што да веруваат. Начинот на кој пациентите го сфаќаат искуството и ја дефинираат

повредата е потценето од сфаќањето на докторите, кои предвидуваат некои од повредите или нив ги прифаќаат како дел од животот.

Сето ова води до одреден степен на произволност во болничкото класифицирање на инцидентите во врска со безбедноста на пациентот. Се земаат индивидуалните инциденти, настани со непосреден ризик како критериум, повеќе отколку кумулативни секвенци или коинцидентни зборови на инциденти, иако знаеме дека важните закани по безбедноста се јавуваат преку многукратни случаи на неуспех на системите. Истражувачите тврдат дека известувањата на пациентите се помалку парцијални и помалку трошат време од професионално извлечените пристапи и се прашуваат дали тие би биле признати како клучен извор на податоци за безбедноста. Ако ова се случи, тоа би ја воспоставило правдата во сознавањето и би дало додадена вредност поради рефлектирањето на меѓусебната поврзаност меѓу двете димензии на квалитетот, (1) подобрување на насоченоста кон пациентот и (2) подобрување на безбедноста на пациентот, во исто време.

Ако системот на болничката проценка е „детектор за чад“ за штетата која веќе се случува, проценката на пациентите е повеќе како мерило на притисокот, покажувајќи го системот под притисок и веројатноста тој да погреша. Поврзано со безбедноста на пациентот, светот се бори да ја промени парадигмата од **анализа** на сторената штета кон **предвидување** и **спречување** на идна штета. Тоа, исто така, повторно би ја вратило линијата за спознавање и вклучување на дефинициите за инцидентите и повредувањето на пациентите и би дозволило да се разгледува кулминацијата на мали, но значајни прашања како посериозна проценка на безбедноста.

Септември, 2018

Извор: BMJ Quality & Safety, April 2018
Подготвил: Прим. д-р сци. Весна Спирова