

Bobu bob tudi na področju kakovosti v zdravstvu!

Pregleda nad varnostjo in kakovostjo v zdravstvu, pomembnega za odločitve bolnikov, pri nas ni.

Primer otroške srčne kirurgije in primeri iz preteklosti, denimo Nekrep in Radan, opozarjajo na resne težave na področju varnosti in kakovosti v našem zdravstvu. O problemih pišemo, razpravljamo, naredimo pa ne nič. Tudi na tem, za vse nas pomembnem področju, naša družba, politika in stroka kažejo popolno nemoč in neučinkovitost!

Knjiga *To Err is Human: Building a Safer Health System* (Motiti se je človeško: gradnja varnejšega zdravstvenega sistema), ki je nastala pod okriljem ameriškega medicinskega inštituta (National Academies Press, 2000), je prekinila tišino v zvezi z napakami v zdravstvu in njihovimi posledicami. Rezultati študije so pokazali, da v ameriških bolnišnicah zaradi napak zdravstvenega osebja, slabe usposobljenosti, malomarnosti in slabe organizacije pri delu umre do 98.000 bolnikov na leto. Ugotavljali so tudi, da praviloma ni bilo hotenih dejanj, ki bi škodovali bolniku. Študija je odprla nov pogled na zdravstvo in pokazala na potrebo po analizi dela v zdravstvu in iskanju ukrepov za izboljšanje varnosti. Marsikje v svetu so se teh analiz in izboljšav tudi lotili. A ne povsod!

Pred seboj imam knjigo *Quality and Efficiency in Swedish Health Care* (*Kakovost in učinkovitost švedskega zdravstvenega varstva*), izdano pri Swedish Association of Local Authorities and Regions leta 2008. V knjigi so predstavljeni primerjalni podatki med regijami o rezultatih dela v zdravstvu. Merijo in primerjajo več kot 60 kazalnikov uspešnosti zdravljenja, z devetimi kazalniki merijo zadovoljstvo bolnikov, s štirinajstimi kazalniki ocenjujejo dostopnost do oskrbe in s petnajstimi stroške, nastale pri zdravljenju. (Nekaj primerov kazalnikov: podatek od politike odvisnih – alkohol, kajenje – prepričljivih smrti na 100.000 prebivalcev, število nepotrebnih zdravljenj v bolnišnicah na 100.000 prebivalcev, interakcije med zdravili pri starejših, ki bi jih lahko preprečili, smrtnost po zdravljenju v intenzivnih enotah, petletno preživetje po odkritju raka na debelem črevesu, danki in dojki, odstotek sladkornih bolnikov, obravnavanih na primarni ravni z doseženo ciljno vrednostjo HbA1c, 28-dnevno preživetje bolnikov s prvo možgansko kapjo, 28-dnevno preživetje pri hospitaliziranih bolnikih s srčnim infarkt, ponovni sprejemi po srčni odpovedi, desetletno »preživetje« vgrajene kolčne proteze, poraba zdravil, čakalne dobe v posameznih regijah, dostopnost do

družinskega zdravnika ter stroški na prebivalca kot tudi po enoti zdravstvene storitve.)

Namen analize kazalnikov ter obveščanja ljudi o tem je dvojen. Prvič, stimulirati primerjavo kakovosti in varnosti v različnih predelih Švedske in, drugič, na podlagi teh primerjav stimulirati izboljševanje procesov. Na Švedskem je za sistem zdravstva odgovorna posamezna regija. Denar zagotavljajo z regijskimi davki, razpisi na državni ravni in v malem delu s participacijo pacientov. Dolgotrajno nego in oskrbo prav tako financirajo in organizirajo na ravni občin. Ob predpisanih standardih je sistem v celoti decentraliziran. Podatki o delu in rezultatih v zdravstvu so javni, h kakovosti in varnosti pristopajo analitično in stvari izboljšujejo. Ve se, kdo je odgovoren! Naj dodam, da zdravstvo deluje, poudarjam, v dobro nadzorovanem, mešanem javno-zasebnem sistemu.

Kot generalni direktor na ministrstvu za zdravje sem imel leta 2009 na sestanku predstavnikov ministrstev priložnost slišati poročilo predstavnika Danske. Predstavil je podatke, koliko bolnikov je v letu pred tem umrlo v danskih bolnišnicah zaradi napak (ne komplikacij) pri delu in tudi zakaj. Leto pozneje je predstavnik Švedske poročal, da pri njih bolnikom sporočajo celo potencialne napake, za katere so bili prisotni že nastavki, a se zaradi pozornosti zaposlenih niso zgodile, ker so napačne odločitve odkrili pravočasno. Poudaril je, da s takim pristopom bolnikov niso prestrašili, nasprotno, dosegli so le še večje zaupanje v zdravstvo ter sistem varnosti in kakovosti.

In kako je pri nas? Ko sem bil na ministrstvu, smo se s profesorjem iz Prage dogovorili, da bomo skupaj naredili analizo 300 umrlih na praški in ljubljanski univerzitetni kliniki. Za tako raziskavo bi dobili sredstva iz EU. »Interesa« pri nas ni bilo in projekt je padel v vodo! Lahko ugotovim, da primerjav pri nas nismo želeli. Radi pa rečemo, da smo dobri, če ne že najboljši. Tudi politiki radi ponavljajo, da imamo odlično zdravstvo. Nekateri sicer dodajo, da imamo odlično zdravstvo glede na razmere. In kaj naj to pomeni? Na podlagi katerih podatkov ima naša politika in stroka taka stališča? Dolga leta zavidljivi podatki na področju neonatologije in v zadnjih letih kardiologije, še ne pomenijo, da imamo varno in kakovostno zdravstvo. Podatki o številu umrlih v bolnišnicah v ZDA so naši javnosti znani. Ko je profesor Robida na RTV SLO pred časom omenil, da je mogoče, da pri nas na leto umre okoli tisoč bolnikov zaradi napak pri našem delu (primerjalno z ZDA, glede števila bolnikov, zdravljenih v bolnišnicah), je izjava doživela negativne odzive. Ali je primerjava nemogoča? Ne ni! Mi podatkov nimamo in preprosto rečemo, da smo odlični!

Podatki, kako je z varnostjo v zdravstvu v svetu in pri nas so nam torej znani. Naši širši javnosti pa ni znan podatek, da je evropska komisija že leta 2014

raziskala, kako so članice EU uveljavile trinajst priporočenih ukrepov na področju varnosti in kakovosti. Slovenija je bila le s tremi uveljavljenimi ukrepi na zadnjem mestu, skupaj z Romunijo.

Prav tako ni širše znano, da iz Slovenije na vprašanje o dostopnosti do zdravstvene storitve v EU pošiljamo podatke o možnosti posveta z zdravnikom in ne do zdravstvene storitve. To je velika razlika. Na podlagi takih podatkov so nas uvrstili na lažno visoko mesto glede dostopnosti do zdravnika. In s tem se je naša politika hvalila!?

Tudi v Sloveniji imamo kazalnike o kakovosti (73) dela v bolnišnicah. Bolnišnice morajo o njih poročati vsako leto ministrstvu. Žal je večina teh kazalnikov daleč od tega, da bi imel bolnik vpogled v varnost in kakovost posameznih, še posebno zahtevnih zdravstvenih storitev po izvajalcih. Podatkov o varnosti na primarni ravni nam primanjkuje. Marsikje je nemogoče dobiti podatke, čeprav je pošiljanje obvezno. Vrednosti marsikje niso primerljive. Dodatno skrb vzbujajoče je dejstvo, da nad poročanjem o teh kazalnikih ni nikakršnega nadzora. Pregleda nad varnostjo in kakovostjo v zdravstvu, pomembnega za odločitve bolnikov, pri nas ni. Analize, ki dajejo bolnikom možnost vpogleda v varnost in kakovost zdravstvenih storitev ter njihovo primerljivost na mednarodni ravni, delajo le posamezni zdravniki iz lastnega nagiba (denimo prof. dr. Marko Noč). Žal taki zdravniki ne prevladujejo. To ni slika slovenskega zdravstva, to je izključno stvar prizadevanj posameznikov. Tudi uspehi nekaterih zdravstvenih ekip so izraz izključno njihove prizadevnosti in ne načrtne zdravstvene politike.

In kaj so vzroki za tako stanje na področju varnosti in kakovosti v zdravstvu pri nas? Odgovorni sta politika in stroka! Politiki ni do tega, da bi opravili analizo, kajti izkazalo bi se, da je veliko napak zaradi neurejenosti sistema, za kar je odgovorna politika. Raje gradimo zgodbo o odličnem zdravstvu, kot smo jo gradili v preteklosti. Verjetno se boste spomnili, da smo v preteklosti zatrjevali, kako skrbimo za zdravje ljudi, vse več je bilo medicine dela. V času »izjemne skrbi za zdravje ljudi« se nam je »zgodil« azbest v Anhovem in še kje, cink v Celju in svinec v Mežici. Danes stroka, mediji in politika ne obsojajo ravnanja odgovornih v preteklosti. O tem smo tiho! Govorimo le o posledicah. O odgovornosti iz preteklosti pa nič!

Politika ni sposobna narediti reforme zdravstva. Dopušča in celo podpira (zaradi všečnosti) razdrobljenost bolnišnic, vodstva nimajo ustreznih pooblastil, s katerimi bi lahko učinkovito ukrepala, nagrajevala ali »kaznovala« podrejene. Politika se neustrezno odziva ob pomanjkanju kadra (primerjalno z EU ob vse težjih, bolj kompliciranih primerih in starejših bolnikih) in podobno. Ob zakonodaji s še vedno prisotnimi elementi samoupravljanja mora biti vodja

oddelka ali bolnišnice le všečen zaposlenim, da lahko ohrani svoj položaj. Direktor, ki želi spremembe, ki so v zdravstvu nujne, ki zahteva dober nadzor nad delom in se vpleta v urejevanje ali preprečevanje »vrtičkov« posameznikov, je odstranjen. Tudi akreditacije za zdaj še niso dosegle namena. Ob izpolnjevanju pogojev, zapisanih v akreditaciji, ne bi smeli nastati zapleti, kakršnim smo priča na otroški srčni kirurgiji. Za povrhu pa kljub smrti nekaterih otrok ne bo nikogar, ki bi za to odgovarjal. Odgovarjati bi morali tako politiki kot tudi posamezniki iz stroke. Ta trenutek se raje ukvarjajo z za bolnike precej manj pomembnim, predvsem političnim vprašanjem dopolnilnega zavarovanja. To je resnično stanje, ne glede na to, ali si to želimo priznati ali ne. Nikjer ni subjektivne, kaj šele objektivne odgovornosti, kar velja tako za politiko kot stroko. Otroci pa so umirali!

Takoj je treba prekiniti z »všečnostjo«, najprej pri politikih nato v stroki! Zdravje in zdravstvo sta preresni temi, da bi zaradi svojega položaja (v politiki ali zdravstvu) delovali všečno in ne ukrepali, čeprav je to nujno! Stanje v zdravstvu je dobro le toliko, h kolikor dobri zdravnici ali zdravniku pridemo. Sistema ni! Ideologija se mora takoj umakniti iz zdravstva. Potrebujemo kakovostno, učinkovito, varno in dobro nadzorovano zdravstvo. Pri tem je lahko najti dobre primere v EU in svetu. Določiti je treba standarde in čas, do kdaj jih je treba realizirati. Politika bi morala takoj zahtevati podatke o strokovnem delu in varnosti po vzoru tujih podatkov ter zagotoviti strog nadzor v bolnišnicah in na primarni ravni. Ker je ob politiki v majhnem prostoru, kot je Slovenija, pokvarljivo blago tudi stroka, moramo zagotoviti mednarodni nadzor. Brez dvoma je pri analizah treba uporabiti najnovejše analitične metode (denimo za kardiokirurgijo indeks Euroscore).

In sklep. Politika še nekaj časa ne bo naredila nič od zahtevanega, ker bi se s tem v sistemu pokazalo marsikaj neprijetnega. Politikom gre le za preživetje štiriletnega mandata, potem pa bo že kako. Ob tem bodo politiki pomagali tako imenovani neodvisni mediji, ki bodo »pokrili« vse napake in neizvršene obljube. Temu smo priče mandat za mandatom. Prekiniti bi morali korupcijo in denarni tok na politiki ljube račune. V stroki bi se ob analizah pokazale razlike, kar stroki ne ustreza. Tako pa bomo še naprej brez analiz in podatkov govorili, da imamo dobro zdravstvo. In kako na takšno stanje gledamo bolniki? Ali bomo še naprej tiho in opazovali, kako se menjajo ministri, predsedniki vlad, ki obljublajo veliko, naredijo pa nič? V zdravstvu bije plat zvona!

prim. Janez Remškar, dr. med