

Клинички индикатори за успешност на болниците во Република Македонија

Имајќи ги предвид предложените податочни ставки што треба да се собираат за болничко-стационарни епизоди на здравствена заштита, предлагам од пакетот со податоци да бидат изработени следниве клинички индикатори за успешност. За многу од индикаторите ќе биде можно да се користат репер-податоци со цел да се изготват краткорочни и долгорочни цели за здравствените институции и служби. Таквите цели треба да бидат реалистични, но и да претставуваат предизвик.

Во почетокот акцентот ќе се стави на еден мал број индикатори за кои ќе биде можно да се изготвуваат навремени извештаи и да се даваат повратни информации, а како што ќе се подобруваат информатичката инфраструктура и капацитети - ќе бидат воведувани и други индикатори.

Предлагам иницијалната програма да биде таква што ќе се изготвуваат шестмесечни и годишни извештаи, но ова понатаму ќе се развие во месечно известување како што ќе се подобруваат информатичката инфраструктура и капацитети.

1. Апсолутен број на стационарни болни кои се примаат и отпуштаат од болницата, вклучително и оние кои се лекуваат по принципот на дневна нега.

Болницата е идентификувана во пакетот со податоци, така што овој индикатор лесно може да се генерира имајќи предвид дека тој го претставува вкупниот број пациенти за кои се земаат податоци. Овој податок не е толку важен сам по себе, но од друга страна една анализа на трендот за период од месеци или години би била драгоцен од аспект на демонстрирање на растечки капацитет од аспект на број на пациенти што се згрижуваат (и ефикасност) на одредена институција. Доколку не се гледаат подобрувања, во таков случај е потребно да се направи подлабока анализа и да се постават дополнителни прашања.

2. Апсолутен број на стационарни болни кои поминуваат низ поединечни служби.

Овој индикатор може да се добие благодарение на тоа што службата каде се прима пациентот е една од податочните ставки. Овде важат слични коментари како и за целата институција, освен за оние служби каде е потребно да се има одреден минимален број на опслужени пациенти. Пример за ова е кардиохирургијата, каде важи принципот дека хирурзите треба да извршат доволно операции за да се одржуваат „во форма“, а минимален број на

опслужени пациенти е потребен за да се оправдаат трошоците за основање и континуирано финансирање на определена служба. На ова ниво би можеле да споредуваме слични служби во различни болници, а притоа да имаме на ум дека разликите во она што се нарекува „микс на случаи“ (case-mix) би можеле да објаснат некои од идентификуваните разлики.

Во иднина, ќе може да се изготвуваат извештаи до нивото на поединечни лекари, со оглед на тоа што тие се идентификуваат во една од предложените податочни ставки. Сепак, не е препорачливо вакви информации да се произведуваат сè до моментот кога здравствените работници во Македонија ќе го прифатат фактот дека такви информации се користат за подобрување на квалитетот на здравствената заштита, а не да мислат дека тоа се прави за некој да биде направен „жртвен јарец“ или да биде обвинет.

3. Времетраење на престој, со извештаи за просечно, максимално и минимално времетраење на престојот. Извештаите треба да се однесуваат на (1) целата институција, на (2) индивидуални служби и на (3) конкретни состојби или дијагнози.

Овие индикатори може да се произведат од податочните ставки за прием и отпуштање на пациенти од болница, заедно со специјалноста и МКБ10 влезните податоци. Како индикатори, тие може да се искористат како иницијална оценка за тоа колку ефикасна и ефективна во пружањето здравствена заштита е една институција или специјалност. Ова особено важи за ситуациите каде постојат репер-податоци за правење споредби. Таму каде ќе бидат идентификувани дискрепанци, тоа е индикација за правење дополнителна длабинска анализа која ќе претставува основа за формулирање на препораки или предлози.

На пример, кај одредена дијагноза каде постои осетна разлика помеѓу просечниот и минималниот престој на стационарни болни, како на пример 8 дена и 4 дена, една подетална анализа би можела да открие дека идентификуваното минимално времетраење на престој би можело да постане „норма“ доколку се направат одредени промени во водењето (менаџирањето) на сите пациенти со оваа дијагноза во конкретната институција.

Што се однесува до максималното времетраење на престој, еден изразито долг престој на стационарни болни може да биде индикација дека постои некаков аспект од потребната нега којшто не се обезбедува. Со помош на дополнително истражување би можело да се идентификуваат евентуални проблеми во овој поглед.

И овде исто така може да се произведат информации до ниво на поединечен лекар, но овој аспект не треба да се користи за генерирање на рутински извештаи, туку за дополнително „хранење“ со информации на анализата тогаш кога ќе бидат идентификувани потенцијални проблеми со помош на индикатори што се однесуваат на институцијата, одредена специјалност или дијагноза.

4. Предоперативно и постоперативно времетраење на престојот.

Ова се важни индикатори за пациентите на хируршките одделенија, и истите може да се пресметаат според датумите на прием, отпуштање и операција. Тие треба да се изработат според специјалност и според посебните хируршки постапки (интервенции) во институцијата. Исто така, би било корисно да се има посебни индикатори за елективни и ургентни приеми во болница.

Сите пациенти кои се водат како дневни случаи (т.е. таму каде датумите на прием и отпуштање се исти) треба да се исклучат од пресметките за овие индикатори.

Крајната цел за предоперативното времетраење на престојот за елективните пациенти треба да биде од редот на големина **еден ден**. Доколку постојат ефикасни и ефективни процеси на проценување и испитување на пациентите, нема да има потреба тие да се примаат неколку дена предоперативно, затоа што веќе ќе бидат целосно „обработени“ пред самиот прием.

Што се однесува до постоперативното времетраење на престојот, постојат репер-информации за одделни операции, како што се замена на колк со протеза, вградување на бајпас на коронарната артерија (CABG), отворена холецистектомија и корекција на ингвинална хернија. Исто така, би можело да се идентификуваат одделни служби во рамките на институциите во Република Македонија што би можеле да се користат како примери за добра пракса.

Таму каде што времетраењето на престоите во болница ќе се посочи како подолго од она што се смета за соодветно, потребно е да се води континуирана дискусија со таквите институции и служби за тоа како да се поправат состојбите.

5. Морталитет

Секогаш ќе има одреден број пациенти кои ќе починат без оглед колку добро била водена нивната состојба. Целта ни е да бидеме во можност да идентификуваме каде ни се случуваат неочекувани смртни случаи или каде бројките се повисоки од очекуваните. Ова не е со цел да се „покаже со прст“ кон служби или поединци, туку да се посочат областите каде е потребно подобрување на

состојбите и да се работи со институциите и службите на остварување на овие подобрувања.

Во некои случаи релевантна ќе биде стапката на морталитет, а во други апсолутните бројки на смртни случаи. Пример за првото би биле смртни случаи по вградување на бајпас на коронарната артерија или операција на фрактура на колк. И за двата вида случаи на располагање стојат меѓународни податоци за морталитетот. Податоците за морталитетот ќе треба да се интерпретираат низ призмата на околностите во Македонија, така што да може да се договори нешто што ќе се смета за соодветна стапка.

Секоја служба која има повисока стапка на смртност од документираната ќе треба да изврши длабинска анализа на нивните смртни случаи и на начинот на кој се водат пациентите, како и да се обиде да идентификува области за подобрување со цел стапката на смртност да се намали.

Она што исто така може да се направи е да се споделат областите на добра пракса помеѓу службите што имаат добри бројки кај морталитетот и службите каде ваквите бројки се помалку добри.

Примери за состојби каде апсолутните бројки на смртни случаи би биле важни се тежок астматичен напад и пациенти примени со дијабетична кетоацидоза. И кај двете болести, секоја смрт е индикатор за менаџмент на пациентите кој е помалку од идеален. Со добар менаџмент на астма и дијабетис многу малку пациенти би се примале со вакви компликации, а ниту еден не би требало да почине.

6. Стапки на дневна хирургија

Дневната хирургија е важен начин преку кој може да се подобри продуктивноста на болниците во делот на хируршките пациенти. Процентот на пациенти од вкупниот број хируршки третирани пациенти кои се водат како дневни случаи е индикатор за тоа колку успешно се менаџира дневната хирургија. Ќе биде потребно да се договори нешто што ќе претставува соодветна „целна пропорција“ (во проценти) на пациенти кои се водат како дневни случаи за Македонија, а со здравствените институции и служби ќе треба да се обават разговори за тоа како да се постигне напредок кон она што е зацртано како цел.

За одредени хируршки зафати очекувањата ќе бидат дека висок процент на случаи ќе се реализираат како еднодневен настан, како што е на пример операција на катаракта и примарна корекција на ингвинална хернија. И за двете овие постапки постојат установи каде 100% од случаите се менаџираат како еднодневни настани.

Потребно ќе биде да се обави дискусија за тоа што е соодветно за Македонија пред да се постигне договор околу тоа колкав процент за одредени интервенции е реалистичен.

7. Повторен прием во болница (реадмисија) во рок од 30 дена од отпуштањето

Очекувањата се дека овие бројки ќе бидат мали, па затоа ќе може да се пресметаат апсолутните бројки по институција, специјалност и дијагноза. Во некои случаи дијагнозата при повторен прием ќе биде истата како и при првиот прием, но дури и во случај на различна дијагноза, повторниот прием би можел да биде резултат на првобитниот третман. На пример, повторен прием со бронхопневмонија би можела да се должи на отпуштање со непознавањето или слабо третирана инфекција на градите.

Она што е важно се итните, непланирани приеми, а не планираните елективни приеми заради стационарно лекување.

Повторните приеми не се самите по себе индикација за слаб менаџмент, туку индикација дека истите треба да се анализираат за да се види дали има нешто што треба да се научи со што би се подобрила негата на болните и би се спречила таква реадмисија во иднина. Со мали бројки, ќе биде можно да се испита и да се извести за секоја реадмисија, при што извештајот треба да содржи и препораки за подобрување на состојбите, било да е тоа промена во работната практика или во водењето (менаџирањето) на одредена состојба.

8. Упатувања во специјалистички (терциерни) болници

Овие институции ќе треба посебно да се евидентираат на формуларот за собирање податоци доколку сите терциерни болници не се дел од иницијалната програма на индикатори.

Не мора да значи дека едно такво упатување до специјалистичка (терциерна) болница е „погрешно“ или дека е знак на лош иницијален менаџмент на болниот, но еден голем број на упатувања би индицирал дека е потребно дополнително испитување на проблемот, со цел да се одговорат прашања како следниве:

Дали иницијалното упатување било соодветно?

Дали немало да биде подобро ако веднаш пациентот бил упатен директно во терциерните служби?

Дали упатувањето било извршено навремено? Дали упатувањето било извршено веднаш откако било увидено дека е потребен специјалистички менаџмент на пациентот?

Дали пациентот бил прифатен од, и пренесен до специјалистичката служба веднаш откако било извршено упатувањето? Или можеби значително се доцнело со реализацијата на трансферот на пациентот?

Како и кај некои од другите индикатори, анализата на трендовите со текот на времето ќе претставува важен аспект. Во случаите каде се идентификувани несоодветни или непотребни упатувања, треба да се настојува да се направат опипливи подобрувања на состојбите.

9. Упатувања во други здравствени институции.

За да може да се следат ваквите упатувања, истите ќе треба посебно да се идентификуваат сè до моментот кога информатичката инфраструктура ќе ѝ овозможи на секоја здравствена институција да биде дел од програмата на индикатори. Кога последново ќе се обезбеди, единствениот идентификациски број на пациентот ќе овозможи следење на пациентите низ различните институции.

Не би требало да има многу потреба болниците да упатуваат пациенти во друга здравствена институција освен во терциерни (специјалистички) служби. Упатувања во иста или различна служба во рамките на друга институција што пружа секундарна здравствена заштита треба да предизвика загриженост. Сите такви примери ќе треба да се испитаат за да се провери дали упатувањето било соодветно и неопходно.

10. Задоволство на пациентите

Овој индикатор ќе биде изведен од прашалникот за мерење на задоволството на пациентот, а не од пакетот со податоци за индикаторите.

Потребно е да се постигне договор околу тоа како ќе се користи прашалникот и на кои пациенти ќе им се даде да го пополнат. Можните алтернативи се следниве: на сите пациенти прашалникот да им се даде непосредно пред да бидат отпуштени од болница, додека сè уште се водат како стационарни болни, или да се направи селекција на пациенти на кои ќе им се испрати откако ќе бидат отпуштени од болница.

Кога ќе се одлучува како да се продолжи понатаму, мора да се земат предвид проблемите со добивање на соодветна стапка на одговор на прашалникот, како и да се избегне пристрасност во добиените резултати.

Следува нацрт-верзија на формуларот што би се користел за собирањето податоци, што понатаму е проследено со опис на податочните ставки што ќе се користат за генерирање на резултатите за секој од индикаторите.

**ПОДАТОЧНИ СТАВКИ ЗА КЛИНИЧКИ ИНДИКАТОРИ ЗА
СТАЦИОНАРНИ БОЛНИ**

1. Болница (институција и општина) _____
2. Единствен идентификациски број на пациентот _____
3. Служба/специјалност на прием _____
4. Лекар кој го примил пациентот _____
5. Датум на раѓање на пациентот ден _____ месец _____ година _____
6. Пол М / Ж (заокружете)
7. Занимање на пациентот _____
8. Датум на прием ден _____ месец _____ година _____
9. Датум на отпуштање ден _____ месец _____ година _____
10. Тип на прием Рутински / Итен (заокружете)
11. Основна болест, природа на повредата/состојбата заради која пациентот е на лекување/рехабилитација (според МКБ – впишете онолку МКБ шифри колку што е потребно)

12. Операција извршена на: ден _____ месец _____ година _____
13. Хирург кој ја извршил операцијата: _____
14. Анестезиолог присутен на операцијата: _____
15. Извршена операција (МКБ или друга шифра) _____
16. Извршена повторна операција ДА / НЕ (заокружете)
17. Датум на повторна операција: ден _____ месец _____ година _____
18. Дали пациентот починал при овој престој во болница? ДА / НЕ (заокружете)
19. Побарана обдукција? ДА / НЕ (заокружете)
20. Пациентот упатен во друга болница? ДА / НЕ (заокружете)
21. Име на болницата каде бил упатен пациентот: _____
22. Име на лекарот до кого бил упатен пациентот: _____
23. Специјалност до која бил упатен пациентот: _____

Горниов формулар може да го пополни или болницата или вработен во РЗЗЗ, но она што е есенцијално е обука за правилна идентификација на МКБ шифрите (и на шифрите на оперативните зафати) што ќе треба да се користат.

Исто така, постои можност формуларот да се продуцира во машински читлив формат, така што скенирањето на пополнетите формулари да го забрза внесувањето податоци. Оваа можност ќе зависи од тоа дали се има на располагање соодветен „хардвер“ и „софтвер“ за скенирање.

Друго нешто што може да се направи е да ги имаме МКБ (и другите шифри) како поврзани податоци, затоа што е многу полесно внесувањето шифри да се направи тогаш кога се внесуваат податоци во одредена база на податоци.

ПОДАТОЧНИ СТАВКИ ШТО ТРЕБА ДА СЕ КОРИСТАТ ЗА ПРЕСМЕТУВАЊЕ НА ИНДИКАТОРИТЕ

Апсолутен број на стационарни болни кои се примаат и отпуштаат од болницата, вклучително и оние кои се лекуваат по принципот на дневна нега.

Овде едноставно се работи за пресметување на бројот на пациентите кои биле отпуштени од одредена болница во текот на еден дефиниран период, којшто може да биде една година, шест месеци или еден месец. Така, броење на единствениот идентификациски број на пациентите или на датумот на отпуштање ќе го генерира овој број за секоја од болниците.

Податочни ставки што се користат се 1 и 2 или 9, откако со помош на податочната ставка 9 ќе се идентификува соодветната евиденција за периодот што се разгледува.

Апсолутен број на стационарни болни кои поминуваат низ поединечни служби.

Ова исто така претставува едноставно броење на пациентите кои поминуваат низ различните специјалности/служби во рамките на една болница во текот на дефиниран временски период.

Податочни ставки што се користат – 1, 3 и 2 или 9, откако со помош на податочната ставка 9 ќе се идентификува соодветната евиденција за периодот што се разгледува.

Времетраење на престој, со извештаи за просечно, максимално и минимално времетраење на престојот. Извештаите треба да се однесуваат на (1) целата институција, на (2) индивидуални служби и на (3) конкретни состојби или дијагнози.

Времетраењето на престојот за секој пациент се пресметува од податочните ставки за датумот на прием и датумот на отпуштање (8 и 9).

Со користење на овие пресметани податоци, просечни, максимални и минимални бројки може да се пресметаат за институции, дијагнози и служби (податочни ставки 1, 3 и 11), повторно за дефиниран временски период со користење на податочната ставка 9.

Со користење на податочната ставка 10 може да се добијат посебни бројки за рутински и итни пациенти.

Предоперативно и постоперативно времетраење на престојот.

Овие времетраења на престојот се пресметуваат од податочните ставки за датумите на прием, отпуштање и операција (8, 9 и 12). И овде исто така може да се пресметаат просечни, максимални и минимални бројки за болници, за служби во рамките на одредена болница и за специфични дијагнози и зафати што се извршуваат во рамките на одредена болница или служба. Податочните ставки што се користат покрај веќе спомнатите се 1, 3, 11 и 15.

Секој пациент кој се оперира и истиот ден си оди дома (датумот на прием е ист со датумот на отпуштање) треба да се исклучи од овие пресметки.

За рутинските и итните пациенти може да се добијат посебни бројки со користење на податочната ставка 10.

Ќе биде потребно да се прецизира шифрирањето на интервенцијата што ќе се користи, т.е. дали ќе се користи само МКБ шифрирање или ќе се користи шифрирање на специфични оперативни постапки како што е UK OPCS4.

Морталитет.

Можеме да ги пресметаме апсолутните бројки на смртни случаи за одредена болница или служба (податочни ставки 1 и 3) така што ќе ги преброиме случаите каде податочната ставка 18 е „да“.

Слични пресметки може да се направат за одредени дијагнози или оперативни постапки (податочни ставки 11 и 15).

За оние дијагнози или оперативни постапки каде стапката на смртност (изразена како процент) е соодветна, ова лесно се прави со користење на пресметките направени овде, заедно со пресметки слични на оние веќе направени за апсолутните индикатори за продуктивноста на болниците од аспект на бројот на опслужени пациенти, а со користење на податочни ставки за дијагнози и хируршки постапки како основа за броење.

За рутинските и итните пациенти може да се добијат посебни бројки со користење на податочната ставка 10.

Стапки на дневна хирургија.

Кај пациентите на дневна хирургија станува збор за рутински прием каде денот на прием и на отпуштање е ист, и каде е извршен оперативен зафат (податочни ставки 8,9 и 12 или 15).

Процентот од сите хируршки третирани пациенти кои се водат како дневен случај може да се пресмета со користење на податочната ставка 12 или 15 како деноминатор.

Процентите кај хируршките зафати за специфични дијагнози може да се пресметаат со користење на податочните ставки 11 и 15.

Соодветно би било да се постават цели во делот на дневната хирургија како за севкупната хируршка дејност, така и за специфични оперативни постапки.

Повторен прием во болница (реадмисија) во рок од 30 дена од отпуштањето.

За секој пациент, повторен прием во рок од 30 дена од отпуштањето од болница може да се идентификува со користење на единствениот идентификациски број (податочна ставка 2) и датумот на повторен прием кој брои триесет или помалку денови од отпуштањето (податочни ставки 8 и 9). Повторниот прием треба да се третира како итен прием (податочна ставка 10).

Упатувања во специјалистички (терциерни) болници.

Податочната ставка 20 овозможува пребројување на упатувањата во друга здравствена институција, без оглед дали таа институција пружа секундарна или терциерна здравствена заштита. Категоризирањето во терциерна служба бара користење на податочната ставка 21 или 23 и листа на терциерни центри или служби со кои тие може да се споредуваат.

Упатувања во други здравствени институции.

Пресметките за овој индикатор се исти како горните, освен што споредбата нема да се однесува на листата на терциерни центри.

За секој од горниве индикатори, резултатите може да бидат за цела болница, за служба или за посебни дијагнози.

ИДНИНАТА

Податочните ставки собрани на формуларот даден на стр. 7 ќе овозможат пресметка на подетални индикатори, како на пример по лекар или хирург, или за посебни возрастни групи. Испитувањето на професионалните болести би можело да се развие.

Како што ќе се подобруваат информатичките капацитети, ќе се создаваат можности за следење на дополнителни индикатори, како и за зајакнување на собирањето, анализата и мониторингот на податоците.