

УПРАВЛЕНИЕ НА РИСКА В АКУШЕРО-ГИНЕКОЛОГИЧНАТА ПРАКТИКА

Понятието “управление на риска” е територия, където понятийният апарат на мениджъра (управленец) се среща с този на застрахователя. Управлението на риска има за цел максималното съхраняване на една организация, с всички нейни финансови, материални и човешки ресурси. В тези си многостранност, управлението на риска засяга лечебното заведение в неговата цялост – от недвижимо имущество до правила за добра медицинска практика. Функционирането на лечебното заведение е под непрекъснатата угроза на различни рискове: медицински, финансови, стопански, административни, инфраструктурни и т.н. Тук ще се спрем предимно на управлението на медицинския риск. Такъв се реализира чрез настъпване на неблагоприятен резултат от медицинската дейност и може да се разглежда като съставен от две компоненти:

- здравен риск (риск за пациентката от възникване на заплахата за здравето и живота ѝ)
- юридически риск (риск за персонала от подвеждане под отговорност).

Здравният риск, разбира се, е с водещо значение. Но мерките за неговото управление съвпадат с мерките за управление на юридическия риск. Това е причина тези мерки да се разглеждат като единно цяло.

Действията по управление на медицинския риск могат да се подредят в система, съставена от 5 стъпки:

1. Идентифициране на рискови категории
2. Прилагане на стандартизирани процедури
3. Създаване на вътрешен стандарт за документиране на всеки досег на пациентката с обслужването
4. Поддържане на персонала в постоянна готовност да прилага системата за управление на медицинския риск
5. Вътрешен или външен одит на системата за управление на медицинския риск.

Ще разгледаме по-подробно първата и третата стъпка.

Идентифициране на рискови категории

1. Рискови категории медицински процедури
 - 1.1. Медицински процедури с повишен риск от **усложнения**
Примери: процедури при заболявания с трудна за уточняване генеза (генитален травматизъм, септичен аборт, остър хирургичен корем); рядко извършвани в съотв. лечебно заведение процедури и др.
 - 1.2. Медицински процедури с повишен риск от предизвикване на **негативна реакция** от страна на пациентката
Примери: избор на метод за обезболяване; мерки за опразване на тазови резервоари; процедури с изненадващо висока цена и др.
2. Рискови категории друго обслужване
Примери: трудно приемливи за пациентката приоритети на долекарската грижа; особености на правилата за вътрешен ред в лечебното заведение; срокове по списъка на чакащи; битови условия; кетеринг и др.
3. Рискови категории персонал

Примери: новопостъпил в лечебното заведение персонал (от всички нива на професионална компетентност); персонал с характерологични особености; персонал с вредни навици; персонал с извънслужебни проблеми, ангажименти и др.

4. Рискови категории пациентки

4.1. Пациентки с повишен медицински риск

Примери: алергии; нарушения в кръвосъсирването; други съпътстващи заболявания

4.2. Пациентки със странно или вироглаво поведение; пациентки, които вече са се оплаквали от обслужването

4.3. Пациентки, контактът с които е затруднен

Примери: езикова бариера; душевни заболявания; отдалечено местоживееие и несигурна телекомуникация и др.

4.4. Пациентки, подлежащи на продължително (диспансерно) наблюдение.

Създаване на вътрешен стандарт за документирание на всеки досег на пациентката с обслужването

Съвременното разпределение на тежестта в оказването на медицинска помощ предполага относително намалено времетраене на контакта между пациентка и лекар, за сметка на контактите на пациентката с друг (медицински и немедицински) персонал. Независимо от това, основната тежест на управлението на медицинския риск пада върху лекаря. Поддържането на изрядна документация на всички нива е единственият инструмент, който позволява на лекаря, макар и опосредствено, да добие цялостна представа за количествените и качествени параметри на медицинското обслужване.

Лечебните заведения работят с всички форми на медицинска, финансова и друга документация, изисквани от закони, подзаконовни нормативни актове и договори. Освен това, в интерес на работата на всяко лечебно заведение е да бъдат разработени и възприети вътрешни стандарти, реализирани чрез документи и формуляри.

Подчертаваме, че отсъствието на документирани

- стандарт за извършеното действие
- описание на самото действие
- описание на резултата от действието

е класическо основание за претенции, предявени пред правоприлагащите органи.

Създаването и поддържането на документална база на реалните действия има многостранно значение:

- дисциплинира персонала и го подпомага в пълното и навременно предприемане на съответните действия
- намалява риска от пропуски и грешки
- подпомага създаването на използвана собствена база данни
- служи като “лице” на лечебното заведение пред пациентки, колеги и администрация
- служи за аргумент пред контролни и правоприлагащи органи¹.

Приложение 1 представлява индикативен списък на документи и формуляри, които могат да се разработят и внедрят като вътрешен стандарт в лечебното заведение. Всички тези документи и формуляри могат да бъдат и са инструменти за управление на медицинския риск.

¹ Правоприлагащите органи, включително съдебният състав, взимат решения единствено на база документация по случая.

**ИНДИКАТИВЕН СПИСЪК НА ДОКУМЕНТИ И ФОРМУЛЯРИ СЪС
ЗНАЧЕНИЕ НА “ВЪТРЕШЕН СТАНДАРТ” В ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА
ОКАЗВАНЕ НА АКУШЕРО-ГИНЕКОЛОГИЧНА ПОМОЩ**

1. Формуляр за данни “Вход” при приемане на пациентка
2. Специфични декларации за информирано съгласие
3. Формуляр за оперативен протокол (общ)
4. Схема за нанасяне на лапароскопска находка
5. Схема за нанасяне на хистероскопска находка
6. Формуляр (или стандарт) за епикриза
7. Стандартни протоколи – организационни² и диагностично-лечебни алгоритми
8. Документален израз на лекарствената политика
9. Правилник за вътрешния ред
10. Длъжностни характеристики на персонала от всички рангове на професионална компетентност
11. Планове за действие при аварии и други бедствени ситуации
12. Анкетни карти за допитване до пациентките за степента на удовлетвореност от обслужването (за битовите условия и общите грижи, от една страна и медицинските процедури и резултати – от друга, се препоръчват отделни анкетни карти)
13. Предхоспитализационни информационни материали за пациентките (необходими изследвания, предлагане на съпътстващи услуги на територията на лечебното заведение, права и задължения на пациентката, ценоразписи с ориентируваща цена на конкретното лечение, схема на аварийните изходи и др.)

Материалът е публикуван в сайта www.koog-vma.com на 8 август 2007 година.

² Примери за организационни алгоритми: път на пациентката от приемния сектор до операционната зала; път на пациентката от операционната зала до болничното легло; управление на списък на чакащи; борба с нозокомиалната инфекция; боравене с ексцизирани тъкани; боравене с отпадъци; боравене с химически вещества (реактиви) и др.