



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE



EVROPSKA UNIJA
EVROPSKI
SOCIALNI SKLAD

Kakovost in varnost v zdravstvu

PRIROČNIK ZA ZDRAVSTVENE DELAVCE IN SODELAVCE

Kakovost in varnost v zdravstvu

PRIROČNIK ZA ZDRAVSTVENE DELAVCE IN SODELAVCE

Naslov dokumenta: Kakovost in varnost v zdravstvu – priročnik za zdravstvene delavce in sodelavce

Avtorji (po abecednem vrstnem redu):

doc. dr. Jerneja Farkaš Lainščak, asist. prim. Daniel Grabar, mag. Klavdija Kobal Straus, prim. mag. Dorjan Marušič, asist. Mircha Poldrugovac, Biserka Simčič

Urednica: Biserka Simčič

Recenzentki: prof. dr. Bojana Beović, Monika Ažman

Jezikovni pregled: mag. Nevenka Gajšek

Oblikovanje: Kolektiv DVA Urška Bavčar s.p.

Izdajatelj: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije

Spletni naslov: <https://www.gov.si/drzavni-organi/ministrstva/ministrstvo-za-zdravje/>

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2022

Različica: 1.0, elektronska izdaja

Datum različice: februar 2022

Vrsta dokumenta: priročnik za zdravstvene delavce in sodelavce

Financiranje: naložbo sofinancirata Republika Slovenija in Evropska unija iz evropskega socialnega sklada

Namen dokumenta: pridobitev osnovnega znanja s področja kakovosti in varnosti v zdravstvu za zdravstvene delavce in sodelavce

Ciljna populacija: izvajalci zdravstvene dejavnosti

Brezplačni izvod

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani

COBISS.SI-ID 93733891

ISBN 978-961-6523-75-2 (PDF)

Vse pravice pridržane. Reprodukcijska po delih ali v celoti na kakršnem koli način in v katerem koli mediju ni dovoljena brez pisnega dovoljenja Ministrstva za zdravje Republike Slovenije.

Predgovor

V zadnjem desetletju kakovost in varnost v zdravstvu pridobivata čedalje večji pomen ter pozornost. Zato se krepi živahna strokovna skupnost zdravstvenih delavcev, sodelavcev in drugih strokovnjakov s posebnimi znanji in veščinami na področju kakovosti in varnosti.

Krepijo se aktivnosti za povečanje kakovosti in varnosti pri izvajalcih zdravstvenih storitev, odločevalcih o zdravstvenih politikah in tudi raziskave na tem področju. Izziv hitrega razvoja je napačno razumevanje kakovosti in varnosti kot področja, s katerim se ukvarja samo ozek krog poznavalcev. Vendar temu ni tako, saj se kakovost in varnost v zdravstvu neposredno nanašata na vsakogar, ki je vključen v sistem zdravstva.

Grof Philip Dormer Stanhope je nekoč zapisal: »Kar koli je vredno narediti, je vredno narediti dobro«. Kakovost lahko razumemo kot vprašanje, kako nekaj narediti dobro. Pravzaprav niti ni mogoče ločiti kakovosti od aktivnosti, na katero se kakovost nanaša. Na področju zdravstva to pomeni, da ni mogoče ločiti zdravniškega pregleda od dobrega opravljanja zdravniškega pregleda, vodenja zdravstvene nege pacienta od dobrega vodenja nege pacienta in podobno. Kakovost opravljenega dela je torej izziv za slehernega delavca v zdravstvu.

Zgodovinsko je družba stremela k zagotavljanju visoke kakovosti dela s številnimi ukrepi, ki se danes zdijo samoumevni: izobraževanje in usposabljanje, izdaja licenc in dovoljenj za opravljanje dejavnosti, objava strokovnih smernic, izdelava kliničnih poti, spremljanje kazalnikov kakovosti in izvajanje nadzorov. Danes vemo, da je vse navedeno nujno, vendar ne zadostno za zagotavljanje visoke kakovosti dela.

Kako kompleksno je to področje, so pokazali tudi evropski kohezijski projekti¹, ki jih na področju oskrbe starejših koordinira Sektor za dolgotrajno oskrbo Ministrstva za zdravje Republike Slovenije. Prav v okviru teh projektov so se začeli oblikovati prvi zametki na državni ravni primerljivih modelov spremljanja kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave tudi v socialnovarstvenih zavodih. To sta omogočila intenzivno sodelovanje zdravstvenih delavcev in sodelavcev na terenu ter intenzivno delo različnih strokovnjakov, vključenih v delovno skupino v okviru projekta »Model dolgotrajne oskrbe v skupnosti«. Postavljajo se izhodišča, ki bodo že drugo leto na državni ravni omogočila poenoteno spremljanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave v socialnovarstvenih zavodih, predvsem pa vzpostavila pogoje za osmišljanje kakovosti in varnosti pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti. Priročnik tako pomeni tudi ciljno iskanje rešitev za izboljšanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave tudi na pomembnem področju dolgotrajne oskrbe in verjamem, da bo kot tak v pomoč tudi socialnovarstvenim zavodom.

¹ Javni razpis za izbiro operacij »Preoblikovanje obstoječih mrež ter vstop novih izvajalcev za nudenje skupnostnih storitev in programov za starejše« (Uradni list RS, št. 38/19) in javni razpis za izbiro operacij »Preoblikovanje obstoječih mrež ter vstop novih izvajalcev za nudenje skupnostnih storitev in programov za starejše v kohezijski regiji vzhodna Slovenija (Uradni list RS, št. 69/19).

S hitrostjo razvoja znanosti na zdravstvenem področju je javnost seznanjena. Pomislimo samo na hitrost, s katero so bila razvita cepiva proti novi koronavirusni bolezni (SARS-CoV-2). Tudi na drugih področjih se v skladu z razvojem znanosti in tehnologije strokovne smernice neprestano spreminjajo. Hitro kopičenje novosti se umesti v izjemno kompleksen sistem, kakršen je zdravstveni, kjer deluje več deset tisoč oseb.

Posledica hitrih sprememb v velikem kompleksnem sistemu je, da tradicionalni pristopi za zagotavljanje kakovosti ne zadostujejo. Pozornost je treba usmeriti v organizacijo dela, uporabo standardnih postopkov in spremljanje stanja z meritvami. S tovrstnimi pristopi je ključno opolnomočiti vsakogar, vključno z zdravstvenimi delavci, da lahko dobro opravljajo svoje delo.

Izzivi odločevalcev na državni ravni, vodij v zdravstvenih organizacijah ali delavcev v neposrednem stiku s pacienti so zelo različni. Orodja za kakovostno opravljanje dela in ne nazadnje neprestano izboljševanje, pa so podobna. Poznavanje temeljnih orodij vodenja kakovosti v zdravstvu je torej pomembno in koristno za vsakogar, ki je neposredno vpleten v zdravstveni sistem.

Tako je pred vami prvi priročnik, ki ga je pripravila skupina priznanih strokovnjakov s področja kakovosti in varnosti v zdravstvu, katerega namen je s temeljnimi znanji seznaniti slehernega zaposlenega v zdravstvu. Tudi zato, da smo skupaj lahko del visokokakovostnega zdravstvenega sistema.

Janez Poklukar, minister



Prof. dr. Bojana Beović
predsednica Zdravniške zbornice Slovenije

Zdravniki se zelo zavedamo, da mora biti naše delo kakovostno, saj lahko slaba kakovost našega dela ogrozi zdravje in življenje ljudi, ki nam zaupajo. Kljub temu notranjemu zavedanju, ki nas spremlja vso poklicno pot, pa moramo vedeti, da to ni dovolj. Za zagotavljanje kakovosti je tako kakor v drugih človekovih dejavnostih tudi v zdravstvu pomembno sistematično izboljševanje znanja in veščin, organizacije procesa zdravstvene obravnave, delovnega okolja in vodenja. Pri tem je treba poznati temeljna načela in pojme vodenja kakovosti.

Priročnik na kratek, razumljiv in dostopen način seznanja z najpomembnejšimi informacijami, ki jih zdravniki moramo poznati za svoje delo in za razumevanje sistemov vodenja kakovosti v ustanovah, kjer delamo. V drugem delu se priročnik osredotoča na pomembne dele zdravstvenega procesa, ki so namenjeni zagotavljanju kakovosti zdravstvene obravnave in varnosti bolnikov. Razumevanje načel in delov vodenja kakovosti v zdravstvu naj omogoči, da vodenja kakovosti ne bomo razumeli kot dodatne birokracije, temveč kot orodje za izboljšanje svojega dela.



Monika Ažman

predsednica Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Kot strokovna organizacija izvajalcev v zdravstveni in babiški negi ter nosilec javnega pooblastila Ministrstva za zdravje Republike Slovenije imamo do kakovosti v zdravstvu veliko odgovornost. Kakovost v zdravstvu pomeni varnost; varnost za pacienta, varnost za zdravstveno ustanovo in varnost za njene zaposlene. Že leta 2006 je Ministrstvo za zdravje v nacionalnih usmeritvah za razvoj kakovosti v zdravstvu kakovost opredelilo z merili, kakor so uspešnost zdravljenja, varnost, pravočasnost, učinkovitost, enakost in osredotočenje na pacienta. Ta merila kakovosti veljajo še danes, kakor si tudi danes za kakovost zdravstvene obravnave stalno prizadevamo vsi zaposleni v zdravstvu.

Zaposleni v zdravstveni in babiški negi med izobraževanjem pridobimo nekatera temeljna znanja s področja kakovosti in varnosti, zavedamo pa se, da brez neprestanega izpopolnjevanja in udejanjanja tega v kliničnem okolju kakovost ne more zaživeti. Pri tem pa ne smemo pozabiti, da je naloga vodij na vseh ravneh zdravstvenega sistema ustvarjanje spodbudnega okolja za vse zaposlene, kjer sta kakovost in varnost nepogrešljivi del delovnega procesa.

Publikacija naj bo pripomoček za izvajalce zdravstvene in babiške nege pri zagotavljanju kakovosti in varnosti, nenehnem izboljševanju, zagotavljanju zadovoljstva pacientov/uporabnikov, njihovih svojcev in zaposlenih.

Naj bo ta publikacija dobra popotnica tudi za vse tiste zaposlene v zdravstvu, ki imajo priložnost vzpostavljati in razvijati sistem kakovosti in varnosti.



Doc. dr. Jerneja Farkaš Lainščak
dr. med., specialistka javnega zdravja

Doc. dr. Jerneja Farkaš Lainščak, dr. med., specialistka javnega zdravja, deluje kot nacionalna strokovnjakinja za javno zdravje na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje in kot vodja raziskovalne dejavnosti v Splošni bolnišnici Murska Sobota. Leta 2020 je krajši čas opravljala funkcijo državne sekretarke na Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije.

Leta 2011 je vodila proces vzpostavljanja slovenske mreže za promocijo zdravja v bolnišnicah in bila v obdobju 2014–2017 članica predsedstva mednarodne mreže za promocijo zdravja v bolnišnicah. Sodelovala je pri številnih domačih in mednarodnih raziskovalnih projektih s področja determinant zdravja, promocije zdravja in obvladovanja kroničnih bolezni. Za raziskovalno delo je prejela več nagrad; leta 2018 ji je Zdravniška zbornica Slovenije za izvedbo zgodnjega odkrivanja srčnega popuščanja pri prebivalcih mesta Murska Sobota podelila priznanje medicinski dosežek leta. V zadnjem času aktivno sodeluje pri več raziskavah s področja v pacienta usmerjene in integrirane zdravstvene oskrbe.

Kot nosilka ali izvajalka predmetov s področja javnega zdravja in mentorica študentom pri pripravi magistrskih in doktorskih del sodeluje z Medicinsko in Zdravstveno fakulteto Univerze v Ljubljani ter s Fakulteto za zdravstvo Angele Boškin. Je članica različnih domačih in mednarodnih strokovnih združenj na področju javnega zdravja ter recenzentka slovenskih in tujih strokovnih revij.



Asist. prim. Daniel Grabar
dr. med., specialist anesteziologije in reanimatologije

Asist. prim. Daniel Grabar, dr. med., specialist anesteziologije in reanimatologije, je od leta 2021 direktor Splošne bolnišnice Murska Sobota, kjer je bil pred tem strokovni direktor in transplantacijski koordinator, tudi predstojnik anestezijske službe in urgentnega centra. Bil je dolgoletni predstavnik vodstva za kakovost v Splošni bolnišnici Murska Sobota. V letu 2021 je postal član Zdravstvenega sveta pri Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije in predsednik skupščine Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije.

V Strokovnem svetu za anesteziologijo in intenzivno medicino je bil podpredsednik, dva mandata je tudi predsedoval Sekciji za kakovost v zdravstvu pri Slovenskem združenju za kakovost. Sodeloval je v akreditacijskem svetu mini-

strstva za zdravje in bil član več projektnih skupin pri ministrstvu za zdravje. Je presojevalec ISO-standarda in mednarodnih akreditacijskih ustanov, udeležen pri presojah skoraj vseh slovenskih zdravstvenih ustanov na sekundarni in terciarni ravni ter številnih tujih ustanov.

Dvajsetletno pedagoško delo z zdravstvenimi tehnikami kot predavatelj nadaljuje v programu visokošolskega izobraževanja zdravstvene nege na fakulteti Alma Mater Europaea in je asistent na Medicinski fakulteti Univerze v Osijeku. Aktiven je na verskem področju vodenja in izobraževanja protestantskih vodij in kristjanov.



Mag. Klavdija Kobal Straus

dipl. m. s.

Mag. Klavdija Kobal Straus, dipl. m. s., ima opravljeno specializacijo s področja upravljanja človeških virov in znanstveni magisterij s področja managementa, zaposlena je na Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije.

Poklicno pot je začela leta 1993 kot tehničarka zdravstvene nege v domu starejših. Vse od takrat je rdeča nit njenega poklicnega življenja skrb za starejše in druge ranljive skupine, ki zaradi bolezni, invalidnosti ali poškodb ne zmorejo samooskrbe.

Med njenim vodenjem Sektorja za dolgotrajno oskrbo v Direktoratu za razvoj zdravstvenega sistema pri Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije se je v letu 2021 začelo uvajanje enotnega modela spremljanja kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave v socialnovarstvenih zavodih.



Prim. mag. Dorjan Marušič

dipl. ing., dr. med., specialist interne medicine

Prim. mag. Dorjan Marušič, dipl. ing., dr. med., specialist interne medicine, je bil strokovni direktor Splošne bolnišnice Izola, državni sekretar na Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije, svetovalec generalnega direktorja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in minister za zdravje Republike Slovenije.

Mednarodno se je uveljavil kot član odbora strokovnjakov o učinkovitih načinih vlaganja v zdravje pri GD za zdravje in varnost hrane (GD SANCO). Sodeloval je pri številnih domačih in mednarodnih projektih glede sistema zdra-

vstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, plačilnih metod, izboljšanja kakovosti, nacionalne standardizacije podatkov in zdravstvene informatike. Predava na Fakulteti za vede o zdravju na Univerzi na Primorskem. Njegova dela so objavljena in pogosto citirana v priznanih znanstvenih revijah in zbornikih.



Mircha Poldrugovac

dr. med., specialist javnega zdravja

Mircha Poldrugovac, dr. med., specialist javnega zdravja, je raziskovalec in doktorski kandidat na Univerzitetnem kliničnem centru Amsterdam (Amsterdam UMC) pod okriljem Univerze v Amsterdamu na Nizozemskem v okviru inovativne mreže za usposabljanje strokovnjakov na področju informiranja o kakovosti (angl. performance intelligence). Njegova raziskovalna dejavnost je usmerjena predvsem v uporabo informaciji o kakovosti v dolgotrajni oskrbi.

Področje kakovosti in varnosti v zdravstvu je pomemben del njegove poklicne poti že od leta 2008, ko se je zaposlil na Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije kot svetovalec na oddelku za kakovost. Je soavtor Slovenske strategije kakovosti in varnosti v zdravstvu 2010–2015. Pomembno je prispeval tudi k pripravi kazalnikov kakovosti v zdravstvu in letnih poročil o teh kazalnikih. Leta 2011 se je zaposlil na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje, kjer je tudi opravil specializacijo iz javnega zdravja. Poleg sodelovanja pri pripravi kazalnikov je dejaven tudi pri ocenjevanju uspešnosti zdravstvenih sistemov in na področju z dokazi podprtega odločanja v zdravstvu.

Sodeloval je pri pedagoškem procesu Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani in Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Bil je tudi gostujoči predavatelj pri tečajih priznanih fakultet na Nizozemskem in v Italiji. Je soavtor strokovnih člankov v uglednih mednarodnih recenziranih revijah.



Biserka Simčič
spec. posl. ekon., EQSM

Biserka Simčič je sekretarka na Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije. Več kakor 35 let dela na področju zdravstva, kjer je med drugim vodila prvi sektor za kakovost in varnost sistema zdravstvenega varstva, akreditacijski svet in bila članica ožje skupine sveta za kakovost pri ministrstvu za zdravje. Vodila je dve projektni skupini, in sicer za vzpostavitev sistemske organiziranosti na področju kakovosti v zdravstvu in za ureditev izobraževanja za kakovost in varnost v zdravstvu. Je soavtorica in urednica prve strategije za kakovost in varnost v Sloveniji ter vodja projekta Model vzpostavitve sistema akreditacij v Sloveniji, kjer so bile njene naloge prednostno usmerjene predvsem v uvajanje sistemov kakovosti in vzpostavljanje pogojev za akreditacijo bolnišnic ter sistemsko uvedbo kakovostne in varne zdravstvene oskrbe.

Bila je vodilna ocenjevalka na področju poslovne odličnosti in razsodnica v postopku PRSPO, je vodilna ocenjevalka standardov ISO 9001:2008 in ISO 9001:2015 ter vodilna presojevalka mednarodnih zdravstvenih standardov NIAHO in AACI. Uspešno je končala izobraževanje za evropskega managerja kakovosti z mednarodnim certifikatom. Sodeluje v več mednarodnih projektih kot strokovnjakinja na področju ocenjevanja akreditacijskih programov ter vpeljevanja sistemov kakovosti in varnosti v zdravstvu. Je članica skupine strokovnjakov TAIEX.

Je avtorica in soavtorica publikacij s področja kakovosti in varnosti, različnih strokovnih člankov ter predavateljica in programska vodja na številnih strokovnih srečanjih ter konferencah doma in v tujini.

Vsebina

	Uvod	12
1	Kronološki pregled ključnih aktivnosti na področju kakovosti in varnosti v zdravstvu	15
2	Oprelitev izrazov	19
3	Kakovost zdravstvenega varstva	22
4	Načela kakovosti v zdravstvu	24
5	Kakovost storitev v zdravstveni dejavnosti	27
6	Nenehno izboljševanje kakovosti	30
7	Strukture, procesi in rezultati (Donabedianov model)	33
	Struktura	35
	Procesi	36
	Izidi (zdravstvenih storitev)	38
8	Metode izboljševanja kakovosti	39
9	Nadzori delovanja zdravstvenih ustanov	42
10	Presoja zdravstvenih ustanov	46
11	Standard	48
12	Akreditacija, certifikacija, verifikacija, licenciranje	50
13	Klinične smernice	55
14	Klinična pot	58
15	Kazalniki kakovosti	61
16	Predaja pacienta	65
17	Napake v zdravstvu	68
18	Odgovornost	75
	Osebna odgovornost (reševanje prek posameznika)	77
19	Sistemska pristop (sistemska odgovornost)	78
	Namesto sklepa	80
	Literatura	82

Bistvo vodenja kakovosti je sistematično izboljševanje znanja izvajalcev, organiziranosti procesa zdravstvene obravnave, delovnega okolja in vodenja. Kaže se v povečani uspešnosti zdravljenja, večji dostopnosti zdravljenja, boljših delovnih pogojih, predvsem pa v večji varnosti. Izboljšave temeljijo na prilagajanju spreminjajočim se razmeram, odpravljanju vzrokov za vrzeli med odkloni in standardno kakovostjo ter razširjanju vzrokov za najboljše prepoznane prakse (Kiauta idr., 2010).

Celovito upravljanje kakovosti temelji na dokazih oziroma konkretnih meritvah. Za to se uporabljajo različna orodja, kakor so poslovni modeli, sistemi upravljanja celovite kakovosti, mednarodne ali domače smernice, priporočena orodja organiziranosti zdravstvenih zavodov ter standardov zdravstvene obravnave. Eden izmed dokazano učinkovitih primerov orodij so uspešno vpeljane klinične poti (Marušič in Simčič 2009), ki v skladu s strokovnimi smernicami povezujejo sodelujoče pri posamezni obravnavi. Vloga celovitega upravljanja kakovosti in varnosti je v sodobni organizaciji zdravstvene dejavnosti pri čedalje večji soodvisnosti strok in izvajalcev čedalje pomembnejša, pri čemer je osrednja pozornost v sistemu zdravstvenega varstva namenjena pacientom (Simčič, 2012).

Kakovostno zdravstveno oskrbo tvorijo ljudje ob dobro oblikovanih procesih zdravstvene obravnave. Za razvojno spremljanje kakovosti je bistvena enakovredna vključenost strateško pomembnih partnerjev v zdravstvu, tj. pacientov in njihovih svojcev, izvajalcev, vlade in plačnikov ob ustrezno porazdeljenih odgovornostih. V sistemu je treba zadovoljiti pričakovanja pacientov, družbe in izvajalcev zdravstvenih storitev. Na vseh ravneh izvajanja zdravstvene oskrbe je treba sistem upravljanja kakovosti in varnosti snovati usklajeno. Za izboljšanje kakovosti v posamezni zdravstveni ustanovi je odgovorno vodstvo zdravstvene organizacije. Neposredni izvajalci oziroma medicinsko osebje so ključni za uspeh izboljševanja kakovosti. Udeleženci v zdravstvenem varstvu morajo tesno in trajno sodelovati pri vzpostavljanju in vzdrževanju sistemov izboljševanja kakovosti oskrbe in varnosti pacientov.

Zdravstveno varstvo je pomemben del zdravstvenega sistema, katerega končni cilj je izboljšanje zdravstvenega stanja. Da bi lahko izpolnili pričakovanja glede učinkovitosti in varnosti zdravstvenega sistema, je treba zagotoviti ustrezno kakovost zdravstvenih storitev. Tako kot zdravstveni sistem je tudi sistem zdravstvenega varstva v njem izpostavljen številnim spremembam in izzivom. Zagotavljanje kakovosti in varnosti zdravstvenega varstva je tako v Sloveniji kakor tudi državah članicah Evropske unije (EU) ter tudi širše prednostna naloga, ki vključuje strateško načrtovanje, uvajanje, spremljanje ter nadzor sistema kakovosti in varnosti zdravstvenega varstva.

Zagotavljanje kakovosti zdravstva temelji na sodelovanju multidisciplinarnih znanj, spodbujanju timskega dela in povezovanju zdravstvenih delavcev s pacienti ob upoštevanju njihovih težav. S tem dosežemo strokovno preverljivo in učinkovito obravnavo ob dokazljivih izhodih in izidih zdravljenja.

Celovita kakovost in varnost javnega zdravstva temeljita na kakovosti sistema zdravstvenega varstva, zadovoljstvu pacientov in njihovih svojcev z zdravstveno obravnavo in izidi zdravljenja ter na kakovosti poslovanja (gospodarna raba virov).

Kakovost in varnost sta temelj sistema zdravstvenega varstva, saj se lahko samo s celovitim upravljanjem sistema kakovosti in varnosti spoprijemamo s škodljivimi dogodki v zdravstvu. Po poročilu Evropske komisije (Evropska komisija, 2017) naj bi bilo od 8 do 12 odstotkov bolnikov, sprejetih v bolnišnice v EU, izpostavljenih škodljivim dogodkom s posledično škodo za njihovo zdravje. Posredni stroški teh dogodkov predstavljajo kar 1,5 odstotka vseh zdravstvenih izdatkov, ki pa bi jih bilo mogoče z učinkovitim sistemom kakovosti in varnosti v kar 44 odstotkih preprečiti. V kar 20 do 25 odstotkih primerov zdravljenje ni potrebno ali je potencialno škodljivo, kar pomeni, da je 20 odstotkov zdravstvenih stroškov porabljenih zaman (ang. wasteful), saj so lahko opravljeni brez negativnega vpliva na izide zdravljenja (OECD in Evropska unija, 2018).

Starostna struktura prebivalstva v Sloveniji se spreminja. Podaljšuje se pričakovano trajanje življenja, s tem pa tudi število oseb s kroničnimi degenerativnimi boleznimi in oseb, starejših od 80 let, ki imajo težave s krhkostjo ter pogosto več pridruženih kroničnih bolezni hkrati in so odvisni od pomoči drugih oseb oziroma potrebujejo dolgotrajno oskrbo (UMAR, 2021). Demografske spremembe zahtevajo ustrezno prilagajanje celotne družbe, tudi sistemov socialne varnosti, saj ovire pri dostopu do zdravstvenih storitev oziroma storitev dolgotrajne oskrbe vodijo v neenakosti v zdravju ob hkratnem dodatnem povečevanju izdatkov za zdravstvo zaradi nezadovoljenih potreb po dolgotrajni oskrbi (NIJZ, 2021). Hkrati tehnološki razvoj prinaša velike spremembe tudi na področju zdravstva in dolgotrajne oskrbe, saj ima lahko ugodne učinke na večjo kakovost storitev in kakovost življenja uporabnikov oziroma pacientov. Vse bolj se brišejo meje med zdravstvenimi in socialnimi storitvami in v ospredju je integrirana obravnava (UMAR, 2017), kar morajo upoštevati tudi modeli spremljanja kakovosti. Kakovost v dolgotrajni oskrbi je dinamičen koncept, ki vključuje raznolika stališča, vrednote, pričakovanja in preference različnih deležnikov (Evropska komisija, 2019) ter povezuje storitve s področja zdravstva in socialnega varstva. Čeprav je kakovostna, varna, učinkovita in na potrebe uporabnikov odzivna dolgotrajna oskrba postala prednostna naloga številnih držav EU, v večini držav razvoj modelov spremljanja kakovosti dolgotrajne oskrbe zaostaja za razvojem in uporabo modelov za spremljanje kakovosti zdravstvene obravnave (OECD, 2013). S staranjem prebivalstva se bo potreba po zdravstvenih storitvah in storitvah s področja dolgotrajne oskrbe hitro povečevala, s tem pa ustvarjal dodatni pritisk na sposobnost sistemov za zagotavljanje zadostne količine kakovostnih storitev (Evropska komisija, 2018; Evropska komisija, 2021). Na nujnost zagotavljanja kakovostne zdravstvene obravnave in dolgotrajne oskrbe opozarjajo številni mednarodni dokumenti, kakor sta Evropski steber socialnih pravic (Evropska komisija, 2017) in Evropska listina pravic in odgovornosti starejših, potrebnih dolgotrajne oskrbe in podpore (AGE Platform Europe, 2010).

Kakovost zdravstvene obravnave je torej proces dinamičnega učenja in sprotnega uvajanja izboljšav v delovne procese, pri čemer imajo pomembno vlogo odgovorni nosilci za posamezno vrsto zdravstvene dejavnosti, saj močno vplivajo na prepoznavanje priložnosti za izboljšave

procesov in promocijo kulture varnosti (Duffy, 2018; OECD, 2020a). Raziskave (de Bienassis, Llena-Nozal in Klazinga, 2020) kažejo, da je več kakor polovico neželenih dogodkov v socialnovarstvenih zavodih mogoče preprečiti, s tem pa napotitve v bolnišnice zmanjšati za 40 odstotkov.

Socialnovarstveni zavodi so pomemben člen pri zagotavljanju zdravstvene obravnave v Republiki Slovenji. V skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05) lahko socialnovarstveni zavodi za svoje uporabnike kot del osnovne zdravstvene dejavnosti zagotavljajo tudi zdravstveno nego in zdravstveno rehabilitacijo, nekateri tudi preventivno zdravstveno varstvo ranljivih skupin prebivalstva in zdravstveno vzgojo ter svetovanje za ohranitev in krepitev zdravja. Pri opravljanju zdravstvene obravnave socialnovarstveni zavodi tako kakor drugi izvajalci zdravstvene obravnave upoštevajo strokovne smernice in predpise s področja zdravstva, katerih namen je med drugim uporabnikom oziroma pacientom omogočiti enakopravno, primerno, kakovostno in varno zdravstveno obravnavo, ki bo temeljila na zaupanju pacienta do zdravstvenih delavcev in sodelavcev ter do zdravstvene obravnave, v kateri bo uporabnik aktivni partner v celotnem procesu. Celostna obravnava, del katere je v socialnovarstvenih zavodih tudi zdravstvena obravnava, mora biti usmerjena v podporo uporabnikom, da ohranjajo čim višjo stopnjo zdravja in sposobnosti samooskrbe ter čim dlje živijo čim bolj neodvisno (Lapr e idr., 2019).

Zagotavljanje kakovosti zdravstvenega varstva v Sloveniji bi zato moralo biti prednostna naloga z vključevanjem strateškega načrtovanja, uvajanja, spremljanja in nadzora sistema kakovosti zdravstvenega varstva. Celovita kakovost javnega zdravstva temelji na kakovosti sistema zdravstvenega varstva, zadovoljstvu pacientov z zdravstveno oskrbo in izidi zdravljenja ter na kakovosti poslovanja.

VPRAŠANJA

Kaj je Demingov krog?

Opišite projekte spremljanja izkušenj pacientov.

Opišite spremljanje kazalnikov kakovosti v slovenskem zdravstvu.

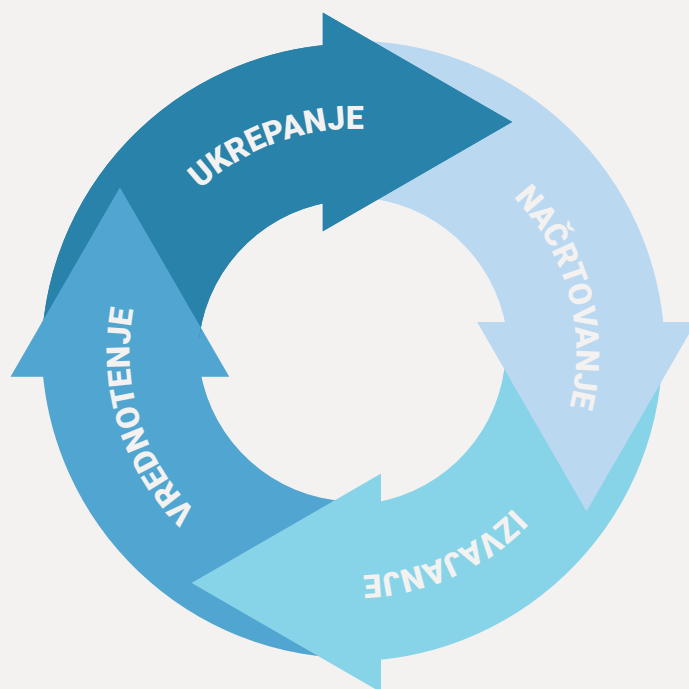
Slovensko zdravstvo je predvsem po zgledih tujine v drugi polovici devetdesetih let močno okrepilo postopke spremljanja in izboljševanja kakovosti dela. Prve poskuse je vpeljevala Zdravniška zbornica Slovenije (1998) z uvedbo kazalnikov kakovosti po posameznih dejavnostih. Nekaj zdravstvenih ustanov se je vključilo tudi v pilotni projekt poslovne odličnosti (1999), nekatere ustanove so tudi začele postopke za pridobitev ISO-certificiranja. Proaktivno vlogo je prevzelo Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije z izdajo usmeritev in priročnikov, predvsem smernic leta 2003 za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov. Ob izteku prvega desetletja so si v Univerzitetnem kliničnem centru (UKC) Ljubljana prizadevali izpolniti zahteve standarda Joint Commision International, vendar je brez politične podpore začetni zagon zastal.

Aktivnosti so se z velikim zagonom nadaljevale leta 2010, ko je po sprejetju več dokumentov v EU ministrstvo za zdravje pripravilo Nacionalno strategijo kakovosti in varnosti v zdravstvu 2010–2015. Ta je zdravstvene ustanove spodbudila k bolj zavzetemu iskanju načina vodenja in izboljšanja kakovosti zdravstvenih storitev s poudarkom na varnosti. V tem obdobju je ministrstvo za zdravje poleg drugih dokumentov pripravilo in izdalo Priročnik o kazalnikih kakovosti ter pripravilo prvo letno poročilo o kazalnikih kakovosti.

Z modelom vzpostavitve sistema akreditacije zdravstvenih ustanov je bilo na podlagi prostovoljne izbire vodstev zdravstvenih ustanov omogočeno nadaljevanje ISO-certificiranja, kar je bilo dobrodošlo za ureditev dokumentacije in vpeljavo osnovnih pristopov vodenja kakovosti, predvsem **Demingovega kroga** ali **kroga PDCA** ali **NIPU** (ang. Plan – Do – Check – Act ali Načrtovanje – Izvedba – Preverjanje – Ukrepanje) in notranjih postopkov izboljševanja kakovosti (slika 1).

Tudi na področju urejanja kliničnega področja so potekale aktivnosti zdravstvenih ustanov, kar je omogočilo akreditacijo na podlagi mednarodnih zdravstvenih standardov skoraj v vseh bolnišnicah. Z odločitvijo za izvedbo akreditacijskih postopkov prvih slovenskih zdravstvenih ustanov se je začelo sistematično nadgrajevanje kakovosti in varnosti v kliničnem okolju (preglednica 1).

Slika 1: Demingov krog



NAČRTOVANJE
Razumeti težavo

1. Je težava opredeljena **JASNO** in **NATANČNO**?
2. Ali so bili vsi temeljni **SISTEMSKI** razlogi opredeljeni?

IZVAJANJE
Izvesti načrt

3. Ali so bile za **VSE** temeljne vzroke uvedene **NEPOVRATNE KOREKTIVNE REŠITVE**?

VREDNOTENJE
Spremljanje

4. Ali načrt omogoča potrditev **UČINKOVITOSTI** korektivnih rešitev?

UKREPANJE
Uveljavitev

5. Ali načrt omogoča **UVELJAVITEV** rešitev in upošteva pridobljene izkušnje z izdelki, procesi, načrti, področji, ipd.?

Preglednica 1: Kronološki pregled ključnih aktivnosti na področju kakovosti in varnosti v zdravstvu

Leto	Vsebina
1996	Predlog nacionalne politike za razvoj kakovosti v zdravstvu.
1999	Projekt kakovost v zdravstvu, usmerjen v prikazovanje kazalnikov za posamezne zdravnike in oddelke.
2001	Kakovost v sistemu zdravstvenega varstva – publikacija.
2002	Nacionalni program sporočanja opozorilnih nevarnih dogodkov.
2003	Slovenski priročnik za smernice in nacionalna klinična smernica: obravnava kolorektalnega karcinoma.
2004	Nacionalna klinična smernica: rehabilitacija in sekundarna preventiva po srčnem napadu. Ustanovitev oddelka za kakovost v zdravstvu na ministrstvu za zdravje. Akreditacijski standardi za bolnišnice in manjše število kazalnikov kakovosti.
2006	Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice. Metodološka priporočila za oblikovanje in uvajanje kliničnih poti.
2007	Merjenje izkušenj pacientov v bolnišnicah in zadovoljstva zaposlenih.
2008	Zakon o pacientovih pravicah.
2009	Uvodno izobraževanje o varnosti pacientov po zdravstvenih regijah. Priročnik za oblikovanje kliničnih poti (prenova).
2010	Ustanovitev sektorja za kakovost in varnost v zdravstvu pri ministrstvu za zdravje. Nacionalna strategija kakovosti in varnosti 2010–2015. Priročnik o kazalnikih kakovosti. Konceptualni okvir za mednarodno klasifikacijo za varnost pacientov – prevod. Akreditirane prve slovenske bolnišnice.
2011	Imenovanje akreditacijskega sveta. Model vzpostavitve sistema akreditacije zdravstvenih ustanov v Sloveniji (z akcijskim načrtom). Zaznavanje kulture varnosti v akutnih splošnih bolnišnicah.
2012	Standardi za akreditacijo bolnišnic Joint Commission International.
2013	Vodenje kakovosti v slovenskih bolnišnicah – ugotovitve na podlagi letnih poročil bolnišnic na področju kakovosti in varnosti. Letno poročilo o kazalnikih kakovosti.
2014	Terminološki slovar izrazov v sistemu zdravstvenega varstva. Analiza uresničevanja ciljev iz strategije kakovosti in varnosti v zdravstvu.
2016	Strateški svet za kakovost in varnost v zdravstvu. Anketa o izobraževanju o kakovosti in varnosti na visokih šolah in fakultetah, ki izobražujejo zdravstvene strokovnjake. Resolucija o nacionalnem programu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«.
2017	Uvod v kompetence s področja kakovosti in varnosti. Projekt Šiliih – spodbuda za uvedbo nujnih ukrepov za preventivno delovanje, ki je ključnega pomena pri preprečevanju varnostnih zapletov.
2018	Poročilo HSPA v okviru projekta SRSS.
2019	Projekta PREMs in PROMs v Sloveniji. Projekt SRSS (»SenSys in sistem upravljanja varnostnih odklonov in tveganj za varnost pacientov«).
2021	Priročnik o kazalnikih kakovosti zdravstvene obravnave v socialnovarstvenih zavodih. SRSS projekt (»Support for improving quality of healthcare and patient safety in Slovenia«). Priprava DIIP in IP »Ukrepi za trajnostno obvladovanje kakovosti in varnosti v sistemu zdravstvenega varstva, vključno z obvladovanjem tveganj (epidemičnih in drugih) za povečanje odpornosti in učinkovitosti zdravstva«.

VPRAŠANJA

Kaj je akreditacija?

Kaj je z dokazi podprta medicina?

Kaj je standard?

- Akreditacija** zdravstvenih zavodov je uradni postopek, kjer zunanja institucija oceni in presodi, kako zdravstveni zavod izpolnjuje vnaprej pripravljene in objavljene standarde kakovosti in varnosti z namenom nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave (Prevolnik Rupel, Simčič in Turk, 2014).
- Certifikacija** je postopek, s katerim neodvisna institucija pisno zagotovi, da je proizvod, proces ali storitev v skladu s posebnimi zahtevami (Prevolnik Rupel, Simčič in Turk, 2014).
- Celovito upravljanje kakovosti** je strateški pristop upravljanja, ki opisuje načela, prakso in tehnike ter vsebuje načela osredotočenja na uporabnike, nenehnega izboljševanja kakovosti in timskega dela. Vsako od teh načel uporablja številne prakse, te prakse pa številne tehnike in orodja (Dean in Bowen, 1994).
- Kakovostna zdravstvena obravnava** je zdravstvena obravnava, ki posameznikom in prebivalstvu zagotovi zelene izide zdravljenja v skladu z zdajšnjim strokovnim znanjem. Je nenehno prizadevanje vsakogar – izvajalca zdravstvene dejavnosti, zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, pacientov in njihovih svojcev, raziskovalcev, plačnikov, načrtovalcev in izobraževalcev – za spremembe, ki bodo pripeljale do boljših zdravstvenih izidov za paciente, do večje uspešnosti delovanja sistema in boljšega razvoja strokovnjakov (Institute of Medicine, 1990).
- Kazalnik kakovosti** je statistična ali druga merljiva enota, ki kaže na uspešnost zdravstvene obravnave, uspešnost delovanja izvajalcev zdravstvene dejavnosti in zdravstvenega sistema. Z njim merimo strukture, procese, izide in vzorce obnašanja (McGlynn in Asch, 1998).
- Klinična pot** je orodje, ki zdravstvenemu timu omogoča razumno in na znanstvenih dokazih utemeljeno obravnavo pacienta, spremljanje opravljenega dela ter kazalnikov kakovosti, natančnejše dokumentiranje in lažjo notranjo presojo zdravstvene prakse. V pomoč je tudi pri seznanjanju pacientov s predvidenim potekom njegove zdravstvene obravnave in je dober pripomoček za izračun stroškov obravnave (Robida, 2009).
- Klinična smernica** so sistematično oblikovana stališča, ki so zdravniku in drugim zdravstvenim delavcem in sodelavcem, pa tudi pacientom, v pomoč pri odločitvah glede primerne zdravstvenega varstva v posebnih kliničnih okoliščinah (Field in Lohn, 1990).
- Odgovornost** je organizacijska prvina, ki nastopi ob prevzemu dolžnosti, naloge ali pooblastila osebe, ki se zaveda vsebine naloge in posledic njene neizvršitve;

odgovornosti se ni mogoče izogniti tudi v primeru, da ta oseba prenese izvedbo naloge delno ali v celoti na druge izvajalce (poverjanje nalog) (Prevolnik Rupel, Simčič in Turk, 2014).

- Presoja** je lahko notranja, zunanja ali lastne zdravstvene prakse. Notranja presoja je proces, ki ga izvajajo notranji presojevalci s pregledom delovanja posameznika, zdravstvenega tima, enote in zdravstvene organizacije, ki vsebuje merjenje klinične uspešnosti zdravstvene obravnave s pregledom struktur, procesov, izidov in vzorcev obnašanja v primerjavi s standardi ali najboljšimi praksami z namenom nenehnega izboljševanja izidov zdravstvene obravnave. Pri zunanji presoji pregled izvajajo zunanji presojevalci (Robida, 2004). Presoja lastne zdravstvene prakse je sistematični proces merjenja uspešnosti zdravstvene obravnave, ki jo izvaja zdravstveni tim nad svojo dejavnostjo s pregledom struktur, procesov, izidov in vzorcev obnašanja v primerjavi s standardi ali najboljšimi praksami z namenom nenehnega izboljševanja uspešnosti (Smith, 1992; Robida, 2009a).
- Standard kakovostne zdravstvene obravnave** pomeni na podlagi raziskav ali mnenja strokovnjakov doseganje želene ravni uspešnosti delovanja zdravstvene obravnave.
- Varnost zdravstvene obravnave** je lastnost sistema in pomeni nenehno ugotavljanje, analiziranje in obvladovanje tveganj za paciente z namenom izvajanja zdravstvene obravnave, ki je varna za pacienta, in kolikor je mogoče zmanjšati škodo za paciente (Kristensen idr., 2007).
- Z dokazi podprta medicina** temelji na vestni, nedvoumni in razumni uporabi najboljših razpoložljivih dokazov za odločanje o diagnostiki in medicinski oskrbi posameznega bolnika. Povezuje posamezne klinične ekspertize in izkušnje z najboljšimi razpoložljivimi kliničnimi dokazi iz sistematičnih raziskav (Prevolnik Rupel, Simčič in Turk, 2014).
- Zdravstvena dejavnost** obsega ukrepe in aktivnosti, ki jih po medicinski doktrini in ob uporabi medicinske tehnologije opravljajo zdravstveni delavci oziroma delavke in zdravstveni sodelavci oziroma sodelavke pri varovanju zdravja, preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju bolnikov in poškodovancev (Zakon o zdravstveni dejavnosti, Uradni list RS, št. 23/05).
- Zdravstveno varstvo** obsega sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih (Prevolnik Rupel, Simčič in Turk, 2014).

VPRAŠANJA

Navedite zahteve glede zagotavljanja kakovosti in varnosti v zdravstvu.

Razložite izgrajevanje politike kakovosti in varnosti v zdravstvu.

Pojasnite temelje celovite kakovosti javnega zdravstva.

Osnovna pozornost v zdravstvenem varstvu je namenjena državljanom in pacientom s ciljem varovanja njihovega zdravja. Ne glede na raven zdravstvenega varstva mora biti izvedena storitev učinkovita, varna, primerna, uspešna, enaka za vse državljane – bolnike, ki morajo biti v središču zdravstvene obravnave oziroma celotnega sistema (več v poglavju 5). Zagotavljanje kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe za vse izvajalce pomeni izpolnjevanje skupnih zahtev, ki jih je po področjih udeještvovanja treba izpeljati:

- 1. Spreminjanje kulture:** splošne, organizacijske, poklicne (klinične) ter sodelovanje v timih zdravstvene obravnave.
- 2. Zavezanost vodstev ustanov h kakovosti:** poglobljanje znanja o kakovosti v povezavi z izrabo virov, pozitivno motivacijo izvajalcev, nadzorovanjem izvajanja dogovorjenega in zahtevanega.
- 3. Politika vodenja kakovosti in varnosti:** izgrajevanje kulture poročanja, dosledno spremljanje odklonov, napak, skorajšnjih napak in varnostnih zapletov, doslednost izvajanja popravnih ukrepov, gradnja odličnosti od »spodaj navzgor«.
- 4. Izvajanje zdravstvenih storitev:** sledenje z dokazi podprti medicini (izobraževanja), pripravlanje, posodabljanje, dopolnjevanje politik, smernic, navodil, pripravljenost na spremembe, priprava sprememb, pobud, predlogov.
- 5. Delo s podatki:** spremenjeni odnos do podatkov, merjenje, analiziranje, ukrepanje, podatki o uspešnosti ključnih izvajalcev.

Zagotavljanje kakovosti zdravstvenega varstva v Sloveniji bi zato moralo biti prednostna naloga z vključevanjem strateškega načrtovanja, uvajanja, spremljanja in nadzora sistema kakovosti zdravstvenega varstva. Celovita kakovost javnega zdravstva temelji na kakovosti sistema zdravstvenega varstva, zadovoljstvu pacientov z zdravstveno obravnavo in izidi zdravljenja ter na kakovosti poslovanja.

VPRAŠANJA

Opišite temeljna načela kakovosti.

Kaj je učinkovitost?

Kaj je uspešnost?

Na podlagi priporočil Sveta Evrope iz leta 1997 (Svet Evrope, 1997) ima vsak pacient pravico do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave.

Varna zdravstvena oskrba je tista, ki preprečuje škodo za pacienta v zvezi z zdravljenjem in okoliščinami fizične varnosti bivanja ali zadrževanja pri izvajalcu zdravstvenih storitev. Kakovostna zdravstvena oskrba je tista, ki dosledno dosega izide zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami, ob upoštevanju temeljnih načel kakovosti. V zdravstvenem sistemu obstaja šest temeljnih načel kakovosti zdravstvene obravnave:

1. Uspešnost zdravstvene obravnave je doseganje želenih izidov zdravstvene obravnave na podlagi z dokazi podprte zdravstvene obravnave, ki jo dosežemo z dosledno uporabo raziskovalnih izsledkov, kompetenc zdravstvenega osebja, primernih virov in pacientovih vrednot. Spraševati se moramo, ali naši ukrepi izboljšajo zdravstveno stanje pacienta.

2. Varnost je zmanjševanje napak med zdravstveno obravnavo, preventivo in krepitvijo zdravja; pomeni preprečevanje zdravstvene škode pacientu zaradi napak v zdravstveni obravnavi. Pomeni nenehno ugotavljanje, analiziranje in obvladovanje tveganj za paciente, z namenom izvajati varno zdravstveno obravnavo pacienta in kolikor je mogoče zmanjšati škodo za paciente. Varnost pomeni odsotnost nepotrebne škode ali potencialne škode v zvezi z zdravstveno obravnavo. Spraševati se moramo, ali bomo škodili pacientu.

3. Pravočasnost. Pravočasno zdravljenje je primeren čas, ko je to dosegljivo glede na pacientove potrebe ob spoštovanju pacientovega časa. Vprašati se moramo, koliko časa mora pacient čakati.

4. Učinkovitost je doseganje optimalnih zdravstvenih izidov brez razsipavanja s človeškimi, materialnimi, finančnimi in časovnimi viri. Učinkovitost merimo s kazalniki kakovosti. Učinkovita zdravstvena obravnava je razmerje med izidi zdravljenja in uporabljenimi viri ter preprečevanje razsipnosti. Učinkovitost opredeljujeta doseganje zastavljenih ciljev in gospodarna uporaba virov. Vselej se vprašajmo, ali lahko nekaj storimo ceneje z enakim izidom.

5. Enakopravnost pri zdravstveni obravnavi pomeni primerno zdravstveno obravnavo glede na potrebe posameznika brez diskriminacije, za prebivalstvo pa univerzalni dostop do zdravstvenega varstva. Ali prihaja do razlikovanja na podlagi spola, starosti, socialnega položaja in podobno?

6. Osredotočanje na pacienta pomeni spoštovanje pacientovih pravic, upoštevanje pacientovih vrednot, stališč, mnenj, motivov in pričakovanj ter potrebe po izpolnjevanju življenjskih vlog ob upoštevanju čustev in potreb (tudi glede odnosa s svojci), aktivno odločanje in sodelovanje v procesu zdravstvene obravnave, podpora v vseh življenjskih aktivnostih, spodbujanje stopnje samooskrbe, podpora pacientu z njemu prilagojenimi aktivnostmi promocije zdravja, preventive, diagnostike, zdravljenja, in rehabilitacije, skrb za udobno fizično okolje, integracijo in koordinacijo zdravstvene obravnave,

odprtost informacij, komunikacijo in edukacijo, vključevanje pri izboljševanju in ocenjevanju kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave ter možnost sodelovanja pri oblikovanju zdravstvenih politik na državni in lokalni ravni. Skratka, vprašati se je treba, ali je pacient v središču zdravstvene obravnave.

Pri opredelitvi vrednot je izjemnega pomena ločiti učinkovitost in uspešnost.

Učinkovitost (ang. efficiency) pomeni razmerje med izhodom in vhomom ter stremi k izvajanju storitev na pravi način. Izvajanje določenega obsega zdravstvenih storitev (outputa) s čim manjšo porabo virov (inputov) oziroma čim nižjimi stroški ali maksimiranje obsega zdravstvenih storitev z danimi vložki (inputi). Je plod prizadevanj poslovnega upravljanja in zaposlenih v zdravstveni organizaciji za čim manjšo porabo virov za izvajanje programa zdravstvenih storitev.

Uspešnost (ang. effectiveness) je razmerje med rezultati dela (output) ter nameni in cilji organizacije (outcome). Pomeni delati prave stvari. Je merilo kakovosti in ustreznosti glede na zastavljene cilje: narediti pravo stvar je pomembnejše, kakor narediti jo takoj in z minimalnimi stroški. Z izvajanjem zdravstvenih programov želimo zdravstvene težave reševati čim boljše in doseči čim boljše zdravstvene izide (outcomes) glede na vložene vire (inpute) in ustvarjeni obseg zdravstvenih storitev (output).

VPRAŠANJA

Opišite zdravstveni sistem.

Kaj je zdravstvena storitev?

Navedite opredelitev kakovostne zdravstvene obravnave.

Kakovost je skupek vseh lastnosti, ki jih neki izdelek ali neka storitev ima (Pregrad, Musil in Turina, 2000). Z drugimi besedami, če ima neki izdelek boljše lastnosti, naj bi bil torej tudi bolj kakovosten, in obratno.

Podobno kakor v industriji je upravljanje sistema celovite kakovosti zdravstvene obravnave usmerjeno v uporabnike (paciente, zaposlene v zdravstveni ustanovi, zunanje sodelavce in partnerje), sisteme in procese, je merjenje in delo v kliničnih mikrosistemih. Zdravstvo zadovoljuje zdravstvene potrebe posameznikov in prebivalstva. Osredotočeno je na uporabnike, ugotavlja, ali so posamezni koraki pomembni za zadovoljitev njihovih potreb, in izloči tiste, ki ne vodijo v izboljšanje izidov zdravljenja ali zadovoljstva uporabnika.

Zdravstveni sistem je skupek elementov in aktivnosti ter medsebojnih povezav, ki v skladu s pretokom informacij in izvedbo poslovnih procesov tvorijo dodano vrednost za vse deležnike.

Sistemsko gledano, je zdravstveni sistem družbeni mehanizem, ki spreminja splošne človeške, materialne in finančne vire v specializirane zdravstvene storitve in te naprej v zdravstvene izide, usmerjene v izboljšanje javnozdravstvenega stanja družbe (Česen, 1998).

Zdravstvo se od proizvodnih dejavnosti loči predvsem po tem, da so izidi storitev pogosto težko merljivi in jih moramo uporabniku ponuditi takoj ob nastanku, pri čemer imajo izvajalci storitev neposredni stik z uporabniki. To zahteva pravočasnost in kakovost storitve ter onemogoča uporabo običajnih metod nadzora kakovosti, značilnih za proizvodne procese. Zdravstvena dejavnost ponuja storitve, ki zahtevajo obilo osebnih stikov, so delovno intenzivne z zahtevo po takojšnjem odzivu na nihanje v povpraševanju ter izkazano kakovostjo med izvedbo storitve. Kakovost zdravstvene obravnave meri procese zdravstvene obravnave z zbiranjem in analiziranjem podatkov, njihovo pretvorbo v informacije kot podlage za sprejemanje odločitev.

Zdravstvene storitve so nematerialne, se ne skladiščijo, se izvajajo na podlagi potrebe, njihova uporaba je takojšnja, izvedba storitve zahteva interdisciplinarno znanje, pri čemer je v izvedbo vključen tudi uporabnik, ki mu je storitev prilagojena. Zato se vrednotenje kakovosti razlikuje od vrednotenja izdelkov v proizvodnji.

Ena prvih opredelitev kakovostne zdravstvene obravnave jo opisuje kot zdravstveno obravnavo, ki posamezniku in prebivalstvu zagotovi zelene izide zdravljenja v skladu s takratnim strokovnim znanjem (Institute of Medicine, 1990).

Batalden s sodelavci jo je nekaj let pozneje opisal kot nenehno prizadevanje vsakogar – zdravstvenih strokovnjakov, pacientov in njihovi svojcev, raziskovalcev, plačnikov, načrtovalcev in izobraževalcev – za spremembe, ki bodo pripeljale do boljših izidov za paciente, uspešnejšega delovanja sistema in boljšega razvoja strokovnjakov (Batalden idr., 2007).

Zelo uporabna pa je **praktična opredelitev kakovostne zdravstvene obravnave**, ki jo od leta 1997 uporabljajo v Veliki Britaniji: **zagotoviti ustrezno storitev (kaj), pravi osebi (komu), pravočasno (kdaj) in jo pravilno izvesti prvič.**

V 11. členu Zakona o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08, 55/17 in 177/20) je opredeljena **pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave**. Tako ima pacient pravico do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave v skladu z medicinsko doktrino, pri čemer je **primerne zdravstvena obravnava** tista, ki je v skladu s pacientovimi potrebami ter zmožnostmi zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji in temelji na enostavnih, preglednih in prijaznih upravnih postopkih ter vzpostavlja s pacientom odnos sodelovanja in zaupanja.

Kakovostna zdravstvena obravnava je tista, ki dosledno dosega izide zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami, ob upoštevanju temeljnih načel kakovosti, kakor so uspešnost, varnost, pravočasnost, stalnost, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenje na pacienta. **Varna zdravstvena obravnava** je tista, ki preprečuje škodo za pacienta v zvezi z zdravljenjem in okoliščinami fizične varnosti bivanja ali zadrževanja pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti.

Storitev v zdravstveni dejavnosti je zdravstvena obravnava, skupek številnih ukrepov, posegov, postopkov in odnosov, v katere vstopata uporabnik (pacient in njegovi svojci) in izvajalec (zdravnik in drugi zdravstveni sodelavci), da bi bolnikovo težavo obravnavala z najboljšim možnim izidom. Kakovost zdravstvene obravnave je temelj uspešnega zdravljenja.

Bistvo kakovosti je zmanjševanje odklonov med izidi izvajanja zdravstvene obravnave ter standardi ali najboljšimi praksami. Zato potrebujemo orodja, ki so v pomoč pri odpravljanju te vrzeli. Orodja so relativno preprosta in se jih ni težko naučiti uporabljati. Največji oviri pri nenehnem izboljševanju kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave sta poklicna in organizacijska kultura ter osredotočenje samo na dnevno delo. Pri poklicni kulturi gre zlasti za napačno razumljeno avtonomijo posameznika in poklicnih skupin.

VPRAŠANJA

Kaj je nenehno izboljševanje kakovosti?

Kako dosegamo nenehno izboljševanje kakovosti v zdravstveni organizaciji?

Kako dosegamo nenehno izboljševanje kakovosti lastnega dela?

Navedite primer nenehnega izboljševanja kakovosti s področja dela, ki ga opravljate.

Nenehno izboljševanje kakovosti je vseživljenjski proces in eno izmed načel celovitega upravljanja kakovosti, ki podpira njegovo strategijo in pomeni strukturirane procese za sodelovanje zdravstvenih delavcev in sodelavcev pri načrtovanju in izvajanju nenehnega izboljševanja kakovosti za doseganje visokokakovostne in varne zdravstvene obravnave, ki dosega ali presega standarde zdravstvene obravnave na podlagi strategije kakovosti in varnosti.

Obsega najmanj vključevanje najvišjega vodstva izvajalca zdravstvene dejavnosti, programe usposabljanja za zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce, projekte za izboljšave, oblikovanje timov za izboljšave, podporo zdravstvenim delavcem in sodelavcem v mikrosistemu za analize in preoblikovanja kliničnih procesov, politiko za spodbude zdravstvenim delavcem in sodelavcem, da sodelujejo pri izboljšavah, ter uporabo znanstvenih metod in statistične kontrole procesov za izboljševanje kakovosti in varnosti (Kelley in Hurst, 2006).

Neprestano si je treba prizadevati za najučinkovitejše načine izboljšav in sprememb s sistematičnim pregledom metod in dejavnikov, ki izboljševanje kakovosti najbolj pospešujejo (The Health Foundation, 2011). Uporabiti moramo primerne strategije za doseganje cilja, ki temeljijo na znanstvenih metodah. Ciklično in brez prestanka je treba izvajati krog izboljšav – ugotoviti težavo v kakovosti zdravstvene obravnave, zbrati podatke, izvesti izboljšavo, preveriti nastalo spremembo in če je uspešna/pozitivna, jo uvesti v proces. Skratka, upoštevati je treba štiri korake Demingovega kroga procesa izboljševanja.

Za izboljšanje kakovosti sta potrebni predvsem osebna zavzetost in volja za spremembe. Prepričani moramo biti v to, da se zdravstvena praksa v zdravstveni ustanovi lahko spremeni. Iskati moramo načine, da se znebimo starih navad in se trdno zavzeti, da se naučimo vseh vidikov kakovosti. Na koncu je seveda pomembno, da te stvari naredimo. Izboljševanje kakovosti pomeni delo na vseh področjih zdravstvenega sistema, od ekonomskega, upravnega, do strokovnega dela in moralnih zavez. Treba je graditi na skupnih zavezah in moralni zavezah vseh sodelujočih v zdravstveni dejavnosti.

Pri izboljševanju kakovosti se je treba osredotočiti na posameznega uporabnika, sistem ter ustrezno merjenje kakovosti in varnosti. Pri usmeritvi v sistem je pomemben pogled na procese upravljanja zdravstvene stroke, povezane s posebnim izidom za posameznika in celotni sistem. Tako lahko izvajalci zdravstvene storitve pomagajo ugotoviti, kako lahko proces izboljšajo. Stalno merjenje kakovosti in varnosti omogoči iskanje priložnosti za izboljšave, pot do sistemskih sprememb in ugotavljanje vpliva spremembe na celotni sistem. Samo tako je mogoče preseči obtoževanje in iskanje krivca za slabe izide.

Zdravstveni delavci morajo ob skrbi za paciente stremeti k stalnemu izboljševanju svojega dela z dopolnjevanjem tehnične uspešnosti ter sooblikovanjem sistema kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev. Naloga managerjev na vseh ravneh zdravstvenega sistema bi morala biti ustvarjanje okolja in izboljševanje zdravstvene obravnave z usposabljanjem za pridobitev kompetenc s področja izboljšav. Ob boljši organizaciji dela so zdravstveni timi opolnomočeni za prevzem pobud za izboljšave pri izvajanju zdravstvene obravnave.

Vsaka izboljšava zahteva spremembo v sistemu. Prvi pogoj so dobro poznavanje posamezne specifične dejavnosti in njene vsebine ter potrebne kompetence, ki upravljavcem zdravstvene dejavnosti omogočajo izboljševanje kakovosti in varnosti.

Nenehno izboljševanje kakovosti dosežemo s sistematičnim in pravočasnim ciljnim načrtovanjem vseh aktivnosti, izvajanjem načrtovanih aktivnosti, preverjanjem učinkovitosti ter izvajanjem popravnih in preventivnih ukrepov.

Z učinkovitim izvajanjem sistema kakovosti zagotavljamo, da so vse zahteve naročnikov, zakonov, predpisov, standardov in nas samih izpolnjene in s tem izvedene storitve, ki ustrezajo postavljenim zahtevam.

Kakovost v zdravstvu ni povezana samo z izvedbo zdravstvenih storitev, ampak se ocenjuje tudi, koliko zdravstvo izpolnjuje potrebe pacientov oziroma dosega ali presega njihova pričakovanja.

To se ocenjuje z različnimi pristopi, metodami in orodji. V Sloveniji obstaja več mehanizmov za merjenje, preverjanje in nadzorovanje kakovosti, kakor so sistem pritožb po Zakonu o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08, 55/17 in 177/20), sistem nadzorov na podlagi Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPdve, 112/21 – ZNUPZ in 196/21 – ZDOsk) ter postopki akreditacije in certificiranja.

Strukture, procesi in rezultati (Donabedianov model)

VPRAŠANJA

Opišite Donabedianov model.

Naštejte faze modela procesne usmerjenosti.

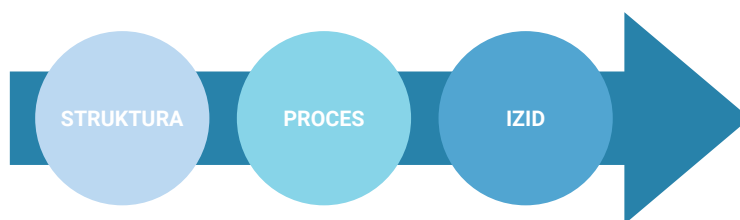
Pojasnite pojem izid zdravljenja.

Avedis Donabedian, zdravnik in raziskovalec iz Univerze v Michiganu, je prvič opisal tri dele svojega modela že v daljnem letu 1966 v članku Ocenjevanje kakovosti zdravstvene oskrbe.

Kljub razvoju kakovosti in nekaterih novih pristopov Donabedianov model ocenjevanja kakovosti ostaja glavna paradigma ocenjevanja kakovosti zdravstvene oskrbe, ki temelji na razdelitvi merjenja zdravstvene oskrbe na merjenje struktur, procesov in izidov, ki so med seboj povezani (Ibn El Haj idr., 2013).

Je konceptualni model s predpostavko, da se z izboljšavo struktur izboljšajo procesi, kar vodi do boljših izidov zdravstvene oskrbe (slika 2).

Slika 2: Donabedianov model



Strukture so okvir, v katerem se zdravstvena oskrba izvaja. Nanašajo se na prostore izvajanja, vključeno osebje, financiranje izvajanja in opremo, s katero se storitve izvajajo. Proces v zdravstvu je skupek vseh aktivnosti, ki sestavljajo zdravstveni sistem. Običajno so to dejavnosti v zvezi z diagnostiko, terapevtskimi postopki, preventivo, edukacijo pacientov. Rezultat (izid) opredeljujemo kot raven uspešnosti delovanja in je lahko povezan s strukturo, procesom ali izložkom. Ti so sicer pomemben vir podatkov, ne zagotavljajo pa za merjenje, vrednotenje in izboljšave nujno potrebnih informacij glede kakovosti zdravstvenih storitev. Izid je rezultat opravljene zdravstvene oskrbe glede spremembe zdravstvenega stanja pacienta.

Izraz struktura izvira iz latinskega jezika in pomeni sklop, sestav, ustroj, način graditve. V kontekstu organizacijske strukture so strukture lahko enovite ali zložene.

Strukture so okvir, v katerem se zdravstvena oskrba izvaja. Nanašajo se na prostore izvajanja, vključeno osebje, financiranje izvajanja in opremo, s katero se storitve izvajajo.

Med strukture prištevamo vse dejavnike, ki vplivajo na izvajanje zdravstvene oskrbe, vključno s fizičnim okoljem, opremo in človeškimi viri, kar zajema tudi organizacijske značilnosti, med drugim zahteve glede usposobljenosti osebja ali načinov plačevanja. Navedeni dejavniki podajajo podobo o dejavnostih izvajalcev, poteh pacientov v zdravstvenem sistemu in so sorazmerno preprosti pristop opazovanja in merjenja ter na tak način omogočajo hitro prepoznavo težav v določenem procesu (Prevolnik Rupel in Marušič, 2021).

S standardi strukture opredeljujemo vire za kakovostno izvajanje zdravstvene oskrbe, hkrati pa se v oblikovanem standardu odraža kakovost upravljanja. Merila standardov strukture opisujejo, kaj je treba zagotoviti, da dosežemo pričakovane izide. V merilih strukture opredelimo (Prevolnik Rupel in Marušič, 2021):

- 1. izvajalce zdravstvenih storitev** – kdo bo to naredil (upoštevamo izobrazbo, usposobljenost in strokovna znanja, pristojnosti in odgovornosti ter določimo število);
- 2. strokovnjake z različnih področij**, kadar sodelujejo pri izvedbi;
- 3. prostor** – kje se storitve opravljajo;
- 4. opremo in pripomočke** – s čim se storitve opravljajo;
- 5. pomožne in podporne službe**;
- 6. zahtevano znanje izvajalcev**;
- 7. literaturo, vire**, kjer izvajalci osvežijo ali poglobijo znanje;
- 8. dokumentiranje**: navedemo način in mesto dokumentiranja.

Pri merjenju kakovosti struktur ugotavljamo dokaj statične značilnosti posameznikov in okolja, v katerem se izvaja zdravstvena oskrba. Nadzorovane značilnosti posameznika vključujejo izobraževanje, usposabljanje, tudi licenciranje, prav tako primernost števila osebja in njihovo razporejanje. Okolje vključuje primernost prostorov, ustrezno opremo, potrebne pripomočke za izvajanje storitve, dostopnost do prostorov, celovito urejenost in izpolnjevanje zahtev ter predpisov prostorskih zahtev za izvajanje zdravstvenih storitev (Portal za izobraževanje iz zdravstvene nege, 2021; Hlupič, 2008).

Proces je niz povezanih delovnih aktivnosti, ki spremenijo vložke (vhodne enote) v izloške kot korist za nekoga.

V zdravstvu je proces skupek vseh aktivnosti, ki sestavljajo zdravstveni sistem.

Običajno so te dejavnosti povezane z diagnostiko, terapevtskimi postopki, preventivo, edukacijo pacientov. Mednje spada tudi vključevanje pacientov ali svojcev v postopke zdravstvene oskrbe. Procese lahko razvrščamo tudi kot tehnične postopke, na primer način izvajanja oskrbe, ali kot medosebne procese, kamor se vključuje vedenje ali obnašanje med postopki oskrbe.

Donabedian meni, da je merjenje procesov mogoče enačiti z merjenjem kakovosti zdravstvene oskrbe, kajti proces zajema vse aktivnosti izvajanja oskrbe. Informacije o procesih so vključene v medicinsko dokumentacijo, razkrivajo jih pogovori s pacienti ali osebjem, ocenjujemo jih lahko tudi z opazovanjem izvajanja zdravstvene oskrbe.

Različne opredelitve procesa imajo skupnih več izrazov: vložki in izložki, povezane dejavnosti, horizontalne strukture, vrednost za odjemalce (deležnike), poraba virov in ponovljivost. Tako lahko proces opredelimo kot mrežo aktivnosti s časovnim ponavljanjem, namenjeno ustvarjanju vrednosti za zunanje in notranje deležnike.

V zdravstvu so pomembni klinični procesi, ki bi jih v grobem lahko razdelili v štiri skupine (World Health Organization, 2018):

1. ohranitev zdravja (preventiva),
2. kurativa z izvajanjem diagnostike in terapevtskih postopkov,
3. rehabilitacija in
4. zagotavljanje podpore pri iztekanju življenja.

Navedene dejavnosti se v opredeljevanju kliničnih postopkov prepletajo in so v različnem obsegu prisotne pri opredeljevanju procesov v posameznih zdravstvenih ustanovah.

Do izboljšanja procesov vodijo posamezni koraki: vzpostavitev sistema izboljšav, razumevanje procesa, racionalizacija z namenom izboljšanja učinkovitosti, uspešnosti in prilagodljivosti procesa, meritve in nadzor ter izvajanje postopkov stalnega izboljševanja.

Obravnavanje procesov, in ne le posameznih opravil in nalog, postaja v zdravstvu čedalje pomembnejša tema, kajti le jasen proces je podlaga za večjo kakovost, prožnost, strokovnost in učinkovitost pri delu. Zelo jasna opredelitev procesa v teoriji v zdravstvu še zmeraj ni popolnoma prepoznana,

saj še vedno ne znamo ustrezno povezovati strokovnih in poslovnih procesov in je pojem glavnega procesa še dokaj neznan. Procesi v zdravstvu morajo biti vsekakor obravnavani enovito, saj strokovni procesi brez poslovnih ne morejo delovati, hkrati pa vsak strokovni proces troši vire (resurse), torej potrebuje sredstva in tako postane stroškovni oziroma prihodkovni nosilec.

Model procesne usmerjenosti prehaja prek petih zaporednih faz, skozi katere gre običajno vsaka organizacija pri postopkih izboljšav oziroma optimizaciji poslovnih procesov (Portal za izobraževanje iz zdravstvene nege, 2021; Hlupič, 2008);

- 1. Začetni procesi**, v katerih se aktivnosti izvajajo z nepredvidenimi načini reševanja težav.
- 2. Upravljeni procesi**, kjer je nekaj že organiziranih procesov, ki so standardizirani od začetka do konca, vendar izboljšave še vedno potekajo v okviru oddelkov.
- 3. Standardizirani procesi**, kjer je večina procesov že organiziranih od začetka do konca, izidi procesov se načrtujejo in merita se njihovi učinkovitost in uspešnost. Uveden je tudi sistem vodenja (na primer ISO9001, EFQM, Lean, SixSigma in podobno).
- 4. Napovedljivi procesi**, kjer so procesi upravljeni in vodeni v celotnem poteku dela za razumevanje in obvladovanje sprememb.
- 5. Inovativni procesi**, pri čemer se poslovni procesi z inovacijami neprestano prilagajajo novim poslovnim potrebam odjemalcev za doseg poslovnih ciljev.

Opredelitev izidov zdravstvenih storitev zahteva skrbni pristop k spremljanju in vrednotenju.

Standardiziranih opredelitev izidov tudi sodobni zdravstveni sistemi še niso izvedli, je pa pomembno razumeti razliko med izidi in izložki.

Spremljanje izložkov zdravstvenih storitev je bilo doslej v glavnem količinsko in je sicer pomemben vir podatkov, ne zagotavlja pa za merjenje, vrednotenje in izboljšave potrebnih informacij glede kakovosti zdravstvenih storitev. Izidi zdravstvenih storitev se nanašajo tudi na izkušnje pacientov glede učinkovitosti zdravljenja pri obravnavi določenega zdravstvenega stanja. Tako lahko razumemo tudi opredelitev izidov v zdravstvu, čeprav med kliniki ni natančno podana (Healthcare Financial Management Association, 2016).

Avstralsko združenje je sprejelo opredelitev, da je izid zdravstvenih storitev sprememba zdravja posameznika, skupine ljudi ali prebivalstva, ki jo je mogoče pripisati izvedbi postopka zdravljenja ali nizu postopkov zdravstvenih storitev.

Opredelitev odraža ključno zahtevo za merjenje določenih sprememb, poleg posameznika pa vključuje tudi spremembe prebivalstva v povezavi z izvedenimi postopki zdravstvenih storitev (The NSW Health Outcomes Program, 2013).

Izid je raven uspešnosti delovanja in je lahko povezan s strukturo, procesom ali izložkom. Je rezultat opravljene zdravstvene oskrbe glede na spremembo zdravstvenega stanja pacienta. Čim ugodnejši izid mora biti cilj vsake zdravstvene obravnave.

Povečevanje stroškov zdravstvenega varstva v sodobnem času od izvajalcev zahteva večjo odgovornost pri ocenjevanju izidov zdravljenja in večji poudarek na merjenju za paciente pomembnih izidov. Raziskovalci, industrija, regulatorji in kliniki bi morali poznati izide zdravstvenih storitev. Pri tem potrebujejo vedenje, kaj je treba izmeriti in na kakšen način, da bi lahko pridobljene podatke uporabili pri raziskavah, dodeljevanju virov, sprejemanju politik in kliničnem odločanju.

V zadnjih desetletjih 20. stoletja je bilo na področju spremljanja zdravstvenih izidov in merjenja kakovosti življenja vpeljanih veliko različnih instrumentov. Tako zadnjih 15 let potekajo prizadevanja za standardizacijo instrumentov merjenja izidov zdravstvenih obravnav ter specifično merjenje področij in zagotavljanje njihove primerljivosti.

VPRAŠANJA

Kaj sta cilj in namen izboljševanja kakovosti?

Naštejte nekaj metod za izboljševanje kakovosti.

Pojasnite vlogo vodstva pri izboljševanju kakovosti in varnosti.

Izboljšanje kakovosti dosegamo s sistematično uporabo metod in orodij za nenehno izboljšanje rezultatov izidov zdravstvenih obravnav in izkušenj pacientov. Metode in orodja morajo zagotavljati doseganje višje klinične učinkovitosti, boljšo varnost pacientov in izboljšanje izkušenj pacientov (Fereday, 2015).

Postopkov za izboljševanje kakovosti je kar nekaj. Njihov cilj je izboljševanje procesov, na primer vpeljevanje smernic klinične prakse in kliničnih poti, izdelava procesov zdravstvene oskrbe, oblikovanje splošnih standardov, sprotno spremljanje kliničnih izidov, spremljanje in preprečevanje zdravstvenih napak, vzgajanje in poučevanje za kakovost, ustanavljanje struktur za spremljanje kakovosti, notranja in zunanja presoja kakovosti.

Same metode izboljšanja kakovosti ne zagotavljajo napredka, zato za njihovo učinkovitost potrebujemo:

- zagotavljanje robustnega kliničnega okolja;
- usklajenost zahtev postopkov akreditacij in notranjih presoj;
- vključenost uporabnikov storitev;
- mreženje in izmenjavo izkušenj;
- spremljanje literature s področja vodenja kakovosti in varnosti;
- zagotavljanje izvajanja primernih rešitev pri ugotovljenih odstopanjih.

Najpogostejše metode, s katerimi sodobni zdravstveni sistemi izboljšujejo kakovost, lahko razvrstimo v naslednje skupine:

- 1. klinične presoje s strokovnimi nadzori** – preverjanje skladnosti storitev z zahtevami (standard, protokol, dobra praksa, z dokazi podprta medicina);
- 2. izvajanje izboljšav s PDCA-krogom** – vpeljava in preskušanje možnih izboljšav kakovosti, kadar je treba procese spreminjati ali uvajati nove;
- 3. modeli izboljšav** – odločitve na podlagi merljivih izboljšav kakovosti, preverjene na manjšem območju izvajanja;
- 4. načela vitke organizacije (Six sigma)** – analiziranje zdravstvenih storitev z ugotavljanjem razsipnosti in preusmerjanje virov v učinkovitejšo zdravstveno obravnavo;
- 5. primerjanje uspešnosti** – izboljševanje kakovosti s povečevanjem ozaveščenosti glede zastavljenih ciljnih vrednosti in širjenje dobrih praks;
- 6. učenje na napakah in učinkovita analiza** – sistematično in proaktivno vrednotenje procesov priložnosti za izboljšanje kakovosti;
- 7. mapiranje procesov** – opis poti pacientov v okviru obravnave za določitev priložnosti za izboljšave;
- 8. statistična kontrola procesov** – merjenje in nadzorovanje kakovosti procesov s primerjavo vnaprej določenih parametrov;

9. vzročna analiza – odkrivanje človeških, prostorskih in skritih vzrokov dogodkov, ki vplivajo na kakovost storitev;

10. komunikacijska orodja – izboljšanje kakovosti storitev s strukturirano izmenjavo potrebnih informacij;

11. tehnološke inovacije – avtomatizacija procesov in sistema za povečanje zanesljivosti, zmanjšanje napak in odstopanj zdravstvene obravnave;

12. odločitvena drevesa – izboljšanje kakovosti in doslednosti zdravstvenih procesov.

Za doseganje izboljšanja kakovosti je potrebna zavzetost vodstev zdravstvenih ustanov in izvajalcev zdravstvenih storitev skupaj z drugimi deležniki v zdravstvu, predvsem z vključevanjem pacientov in njihovih svojcev.

VPRAŠANJA

Čemu so namenjeni nadzori v zdravstvu?

Katere so vrste nadzorov v zdravstvu?

Opišite strokovni nadzor s svetovanjem.

Pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti se za zagotavljanje zakonitosti, strokovnosti, kakovosti in varnosti dela opravljajo različne vrste nadzora, in sicer notranji nadzor, strokovni nadzor s svetovanjem, upravni nadzor, sistemski nadzor, nadzor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) nad izpolnjevanjem pogodb z izvajalci zdravstvene dejavnosti in inšpekcijski nadzor.

Zakon o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPdve, 112/21 – ZNUPZ in 196/21 – ZDOsk) natančno opredeljuje nadzore v zdravstvu:

1. nadzor nad kakovostjo (76. člen),
2. strokovni nadzor s svetovanjem (78. člen),
3. upravni nadzor (80. člen),
4. sistemski nadzor (82. člen) in
5. inšpekcijski nadzor (83.a člen).

Izvajalec zdravstvene dejavnosti in njegovi zaposleni ali pogodbeni zdravstveni delavci oziroma sodelavci morajo omogočiti nemoteno opravljanje nadzora.

1. Notranji nadzor opravlja izvajalec zdravstvene dejavnosti. Nadzirajo se strokovnost, kakovost in varnost dela pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti. Vključuje nadzor nad izvajanjem predpisov s področja opravljanja zdravstvene dejavnosti in materialnega poslovanja ter poslovanja iz javnih virov. **Notranji nadzor se lahko izvaja kot redni ali izredni nadzor. Redni nadzor** se izvede na podlagi letnega programa, ki ga sprejme poslovodstvo. **Izredni notranji nadzor** uvede izvajalec zdravstvene dejavnosti sam ali na predlog bolnikov oziroma njihovih ožjih družinskih članov ali bližnjih oseb v skladu z Zakonom o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08, 55/17 in 177/20). O ugotovitvah notranjega nadzora komisija pripravi poročilo s predlogi poslovodstvu. Tako lahko predlaga dodatno strokovno usposabljanje zdravstvenega delavca ali sodelavca pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti; uvedbo postopka ugotavljanja nesposobnosti zdravstvenega delavca ali sodelavca; prepoved opravljanja zdravstvenih storitev, dokler niso odpravljene pomanjkljivosti ali nepravilnosti, ki bi lahko povzročile neposredno nevarnost za zdravje ljudi; dodelitev mentorja zdravstvenemu delavcu ali sodelavcu pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti; začetek disciplinskega postopka po zakonu, ki ureja delovna razmerja, ali postopka za ugotovitev morebitne odškodninske odgovornosti zdravstvenega delavca ali sodelavca pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti; naznanitev suma storitve kaznivega dejanja pristojnim organom pregona; seznanitev pristojne zbornice ali strokovnega združenja s pomanjkljivo strokovno usposobljenostjo zdravstvenega delavca

ali sodelavca; izboljšanje sistema ali procesa, kjer je prišlo do napake; odpravo organizacijskih, materialnih in drugih nepravilnosti ali pomanjkljivosti; predlog za vložitev predloga za izvedbo drugega nadzora iz prejšnjega člena. Notranji nadzor se konča s poročilom, v primeru predlaganih ukrepov pa z odreditvijo ukrepov posloводства.

2. Strokovni nadzor s svetovanjem obsega nadzor nad strokovnostjo, kakovostjo in varnostjo dela pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti. Strokovni nadzor s svetovanjem lahko zajema nadzor izvajalca zdravstvene dejavnosti v celoti ali samo njegove posamezne notranje organizacijske enote, nadzor posameznega zdravstvenega delavca ali sodelavca ali nadzor zdravstvene obravnave posameznega primera. Strokovni nadzor s svetovanjem opravlja zbornica ali strokovno združenje, ki ima javno pooblastilo, v sodelovanju s klinikami, kliničnimi inštituti ali kliničnimi oddelki. Pristojna zbornica ali strokovno združenje v soglasju z ministrom za zdravje podrobneje določi način izvajanja strokovnega nadzora s svetovanjem za posamezno poklicno skupino. **Strokovni nadzor s svetovanjem se lahko izvaja kot redni ali izredni nadzor.** Redni strokovni nadzor s svetovanjem izvaja pristojna zbornica ali strokovno združenje v skladu z letnim programom, ki ga sprejme zbornica ali strokovno združenje. O ugotovitvah strokovnega nadzora s svetovanjem komisija pripravi poročilo predsedniku pristojne zbornice ali strokovnega združenja, v katerem lahko predlaga ukrepe. Tako lahko predlaga dodatno strokovno usposabljanje zdravstvenega delavca ali sodelavca pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti; dodelitev mentorja zdravstvenemu delavcu ali sodelavcu pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti; odvzem licence ali izbris iz registra zdravnikov oziroma registra, kadar za samostojno opravljanje dela v zdravstveni dejavnosti ni pogoj pridobitev licence; naznanitev suma storitve kaznivega dejanja pristojnim organom pregona; izboljšanje sistema ali procesa, kjer je prišlo do nepravilnosti; odpravo organizacijskih, materialnih in drugih nepravilnosti ali pomanjkljivosti ter vložitev predloga za izvedbo drugega nadzora.

3. Upravni nadzor se izvaja nad izvajanjem predpisov s področja opravljanja zdravstvene dejavnosti in zdravstvenega zavarovanja ter materialnega poslovanja za izvajalca zdravstvene dejavnosti v celoti, posamezne notranje organizacijske enote, posameznega zdravstvenega delavca ali sodelavca ali nadzor zdravstvene obravnave posameznega primera. **Upravni nadzor se opravlja kot redni nadzor na podlagi programa ministrstva za zdravje ali kot izredni nadzor, ki ga uvede ministristvo za zdravje samo ali na predlog ZZS, bolnika ali njegovega ožjega družinskega člana, zdravstvenega delavca ali sodelavca, pristojne zbornice ali strokovnega združenja, zastopnika pacientovih pravic ter drugih državnih organov (na primer varuha človekovih pravic, komisije za preprečevanje korupcije, informacijskega pooblaščenca).**

4. Sistemski nadzor lahko odredi minister za zdravje ob sumu, da so nastale nepravilnosti v zvezi z organizacijo ali strokovnostjo delovnega procesa ali kakovostjo in varnostjo dela zdravstvenih delavcev in sodelavcev ali zdravstvenih storitev pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti, ki zahtevajo celovit strokovni in upravni nadzor. Sistemski nadzor pomeni sočasno izvedbo upravnega in strokovnega nadzora s svetovanjem, pri čemer lahko minister za zdravje pozove k sočasni izvedbi nadzora ZZS in inšpekcijske organe. Posamezne pristojne zbornice ali strokovna združenja imenujejo za izvedbo strokovnega nadzora s svetovanjem svoje člane v komisijo za izvedbo systemskega nadzora. Izvedbo systemskega nadzora vodi predsednik komisije za izvedbo systemskega nadzora, ki je predstavnik ministrstva za zdravje, vsak član komisije pa izvaja nadzor v skladu s pooblastili in postopki izvajanja posamezne vrste nadzora.

5. Inšpekcijski nadzor nad izvajanjem opravljajo inšpekcija za zdravje, inšpekcija za delo, informacijski pooblaščenec, inšpekcija za kulturo in medije ter inšpekcija za šolstvo in šport. Inšpekcija za zdravje opravlja nadzor nad izvajanjem določil Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPdve, 112/21 – ZNUPZ in 196/21 – ZDOsk).

VPRAŠANJA

Kaj je presoja ?

Katere vrste presoje poznate?

Opišite zunanjo presojo.

Presoja zdravstvene prakse je orodje, ki omogoča zdravstvenim strokovnjakom sistematično in kritično analizo kakovost rutinske zdravstvene obravnave in spremljanje njenega izboljševanja.

Temelj presoje kakovosti obravnave (in s tem varnosti) so vnaprej opredeljeni standardi kakovosti, ki določajo, kaj natančno je treba storiti, da dosežemo pričakovano kakovost obravnave. Središče in usmerjenost vsega delovanja je zadovoljen pacient. Presoja kakovosti obravnave zdravstvene ustanove je proces, ki ga vodi zdravstvena ustanova sama v obliki samoocenjevanja ali notranje presoje, poteka pa tudi kot zunanja presoja ob pomoči zunanje organizacije (Robida, 2009).

Zunanja presoja je postopek, v katerem zunanja organizacija oceni in presodi, ali zdravstvena ustanova izpolnjuje vnaprej pripravljene standarde kakovosti, zdravstvena ustanova pa mora standarde izvajati in organizirati delovanje celotnega upravljanja tako, da zadosti standardom. Zunanja presoja meri razliko med pričakovano in doseženo ravno uspešnosti delovanja z namenom ugotavljanja možnosti za izboljšanje. Standardi morajo biti zapisani, če jih želimo uporabiti za spremljanje kakovosti, in če želimo zmanjšati variabilnost med izvajalci zdravstvene oskrbe. Zapisani standardi zdravstvene oskrbe obstajajo v različnih oblikah, kakor so protokoli, postopki, klinične poti in podobno. Oblikujejo jih strokovna združenja, mednarodne organizacije, organizacije, ki se ukvarjajo z zunanjo presojo, ministrstva za zdravje in bolnišnice ter drugi zdravstveni zavodi.

Presoja zdravstvene prakse – notranji strokovni nadzor je proces izboljšave kakovosti z namenom izboljšanja struktur, procesov in izidov obravnave pacienta na podlagi sistematičnega pregleda zdravstvene obravnave v primerjavi s standardi in uvajanjem sprememb. Je redna dejavnost in obveznost zdravstvenega osebja ne glede na pravno organiziranost zdravstvene dejavnosti. Namen presoje je ugotoviti, kako se rutinska vsakdanja zdravstvena praksa sklada z najboljšo prakso, ki jo opisujejo standardi, klinične smernice, klinične poti in drugi viri najboljših praks. Ob tem je treba notranjo presojo oziroma samoocenjevanje prilagoditi shemi zunanjih presoj z upoštevanjem standardov kakovosti zdravstvene obravnave. Zdravstvena ustanova mora standarde izvajati in organizirati delovanje celotnega upravljanja tako, da tem standardom zadosti.

Notranja presoja – samoocenjevanje – je pregled delovanja zdravstvene ustanove, ki ga izvedejo strokovnjaki ustanove s področja zdravstvene oskrbe in vodenja. Zajema vse dejavnosti ustanove. Poglavitni namen je ugotoviti, ali ustanova zagotavlja kakovostno in varno oskrbo pacientov ter deluje v skladu s standardi (Robida, 2009).

VPRAŠANJA

Kaj je standard?

Kaj morajo standardi vsebovati?

Razložite namen standardov.

Po opredelitvi Svetovne zdravstvene organizacije je standard uveljavljeno, sprejeto in na dokazih temelječe tehnično določilo ali podlaga za primerjavo.

Standard je dokument, sprejet soglasno, ki ga odobri priznani organ, ki določa pravila, smernice ali značilnosti za dejavnosti ali njihove rezultate ter je namenjen za občo in večkratno uporabo in usmerjen v doseganje optimalne stopnje urejenosti na danem področju (Slovenski inštitut za standardizacijo, 2007).

V zdravstvu standard pogosto razumemo kot pričakovano uspešnost delovanja in ni nujno, da so le ti kvantitativno izraženi, temveč so lahko tudi nedvoumne izjave o pričakovani kakovosti.

Standard pomeni merljivo izjavo o uspešnosti delovanja in opiše, kakšno kakovost, temelječo na dokazih, je treba doseči.

Standardi:

- prispevajo k ustvarjanju infrastrukture (kdo naredi kaj, kdaj, kje, kako in s čim);
- podpirajo izobraževanje in testiranje kompetenc za vzdrževanje procesov;
- dosežejo razumevanje osebja o ključnih procesih;
- omogočajo primerno in dosledno uporabo na dokazih temelječe zdravstvene prakse;
- preprečujejo začetne napake pri zanesljivosti.

Morajo biti:

- specifični (nanašajo se samo na eno dejavnost/temo);
- realni (da se lahko po njih ravna in imamo zato razpoložljive vire);
- koristni (nanašati se morajo na zadevo, pomembno za paciente, druge uporabnike, osebje in druge zainteresirane skupine ali posameznike);
- zanesljivi (doseči je treba enak izid zdravljenja, kadar uporabljamo standard za določen poseg);
- veljavni (temeljiti na znanstvenih dokazih ali splošno sprejemljivih izkušnjah);
- jasni (vsak jih mora razumeti);
- merljivi (jih je mogoče meriti).

Standardi so lahko strukturni, procesni, standardi izidov, minimalni standardi, optimalni standardi.

VPRAŠANJA

Pojasnite postopek akreditacije zdravstvenih ustanov.

Opišite temeljne cilje akreditacije.

Razložite razliko med certificiranjem in licenciranjem.

Postopki akreditacije in certifikacije so orodja za presojo kakovosti delovanja izvajalca zdravstvenih storitev na podlagi izbranih standardov.

Pridobljeni certifikat pomeni potrditev kakovosti delovanja, pri čemer morajo biti k stalnim prizadevanjem za kakovost in varnost aktivno usmerjeni vsi zaposleni. Postopki akreditacije in certificiranja so zasnovani tako, da pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti podpirajo razvoj in nenehno izboljševanje kakovosti zdravstvene obravnave in varnosti pacientov.

Akreditiranje zdravstvenih ustanov izvira iz leta 1917, ko ga je začelo uporabljati ameriško združenje kirurgov. Po združitvi prizadevanj več strokovnih zdravstvenih združenj Severne Amerike (ZDA in Kanade) je bila leta 1951 oblikovana skupna komisija za akreditiranje bolnišnic, Joint Commission on Accreditation of Hospitals. Danes Joint Commission International ponuja akreditiranje zdravstvenih ustanov po vsem svetu (Simčič in Poldrugovac, 2013).

Akreditacija je javno priznanje zdravstvenega akreditacijskega organa zdravstveni organizaciji o dosegu akreditacijskih standardov. Certificiranje pomeni pridobivanje certifikata za sisteme vodenja po standardu ISO 9001 ali drugega ISO-standarda, in ne zajema standardov klinične kakovosti. Akreditacija se obnavlja vsaka tri leta, certificiranje pa vsakih pet let.

V Sloveniji se je proces mednarodne akreditacije začel leta 2010. Po vstopu v EU in uveljavitvi Direktive o prostem pretoku zdravstvenih storitev so naše vodilne zdravstvene ustanove pristopile k sistemu mednarodne akreditacije. Ob podpori ministrstva za zdravje in pobudi norveške vlade so se prve štiri zdravstvene ustanove odločile za akreditiranje po standardu NIAHO, ki je bil evropsko usmerjen in je dopuščal dokajšnjo prožnost pri iskanju lastnih rešitev za doseganje zahtev standarda. Prve akreditirane ustanove so že v prvem letu ugotavljale spreminjanje klinične kulture, večjo zavzetost posameznih skupin akterjev zdravstvene oskrbe, vzpostavitev načinov za ugotavljanje pomanjkljivosti in njihovo odpravljanje, predvsem pa boljšo urejenost prej nepregledne dokumentacije (Ceglar, Marušič in Simčič, 2011).

Po uveljavitvi finančne spodbude ZZZS, ko je 0,3 odstotka prihodkov ostal akreditiranim ustanovam, so se leta 2012 skoraj vse bolnišnice odločile za akreditacijo po enem izmed mednarodnih standardov ((DIAS-Det Norske Veritas (DIAS-DNV), Joint Commission International (JCI), American Accreditation Commission International (AACI), Accreditation Canada International (ACI)).

Akreditacijski postopki so se nadaljevali tudi po opustitvi spodbude plačnika ZZZS leta 2016. Akreditirane zdravstvene ustanove so namreč lažje

dosegale skladnost z zahtevami vodenja kakovosti in zagotavljanja varnosti oskrbe ter oblikovale procesni pristop pri opredelitvi tveganj in pripravo ukrepov, ki jih dosledno izvajajo. V zadnjem desetletju se je tako znatno spremenila klinična kultura, povečala ozaveščenost izvajalcev glede skrbi za varnost in osredotočenje na pacienta. Akreditacija je postala priročno orodje za poenotenje oskrbe, odpravljanje nepotrebnih stroškov, urejene medsebojne odnose v ustanovi, predvsem pa je postalo gibalno iskanje rešitev za višjo kakovost in varnost tako za paciente kakor tudi izvajalce (Simčič in Poldrugovac, 2012).

Akreditacija zdravstvenih zavodov je formalni postopek, kjer zunanja institucija oceni in presodi, kako zdravstveni zavod izpolnjuje vnaprej pripravljene in objavljene standarde kakovosti in varnosti z namenom nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave. Je zunanji pregled delovanja zdravstvenega zavoda in zajema vse njegove dejavnosti. Pri tem je poudarek predvsem na nenehnem izboljševanju kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave pacientov, kjer ne gre le za oceno skladnosti s standardi, marveč tudi za analitični in svetovalni proces nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti pacientov. Presoja se zdravstvena ustanova, in ne posameznik. Z akreditacijo zdravstveni zavod ugotovi svoje dobre strani in svoje pomanjkljivosti, bolje spozna procese in kompleksnost svojega delovanja, lažje načrtuje postopke za izboljševanje uspešnosti svojega delovanja. Na podlagi priporočil akreditacijskega postopka zdravstvena ustanova povečuje uspešnost dela, odgovornost zdravstvene ustanove do pacientov, ustanoviteljev ter plačnikov ter ne nazadnje vzdržuje zaupanje pacientov in skupnosti okolja delovanja. Za vsakega zaposlenega akreditacijski postopek povečuje zadovoljstvo z delom in ponos osebja, ki je vpleteno v proces izboljševanja. Za plačnike zdravstvenih storitev pa je lahko akreditacija dodatna možnost za oblikovanje cen zdravstvenih storitev (Simčič, 2012a).

Temeljni cilji akreditacije so:

- nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave in njena ocena,
- časovna primerljivost s spremljanjem izboljšav med dvema obdobjema akreditacije v zdravstveni ustanovi,
- primerljivost zdravstvenih ustanov glede kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave na ravni države, v EU in svetu,
- zagotavljanje primerljive kakovostne in varne zdravstvene obravnave vsem pacientom v državi in EU,
- zagotavljanje enakih pravic pacientov v EU glede kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave,
- vzdržnost financiranja zdravstvenega varstva glede na direktivo Evropskega

parlamenta in Sveta o pravicah pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva in s tem večjo konkurenčnost zdravstvenih zavodov glede prostega pretoka bolnikov,

- povečanje zaupanja pacientov,
- popolna sledljivost postopkom, zapisom in upoštevanje načela najboljših praks na strokovnih področjih,
- zagotavljanje pogojev za izvajanje mednarodnih storitev za spodbujanje konkurenčnosti.

Certificiranje je postopek, s katerim neodvisna institucija pisno zagotovi, da je proizvod, proces ali storitev v skladu s posebnimi zahtevami. Certificiranje pomeni pridobivanje certifikata za sisteme vodenja po standardu ISO, in ne zajema standardov klinične kakovosti.

Certifikat sistema vodenja kakovosti ISO 9001 omogoča dokazovanje organizacije, da izpolnjuje zaveze glede kakovosti in zadovoljstva odjemalcev, hkrati pa tudi dokazuje nenehno izboljševanje podobe organizacije ter upoštevanje dejavnikov spreminjajočega se sveta. ISO 9001 je svetovni standard za sistem vodenja kakovosti. Določa zahteve za vzpostavitev, izvajanje in nenehno izboljševanje procesov, ki izpolnjujejo zahteve kupcev ter veljavne zakonske in regulativne zahteve. Standard ISO 9001 ni nadomestilo za druge pristope, metode in sisteme, ki se uvajajo v zdravstvu, jih pa podpira in omogoča njihovo lažjo in hitrejšo uvedbo.

ISO 9001:2008 temelji na osmih načelih vodenja kakovosti:

- osredotočenost na odjemalce,
- vodstvo,
- vključenost zaposlenih,
- procesni pristop,
- sistemsko vodenje,
- nenehno izboljševanje,
- odločanje na podlagi dejstev ter
- vzajemno koristni odnosi z dobavitelji.

Nova izdaja ISO 9001:2015 prinaša v podjetja nekaj novih prijemov pri zagotavljanju kakovosti procesov in storitev, predvsem ugotavljanje tveganj pri poslovanju.

SIQ-certifikat za sisteme vodenja lahko poveča poslovno učinkovitost. Čedalje več zdravstvenih ustanov prepoznava prednosti uvedbe standarda ISO 9001 v poslovanje in delovanje ustanove: večje zaupanje v ustanovo, manjše tveganje za nastanek napak, večje zadovoljstvo bolnikov, večja konkurenčnost, določitev in optimizacija procesov, merila učinkovitosti in stalne izboljšave,

vključenost vseh zaposlenih, boljše komuniciranje in zmanjševanje stroškov ter urejenost dokumentacije.

Verifikacija (overjanje) je potrditev na podlagi stvarnega dokaza, da so specificirane zahteve izpolnjene. Verifikacija v zdravstvu je postopek, pri katerem se ugotavlja in potrjuje, ali posamezni izvajalec opravlja zdravstvene dejavnosti in programe v skladu s standardi in normativi, ki veljajo za področje zdravstvene in zdraviliške dejavnosti.

Postopke verifikacije in podrobna določila v slovenskem zdravstvu je opredelil Pravilnik o postopku verifikacije zdravstvenih programov in dejavnosti, ki se izvajajo na področju zdravstvene in zdraviliške dejavnosti (Uradni list RS, št. 70/03, 73/08 in 64/17 – ZZDej-K). Dokument je predpisoval postopke verifikacije in opredeljeval izdajo verifikacijskega dokumenta z veljavnostjo petih let.

Licenciranje je izdajanje dovoljenja regulatorja posamezniku ali organizaciji, da izpolnjuje pogoje za izvajanje dejavnosti ali aktivnosti, katere izvajanje je brez podeljene licence nezakonito. V zdravstvu se licence izdajajo na podlagi podeljenega pooblastila pristojnega ministrstva stanovski ali strokovne organizacije na podlagi izobrazbe in izpitov, in ne na podlagi uspešnosti delovanja. Obnavljanje licenc poteka na podlagi dokazov o nenehnem izobraževanju in strokovnem razvoju.

VPRAŠANJA

Kaj so klinične smernice?

Kdo pripravlja klinične smernice in kaj je ključni izziv pri njihovem oblikovanju?

Kako lahko klinične smernice vplivajo na kakovost zdravstvene oskrbe?

Stroke v zdravstvu in še posebej medicina izjemno hitro napredujejo. Po nekaterih ocenah se je medicinsko znanje podvojilo vsakih 50 let leta 1950, sedem let leta 1980 in 73 dni leta 2020 (Densen, 2011). Zastavi se vprašanje, kako naj zdravniki in drugi zdravstveni delavci zdravijo in oskrbijo paciente v skladu z najnovejšimi dognanji stroke, če se ta tako hitro spreminja. Poleg tega so pri razlagi izsledkov raziskav potrebne veščine, s katerimi ocenjujemo trdnost dokazov, zanesljivost ugotovitev, možnost posplošitev ugotovitev oziroma možnosti prenosa ugotovitve iz konkretne raziskave v vsakodnevno prakso.

Klinične smernice so napotki in priporočila za diagnostiko, zdravljenje in oskrbo pacientov, nastali na podlagi pregleda znanstvenih dognanj in strokovne razlage razpoložljivih dokazov.

Smernice imajo tudi to prednost, da povzamejo pogled zdravnikov in drugih zdravstvenih sodelavcev, ki so jim namenjene. To je pogled izvajalca, ki ima pred sabo konkretnega pacienta in želi vedeti, kako pristopati k diagnostiki, zdravljenju in oskrbi takega pacienta. Klinične smernice so najučinkovitejši način za hitro razširjanje klinične prakse, ki je v skladu z razvijajočimi dognanji znanosti.

Klinične smernice v značilnem primeru razvijajo nosilci stroke na mednarodni in državni ravni. Primer mednarodnega strokovnega združenja, ki pogosto objavi strokovne smernice, je Evropsko združenje urologije ali Evropski svetovalni odbor za razjede zaradi pritiska (EPUAP). Na državni ravni klinične smernice lahko objavijo priznane državne ustanove, kakršen je inštitut NICE v Združenem kraljestvu, ali neodvisna strokovna združenja, kakor so posamezne sekcije Slovenskega zdravniškega društva v Sloveniji. Verodostojnost organizacije, ki smernice objavlja, je pomembna za njihovo uveljavitev. Potrebno je namreč zaupanje uporabnikov smernic, da so njihovi pripraviljenci usposobljeni za natančni pregled in presojo razpoložljivih dokazov kakor tudi oblikovanje strokovnega mnenja v primerih, ko dokazov ni ali so pomanjkljivi.

Klinične smernice lahko neposredno vplivajo na kakovost oskrbe s tem, da zdravnike in druge zdravstvene delavce usmerjajo na prakso, ki je v skladu z najnovejšimi dognanji stroke.

Hkrati so lahko klinične smernice podlaga za razvoj številnih drugih orodij za izboljšanje kakovosti v zdravstvu. Klinične smernice so lahko izhodišče za določitev standardov oskrbe, strokovne presoje ali nadzora, oblikovanje kliničnih poti in določitev kazalnikov kakovosti. Na primer v klinični smernici je lahko prepoznano, da mora biti oseba operirana na kolku v 48 urah po zlomu. Na podlagi te ugotovitve je smiselno postaviti to zahtevo kot standard,

oblikovati klinično pot tako, da ustanova zagotovi (vsaj v večini primerov) operacijo v 48 urah od sprejema, ter določiti kazalnik kakovosti, s katerim je mogoče spremljati delež pacientov, ki so bili pravočasno operirani.

Med ključnimi izzivi pri oblikovanju, sprejemanju in uporabi smernic je pravočasnost njihovega obnavljanja.

Hitrost razvoja znanosti, omenjena na začetku tega poglavja, pomeni tudi, da je treba smernice neprestano prenavljati. Določitev telesa (ustanove, društva, odbora ali drugo), ki je na državni ravni odgovorno za pripravo in prenovo smernic, je lahko zagotovilo za uporabnike, da so objavljene smernice vedno ustrezno osvežene.

Zastavi se vprašanje smiselnosti različnih smernic na mednarodni ali državni ravni. Razlogi za razlike med smernicami, ki temeljijo na istih znanstvenih dokazih, so predvsem kulturni in organizacijsko-ekonomski.

Prvi sklop razlogov ponazori pandemija covid-19, kjer opazamo nekoliko različna strokovna priporočila v različnih državah ali regijah, čeprav načeloma vsa izhajajo iz istih znanstvenih dokazov. Razlog za takšna odstopanja so večinoma različne ocene kulturne sprejemljivosti posameznih priporočil ali razlike v družbenih vrednotah in tradicijah, ki se odražajo v različnosti predpisov.

Organizacijsko-ekonomski razlogi se nanašajo predvsem na dostopnost do zdravil, diagnostičnih pripomočkov ali drugih diagnostičnih in terapevtskih pristopov v konkretni državi ali regiji, kar lahko pomembno vplivajo na klinično smernico, namenjeno določenemu okolju.

VPRAŠANJA

Kaj je klinična pot?

Opišite vključujočo klinično pot.

Navedite primer klinične poti iz prakse.

Evropsko združenje za klinične poti opredeljuje klinično pot kot zapleteni poseg za medsebojno odločanje in organizacijo postopkov zdravstvene obravnave za natančno določeno skupino bolnikov v natančno določenem času (European Pathway Association, 2021).

Klinične poti so zapis poti obravnave pacientov z določenim zdravstvenim stanjem ali postopkom obravnave, vključno z zbirko dokumentov, ki so potrebni za njihovo obravnavo.

Klinična pot je orodje, ki ga pripravi zdravstveni tim in mu omogoča razumno in na znanstvenih dokazih utemeljeno obravnavo pacienta, spremljanje opravljenega dela s kazalniki kakovosti, natančnejše dokumentiranje in lažjo notranjo presojo zdravstvene prakse. Klinična pot omogoči seznanjanje pacienta s predvidenim potekom njegove zdravstvene obravnave in je dober pripomoček za izračun stroškov obravnave.

Klinične poti so orodje, s katerim zajamemo različne vidike obravnave posamezne skupine pacientov v enotni dokument. So zapis načrta in poti izvedbe kliničnih smernic in standarda pri obravnavi skupine pacientov s specifičnim zdravstvenim stanjem ali načinom obravnave v zdravstvenem zavodu, hkrati pa dopuščajo prilagajanje dejanskim potrebam posameznega pacienta.

Klinične poti so za zdravstvene delavce in sodelavce vodilo za zdravstveno obravnavo pacienta, pomembne pa so tudi za paciente, saj nudijo odgovor na vprašanja kaj, kdo in kdaj.

Uporaba kliničnih poti omogoča boljše sledljivost oskrbe pacienta ter s tem boljše načrtovanje, upravljanje in vodenje kliničnega in administrativnega dela zdravstvene organizacije. Klinične poti so predvsem lokalno orodje, prilagojeno posebnim okoliščinam in delovni kulturi posamezne zdravstvene ustanove, in so javno objavljene na spletnih straneh ustanov.

Klinična pot jasno opredeli cilje in dele zdravstvene obravnave na podlagi dobre prakse ter pacientovih pričakovanj. Je orodje za boljše komuniciranje, usklajevanje in določanje zaporedja aktivnosti zdravstvenega tima, pacientov in njihovih svojcev. Omogoča dokumentiranje, spremljanje in ocenjevanje različnih odstopanj ali izidov. Na podlagi merjenj in spremljanja odstopanj ter primerjanja s standardi in dobrimi praksami je orodje za ugotavljanje potrebnih človeških, finančnih in časovnih virov.

Klinična pot omogoča posodabljanje zdravstvene oskrbe z novimi znanstvenimi, strokovnimi in organizacijskimi spoznanji. Spodbuja povezovanje in oblikovanje timov, osredotočenih na pacienta, ki ga spodbudi za sodelovanje pri obravnavi. Ne nazadnje omogoča in izboljša tudi raziskovanje.

Vključujoča klinična pot opiše proces obravnave tako v zdravstveni kakor tudi drugih dejavnostih, ki prispevajo H kakovostni, učinkoviti in uspešni obravnavi pacienta. Bolnik je tako v središču procesa in postopek obravnave njegove zdravstvene težave ne upošteva tradicionalno ločenih zdravstvenih ravni.

Cilji vključujoče klinične poti so namreč, da pacienta obravnavajo pravi strokovnjaki, v pravilnem vrstnem redu, na pravem mestu, ob pravem času, s primernimi sredstvi in pravi izidom obravnave ter da vsi postopki upoštevajo potrebe in zadovoljstvo pacienta.

V Sloveniji je ministrstvo za zdravje izdalo pripomoček za oblikovalce kliničnih poti v zdravstvenih ustanovah. Na podlagi vsakoletnega dogovora partnerjev o financiranju zdravstvenih storitev morajo izvajalci sekundarne ravni na svojih spletnih straneh objaviti najmanj štirinajst kliničnih poti, izvajalci ozko specializirane dejavnosti pa tri klinične poti.

VPRAŠANJA

Kaj so kazalniki kakovosti in čemu so namenjeni?

Kako razvrstimo kazalnike po Donabedianu?

Kateri dejavniki pomembno vplivajo na uporabnost kazalnikov kakovosti?

Kako bi merili lastno delo? Predlagajte primer kazalnika kakovosti.

Kazalniki so del vsakdana. Stopnja brezposelnosti in pričakovana življenjska doba sta dva primera splošno znanih kazalnikov. Kazalniki so v pomoč pri opisu stanja na čim bolj objektivni oziroma čim manj subjektivni način. K objektivnosti stremimo tako, da kazalniki temeljijo na meritvah, zato so praviloma številčni in kvantitativno opredeljeni.

Kazalniki kakovosti na področju zdravstva so kazalniki, ki se nanašajo na kakovost v zdravstvu.

Ne obstaja mednarodno dogovorjeni seznam kazalnikov kakovosti v zdravstvu. Enak kazalnik je lahko opredeljen kot kazalnik kakovosti ali ne. Na primer stopnja zasedenosti bolniških postelj je podatek, ki nekaj pove o učinkovitosti uporabe razpoložljivih virov. Ali gre za kazalnik kakovosti, je odvisno od tega, kako opredelimo kakovost. Nekatere opredelitve namreč vključujejo učinkovitost, druge pa je ne. Hkrati je ključno upoštevati, s katerega stališča opazujemo pojav oziroma kdo je predvideni uporabnik kazalnika. Na primer stopnja zasedenosti razpoložljivih bolniških postelj za paciente s covidom-19 ne pove veliko o kakovosti dela v bolnišnici, lahko pa je kazalnik uspešnosti (uspešnost praviloma uvrstimo med načela kakovosti) obvladovanja epidemije v državi. Torej bi lahko ta kazalnik uporabljali kot merilo kakovosti politik na državni ali regionalni ravni.

Kazalniki kakovosti so torej pripomoček za različne vrste uporabnikov, ki z njimi lahko spremljajo doseganje lastnih ciljev (Smith idr., 2009).

Če kakovost razumemo kot navznoter usmerjeno aktivnost, katere temeljno vprašanje je, »kako lahko izboljšam svoje delo«, so kazalniki kakovosti tisti, s katerimi lahko ugotovimo, ali delo opravljamo dobro in ali ga lahko izboljšujemo. V tem primeru nas zanimajo tisti pojavi, na katere imamo neposredni vpliv. Primer takega kazalnika je lahko stopnja zapletov po posegu, če vodimo operativni tim, ali stopnja razjed zaradi pritiska, če smo odgovorni za nego. Petletno preživetje pri posameznih vrstah raka je lahko kazalnik kakovosti politik na državni ravni, saj je odvisen od usklajenega delovanja celotnega zdravstvenega sistema poleg kakovosti dela v posamezni ustanovi.

Kazalniki kakovosti se lahko uporabljajo tudi za spodbujanje preglednosti in odgovornosti.

Pacienti jih lahko na primer uporabljajo za izbiro ustanove, kjer se bodo zdravili, nadzorni organi pa lahko usmerjajo svoje omejene vire na tiste ustanove, kjer so vrednosti kazalnikov kakovosti manj spodbudni, in je zato tam verjetnost težav večja.

Po Donabedianu kazalnike kakovosti najpogosteje razvrstimo na strukturne kazalnike, kazalnike procesa in kazalnike izida.

Takšna razvrstitev kazalnikov je lahko v pomoč pri prepoznavanju kritičnih točk, ki zahtevajo ukrepanje. **Primer kazalnika izida** je petletno preživetje zaradi posamezne vrste raka ali 30-dnevno preživetje po akutnem miokardnem infarktu. Primerjava med temi kazalniki kaže, katerim področjem je treba prednostno nameniti večjo pozornost. Primer procesnega kazalnika je lahko delež pacientov z rakom, za katere je bila diagnoza postavljena v 30 dneh od obiska zdravnika zaradi prvih simptomov. Ti kazalniki omogočajo natančnejšo opredelitev šibkosti in torej lažje prepoznavanje potrebnih ukrepov za izboljšave. **Strukturni kazalniki** so prav tako v pomoč pri prepoznavanju potrebnih ukrepov. Ti kazalniki se nanašajo na vire, kakor so število bolniških postelj, zdravnikov, medicinskih sester ali drage opreme, na primer število CT- ali MR-naprav.

Presoja o tem, ali vrednost nekega kazalnika doseže zaželeno ali sprejemljivo vrednost, lahko temelji na dveh vzvodih. **Prvi vzvod je postavitve referenčne vrednosti** (na primer čakanje na operacijo kolka več kakor 48 ur po sprejemu), ki lahko predstavlja minimum, optimalno vrednost, zaželeno vrednost in podobno. **Drugi vzvod je primerjalno ocenjevanje** (t. i. benchmarking), to so primerjave s podobnimi subjekti. Lahko primerjamo kazalnike med zdravniki, oddelki, bolnišnicami ali državami. Ključno je vprašanje primerljivosti teh subjektov. Če na primer primerjamo število razjed zaradi pritiska na negovalnem in porodniškem oddelku bolnišnice, je jasno, da so pacienti na teh dveh oddelkih popolnoma drugačni in tudi ob najboljši možni oskrbi pacientov pričakujemo različno število razjed na teh oddelkih. **Primerljivost lahko povečamo na dva načina. Prvi način je primerjava podobnih skupin**, na primer števila razjed zaradi pritiska med negovalnimi oddelki, primerjava kazalnikov med bolnišnicami podobne velikosti in podobno. **Drug način je uporaba modelov za prilagoditev glede na tveganje** (angl. risk adjustment), kjer se vrednost kazalnika prilagodi ob upoštevanju dejavnikov tveganja, kakor so starost in spol pacientov, prisotnost drugih bolezni ali teža bolezni, ki je predmet preučitve.

Uporabnost kazalnikov kakovosti je odvisna od številnih dejavnikov.

Med najpomembnejšimi so:

- **povednost** (ali govorijo o pojavu, za katerega sicer ne vemo, kakšno je stanje, in nas to zanima),
- **zanesljivost** (ali lahko zaupamo vrednosti teh kazalnikov),
- **pravočasnost** (ali je čas od meritve do pridobitve rezultatov dovolj kratek glede na potrebe) in

- **razumljivost** (ali sta vrsta kazalnika in način prikaza rezultatov takšna, da večina uporabnikov z lahkoto razume, kaj prikazuje).

Zlasti zanesljivost in pravočasnost razkrijeta pomen IKT-infrastrukture. Zbiranje podatkov na ravni posameznika tako, da se ti neopazno črpajo iz elektronskih zdravstvenih kartotek, je nujno potrebno pri številnih kazalnikih, če želimo doseči visoko stopnjo uporabnosti.

Razpoložljivost podatkov in enostavni dostop do njih sta ključna za vzpostavitev kazalnikov kakovosti zdravstvene obravnave, pri čemer je zlasti pomembno, da zbiranje podatkov ne povečuje administrativnih obremenitev in s tem negativno vpliva na količino časa, ki ga zdravstveni delavci in sodelavci lahko namenijo neposrednemu delu z uporabniki oziroma pacienti (Svet Evropske unije, 2021).

Merjenje pomeni zbiranje podatkov, njihovo analizo in pretvorbo v informacije, te pa so podlaga za sprejemanje odločitev, ki omogočajo večjo kakovost in varnost obravnave (OECD, 2019; Robida, Grabar in Simčič, 2020). Pomemben mejnik na področju kazalnikov kakovosti v Sloveniji je bila uvedba enotnega sistema zbiranja podatkov ob rojstvu (perinatalni informacijski sistem) v 80-ih letih prejšnjega stoletja, na podlagi katerega so bili redno in sistemsko izračunani nekateri kazalniki kakovosti. Desetletje pozneje je bil vzpostavljen sistem spremljanja kazalnikov kakovosti tudi na drugih področjih medicine v okviru projekta »Kakovost v zdravstvu Slovenije«, ki ga je vodila Zdravniška zbornica Slovenije in je nastal ob dogovoru z ministrstvom za zdravje in ZZZS. Leta 2006 so bili uvedeni nekateri kazalniki kakovosti v splošnem dogovoru in tako postali obveznost za vse splošne in tudi nekatere druge bolnišnice v Sloveniji. Leta 2010 je bil seznam kazalnikov radikalno prenovljen in razširjen ter je še danes podlaga za kazalnike kakovosti v zdravstvu, ki se začnejo zbirati v letu 2021. Strukturirano so bili predstavljeni v Priročniku o kazalnikih kakovosti (Poldrugovac, Simčič, 2010).

Veljavni kazalniki so usmerjeni v bolnišnično oskrbo. Ločeno od njih se omejeno spremljajo kazalniki kakovosti na primarni ravni, prav tako bolnišnice spremljajo pri ministrstvu za zdravje ločeno skupino kazalnikov učinkovitosti. Izjemno pomembno je tudi merjenje in spremljanje kazalnikov kakovosti v socialnovarstvenih zavodih, saj tudi na tem področju kazalniki kakovosti zdravstvene obravnave in dolgotrajne oskrbe merijo procese obravnave. Kot dopolnitev prej omenjenega priročnika je ministrstvo za zdravje v letu 2021 pripravilo Priročnik o kazalnikih kakovosti zdravstvene obravnave v socialnovarstvenih zavodih. Poleg navedenega ministrstvo za zdravje že dalj časa načrtuje temeljito prenavo navedenih kazalnikov.

VPRAŠANJA

Kaj pomeni predaja pacienta?

Zakaj je predaja pacienta pomembna?

Kako mora biti predaja pacienta dokumentirana?

Predaja pacienta in službe je postopek ciljanega, načrtnega in sistematičnega prenosa informacij, podatkov, vključno z dokumentacijo, povezano z zdravstveno obravnavo posameznega pacienta.

Opredelitev, povzeta po Avstralskem svetu za varnost in kakovost v zdravstvu, opisuje, da je klinična predaja učinkovit prenos informacij od enega izvajalca zdravstvenih storitev do drugega ob spremembi lokacije pacienta ali ob premeščanju pacienta med dvema izvajalcema zdravstvenih storitev, bodisi med posamezni uslužbenci bodisi med institucijami (Avstralski svet za varnost in kakovost v zdravstvu, 2005).

Pri predaji pacienta je nujno poznavanje temeljev dobre komunikacije, opredeljevanje in dokumentiranje postopkov ter poznavanje organiziranosti sodelujočih služb. Za optimizacijo predaje je potrebna podpora ustni komunikaciji.

Predaje se dogajajo med sprejemom pacienta v bolnišnico, med premestitvijo iz ene enote v drugo, med odpustom, ob menjavi službe medicinskih sester in zdravnikov, ob pogovorih udeleženih zdravnikov v obravnavo in ob vseh izmenjavah podatkov, informacij ali kliničnih odločitev med zdravniki in drugimi zdravstvenimi delavci in sodelavci.

Predaja je zelo pomembna za zagotavljanje kakovostne in varne obravnave pacientov.

Predaja pacienta pomeni prenos informacij, ki vključuje kvantitativne, fiziološke podatke (meritve življenjskih funkcij) in kvalitativne podatke, kakor so subjektivne izjave pacientov in opažanja zdravstvenih strokovnjakov.

Predaja mora vsebovati vse informacije, ki so neposredno povezane z varnostjo pacientov, na primer tveganje za padec, opazovanje rane, prenos MRSA. Dokumentiranje informaciji ob predaji pacienta mora biti:

- kratko,
- jedrnato,
- natančno,
- resnično,
- ustrezno,
- pravočasno,
- kronološko,
- čitljivo in
- **neizbrisljivo.**

Vse zapisane informacije, ki so pomembne za obravnavo pacientov, je treba zaradi zagotavljanja neprekinjenosti prenesti vsem članom tima. Poleg pisne

predaje je zelo pomembna tudi predaja ob postelji pacienta, ki omogoča interaktivni prenos informacij z neposredno vključitvijo pacienta. Pacienti v kar 97 odstotkih podpirajo predajo ob postelji (Kramar in Marinšek, 2009).

Če ne pride do prenosa informacij, je lahko oskrba pacienta nepopolna, lahko je celo ogrožena varnost pacienta. Predaja pacienta vpliva tudi na neprekinjenost obravnave, ki pomeni združevanje različnih nepovezanih dogodkov v zdravstveni obravnavi, ki privedejo do skladnega in povezanega pristopa delovanja zdravstvenega osebja do pacienta in njegovih potreb. Pomeni dobro medsebojno sodelovanje osebja, ki izvaja zdravstveno obravnavo. Timska predaja vodi do boljšega skupinskega dela, zagotavlja neprekinjenost zdravstvene nege in izboljšuje izide pri pacientih. Prav zato bi morala imeti vsaka zdravstvena ustanova politiko predaje pacienta. Zrelost zdravstvene ustanove bi se morala meriti s kazalniki zrelosti o urejenosti na področju predaje (Simčič, Poldrugovac in Marušič, 2011).

Predaje bi morale biti standardizirane z vključenimi ključnimi kazalniki uspešnosti predaje pacienta, metodami spremljanja in analiziranja kazalnikov za stalno izboljševanje procesa predaje pacienta (Kramar in Marinšek, 2009).

VPRAŠANJA

Kakšna je opredelitev napake v zdravstvu?

Pojasnite sistemske napake v zdravstvu.

Opišite kulturo varnosti.

Kaj je opozorilni nevarni dogodek?

Kdaj je mogoče priznati nekrivdno kompenzacijo?

O odstopanjih od pričakovane kakovosti pogosto govorimo kot o napakah.

Napaka je odklon od tistega, kar je bilo narejeno, in tistega, kar naj bi bilo narejeno. Napaka je neuspeh načrtovanih dejanj za doseg cilja.

Pri tem je lahko načrt, po katerem delamo, napačnem ali pa ob pravilnem načrtu delamo napačno stvar v želji, narediti pravo stvar. V določenem primeru gre lahko za storitev ali opustitev nekega dejanja. Pomembno je, da vemo, da je napaka vedno nenamerna in ni narejena zavestno, nalašč.

Pri napaki običajno mislimo predvsem na razliko ali odstopanje, ki zaradi škodljivosti, večje od pričakovane, povzroči škodo in bi se ji bilo mogoče izogniti ob upoštevanju obstoječega medicinskega znanja. **Zdravstvena napaka** je odstopanje od pričakovanega načina izvedbe zdravstvenega ukrepa in/ali izvedba napačnega ukrepa in/ali opustitev pričakovanega ukrepa in/ali izvedba zdravstvenega ukrepa pri napačnem bolniku (delu telesa) in/ali zamuda ali prehitavanje pri izvedbi ukrepa, ki ima za posledico neželeni izid z manjšo zdravstveno koristjo in/ali večjo škodljivostjo in povzroči občutno škodo za bolnikovo zdravje in/ali premoženje (Kersnik, 2002).

Neželeni izidi so le redko posledica ene same napake, temveč posledica zaporedja drobnih razlik in odstopanj ali splet številnih odstopanj in spremenjenih pogojev dela. Različna odstopanja od pričakovane izvedbe postopkov so vsakdanji spremljevalci dela.

Pred dvema desetletjema je bil v slovenskem prostoru na sestanku strokovnjakov in ministra sprejet sklep, da se v vseh primerih strokovne napake govori o »**zdravstveni napaki**«, tj. napaki, ki se zgodi v zdravstvu in je lahko povezana s celotno verigo sodelujočih v procesu zdravljenja. Taka napaka se ...najprej obravnava v krogih, v katerih je nastala, z vsemi instrumenti (interni strokovni nadzor, zunanji strokovni nadzor, na primer strokovni nadzor s svetovanjem), o njej se obvesti javnost in sporoči, da postopek poteka. V vsakem primeru, kjer obstaja sum na kaznivo dejanje, je treba tako napako obravnavati s pomočjo izvedenca ali skupine izvedencev (Kersnik, 2002).

Čeprav je v Sloveniji poimenovanje pojmov glede varnosti pacientov neenotno, kar ne vnaša samo zmede, ampak so se nekateri izrazi, kakršen je zdravniška napaka, zaradi nerazumevanja znanosti o varnosti uveljavili v pravni in zdravstveni stroki, medijih in javnosti (Robida, 2011). Izraz zdravniška napaka je škodljiv, ker že sporoča, kdo je napako naredil; torej ni potrebna nobena analiza, ker smo obtožili zdravnika in je zadeva zaključena, pri čemer pa niti ne pomislimo, kakšna škoda je zaradi tega nastala. Drugi nepravilni izrazi in

evfemizmi, ki so nastali predvsem zaradi nepoznavanja znanosti o varnosti pacientov in so včasih poljudni izrazi, s katerimi se želi pozornost usmeriti na poklicno skupino, ali pa izrazi, ki so jih razvili zaposleni v zdravstvu, da bi ublažili izraz napaka, na primer »neljubi dogodek, neželeni dogodek, spodrsljaj«, so prav tako škodljivi, saj zamegljujejo sodobno razumevanje napak (Rozman, 2019).

Varnostni zaplet je vsak negativni odklon od standarda zdravstvene obravnave in pričakovanih izidov zdravljenja, ki bi ali je privedel do posledic za pacienta.

Storjen je lahko s storitvijo ali opustitvijo. Tveganje je izpostavljenost nenadzorovanemu (negativnemu) dogodku (morebitnemu varnostnemu odklonu), ki lahko nastane v prihodnosti. Vključuje oceno verjetnosti nastanka dogodka ali okoliščine, ki bi lahko imel ali imela posledice za pacienta.

Odkrivanje in odpravljanje zapletov je sestavni del zagotavljanja dogovorjene ravni kakovosti.

Pogosto je ta postopek naravnano kaznovalno, kar ozi pomen odstopanj samo na tiste, ki povzročajo škodo bolniku, in jo je bolnik kot škodo zaznal. Velika množica manjših odstopanj pa ostane prikrita in neizkoriščeni vir snovi za izboljšanje kakovosti. Poseben izziv je določitev teže škode in deleža, ki ga je mogoče pripisati naključju. V zapletenem procesu celostne zdravstvene obravnave obstaja verjetnost odstopanja od standardov obravnave. Prav zmotno prepričanje javnosti, zdravstvene politike in izvajalcev, da zdravstvena oskrba poteka brez napak, povzroča izjemno vznemirjenje javnosti in prizadetih bolnikov ob sumu nastale škode v zdravstveni oskrbi zaradi odstopanja, tako imenovane strokovne napake. Sprotno odkrivanje, preprečevanje in odpravljanje številnih drobnih odstopanj prinaša uporabnikom zdravstvenih storitev večjo zdravstveno korist, kakor je le moralno in gmotno zadoščenje posameznika, ki dokaže, da je škoda pri njem nastala zaradi odstopanja v oskrbi. Bolnikom morata biti zagotovljena moralno in gmotno zadoščenje v primerih, kadar je ugotovljeno, da je bila škoda povzročena zaradi odstopanja, ki je nastalo zaradi pomanjkljivega znanja, neustrezne opreme, pomanjkljive organizacije dela ali drugega vzroka, ki bi se mu bilo mogoče ob upoštevanju znanja v danih okoliščinah izogniti (Kersnik, 2010).

Napake v zdravstvu delimo na tri velike skupine:

- **Sistemske napake** so posledica neurejene organizacije brez standardov zdravstvene obravnave, kliničnih poti, pravil profesionalnega obnašanja, strategije in programov varnosti pacientov in letnih ciljev varnosti pacientov.

Ob neurejeni sistemski zakonodaji, neustreznem sistemu izobraževanja, odsotnosti analize napak organizacije uporabljajo nepravilno avtonomijo zdravstvenih delavcev.

- **Človeške napake** nastanejo zaradi »nepopolnosti« človeških možganov. Sem spadajo lapsusi, spodrsaljaji in pomanjkljivosti v presoji, torej zmote. Spodrsaljaji (slips) nastanejo na ravni veččin, kjer opravila izvajamo samodejno in podzavestno. Lapsus pomeni pomanjkljivost spomina. Zmota je pomanjkljivost v presoji izbire cilja, temelječega na znanju, ali pri določitvi načina za doseg cilja, temelječega na pravilih.

- **Tehnične napake** nastajajo na ravni opreme in so ob ustreznem vzdrževanju redke.

V celovitem sistemu odprave odklonov za doseg višje kakovosti in varnosti je vsebinska razdelitev napak in odklonov:

- **Varnostni incident** (napaka) pri pacientu (ang. patient safety incident) je nenamerni in nepričakovani dogodek, ki je ali bi lahko škodoval pacientu ob prejemanju zdravstvene oskrbe. Incident ni nastal zaradi značilnosti pacientove bolezni in bi ga bilo mogoče preprečiti. Lahko nastane zaradi izvedbe ali opustitve nekega postopka s strani izvajalca ali celo zdravstvenega sistema.

- **Komplikacija je nenameravani in neželeni izid obravnave** že prisotne bolezni in se je z današnjim znanjem ne da preprečiti.

- **Škodljivi dogodek** (ang. adverse event) je nenamerna poškodba, ki jo je povzročila zdravstvena obravnava (vključuje tudi odsotnost potrebnega zdravljenja) in zahteva podaljšano hospitalizacijo, povzroči invalidnost ob odpustu iz zdravstvene obravnave ali oboje, ali smrt. Če bi bilo mogoče dogodek preprečiti, gre za napako (varnostni incident ali zaplet pri pacientu), če pa to ni bilo mogoče, gre za komplikacijo.

- **Opozorilni nevarni dogodek** (ang. sentinel event) je resen varnostni zaplet pri pacientu, ki privede ali bi lahko privedel do smrti ali resne fizične ali psihične škode za pacienta. Opozorilni se imenuje zato, ker zahteva takojšnjo analizo in ukrepe, da se prepreči njegova ponovitev.

- **Skorajšnja napaka** je varnostni incident pri pacientu (napaka), ki bi lahko pripeljal do zdravstvene škode za pacienta, a do škode ne pride zaradi pravočasne ugotovitve napake in njene preprečitve, tako da dejanje ne doseže pacienta.

Sistem upravljanja zapletov in tveganj za varnost v zdravstvu je način obravnave varnostnih zapletov in obvladovanja tveganj za varnost pacientov v zdravstvu. Obravnava zapletov obsega prepoznavanje varnostnih zapletov s sporočanjem v sistem, obravnavo varnostnih zapletov ter učenje iz varnostnih zapletov in obvladovanje tveganj.

Vsak zaposleni v zdravstveni dejavnosti se mora zavedati, da sta sporočanje in obravnava varnostnih zapletov in napak nujna. Ko se zgodi zaplet ali napaka, se ne išče krivec, temveč je treba odzivno ukrepati z učenjem in preventivnim delovanjem. Če je v ustanovi vzpostavljeno upravljanje varnostnih zapletov in obvladovanja tveganj tako, da se ne išče krivec in ni obtoževanja zaradi »napak«, govorimo o zadostni stopnji kulture varnosti.

V takem okolju delovno vzdušje omogoča odprto in odkrito obravnavanje vsake napake. Odprto vzdušje je potrebno sistematično spodbujati in nadgrajevati.

Kultura varnosti je kultura, v kateri vsaka oseba v zavodu priznava svojo odgovornost glede varnosti pacientov in si prizadeva izboljšati oskrbo, ki jo zagotavlja; poleg priznanja, da se lahko zgodijo varnostni zapleti, in da zdravstvena oskrba ni brez tveganj. Kultura odprtosti in pravičnosti, v kateri se vsakdo zaveda svojega prispevka k varnosti posamezne zdravstvene obravnave in da se varnostni zaplet ne more vedno enačiti z napako in krivdo, temveč je pomembnejše, da se izvede vzročno-posledična analiza, zagotovi učenje in uvedejo preventivni ukrepi za zmanjševanje ponovnega pojavljanja enakih ali podobnih zapletov in napak.

Ministrstvo za zdravje je že leta 2002 vzpostavilo sistem poročanja o najhujših opozorilnih nevarnih dogodkih (OND) oziroma varnostnih zapletih.

Izvajalci zdravstvene dejavnosti na terciarni in sekundarni ravni morajo obvezno anonimizirano poročati o sedmih vrstah najhujših opozorilnih nevarnih dogodkih:

- nepričakovana smrt pacienta,
- večja stalna izguba telesne funkcije pacienta,
- samomor pacienta v zdravstveni ustanovi,
- zamenjava novorojenčka,
- hemolitična transfuzijska reakcija po transfuziji krvi ali krvnih produktov zaradi neskladja glavnih krvnih skupin,
- kirurški poseg na napačnem pacientu ali napačnem delu telesa,
- sum kaznivega dejanja.

Ministrstvo za zdravje je za izvajalce pripravilo navodila za sporočanje opozorilnih nevarnih dogodkov, kratek opis procesa in izvedlo izobraževanje za imenovane pooblaščenke za varnost v bolnišnicah.

Zaradi obveznosti spremljanja, poročanja in analiziranja varnostnih zapletov in napak ter vzpostavitve mednarodnih akreditacijskih standardov, ki vključujejo obveznost upravljanja tveganj ter spremljanje najhujših OND, so bili pri nekaterih izvajalcih zdravstvene dejavnosti vzpostavljeni interni

sistemi upravljanja različnih odklonov (sistem upravljanja škodljivih, neželenih, neljubih dogodkov, incidentov, varnostnih zapletov).

Cilji vzpostavitve sistema so bili:

- **usmeriti pozornost zdravstvene ustanove**, kjer je prišlo do opozorilnega nevarnega dogodka na vzročno-posledično analizo, prepoznavanje strukturnih in procesnih vzrokov ter ustrezno ukrepanje za zmanjševanje posledic pri pacientu in preventivno delovanje,
- **izboljšati kakovost in varnost oskrbe pacientov**,
- **izboljšati znanje o opozorilnih nevarnih dogodkih in boljše preventivno delovanje**,
- **obdržati zaupanje v zdravstvene ustanove**.

V Resoluciji o nacionalnem načrtu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« je predvidena posodobitev sistema spremljanja in izvajanja ukrepov za opozorilne nevarne dogodke. Zato in zaradi neustrezne ozaveščenosti izvajalcev zaradi premalo usposobljenega kadra na področju kakovosti in varnosti, zaradi nizke kulture varnosti in neustrezne zakonodaje (kazenska odgovornost) potekajo na ministrstvu za zdravje aktivnosti za posodobitev sistema. Splošni cilji so izboljšati sporočanje, obravnavo in učenje iz odklonov in napak ter vzpostaviti sistematično preventivno delovanje. Prenova bo temeljila na razvoju IT-podpore sistemu in izboljšanje kulture varnosti ter možnosti učenja iz napak in izmenjavi praks.

V letu 2018 je ob podpori službe Evropske komisije za podporo strukturnim reformam (SRSS) potekal pilotni projekt prenove oziroma vzpostavitve nacionalnega sistema obravnave vseh varnostnih zapletov (SenSys), ki pa za predlagano obliko (prenos sistema iz Danske) ni prejel dovolj široke podpore izvajalcev zdravstvene dejavnosti, nekaterih deležnikov in strokovnjakov s področja kakovosti in varnosti. Razlog za to je bil preširok okvir spremljanja in pomanjkanje kadra na lokalni in državni ravni (za tako široko področje analiziranja) ter že v vzpostavljenih lastnih sistemih pri nekaterih prodornih izvajalcih z visoko kulturo varnosti.

Medicinsko kazensko pravo, kakor ga večinsko razumejo po svetu, je kazensko pravo, specializirano za kazniva dejanja, pri katerih se kot storilci navajajo zdravniki in drugi zdravstveni delavci v zvezi s svojim poklicem v medicini (medicini, ki ima za predmet proučevanja človeka), kot žrtve pa značilno pacienti, pa tudi za dejanja, ki imajo po svojem cilju ali naravi izvršitve znake medicinskih ukrepov, izvedejo pa jih osebe, ki niso zdravniki ali drugi zdravstveni delavci (Korošec, 2016).

Malomarnost je po opredelitvi kazenskega prava namerna ali nenamerna. Nenamerna malomarnost, ugotovljena v kazenskem postopku zoper toženca, pomeni, da se ta ni zavedal, da lahko stori dejanje, pa bi se glede na okoliščine in svoje osebne lastnosti tega moral ali mogel zavedati. Tudi civilno pravo loči namerno in nenamerno malomarnost z enako vsebino kakor v kazenskem pravu in tako ni nobenega dvoma, da sta toženca škodo povzročila z nenamerno malomarnostjo. Če je škoda povzročena s hudo malomarnostjo, pomeni, da vsebina te malomarnosti ni enaka vsebini namerno malomarnosti in ne gre za vprašanje, ali se je toženec zavedal, da bo storil dejanje (ki bo imelo škodljive posledice), temveč gre za vprašanje, ali je ravnal s potrebno skrbnostjo strokovnjaka. Težka, huda malomarnost je skrajna nepazljivost (culpa lata). Pomeni zanemarjanje tiste pazljivosti in skrbi, ki se pričakuje od vsakega človeka. Pri zdravstvenih strokovnjakih je treba upoštevati njihovo znanje in sposobnosti, ki so v stroki večje od znanja povprečnega človeka, kadar strokovnjak stori dejanje, ki zahteva posebno znanje, se njegova odgovornost presoja strožje. Za razliko od hude malomarnosti pa navadna malomarnost (culpa levis) pomeni zanemarjanje pazljivosti, ki se zahteva od posebno skrbnega in pazljivega človeka. Napake se v zdravstvu zelo pogosto zgodijo zaradi institucionalnih napak sistema oziroma organizacije.

Z uvedbo **nekrivdne kompenzacije** (odškodnine) je to smiselno prenesti na vse izvajalce zdravstvene dejavnosti in obravnavane paciente. Treba je vzpostaviti institucije in pravila določanja nekrivdne kompenzacije.

Izhodišča za priznavaje nekrivdne kompenzacije opredeljujejo naslednji primeri:

- medicinske napake ali opustitve dolžne skrbnosti med zdravljenjem,
- pomanjkljivi ali neustrezni medicinski pripomočki, ki so bili uporabljeni pri zdravljenju,
- okužbe,
- druge nesreče, za katere je odgovorna zdravstvena ustanova ali bolnišnica.

V slovenskem prostoru se na podlagi projekta »Support for improving quality of healthcare and patient safety in Slovenia« z letom 2022 obetajo spremembe tudi na tem področju.

VPRAŠANJA

Razložite osebni in pravni vidik odgovornosti.

Kaj je subjektivna odgovornost?

Do koga smo odgovorni zdravstveni delavci?

Slovar slovenskega knjižnega jezika opredeljuje odgovornost kot dolžnost skrbeti za prevzeto obveznost in dolžnost sprejeti sankcije in dati opravičilo, če dejanje ne ustreza normam in zahtevam, ki so opredeljen v zakonodaji in kodeksu etike.

Odgovornosti vključuje zmožnost odzivanja. V angleščini je odgovornost *responsibility*, torej sestavljena iz besed *response* (odziv) in *ability* (zmožnost). Odgovornost je torej dolžnost ene strani, da skrbi za prevzeto obveznost ter pojasni in utemelji svoja dejanja drugi strani.

V angleški literaturi sta omenjena dva izraza s podobnim pomenom, ki pa ju v slovenščino prevedemo enako: odgovoren. *Responsible* pomeni imeti dolžnost, za katero si odgovoren. Dolžnost, opraviti določeno nalogo, odgovornost za to dolžnost, je dodeljena. *Accountable* pomeni biti odgovoren za posledice svojih dejanj ter biti pripravljen razložiti oziroma biti kritiziran za svoja dejanja, imeti odgovornost za posledice določene naloge.

Odgovornost ima osebni in pravni vidik, torej biti odgovoren in imeti odgovornost. Ob prevzemu odgovornosti se odzovemo, kar nam daje moč po nadgrajevanju in spreminjanju. Ob tem se moramo seveda zavedati vseh posledic svojih odločitev. Odgovornost je vselej sorazmerna s pristojnostmi posameznega zdravstvenega delavca. Lahko je omejena, kar pomeni, da nepredvideni in nepričakovani zapleti pomenijo primere, ki izključujejo inkriminacijo.

Pri **subjektivni odgovornosti** gre za posameznikovo neposredno odgovornost za izvedbo naloge in s tem tudi krivdno odgovornost, če naloga ni opravljena. Pri objektivni odgovornosti pa je škoda nastala zaradi zunanjih vzrokov, na katere subjekt (zdravnik, medicinska sestra, direktor) ni mogel vplivati, ali pa kljub jasnim navodilom tretjim osebam (strokovnim službam) in s podelitvijo pristojnosti naloge niso kakovostno opravljene.

Avtorji navajajo osebna, moralna, kolegalna, etična, strokovna ali poklicna in pravna področja odgovornosti.

Pravni vidik zajema disciplinsko, odškodninsko in kazensko odgovornost. Po Zakonu o zdravstveni dejavnosti lahko zdravstveni delavec samostojno opravlja vsako delo, za katero ima ustrezno izobrazbo in je zanj usposobljen ter ima na voljo ustrezno opremo. Za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost.

Najvišja stopnja je seveda osebna ali moralna odgovornost, ki se kaže v odgovornosti vsakega posameznika ter njegovi oceni svojega ravnanja kot dobrega ali slabega. Je ena najpomembnejših vrednot v zdravstvenem sistemu in družbi nasploh. Osebna odgovornost v središče postavlja posameznika. Posameznik, ki ima zdrav občutek za osebno odgovornost, koristi tudi družbi, skupnosti. Del osebne odgovornosti je družbena odgovornost. To je odgovornost do dogovorov, obljub, okolja, uporabnikov zdravstvenih storitev in soljudi. Osebna odgovornost je eden najpomembnejših sistemskih fenomenov, ki vpliva na delovna razmerja in je pogoj za resnično delovno odgovornost posameznika.

Zdravstveni delavci in sodelavci smo odgovorni do pacientov, sodelavcev, delodajalcev, stroke, širše družbe in seveda samemu sebi. Pri svojem delu prevzemamo etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost. Odgovorni smo za svoja dejanja pri nudenju zdravstvene oskrbe, pri odnosu do sodelavcev, nadrejenih in najširši družbi.

Poklicna, deontološka odgovornost je sestavljena iz etične in strokovne odgovornosti. Etična odgovornost poudarja, kako in zakaj se določeno delo opravlja. Usmerjata jo kodeks etike in deontologije. Profesionalna (ali strokovna) odgovornost pa pomeni prevzemanje odgovornosti za svojo presojo, dejanje ali opustitev dejanja. Povezana je z vseživljenjskim učenjem, ohranjanjem sposobnosti ter kakovostne oskrbe in standardov. Strokovnost se pridobi z izobraževanjem in pomeni, da je oseba za delo zmožna in večja zaradi svoje izobrazbe, prakse in izkušenj.

Skrb za lastno varnost in varnost drugih je zelo pomembna. V zdravstvenem sistemu so pomembne predvsem naslednje razsežnosti osebne odgovornosti: biti vzgled v poklicnem delovanju in vsakdanjem življenju, skrb za lastno zdravje, pripravljenost in priprava na delo, varnost pri delu, fizična varnost z uporabo osebnih zaščitnih sredstev, skrb za delovni prostor, tehnologijo in material ter usposabljanje za kakovostno in varno delo.

VPRAŠANJA

Opreделите sistemsko odgovornost.

Pojasnite odgovornost na ravni zdravstvenih ustanov.

Kaj je pomembno pri vzpostavitvi sistemske odgovornosti?

Vloga vseh členov v zdravstvenih sistemih zahteva popolno uravnoveženost navznoter in navzven. Naša odprtost usmerja odgovornost do svojega notranjega sveta, pa tudi do sveta zunaj sebe. Potrebni pogoji za visoko stopnjo odgovornosti do sveta okoli sebe so občutek povezanosti, soodvisnosti in želja po vračanju dobrega z dobrim. To pa zahteva ustrezno ozaveščenost in skrb za širšo družbeno korist. Odgovornost v zdravstvu je stalnica v vsakdanjem poklicnem in zasebnem življenju, je temelj zdravstvene etike.

Sistemska odgovornost mora odražati piramidni sistem strukture zdravstvenega sistema, ki od vrha navzdol vključuje državno raven (Vlada Republike Slovenije, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, ZZZS, Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ)) in prek vodstvenega upravljanja zdravstvenih ustanov do operativnega izvajanja zdravstvene dejavnosti. Pre pogosto se skuša preobrniti odgovornost in usmeriti pozornost na izvajalce zdravstvene obravnave.

Odgovornost najvišje ravni pomeni določanje zdravstvene politike na podlagi strategije razvoja, sprejemanje zakonodaje, zagotavljanje virov, vzpostavljanje institucij ter opredeljevanje mreže zdravstvene dejavnosti. Institucionalno gre za politično odgovornost, ki se preverja na volitvah.

Na ravni zdravstvenih institucij so vodilni managerji odgovorni za zakonitost izdajanja navodil, usmeritev, razlag. Pri tem pre pogosto ne sprejemajo odgovornosti za zakonitost izdanih dokumentov in odgovornost za uporabo dokumentov prenesejo navzdol.

Vodstveno upravljanje v zdravstvu pomeni odgovornost poslovodstva za operativno delovanje zdravstvenega zavoda. Vodenje je zaupano direktorju, ki organizira in vodi delo, je odgovoren za poslovanje, zastopa zavod in zagotavlja zakonitost poslovanja. Pri tem je omejen z viri sredstev, predmetom poslovanja zdravstvenim programom in zakonodajo. Ob danih omejitvah je celotna aktivnost vodenja praktično usmerjena v organizacijo in organiziranje zaposlenih. Pri vzpostavitvi sistemske odgovornosti je pomembna izgradnja organizacijske kulture na podlagi pristojnosti in odgovornosti. Žal odgovornost na ravni zdravstvenih delavcev ni dovolj zavarovana niti z nagrajevanjem kakor tudi ne z ustreznimi sankcijami.

Zdravstveni sistem in s tem povezana odgovornost delujeta, če so usklajeni glavni subjekti: odločevalci, plačniki, izvajalci in uporabniki. Vsak od navedenih subjektov mora ravnati družbeno odgovorno do drugih, da bo učinek družbeno odgovornega ravnanja dosežen.

Celovito in sistemsko reševanje težav glede treh temeljnih razsežnosti kakovosti in varnosti v zdravstvenih sistemih, ki so struktura, proces in izid, zagotavlja uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost in enakost pri osredotočenju obravnave na pacienta kot temeljnih vrednot kakovosti in varnosti zdravstvenega sistema. Med prednostnimi strateškimi usmeritvami zdravstvenega sistema je prepotrebna skrb za ustrezno izobrazbo in strokovno znanje zdravstvenih delavcev, sodelavcev in drugih zaposlenih v zdravstvu. Širitev znanja mora biti pomemben instrument za doseganje trajnih in učinkovitih rešitev za kompleksne izzive zdravstvenega sistema na področju organiziranosti in procesov: učinkovitost, kakovost in varnost.

Ob epidemiji covid-19 zdravstveni sistemi postajajo razgaljeni predvsem v svojih pomanjkljivostih, še najbolj v šibkosti zadostnega števila usposobljenih izvajalcev zdravstvenega varstva. Še posebej se je to pokazalo na ključnih področjih obravnave nalezljivih bolezni in pri izvajanju intenzivnega zdravljenja. Usmeritve izhodne strategije bodo morale temeljiti na uravnoteženju strukture, procesov in izidov kot temeljnih treh razsežnostih kakovosti in varnosti v zdravstvenih sistemih. Trajnost zdravstvenih sistemov pomeni vsaj ohranjanje ali izboljšanje obstoječe ravni kakovosti, varnosti in dostopnosti zdravstvenih storitev v splošni sprejemljivi obliki. Kakovostno zdravstveno varstvo sestavljajo ljudje in medicina, ki temelji na dokazih. Za razvojno usmerjeno spremljanje kakovosti je bistvenega pomena odgovorno partnerstvo pacientov, izvajalcev, plačnikov in odločevalcev. Usklajevanje, sodelovanje in stalnost na vseh ravneh zdravstvenega varstva so prvi pogoj za večjo kakovost zdravstvenega sistema.

Zagotavljanje in izboljševanje kakovosti zdravstvenega varstva temelji na usklajenosti multidisciplinarnega znanja, spodbujanju timskega dela in vključenosti zdravstvenih delavcev v delo z bolniki in njihovimi simptomi. Pridobivanje znanj in veščin s področja kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev bo v naprednih zdravstvenih sistemih moralo enakovredno slediti strokovnemu znanju s področja zdravstvenih dejavnosti. Voditelji prihodnosti na vseh ravneh in odločevalci v sistemih brez potrebnih znanj glede kakovosti in varnosti ne bodo kos izzivom. Dejstvo, da so zakonitosti ravnanja za kakovost in varnost postale znanost, ki za uporabo čedalje bolj specifičnih orodij zahteva določene veščine in vse več usposabljanja, nam vsem izvajalcem zdravstvenih storitev nalaga neizbežno nalogo, da se čim prej podamo na hvaležno pot iskanja virov znanja in pridobivanja veščin.

Kompleksni sistemi delujejo dobro, če so njihovi deli usklajeni. V zdravstvu to pomeni, da je operater lahko uspešen samo, če je del dobro usklajene ekipe, ki deluje v okviru dobro delujoče bolnišnice, ki je del dobro delujočega zdravstvenega sistema. Načela vodenja kakovosti ponujajo pristope, s katerimi lahko izboljšamo to usklajenost na vseh ravneh, od dela posameznika in njegovega zdravstvenega tima do dela sistema na državni ravni. Zato je poznavanje temeljnih načel vodenja kakovosti, ki so opredeljena v tem priročniku, za vsakega zdravstvenega delavca izjemnega pomena. To znanje lahko vpliva na slehernega pacienta, za katerega zdravstveni delavec skrbi, kakor tudi na uspešnost izboljšav na ravni sistemov (organizacije, področja, regije ali države), katerih del zdravstveni delavec je.

Izboljšanje izidov zdravljenja z zadnjimi usmeritvami Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organization, 2018) postaja ključna sestavina posodobljenih strategij razvitih zdravstvenih sistemov. Pot do njih je tlakovana z zavzetostjo pridobivanja znanja in veščin na vseh področjih in z vzpostavljanjem drugačnih vrednot, ki bodo izvajalcem zdravstvenih storitev v prihodnosti omogočile spreminjanje kulture s čedalje večjo zavzetostjo za čedalje boljše izide zdravljenja.

Avtorji

Literatura

1. Avstralski svet za varnost in kakovost v zdravstvu. (2005). Clinical handover and patient safety: Literature review report.
2. AGE Platform Europe. (2010). EU Charter of rights and responsibilities of older people in need of long-term care and assistance.
3. Batalden, P. B., in Davidoff, F. (2007). What is "quality improvement" and how can it transform healthcare?. *Quality and safety in health care* 16(1), 2-3.
4. Ceglar, J., Marušič, D., Simčič, B. (2011). Akreditacija – zunanja presoja kakovosti in varnosti zdravstvenih obravnav v zdravstvenih ustanovah. *Bilten ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu*, 27(2), str. 113–122.
5. Council of the European Union. (2021). The 2021 Long-Term Care Report: Trends, challenges and opportunities in an ageing society - Full report.
6. Česen, M. (1998). Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
7. Donabedian, A. (1980). The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
8. Densen P. (2011). Challenges and opportunities facing medical education. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*, 122, 48–58.
9. Dean, J. W. in Bowen, D. E. (1994). Management theory and total quality: improving research and practice through theory development. *Academy of management review*, 19(3), 392-418.
10. Duffy, J. R. (2018). Quality caring in nursing and health systems: implications for clinicians, educators, and leaders. New York: Springer Publishing Company.
11. European Commission. (2017). Patient safety: policy.
12. European Commission. (2017). The European Pillar of Social Rights in 20 principles.
13. European Commission. (2018). Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies 2018.
14. European Pathway Association. (2021). Pridobljeno 20. 11. 2021 s spletne strani: <http://www.e-p-a.org/>
15. Fereday, S. (2015). A guide to quality improvement methods. London: Healthcare Quality Improvement Partnership. Pridobljeno 16. 9. 2021 s spletne strani: <https://www.hqip.org.uk/wp-content/uploads/2018/02/guide-to-quality-improvement-methods.pdf>
16. Field, M. J. in Lohr, K. N., ur. (1990). Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington DC: National Academy Press.
17. Hlupič, A. (2008). Analiza organizacije podjetja Panles Trade. Diplomsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, Univerza v Ljubljani. Pridobljeno 16. 8. 2021 s spletne strani: http://www.cek.ef.uni-lj.si/u_diplome/hlupic3581.pdf
18. Healthcare Financial Management Association. (2016). Introduction to health outcomes. Bristol: Healthcare Financial Management Association. Pridobljeno 9. 9. 2021 s spletne strani: <https://www.hfma.org.uk/docs/default-source/our-networks/healthcare-costing-for-value-institute/institute-publications/introduction-to-health-outcomes>
19. Ibn El Haj, H., Lamrini, M. & Rais, N. (2013) Quality of care between donabedian model and iso9001v2008. *International Journal for Quality Research*.
20. Institute of Medicine (1990). Medicare: a strategy for quality assurance. Washington DC: National Academy Press.
21. Kelley, E., in Hurst, J. (2006). Health care quality indicators project: conceptual framework paper. OECD.
22. Kersnik, J. (2002). Zdravstvene napake. Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD.
23. Kersnik, J. (2010). Kakovost v zdravstvu. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD.
24. Kiauta, M., Poldrugovac, M., Rems, M., Robida, A., Simčič, B. (2010). Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010-2015). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
25. Korošec, D. (2016). Medicinsko kazensko pravo. 2. spremenjena in dopolnjena izdaja. Ljubljana: GV založba.
26. Kramar, Z. in Marinšek, N. (2009). Timska predaja pacienta in posvet po viziti sta pomembna elementa osredotočenja na pacienta. Z. Kramar, ed, 7.
27. Kristensen, S., Mainz, J., Bartels, P., in Allé, O. P. (2007). Establishing a set of patient safety indicators. Safety Improvements for Patients in Europe Working package, 4.
28. Lapré, F., Stevenson, D., Leser, M., Horecký, I. J., Kaserer, B., in Mattersberger, M. (2019). Long-Term Care 2030
29. Marušič, D. in Simčič, B., ur. (2009). Priročnik

za oblikovanje kliničnih poti. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

30. McGlynn, E. A. in Asch, S.M. (1998). Developing a clinical performance measure. *American journal of preventive medicine*, 14(3), 14-21.

31. NIJZ. (2021). Neenakosti v zdravju: Izzivi prihodnosti v medsektorskem povezovanju.

32. OECD in Evropska Unija. (2018). Health at a Glance: Europe 2018 State of Health in the EU Cycle. OECD.

33. OECD. (2020). Health at a Glance: State of Health in the EU Cycle.

34. Portal za izobraževanje iz zdravstvene nege. (2021). Sistemi kakovosti, standardi, strukture, procesi, izidi. Pridobljeno 16. 8. 2021 s spletne strani: <https://www.zdravstvena.info/vsznj/sistemi-kakovosti-standardi-v-zdravstvu-kakovost-v-zdravstvu/>.

35. Pravilnik o postopku verifikacije zdravstvenih programov in dejavnosti, ki se izvajajo na področju zdravstvene in zdraviliške dejavnosti. Uradni list RS, št. 70/03, 73/08 in 64/17 – ZZDej-K.

36. Pregrad, B., Musil, V., in Turina, N. (2000). Proizvodni tehnologija, kakovost in varstvo okolja. Univerza v Mariboru: Ekonomsko-poslovna fakulteta.

37. Prevolnik Rupel, V., Marušič, D. (2021). Structure, processes and results in healthcare system in Slovenia. Pridobljeno 6. 7. 2021 s spletne strani: <https://www.intechopen.com/online-first/structure-processes-and-results-in-healthcare-system-in-slovenia>.

38. Prevolnik Rupel, V., Simčič, B. in Turk, E. (2014). Terminološki slovar izrazov v sistemu zdravstvenega varstva. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

39. Pribakovič Brinovec, R., Masten Cuznar, O., Ivanuš, M., Leskošek, B., Pajntar, M., Poldrugovac, M., Simčič, B., Tušar, S. (2010) Priročnik o kazalnikih kakovosti. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

40. Procesni in kadrovski management v zdravstvu. 20. jesensko srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, Ptuj, 12. in 13. oktober 2017. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu. Pridobljeno 16. 8. 2021 s spletne strani: http://www.devz.si/wp-content/uploads/2017/10/DEVZ_ZBORNİK_PTUJ_INTERNET_RS.pdf.

41. Robida, A. (2004). Splošni standardi zdravstvene obravnave – bolnišnice. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

42. Robida, A., ur. (2009). Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

43. Robida, A. (2009). Pot do odlične zdravstvene prakse. Vodnik za izboljševanje kakovosti in presojo lastne zdravstvene prakse. 1. natis. Ljubljana: Planet GV.

44. Robida, A., Grabar, D., in Simčič, B. (2020). Osnove kakovosti in varnosti v zdravstvu. Dostopno na: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/d.grabar_osnove_kakovosti_in_varnosti_mz_jun_2020.pdf (6. 9. 2021).

45. Robida, A., Yazbeck, A. M., Kociper, B., Mate, T.,

Marušič, D. (2006). Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

46. Rozman, R., Kovač, J., Filej, B., Robida, A. (2019). Management v zdravstvenih organizacijah. Lexpera, GV Založba, Ljubljana, 2019.

47. Santos, M. (2013). Variation in healthcare processes: Implications for quality of care. Gothenburg: Division of Quality Sciences, Department of Technology Management and Economics, Chalmers University Of Technology. Pridobljeno 9. 9. 2021 s spletne strani: <https://publications.lib.chalmers.se/records/full-text/183776/183776.pdf>.

48. Simčič, B. (2012). Odličnost v zdravstvu skozi modele kakovosti. Management in vodenje v zdravstvu 2012. Ljubljana: Planet GV.

49. Simčič, B. (2012a). Primerjalna analiza akreditiranih bolnišnic. Management in vodenje v zdravstvu 2012. Ljubljana: Planet GV.

50. Simčič, B., Poldrugovac, M. (2012). Akreditacija bolnišnic v Sloveniji: Kaj razkrije?

51. Simčič, B., Poldrugovac, M. (2013). Vodenje kakovosti v slovenskih bolnišnicah.

52. Simčič, B., Poldrugovac, M., Marušič, D. (2011). Kazalniki kakovosti in akreditacija kot orodja za vodenje kakovosti v zdravstvu v Sloveniji. Bilten ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu, 27(1), str. 29-49.

53. Smith, R. (1992). Audit and research. *BMJ: British Medical Journal*, 305(6859), 905.

54. Smith, P. C., Mossialos, E., Papanicolas, I. in Leatherman, S. (2009) Introduction. V: Smith, P. C., Mossialos, E., Papanicolas, I. in Leatherman, S. ur. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects (Str 3-24). Cambridge: Cambridge University Press.

55. Svet Evrope. (1997). Razvoj in izvajanje sistemov izboljševanja kakovosti v zdravstvenem varstvu: priporočilo št. R (97), 17, 42-46.

56. The Health Foundation. (2011). A story of people doing extraordinary things – annual review 2011. Velika Britanija: The Health Foundation.

57. The NSW Health Outcomes Program. (2013). Sydney: Public Health Bulletin. Pridobljeno 16. 9. 2021 s spletne strani: <https://www.publish.csiro.au/NB/pdf/NB92067>.

58. UMAR. (2017). Strategija dolgožive družbe.

59. UMAR. (2021). Poročilo o razvoju 2021.

60. Zakon o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPdve in 112/21 – ZNUPZ).

61. World Health Organization. (2018). Improving the quality of health services - tools and resources. Geneva: World Health Organization. Pridobljeno 10. 11. 2021 s spletne strani: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310944/9789241515085-eng.pdf>.



Februar, 2022

