



ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE -
ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC
IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE



ZDENKA KRAMAR

Kakovost in varnost v zdravstvu

PRIROČNIK

Založnik:

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije –
Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in
zdravstvenih tehnikov Slovenije

Ob železnici 30a, 1000 Ljubljana

Glavna in odgovorna urednica:

Monika Ažman

Lektorica:

Jelica Žalig Grce

Oblikovanje:

Barbara Kralj, Prelom d.o.o.

Leto izdaje: 2022

Naklada: 300 izvodov

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

614.2:005.336.3(035)

KRAMAR, Zdenka, 1959-

Kakovost in varnost v zdravstvu / Zdenka Kramar. -
Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije
- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in
zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2022

ISBN 978-961-273-235-6

COBISS.SI-ID 99160579



The ultimate goal is to
manage quality.

But you cannot
manage it until
you have a way to
measure it,
and you cannot
measure it until you
can monitor it.

Florence Nightingale

PRIROČNIKU NA POT ...

Ni naključje, da je avtorica publikacije, ki je pred vami, prva profesionalno zaposlena medicinska sestra za področje kakovosti in varnosti v skupnih službah Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica – Zveza) in prva profesionalno zaposlena strokovnjakinja na področju strokovnih nadzorov s svetovanjem v zdravstveni in babiški negi v sklopu javnih pooblastil Zbornice – Zveze. Avtorica je vse svoje profesionalno delovanje v stroki zdravstvene nege posvečala kakovosti in varnosti tako z vidika uporabnika zdravstvenih storitev kot izvajalcev zdravstvene in babiške nege.

Kakovost je skorajda nemogoče enoznačno opredeliti, zato je še toliko bolj pomembno razumeti različne deležnike, ki vplivajo na proces kakovosti na posameznem področju. Slovenija se je z vstopom v Evropsko unijo zavezala kot eni izmed prednostnih aktivnosti v zdravstvenem varstvu prav nenehnemu zagotavljanju in izboljševanju kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe. V Nacionalni strategiji kakovosti in varnosti v zdravstvu (Ministrstvo za zdravje, 2010) je zapisano, da si bomo prizadevali upoštevati mednarodno in evropsko sprejeta načela kakovosti ter širše cilje, ki imajo večji vpliv na celotno družbo. Ta so: uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenje na pacienta.

V središče zdravstvenega varstva mora biti postavljen pacient z vsemi svojimi potrebami in pričakovanji. Le te se vsak dan zvišujejo in na drugi strani k proaktivnosti spodbujajo mnoge vpletene deležnike. Od zdravstvenih organizacij, zaposlenih, izobraževalnih ustanov, regulatorjev, plačnika storitev in še številnih drugih. Zaposleni v zdravstveni in babiški negi smo tisti segment zdravstvenega varstva, ki ima s pacientom najobsežnejši neposreden stik. Prav zato sta kakovost in varnost izvedbe vseh aktivnosti, ki jih je deležen pacient in jih izvajajo medicinske sestre in babice, vitalnega pomena.

Ena glavnih nalog strokovne organizacije Zbornice – Zveze je skrb za profesionalni in osebni razvoj posameznika, strokovnjaka s področja zdravstvene oz. babiške nege ter skrb za razvoj in delovanje stroke zdravstvene in babiške nege ter oskrbe. V ta namen organizira, usklajuje in usmerja strokovna in druga izobraževanja kot del vseživljenjskega učenja posameznika ter izdaja strokovna in učna gradiva ter publikacije tudi z namenom

razvoja obeh strokovnih področij, zdravstvene nege in babištva. V okviru javnega pooblastila Ministrstva za zdravje izvaja Zbornica – Zveza strokovne nadzore s svetovanjem v zdravstveni in babiški negi, katerih namen je med drugim tudi preverjanje zagotavljanja kakovosti in varnosti na strokovnem področju – preverjanje stalnega sledenja razvoja stroke, preverjanje in upoštevanje doktrin, standardov, protokolov, smernic, navodil in drugih dokumentov na področju dela, preverjanje opravljanja dejavnosti v skladu z etičnim kodeksom, preverjanje ustrezne kadrovske zasedenosti in kot pomemben segment tudi namen svetovanja na podlagi ugotovitev strokovnega nadzora.

Vsemu zgoraj opisanemu je priložen, ki je pred vami, tudi namenjen. Čas, v katerem je priložnik nastajal, je poseben covidni čas. Pandemija koronavirusne bolezni je zdravstvo postavila v ospredje bolj kot vse druge dejavnosti. Vsi zdravstveni delavci so bili priča velikim in hitrim spremembam, prilagajanju, preoblikovanju procesov, novim posegom in postopkom in novim pristopom obravnave. Kako uspešni so bili, bo pokazal čas. Mnogi menijo, da bo po covidu vse drugače kot pred njim. Zagotovo pa se ne bo spremenilo vodilo vseh, ki izvajate in boste izvajali zdravstveno ali babiško nego – delati strokovno, varno in kakovostno za pacienta in vas same.

Hvala avtorici, ki je oblikovala ravno prav obsežen priložnik v razumljivem jeziku. Hvala vsem vam, ki boste po priložniku posegli morda le enkrat ali pa tudi večkrat, ko boste želeli izboljšati svoje delovne procese ali pa vpeljati povsem novo kulturo kakovosti in varnosti v zdravstveni oz. babiški negi. Hvala tudi vsem tistim, ki boste priložnik umestili v seznam literature v študijske namene.

Monika Ažman, predsednica

Kiauta M., Poldrugovac M., Rems M., Robida A., Simčič B., (2010). Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

O AVTORICI ...



Zdenka Kramar, rojena 13. 9. 1959 v Celju, je magistrica zdravstvene nege. Po 43 letih dela v zdravstvu se je v letu 2020 upokojila. Svojo poklicno pot je začela v Splošni bolnišnici Jesenice, kjer je bila štirinajst let pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege in oskrbe. Pred prevzemom te funkcije je delala na različnih oddelkih in enotah kot glavna medicinska sestra. V letu 2014 je uspešno zagovarjala magistrsko nalogo na Fakulteti za zdravstvene vede v Mariboru, z naslovom Spremembe zaznavanja kulture varnosti pacientov v Splošni bolnišnici Jesenice.

V letu 2015 se je zaposlila v UKC Ljubljana na Pediatrični kliniki, kjer opravljal delo koordinatorice vodenja sistema kakovosti. Njeno najpomembnejše delo je bilo nenehno uvajanje kakovosti in varnosti v vsakodnevno delo s pacientom. V letu 2019 je sprejela nov izziv in se zaposlila na Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Njeno področje dela so bili strokovni nadzori s svetovanjem in sistematično uvajanje kakovosti ter pridobitev ISO certifikata na Zbornici – Zvezi.

V letu 1999 je končala podiplomski študij Medicinske fakultete v Ljubljani – smer bolnišnična higiena in pridobila specializacijo s področja preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb. Od 2009 do 2013 je bila predsednica Razširjenega strokovnega kolegija za zdravstveno nego pri Ministrstvu za zdravje. V letu 2000 je prejela zlati znak Zbornice zdravstvene nege Slovenije. V vseh letih svojega profesionalne dela je sodelovala na Ministrstvu za zdravje v različnih projektih, tako na področju uvajanja kakovosti in varnosti v slovenske bolnišnice, razvijanju kliničnih poti, kazalnikov kakovosti, pripravi predloga zakona za področje kakovosti in varnosti, pripravi metodologije za delovanje urgentnih centrov, na področju preprečevanja okužb povezanih z zdravstvom. Tudi v času epidemije je kot koordinatorica za obvladovanje prenosa virusa SARS CoV-2 delovala v številnih socialno varstvenih ustanovah.

Področja njenega profesionalnega dela je tako vključevalo uvajanje standardov kakovosti na področju celotne zdravstvene obravnave pacientov. Svoje znanje je stalno dopolnjevala na področju stroke zdravstvene nege, kakovosti in varnosti, preprečevanje bolnišničnih okužb, oskrbe kroničnih ran, področje intenzivne terapije in vodenje v zdravstvu. Prav tako je bila mentorica velikemu številu medicinskih sester. Na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin sodeluje kot predavateljica.

NAGOVOR RECENZENTOV

Kakovost v zdravstvu prizadene vse. Paciente, njihove svojce in nas zdravstvene delavce. Ne glede na to, ali gre za slab ali dober izid oskrbe. Pri slabem smo nejevoljni, zaskrbljeni in previdni pri ocenah, zakaj in kako se je zgodilo. In pri dobrem zadovoljni, ponosni in napolnjeni z novo energijo in voljo za nadaljnje delo. Tistega vmesnega je največ. Ko rutina postane železna srajca in ko ne vidimo več potrebe po spreminjanju. Ko pustimo, da nas vsakodnevno delo odnese v lažno udobno lagodje. Če s tem vzdržujemo standarde, ki smo si jih pred tem postavili, se naše kolo sprememb vrti na mestu. A se vendarle vrti.

Slabše je, če kolesa sprememb ne poganjamo, če vsaj v idejah ne vidimo potrebe po spremembah, če nam zmanjka energije za spreminjanje. Kajti brez sprememb ne more biti bolje. Brez dodatka inzulina ne moremo znižati ravni krvnega sladkorja. To je zelo znano in uporabno dejstvo. Isto preprosto pravilo, da brez spremembe ne moremo pričakovati izboljšanja, uporabljamo vsakodnevno in učinkovito pri svojem delu, manj pa to pravilo o vzroku in posledici uporabljamo pri upravljanju s kakovostjo. Kajti kot je zapisala Florence Nightingale, kakovosti ne moremo upravljati, če je ne merimo. In merjenje se je že močno zasidrilo v naših logih. Merimo veliko, verjetno kje tudi preveč. Vendar samo merjenje še ne daje boljše kakovosti. Zaradi ponavljanja daje občutek, da s tem kontroliramo kakovost, da jo spremljamo. A cilj ni spremljanje kakovost z merjenjem. Cilj je, da z rezultati merjenja, z objektivnimi podatki pripravimo podlago za spremembe. Le tako lahko pridemo v zeleno polje uspeha pri dvigu kakovosti, ki ga je že pred stoletji zagovarjala utemeljiteljica zdravstvene nege. Torej merimo, zato da spreminjamo. To naj bo naš cilj.

Spreminjanje ja eno najtežjih del v življenju. Raje hodimo po uhojenih poteh, raje se vozimo po isti poti v službo. Pogosto sledimo izkušnjam iz mladosti pri kuhanju, družinskih odnosih, tudi v delovnih okoljih. Običajno so vodje starejši in izkušenejši in marsikdo bo potrdil, da je že slišal iz njihovih ust trditve, da če smo delali tako dvajset let, lahko delamo še naprej tako. Velika želja po nobenem spreminjanju (tudi v vodenju ne) je v bistvu eden od močnih korakov v stagnacijo. V takem okolju se nam lahko zgodijo negativne izkušnje ob oskrbi svojcev. Poznana je trditev, da se pri domačih vedno kaj zaplete. Le zakaj se nam to dogaja? Saj smo se potrudili bolj. Ali nismo s tem, ko smo spreminjali vsakodnevne rutine, ko smo hoteli bolje, stopili v novo okolje, ki ga ne obvladamo rutinsko. Okolje, kjer nismo tako suvereni in nam v bistvu ponuja več negotovosti kot gotovosti v končnem cilju. Ki nam ponuja več možnosti slabšega izida. Bolje je delati stalno, kot da je vsak pacient moj svojec. In tako bomo ponudili vsem največ, tudi svojcem.

Udejanjanje takšnega okolja ni preprosto. Seveda, brez spreminjanja ne gre. In brez izkušenj ravno tako ne. In, žal tudi brez napak ne. Zmotljivi smo, nismo ne bogovi ne božji. Smo ljudje s svojimi slabimi in dobrimi lastnostmi in napakami. Povezava med napako in kakovostjo je zelo tesna. Žal včasih pretesna. In brez zavedanja, da se moramo za odlično močno spreminjati, tudi ne. Vsaka napaka, ki se nam zgodi, mora postati vzrok za spremembo, mora postati izkušnja. Če napake ne izkoristimo, da postane izkušnja, potem bo kakovost ostala pred vrati. Utruženo čakala, da jih nekdo odpre. Da nekdo naredi spremembo.

To smo mi, to moramo za paciente narediti mi.

Kakovost zdravstvenega sistema je znanost in hkrati umetnost, ki se v zadnjih letih zelo razvija. Njena pomembnost je močno povezana z zagotavljanjem zahtev in pravic pacientov do kakovostne, varne in enakopravne zdravstvene obravnave.

Medicinske sestre so v sistemu zagotavljanja kakovosti in varnosti že v preteklosti prevzele ključno vlogo v postopkih merjenja, spremljanja in izboljševanja kakovosti. V zdravstveni negi so med prvimi začele procese standardizirati, spremljati kazalnike kakovosti in uvajati potrebne izboljšave. Pomembno je postalo prepoznavanje priložnosti za izboljšanje svojega dela.

Prav tako je postala ena od prioritiet v zdravstvenem sistemu zagotavljanje varnosti. Razlog tiči v ugotovitvah več raziskav, ki so v poznih 90. letih prejšnjega stoletja pokazale, da se je številnim pacientom poslabšano zdravstveno stanje ali pa so umrli zaradi neželenih dogodkov, da je bilo njihovo število večje, kot je bilo znano do takrat.

Za obvladovanje sistema kakovosti in varnosti in uporabo ustreznih orodij je ključno znanje. Zato je treba vse napore usmeriti v izobraževanje. Pričujoča publikacija je dober, zgoščen pripomoček v pomoč zdravstvenim delavcem in študentom, ki se s področjem srečujejo, preden vstopijo v delovni proces. Težko je zgoščeno opisati celotno področje kakovosti zdravstvenega sistema in varnosti, vendar je avtorici to uspelo. Na enem mestu je zbrana veliko informacij, kar nudi dober pregled bistvenih načel kakovosti in varnosti, strategije uvajanja varnosti ter vodenja kakovosti in obvladovanja tveganj v zdravstvu.

Avtorica nas v publikaciji opozarja na pomembne postavke sistema kakovosti in varnosti: praksa, ki jo medicinska sestra izvaja, mora temeljiti na dokazih in se usmerjati na pacienta. Spodbuja nas k standardizaciji, merjenju in nenehnemu izboljševanju kakovosti in varnosti. Posebej poudarja, da kakovost lahko izboljšamo le v varnih, nekaznovalnih pogojih in v kulturi varnosti; poudarja, da sta merjenje kakovosti in nadzor delo vsakega zaposlenega; treba se je usmerjati na procese in težave, ne na ljudi; standardizacija procesov je ključnega pomena za obvladovanje procesov in ljudi; sistem spremljanja kakovosti in varnosti je načrtovani del organizacijske kulture za nenehno izboljševanje storitev, ki temeljijo na stalnih povratnih informacijah uporabnikov in merjenju procesov.

doc. dr. Saša Kadivec, prof. zdr. vzg.

KAZALO

1	UVOD	13
2	KAKOVOST ZDRAVSTVENE OSKRBE	14
2.1	Definicije kakovosti v zdravstvu	14
2.2	Načela kakovosti	15
2.3	Zakonske podlage kakovosti v zdravstvenem sistemu	18
3	NENEHNO IZBOLJŠEVANJE KAKOVOSTI	19
3.1	Vodenje kakovosti zdravstvene oskrbe	21
3.2	Vodenje sistema kakovosti v zdravstveni ustanovi	22
3.3	Struktura vodenja sistema kakovosti v zdravstveni ustanovi	23
4	PROCESNI PRISTOP	24
4.1	Standardi vodenja kakovosti	26
4.2	Certificiranje	26
4.3	Akreditacija	26
5	ORODJA ZAGOTAVLJANJA KAKOVOSTI V ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI ..	28
5.1	Presoja zdravstvene prakse	28
5.2	Merila za ocenjevanje kakovosti zdravstvenega varstva/storitev	30
6	ORODJA ZA DOSEGANJE CELOVITEGA INTEGRIRANEGA, NA DOKAZIH TEMELJEČEGA PRISTOPA K ZDRAVSTVENI OBRAVNAVI PACIENTA	31
6.1	Klinične smernice	31
6.2	Klinična pot	31
6.3	Integralna klinična pot	32
7	SISTEM OBVLADOVANJA DOKUMENTOV	32
7.1	Tipi dokumentov in njihova vsebina	33
8	KAZALNIKI KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU	35
8.1	Razdelitev kazalnikov kakovosti	36
9	OBVLADOVANJE TVEGANJ	39
9.1	Register tveganj	40
9.2	Tabela tveganj	40

10	ZADOVOLJSTVO PACIENTOV	41
11	KOMUNIKACIJA V ZDRAVSTVU	43
11.1	Pomen timskega dela	45
12	VARNOST ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE PACIENTOV	46
12.1	Priporočila Sveta Evrope	47
12.2	Definicija kulture varnosti	48
12.3	Uvajanje in vzpostavitve kulture varnosti pacientov	48
12.4	Razvojne stopnje kulture varnosti	49
12.5	Kultura obtoževanja	50
12.6	Pravična kultura	51
12.7	Kultura poročanja	51
12.8	Kultura učenja iz napak	52
13	NAPAKE PRI ZDRAVSTVENI OSKRBI PACIENTA	52
13.1	Napake v zdravstvenem sistemu	53
13.2	Koraki obvladovanja varnostnih odklonov	55
14	ORODJE ZA ZAGOTAVLJANJE VARNOSTI V ZDRAVSTVENIH USTANOVAH	56
14.1	Varnostna vizita vodstva	56
14.2	Varnostni pogovor	57
14.3	Vzročno-posledična analiza	58
14.4	Morbiditetna in mortalitetna konferenca	58
14.5	Preventivni in korektivni ukrepi ter varnostna priporočila	59
14.6	Analiza osnovnih vzrokov najpogostejših prispevajajočih dejavnikov	59
14.7	Strokovni nadzor s svetovanjem	60
14.8	Notranji strokovni nadzori v zdravstveni ustanovi	62
15	PRILOŽNOSTI NA PODROČJU NAJPOGOSTEJŠIH PROCESOV ZA IZBOLJŠANJE KAKOVOSTI IN VARNOSTI	63
15.1	Opolnomočenje pacientov in zaposlenih	63
15.2	Predaja pacienta	63
15.3	Obvladovanje tveganj na področju ravnanja z zdravili	64
16	LITERATURA IN VIRI	68

KAZALO SLIK

Slika 1: Povezovanje šestih načel kakovosti v zdravstvu	16
Slika 2: Demingov krog	20
Slika 3: Model sistema vodenja kakovosti, osnovan na podlagi procesov	24
Slika 4: Piramidna struktura dokumentacije sistema vodenja kakovosti	34
Slika 5: Priročnik o kazalnikih kakovosti	37
Slika 6: Kazalniki kakovosti v zdravstveni negi	38
Slika 7: Obvladovanje tveganj, ISO 31000	40
Slika 8: Model Kano	42
Slika 9: Model varnostne kulture	50
Slika 10: Prikaz preprečevanja napak s pomočjo sistema švicarskega sira	53
Slika 11: Potek nastanka varnostnega odklona	54

KAZALO TABEL

Tabela 1: Potek izboljšanja kakovosti v zdravstvu	21
Tabela 2: Struktura vodenja sistema kakovosti v zdravstveni ustanovi	23
Tabela 3: Tabela o kazalnikih kakovosti - RZP	37
Tabela 4: Tabela o kazalnikih kakovosti - padci	37
Tabela 5: Matrika tveganj, Obvladovanje tveganj, ISO 31000	41
Tabela 6: Politika ukrepanja	41
Tabela 7: Kultura obtoževanja	51
Tabela 8: Koraki obvladovanja varnostnih odlokov	55

1 Uvod

Zdravstveno varstvo je zelo kompleksna, storitvena dejavnost, ki deluje kontinuirano in je dostopna 24 ur dnevno vse dni v letu. Zdravstveno varstvo deluje v okolju, ki se nenehno spreminja, posledično se spreminjajo tudi način dela in zdravstvena oskrba posameznika in skupnosti. Vsekakor se s spreminjanjem zdravstvene oskrbe in razvojem zdravstvene stroke spreminjata in razvijata tudi kakovost in varnost zdravstvene prakse.

Obvladovanje kakovosti v zdravstvenem varstvu pomeni upoštevanje zakonskih predpisov, smernic, standardov kakovosti, načel kakovosti in številnih drugih aktivnosti, ki zagotavljajo varno zdravstveno oskrbo in zadovoljstvo pacientov. Temeljni dokumenti za oblikovanje sistema kakovosti v zdravstvu izhajajo iz mednarodnih in nacionalnih dokumentov, ki obvladujejo sistem kakovosti in varnosti.

Dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe je osnovna človekova pravica, ki jo priznavajo in spoštujejo Evropska unija, vse njene institucije in njeni državljani. V skladu s tem dejstvom imajo pacienti pravico pričakovati, da bo v zagotavljanje njihove varnosti kot uporabnika vseh zdravstvenih storitev vložen ves trud (Luksemburška deklaracija o varnosti bolnikov, 2005). Luksemburško deklaracijo o varnosti pacientov, ki je bila sprejeta 5. aprila 2005, so sprejele vse članice Evropske unije, vključno s Slovenijo. Zahteve po zagotavljanju in nenehnem izboljševanju kakovosti ter varnosti zdravstvene oskrbe se od sprejetja dokumenta v Evropski uniji obravnavajo kot prednostni cilji in naloge.

Prednostna naloga in zahteva Evropske unije in ministrov za zdravje vseh evropskih držav je doseganje celovitega vodenja in nenehnega izboljševanja kakovosti. Najpomembnejši cilj je vzpostavitev sistema varnosti pacientov, saj se le tako lahko zmanjša škoda za pacienta, zmanjšajo stroški njegovega zdravljenja ter zveča učinkovitost zdravljenja. Prav tako morajo biti cilji osredotočeni na posameznika, na njegovo varnost, zadovoljstvo, stroške, ki nastanejo pri zdravljenju, enakost pri dostopu do zdravstvenih storitev in skrajševanju čakalnih dob. Izvajalci zdravstvene dejavnosti morajo biti zavezani vzpostaviti sisteme vodenja kakovosti in varnosti na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti (Luksemburška deklaracija o varnosti bolnikov, 2005).

Tudi Slovenija je med letoma 2004 in 2006 začela sistematično uvajati in nenehno izboljševati kakovost v zdravstvu. Tako lahko ugotovimo, da v naši državi na področju kakovosti v zdravstvu že nekaj časa potekajo različne aktivnosti in številne iniciative za uvajanje kakovosti v neposredno delo s pacienti. Na državni ravni imamo nekaj pomembnih dokumentov in različnih navodil kot npr. Strategijo razvoja kakovosti in varnosti v Republiki Sloveniji. V letu 2006 so bile objavljene Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Dokument je bil vsem izvajalcem zdravstvene dejavnosti podlaga za razvoj kakovosti v zdravstvenih ustanovah. Pomemben dokument za razvoj kakovosti in varnosti v slovenskem zdravstvu je bila Nacionalna strategija za kakovost in varnost v zdravstvu, ki je izšla 2010.

Iz vseh imenovanih dokumentov lahko povzamemo, da je pri vodenju kakovosti v zdravstvu najpomembnejše dobro definiranje in organiziranost procesa zdravstvene obravnave pacientov, izboljševanje delovnega okolja in učinkovitega ter uspešnega vodenja. Pomemben gradnik pri uvajanju kakovosti in varnosti v sistemu zdravstvene oskrbe je stalno

izboljševanje znanja izvajalcev zdravstvene dejavnosti s področja kakovosti in varnosti. Vsi ti elementi prispevajo k dvigu uspešnosti in učinkovitosti zdravljenja, dostopnosti do zdravljenja in boljših delovnih pogojev, najpomembnejši vpliv pa je večja varnost pacientov.

Kakovost in varnost morata biti rezultat skrbnega načrtovanja, izvajanja postopkov in stalnega nadzora, zato je kakovost in varnost treba vključiti v enovit sistem vodenja zdravstvene ustanove (Košnik & Blažun, 2012).

2 Kakovost zdravstvene oskrbe

Sistem vodenja kakovosti v zdravstveni ustanovi preživi samo tako, da je vzpostavljen na učinkovit in uspešen način. Sistem, ki ne živi v praksi, lahko postane neučinkovit in ob tem predstavlja breme tako zaposlenim kot tudi delovanju ustanove. Standardi kakovosti lahko predstavljajo izhodišča za učinkovito vodenje organizacije, lahko pa so tudi izhodišče za še večjo zapletenost pri izvajanju različnih aktivnosti in še večjo zmedo pri vodenju na različnih ravneh. Če res želimo imeti visokokakovostno in varno zdravstveno obravnavo, moramo zgraditi zmožnosti za sodelovanje pri izboljšavah v celotni zdravstveni organizaciji. Graditev zmožnosti za izboljšave pomeni, da zgradimo okolje, kjer lahko osebe v prvi vrsti ugotavlja pomanjkljivosti in sodeluje pri izboljšavah, ki so potrebne.

2.1 DEFINICIJE KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU

Kakovost v zdravstvu razumemo kot lastnost zdravstvene oskrbe, s katero presojamo, ali je določena oskrba dosegla cilj ali ne. V izrazu kakovost zdravstvene oskrbe moramo razumeti pogoje, v katerih se nudi oskrba, način nudenja storitev, sporazumevanja s pacientom, izvajanje diagnostično-terapevtskih posegov, zdravljenja, zdravstvene nege, zdravstveno vzgojnega dela, poučevanje pacienta o postopkih in zdravem načinu življenja, ki vsebuje zmožnost, da preko njih v postopku oskrbe dosežemo zastavljeni cilj (Kersnik, 2010).

Kakovost v zdravstvu je dosledno zagotavljanje izidov zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami. Izhajajoč iz definicij kakovosti lahko trdimo, da je kakovost način dela in da je to odnos do lastnega dela ter neprestano uvajanje sprememb in izboljšav.

Kakovost zdravstvene obravnave je nenehno prizadevanje vsakega zdravstvenega strokovnjaka, pacienta in njihovih svojcev, raziskovalcev, plačnikov, načrtovalcev in izobraževalcev, da naredijo spremembe, ki bodo privedle do boljših zdravstvenih izidov za paciente, večje uspešnosti delovanja sistema in boljšega razvoja strokovnjakov (Batalden & Davidoff, 2007).

Kakovost v zdravstvu se je začela pojavljati že pred več desetletji. Grönroos (1984) pravi, da imamo v kakovosti dve komponenti: prva je funkcionalna, kjer pacient sprejema zdravstveno oskrbo kot »servis« in druga, ki jo opredeljuje kot tehnično kakovost zagotavljanja zdravstvene oskrbe.

Kakovost zdravstvene oskrbe lahko opredelimo kot soglasje med dejansko izvajano zdravstveno oskrbo in predhodno postavljenimi kriteriji (Donabedian, 1980).

Ameriški Institute of Medicine of the National Academies od leta 1990 uporablja naslednjo opredelitev kakovosti zdravstvene oskrbe: Kakovost je stopnja, do katere zdravstvene storitve, namenjene posamezniku in prebivalstvu, povečujejo želene zdravstvene izide v skladu s trenutnimi strokovnimi znanji. Kakovost v vsakodnevnem življenju presojava s pomočjo individualnih kazalnikov kakovosti, ki jih oblikujemo na osnovi lastnih vrednot in norm, vrednot in norm okolja, v katerem živimo, na osnovi svojih potreb in motivov, znanj in stališč, preteklih izkušenj in podobno.

Definicijo kakovosti, temelječo na šestih načelih kakovosti v zdravstvu, so 2001 predlagali ameriški strokovnjaki zdravniškega združenja po zgledu NHS Scotland (Štandeker, 2012). Svetovna zdravstvena organizacija je 2006 izdala strateški dokument, v katerem je kakovost zdravstvenega sistema ponovno opredelila z upoštevanjem šestih načel oziroma dimenzij kakovosti. Po omenjeni definiciji mora kakovostna zdravstvena oskrba zagotavljati učinkovito, uspešno, dostopno, sprejemljivo, pravično in varno zdravstveno obravnavo.

2.2 NAČELA KAKOVOSTI

Ministrstvo za zdravje je definicijo Svetovne zdravstvene organizacije, ki temelji na šestih načelih kakovosti v zdravstvu, sprejelo in objavilo v Nacionalnih usmeritvah za razvoj kakovosti (2006). V tem dokumentu je kakovost v zdravstvu opredeljena na način doslednega ustvarjanja izidov zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami in temelji na upoštevanju šestih načel kakovosti. Povezovanje vseh šestih načel kakovosti je prikazano v sliki 1.

Načela kakovosti in varnosti:

- **USPEŠNOST** – pomembno izhodišče je, na kakšen način izvajamo vse aktivnosti pri pacientu in ali s tem izboljšamo njegovo zdravstveno stanje. Uspešnost dokazujemo z meritvami rezultatov in njihovo objavo ter zadovoljstvom pacientov. Uspešnost je razmerje med rezultati dela ter smotri in cilji organizacije. Z izvajanjem zdravstvenih programov je treba čim boljše reševati zdravstvene probleme in doseči čim boljše zdravstvene izide glede na vložene vire in ustvarjeni obseg zdravstvenih storitev.
- **VARNOST** – je preprečevanje varnostnih zapletov v procesu zdravstvene obravnave pacienta. Varno obravnavo zagotavljamo z zmanjševanjem varnostnih
- zapletov pri pacientih v času zdravstvene obravnave in ugotavljanjem tveganj ter izvajanjem potrebnih ukrepov za preprečevanje in popravilo varnostnih zapletov. Pomembno je uvajanje kulture varnosti in vzpostavitev sporočanja ter analiza varnostnih napak in drugih zapletov, ki mora biti osredotočena na sistem ter na osnovi podatkov spreminjanje in izboljševanje procesov dela. Pomemben element pri zagotavljanju varnosti pacientov in kulture varnosti je vzpostavitev kulture, ki ne obtožuje.
- **PRAVOČASNOST** – zagotoviti primeren čas zdravstvene obravnave pacienta glede na njegove potrebe.

- **UČINKOVITOST** – izbira optimalnega razmerja med izidi zdravljenja in uporabljenimi viri. Stalno tehtamo, ali lahko storitev izvedemo ceneje z enakim izidom? Običajno je rezultat prizadevanj vrhnjega menedžmenta in zaposlenih v zdravstveni organizaciji za čim manjšo porabo virov pri izvajanju danega programa zdravstvenih storitev.
- **ENAKOST** – zagotavlja nediskriminatorno in enako obravnavo pacienta. Ali prihaja do razlik na podlagi spola, starosti, socialnega statusa ...?
- **OSREDOTOČANJE NA PACIENTA** – zagotavlja spoštovanje pacientovih vrednot in njegovih pravic, potreb, želja po izbiri, obveščeniosti, primerno okolje, prisotnost tretjih oseb. Vprašamo se, ali zdravimo paciente tako, kot bi zdravili lastne starše ali otroke (Robida, 2006 a).



Slika 1: Povezovanje šestih načel kakovosti v zdravstvu

Osem načel, ki jih upoštevamo pri osredotočenju na pacienta in njegove svojce:

- dostojanstvo in spoštovanje,
- partnerstvo s pacientom z upoštevanjem njegovih vrednot in izbire,
- čustvena podpora,
- fizično udobje,
- dvosmerna odprtost informacij med zdravstvenim osebjem in pacientom ter izobraževanje pacienta,
- neprekinjena in koordinirana zdravstvena obravnava,
- sodelovanje pacienta in svojcev pri zdravstveni obravnavi,
- dostopnost zdravstvene obravnave (Robida et al., 2015).

Ministrstvo za zdravje je 2010 objavilo petletno Nacionalno strategijo kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015). To je bil najpomembnejši dokument za zagotavljanje kakovosti in varnosti v zdravstvu v Sloveniji. Najpomembnejši cilji so bili usmerjeni v učinkovitost razvijanja sistematičnosti in strokovnosti aktivnosti nenehnega izboljševanja zdravstvene obravnave ter varnosti pacientov ob upoštevanju šestih načel kakovosti v zdravstvu, načel vodenja kakovosti po uveljavljenih standardih in certifikatih kakovosti (Kiauta, et al., 2010).

V dokumentu so bili opredeljeni najpomembnejši strateški cilji:

- Razvoj sistematičnega vodenja kakovosti in varnosti, namen katerega je s procesnim pristopom vzpostaviti, razvijati in vzdrževati celovito vodenje kakovosti na vseh ravneh v sistemu zdravstvenega varstva.
- Razvoj kulture varnosti in kakovosti.
- Vzpostavitev sistema izobraževanja in usposabljanja s področja kakovosti ter varnosti.
- Razvoj sistemov za izboljšanje uspešnosti in učinkovitosti zdravstvene oskrbe – skrajšanje čakalnih dob in vpeljava kliničnih poti (Nacionalna strategija, 2010).

V Nacionalni strategiji o kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015) je bila opredeljena tudi akreditacija zdravstvenih ustanov kot eno izmed orodij, s katero se lahko doseže višja raven kakovosti zdravstvene obravnave. Prav tako je bila opredeljena nujnost vodenja kazalnikov, s pomočjo katerih lahko prepoznamo področja, kjer so prednostno potrebne izboljšave in učinki sprejetih ukrepov za izboljšave (Simčič, et al., 2011).

Vzpostavitev sistema vodenja kakovosti in varnosti mora biti osredotočena k pacientu, omogočati mora podporo strokovnemu razvoju zaposlenih in spodbujati učinkovito komunikacijo med posameznimi člani zdravstvenega tima ter širše. Pomemben element pri vzpostavitvi kakovosti je tudi stalno vključevanje, motiviranje in angažiranje vseh zaposlenih k uvajanju in izboljševanju kakovosti in varnosti pri zdravstveni oskrbi pacientov ter učinkovita raba vseh razpoložljivih virov, ki so na voljo v posamezni ustanovi za doseganje vizije in poslanstva (Robida, 2009).

Strateški cilji izvajalcev zdravstvene dejavnosti morajo biti usmerjeni k zagotavljanju kakovostne in varne zdravstvene obravnave in morajo temeljiti na sistematično urejenih in usklajenih procesih, z ustreznimi standardi, protokoli, navodili in kazalniki kakovosti, ki morajo biti usklajeni z usmeritvami znotraj ustanove, resornega ministrstva oziroma ustanovitelja in vzpostavitvi sistemov vodenja kakovosti po merilih mednarodno priznanih sistemov kakovosti in varnosti v zdravstveni dejavnosti. Kakovost in varnost lahko razumemo kot aktivnosti, ki jih zdravstvena ustanova izvaja za zmanjševanje odklonov med trenutnimi izidi izvajanja zdravstvene oskrbe in standarde ter najboljšimi praksami. Pri tem potrebujemo različna orodja, ki nas privedejo do izboljšanje prakse. Največji oviri pri nenehnem izboljševanju kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe sta profesionalna in organizacijska kultura ter osredotočenje samo na dnevno delo, kar pomeni, da je organizacija brez strategije in ciljev na področju kakovosti in varnosti. Pri profesionalni kulturi gre največkrat za nepravilno razumljeno avtonomijo posameznikov in poklicnih skupin (Robida, 2009).

2.3 ZAKONSKE PODLAGE KAKOVOSTI V ZDRAVSTVENEM SISTEMU

Pravica pacientov do enakopravne, kakovostne in varne obravnave izhaja iz Ustave Republike Slovenije, ki določa, da so v državi vsakomur zagotovljene enake človekove pravice in svoboščine (Ustava RS, 14. člen), ter iz Zakona o pacientovih pravicah (ZPacP, 7. člen). ZPacP opredeljuje varno zdravstveno oskrbo, ki preprečuje škodo za pacienta v zvezi z zdravljenjem ter z okoliščinami fizične varnosti bivanja pri izvajalcu zdravstvenih storitev (ZPacP, 11. člen, 4. odstavek). Najpomembnejše izhodišče tega zakona je pomen preprečevanja napak in škode, ki lahko nastanejo v okviru zdravstvene obravnave pacientov z vgrajenim sistemom varovalnih mehanizmov, ki so opredeljeni na podlagi predvidenih tveganj posameznih procesov, v določenih okoljih in situacijah dela (Balažič, et al., 2009). V ZPacP je tudi navedeno, da je kakovostna zdravstvena oskrba tista, ki dosledno dosega izide zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami, ob upoštevanju temeljnih načel kakovosti (ZPacP, 2017, 11. člen, 3. odstavek).

Balažič s sodelavci (2009) pojasnjuje standarde ali najboljšo prakso kot izide zdravljenja, ki temeljijo na znanstvenih dokazih zdravstvene ali druge stroke, lahko pa so tudi rezultat soglasja strokovnjakov. Pri vzpostavitvi kakovosti pri zdravstveni oskrbi pacientov je pomemben tudi Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-K), ki zaposlenim v zdravstveni negi nalaga dolžnost opravljanja zdravstvene dejavnosti v skladu s strokovnimi in etičnimi kodeksi, obravnavanja vseh ljudi pod enakimi pogoji na enak način in spoštovanja njihove ustavne in zakonske pravice. Edino merilo prednosti je nujnost zdravstvenega posega (ZZDej-K, 45. člen).

Državni zbor je leta 2016 sprejel Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«. Dokument je pomemben gradnik in izhodišče za strateško načrtovanje razvoja zdravstvenega varstva, kar vsekakor pomeni upoštevanje ustavne in zakonske obveze Republike Slovenije, da bo vsem prebivalcem Republike Slovenije zagotovljen dostop do primerne, kakovostnega in varnega javnega zdravstvenega varstva po načelih univerzalnosti, solidarnosti, enakosti in pravičnosti financiranja (Ministrstvo za zdravje, 2016b).

Treba je tudi poudariti, da je konec leta 2016 Ministrstvo za zdravje podalo v javno razpravo okvirna izhodišča za Zakon o kakovosti in varnosti v zdravstvu, vendar postopek priprave in sprejema še vedno ni končan. Vsebina predloga zakona opredeljuje povečanje uspešnosti zdravstvene dejavnosti kot sistema kakovosti zdravstvenega varstva, izboljšanje organizacijske kulture, prenos dobrih praks, vzpostavitev sistema za zmanjševanje nesprejemljive ravni odklonov izidov zdravljenja ter neenakega dostopa do zdravstvenih storitev, uvajanje pravične kulture, kjer je jasno opredeljena odgovornost posameznika in vodstev izvajalcev zdravstvenega varstva, usmerjenost v kontinuirano in integrirano zdravstveno obravnavo pacienta, krepitev interdisciplinarne oskrbe pacienta, nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti na podlagi meritev za optimizacijo sistemov in procesov, obveščanje splošne in strokovne javnosti o ravni kakovosti zdravstvene oskrbe ter uvedba strategij in neobtožujočih sistemov za kulturo varnosti pacientov (Ministrstvo za zdravje, 2016a).

3 Nenehno izboljševanje kakovosti

Koncept obvladovanja kakovosti zahteva nov pristop in spremembo naravnosti ter miselnosti vsakega posameznika v organizaciji. Obvladovanje kakovosti pomeni razvijati, načrtovati, proizvajati in servisirati kakovostno zdravstveno storitev, ki se izvaja v okviru možnih virov in je usmerjena k pacientu in njegovemu zadovoljstvu.

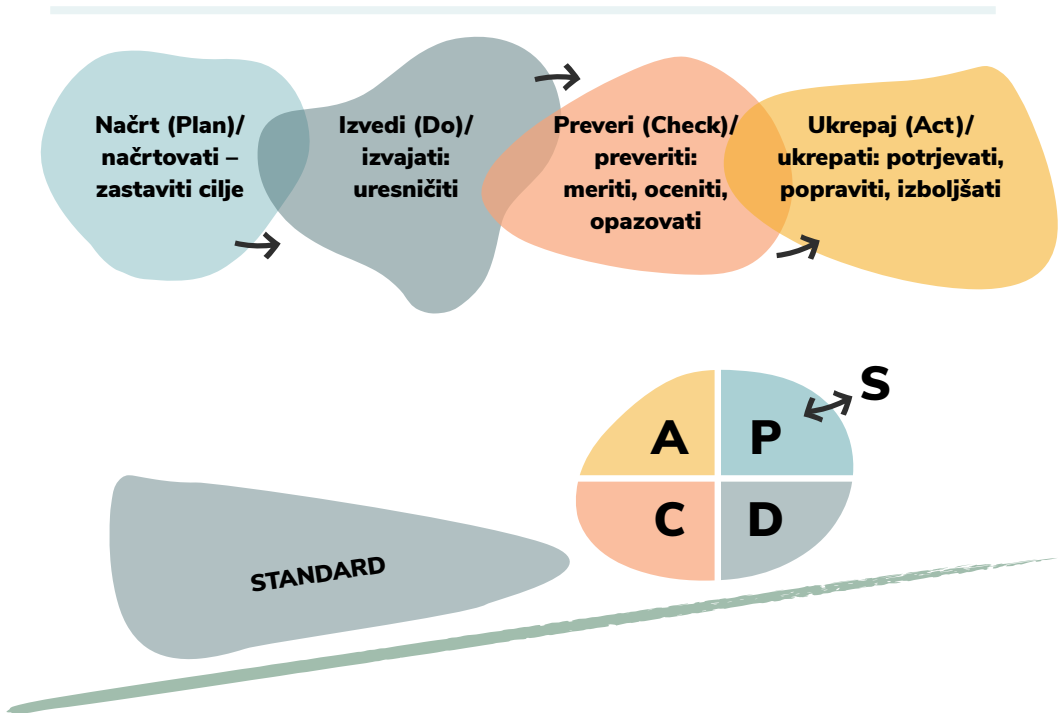
Nenehno izboljševanje kakovosti je proces, ki se nikoli ne zaključi. Cilje nenehnega izboljševanja vseh strokovnih in poslovnih procesov v zdravstvenih ustanovah bomo dosegli le, če bodo aktivnosti usmerjene v izboljševanje procesa načrtovanja in izvajanja zdravstvene oskrbe.

Demingovo načelo poudarja, da je najpomembnejše za izboljševanje kakovosti nenehno izboljševanje vseh procesov, vključno z izobraževanjem zaposlenih. Bistvo načela je, da je malo verjetno, da bi pri ljudeh prišlo do spremembe miselnosti naenkrat, v zelo kratkem času, zato je bil prepričan, da je treba spremeniti pristop, s skrbno načrtovanimi in premišljenimi koraki (Piskar & Dolinšek, 2006).

Zato je oblikoval nepretrgan krog stalnih izboljšav, ki ga danes imenujemo Demingov krog (Slika 2), ki je sestavljen iz štirih nenehno ponavljajočih se dejavnosti, ki so podlaga standardom kakovosti. Demingov krog je najpogosteje uporabljen model in je učinkovito orodje za doseganje izboljšanja kakovosti, ki vsebuje načrtovanje, realizacijo, pregled in izboljšave procesov ter ukrepov, ki jih posamezni izvajalec zdravstvene dejavnosti uporablja za doseganje zastavljenih ciljev. Demingov krog, ki kroži v smeri urnega kazalca, izhaja iz trditve, da se vsak potek, pa naj gre za izdelek ali storitev, šteje za proces, ki ga je mogoče po korakih stalno izboljševati.

Krog nenehnih izboljšav vsebuje naslednje korake:

- načrtuj (plan): vključuje prepoznavo tveganj, vključno s prepoznavanjem nevarnosti in zastavljanjem ciljev;
- izvedi: pomeni učinkovito realizacijo, ki vključuje tudi usposabljanje in realizacijo drugih potrebnih aktivnosti in nalog;
- preveri: preverjanje vključuje nadzor in opredelitev vseh korekcijskih in korektivnih ukrepov;
- ukrepaj: revizija, vključno s procesom inovacij in sprememb v sistemu vodenja (DNV standard za bolnišnice, 2011, str. 8).



Slika 2: Demingov krog

Krog PDCA ni samo orodje, je zasnova stalnega izboljševanja postopkov, ki je vgrajena v kulturo organizacije. Proces nenehnega izboljševanja kakovosti je vedno treba začeti z načrtovanjem lastne dejavnosti z opredelitvijo zelenih ciljev, ki bodo realni, merljivi in bodo lahko jasno prikazani opisno ali številčno. Če želimo, da bo v zdravstvenem sistemu ali posamezni zdravstveni ustanovi prišlo do izboljševanja kakovosti zdravstvene prakse, je treba vključiti vse zaposlene. Prav tako je treba zagotoviti potrebne materialne in finančne vire ter primerno podporno okolje. Za doseganje opisanega načina uvajanja izboljšav v zdravstvu je treba načrtovati in izvesti usposabljanje vseh zaposlenih, ki morajo biti ustrezno izobraženi, kompetentni in usposobljeni z ustreznimi veščinami. Pomembno je, da po vzpostavitvi sistemov, le-te stalno preverjamo in spremljamo rezultate izboljšav in na ta način odkrivamo izjeme, ki odstopajo od ciljev ter pri tem skrbimo, da procesi ne postanejo zgolj rutina. Z dobljenimi rezultati je treba seznanjati zaposlene. Posledično na osnovi dobljenih rezultatov sledi ustrezno ukrepanje. V primeru, da so dobljeni rezultati dobri oziroma da dosegamo zastavljene cilje, je treba predpise standardizirati in spremembe vpeljati v neposredno delo in ponovno določiti nove cilje za nov krog izboljševanja. V primeru, da nismo dosegli zastavljenih ciljev oziroma da rezultati niso dobri, moramo preveriti cilje, načrte, program usposabljanja zaposlenih ter ponoviti vse korake za izboljševanje in se vrniti v prvo fazo (Kreže, 2008). Za izboljšanje kakovosti v zdravstvu potrebujemo predvsem zavzete in motivirane zaposlene, ki bodo s podporo vodstva prepričani, da lahko izboljšajo klinično prakso, da so pripravljeni na spremembe in opustitev starih navad in praks (Tabela 1).

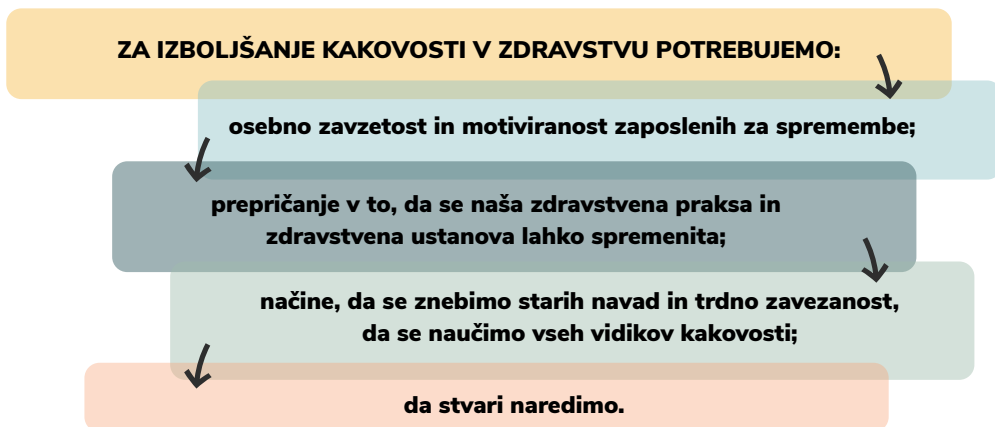


Tabela 1: Potek izboljšanja kakovosti v zdravstvu

3.1 VODENJE KAKOVOSTI ZDRAVSTVENE OSKRBE

Zagotavljanje kakovosti in varnosti v zdravstvu mora biti prednostna naloga vseh deležnikov v okviru zdravstvenega varstva. Prav tako mora biti strateška odločitev vodstev posameznih izvajalcev zdravstvene dejavnosti (bolnišnice, zdravstveni domovi, socialno-varstvene ustanove ...). Celovita kakovost zdravstvene oskrbe mora temeljiti na podlagi celovite kakovosti sistema zdravstvenega varstva, zadovoljstvu pacientov z zdravstveno obravnavo in izidov zdravljenja. Temeljiti mora tudi na učinkovitosti in kakovosti celotnega poslovanja (Robida, et al., 2020).

Celovito upravljanje in nenehno izboljševanje kakovosti pomeni holističen pristop h kakovosti v zdravstveni organizaciji, tako da vsak del zdravstvene organizacije deluje po načelih kakovosti in varnosti. Pomembno je, da pristopamo strateško, izhajajoč iz treh načel: izboljševanje izidov za paciente, stalen razvoj zdravstvenih delavcev in boljša uspešnost sistema, pri tem sledimo šestim ciljem kakovosti, kot so varnost, uspešnost, učinkovitost, osredotočenje na pacienta, pravočasnost in enakost.

V okviru celovite kakovosti in varnosti deluje tudi zdravstvena nega, ki je pomemben podsistem celotnega zdravstvenega varstva in pomembno vpliva na kakovost in varnost zdravstvene oskrbe pacientov. Izvajalci zdravstvene nege imajo tudi zelo velik vpliv na zadovoljstvo pacientov.

Pomembno vodilo pri izvajanju kakovostne in varne zdravstvene obravnave pacientov je osredotočenost na pacienta, ki jo zagotavljamo s spoštovanjem pacientove integritete, njegove posebnosti, celovitosti in njegovih vrednot. V celotno oskrbo pacienta vključujemo tudi pacientovo družino in zagotavljamo doslednost v poteku celovite oskrbe (Institut for Healthcare Improvement, 2009).

V ospredju kakovostne zdravstvene oskrbe mora biti zagotavljanje varnosti pacientov, profesionalno in strokovno izvajanje vseh aktivnosti in intervencij, dobra komunikacija in obvladovanje bolečine. Pri zagotavljanju in nenehnem izboljševanju kakovosti je treba

izvajalcem zdravstvene oskrbe pacientov zagotoviti potrebna znanja s področja kakovosti, varnosti in strokovno znanje. Zelo pomembno, da dosežemo takšno raven kakovosti pri zdravstveni obravnavi, ki je izvedena v skladu s pričakovanji pacientov.

Pomen kakovostne in varne zdravstvene oskrbe pacientov je nesporen, Donabedian (1998) meni, da je kakovostna zdravstvena oskrba pravica pacientov in odgovornost vseh zaposlenih v zdravstvu. Meni, da je kakovost v zdravstvu skladnost med cilji in dejansko opravljeno zdravstveno oskrbo. Njegov model kakovosti se osredotoča na izvajanje zdravstvene oskrbe, pri tem pa morajo biti zagotovljeni trije pogoji: struktura dela, procesi in rezultati. Struktura se osredotoča na značilnosti objekta, ki mora biti taka, da je primerna za zagotavljanje varnosti pacientov (Hajdinjak & Meglič, 2001).

Sistem vodenja kakovosti lahko v zdravstveni ustanovi preživi samo tako, da je vzpostavljen na način, da je učinkovit in uspešen. Sistem, ki živi samo na papirju, lahko postane neučinkovit in ob tem predstavlja breme tako zaposlenim kot tudi delovanju ustanove. Standardi kakovosti lahko predstavljajo izhodišča za učinkovito vodenje organizacije, lahko pa so tudi izhodišče za še večjo zapletenost pri izvajanju različnih aktivnosti in še večjo zmedo pri vodenju na različnih ravneh. Če res želimo imeti visokokakovostno in varno zdravstveno obravnavo, moramo zgraditi možnosti za sodelovanje pri izboljšavah v celotni zdravstveni organizaciji (Kramar, 2016).

Temeljni cilj delovanja vseh izvajalcev zdravstvene oskrbe je, da svojim uporabnikom/pacientom ponudijo in zagotovijo kakovostno in varno zdravstveno oskrbo, ki temelji na urejenih procesih in aktivnostih, z ustreznimi standardi in dobro opredeljenimi kazalniki kakovosti v skladu z lastnimi usmeritvami ter priporočili ustanovitelja ter vzpostavitev sistemov vodenja kakovosti po merilih mednarodno priznanih sistemov za priznanje kakovosti (akreditacija).

Orodje za nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti pacientov je tudi proces akreditiranja zdravstvene ustanove. Akreditacija je postopek, kjer zunanja akreditacijska agencija pregleda delovanje celotnega zdravstvenega zavoda. Pri tem se ne ocenjuje samo skladnost s standardi, ampak je tudi analitični in svetovalni proces nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti. Predmet presoje ni posameznik, ampak zdravstvena ustanova. S pomočjo akreditacijskih postopkov zdravstveni zavod bolje spozna kompleksnost svojega delovanja in procese. Na osnovi pridobljenih informacij načrtuje postopke za nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti.

Tudi vzpostavitev sistema kakovosti po standardih iz družine ISO 9001 predstavlja za vsako zdravstveno ustanovo pomemben in dolgoročen projekt ter pomeni nenehne spremembe in prilagajanja, kar vpliva na nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti.

3.2 VODENJE SISTEMA KAKOVOSTI V ZDRAVSTVENI USTANOVİ

Nova spoznanja o pomenu človeškega faktorja za uspešnost organizacije so spremenila tudi pojmovanje kakovosti. Da bi dosegli kakovost, ki jo pričakuje uporabnik/pacient v zdravstvu, ni dovolj, da se teži k stalnemu nadzoru izvedenih storitev, ampak se mora kakovost vgraditi v proces razvoja in izvajanja kot preventivne aktivnosti, ki zadevajo vse zaposlene in so zanjo tudi vsi odgovorni, vsak glede na svoj položaj v strukturi organizacije. Višji je njegov položaj, večja je njegova odgovornost (Tomšič, et al., 2015).

Kakovost v zdravstvu ne sme biti naključna, pri tem je pomembno prizadevanje in sodelovanje vseh zaposlenih v zdravstveni ustanovi. Pomemben vidik kakovosti je stalno zagotavljanje in izboljševanje kakovosti in ne več sama kontrola kakovosti. Pri zagotavljanju in izboljševanju kakovosti najpomembnejšo vlogo odigra vodstvo zavoda. Vsekakor je treba poudariti, da vsak zaposleni opravi svoje delo kakovostno, ne glede na svojo starost ali delovno dobo v zavodu. Zaposleni se morajo čutiti in se zavedati, da so najvplivnejši člen pri vsakodnevem prizadevanju za izboljšanje svojega dela in da lahko z medsebojnim spodbujanjem dosežejo še višjo raven kakovostne obravnave pacientov. Prav v tem delu je izredno pomemben pristop vodstva do zaposlenih, saj so oni tisti, ki zaposlene vodijo, jih motivirajo, usmerjajo in tudi nagrajujejo (Tomšič, et al., 2015).

Kakovost v zdravstvu mora biti rezultat skrbnega načrtovanja, skladne izvedbe, stalnega nadzora in izvajanja ukrepov, s katerimi odpravljamo napake ali celo preprečujemo njihov nastanek.

Za izvajanje poslovne politike in ciljev organizacije zavoda je vzpostavitev sistema kakovosti, ki zajema tudi odgovornosti in pooblastila, kompetence zaposlenih in druge pomembne segmente za učinkovito in uspešno poslovanje ter večanje zadovoljstva pacientov in zaposlenih ter ugleda organizacije (Tomšič, et al., 2015).

3.3 STRUKTURA VODENJA SISTEMA KAKOVOSTI V ZDRAVSTVENI USTANOV

Odbor za kakovost sestavljajo direktor, strokovni direktor, pomočnica direktorja za zdravstveno nego in vodja kakovosti. Njihova naloga je pospeševanje aktivnosti za kakovost, ustvarjanje kulture kakovosti in zagotavljanje virov. Za organiziranje in delovanje skladno z načeli kakovosti in varnosti je odgovoren direktor. Vodja kakovosti je odgovoren direktorju.

Komisija za kakovost je izvršno telo na ravni zavoda, v kateri sodelujejo predstojniki oddelkov in koordinatorji za kakovost na oddelkih/dejavnostih, ki so izvršno telo na oddelkih/dejavnostih. Na oddelku/dejavnosti je za kakovost in varnost pacientov odgovoren predstojnik. Vodi jo vodja kakovosti. V komisiji za kakovost sodelujejo še vodje različnih komisij (komisija za obvladovanje z zdravstvom povezanih okužb, komisija za zdravila, transfuzijski odbor in druge imenovane komisije).

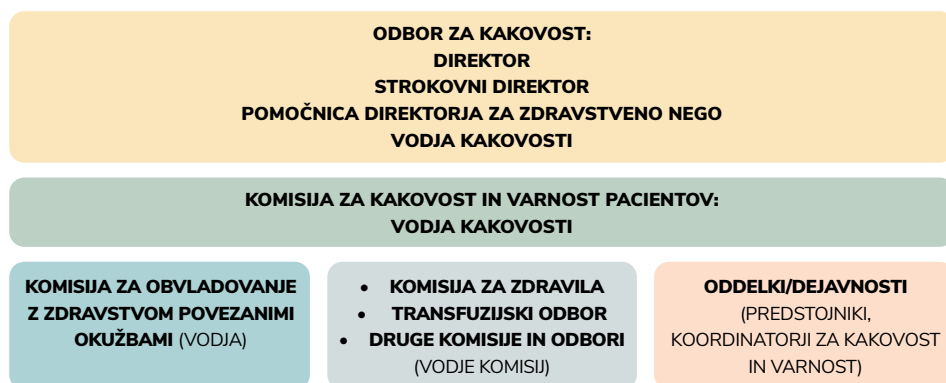
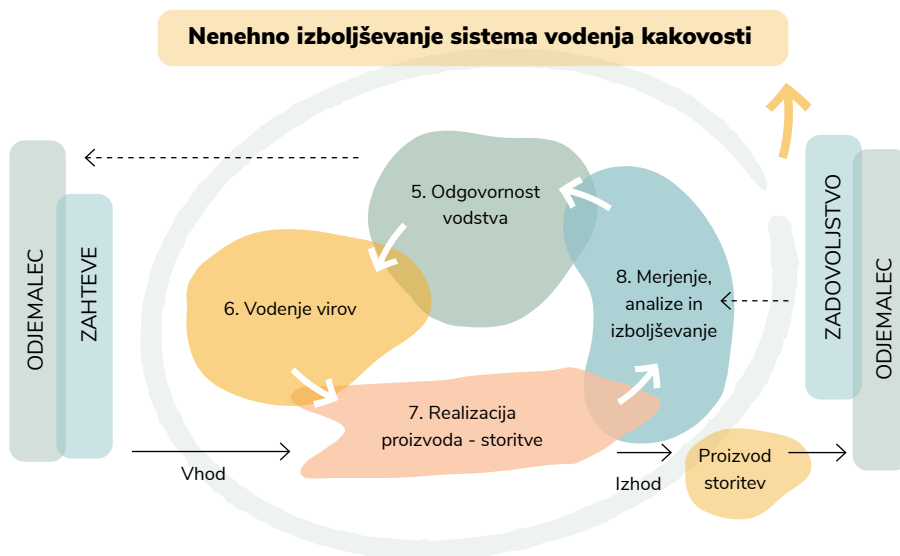


Tabela 2: Struktura vodenje sistema kakovosti v zdravstveni ustanovi

Slika 3 prikazuje model sistema vodenja kakovosti, ki je osnovan na procesih. Model ponazarja posamezne procesne povezave posamezne ustanove. V nadaljevanju slika prikazuje, da imajo odjemalci, v našem primeru pacienti, pomembno vlogo pri določanju vhodnih zahtev. Spremljanje zadovoljstva odjemalca/pacienta zahteva ocenjevanje njegovega znanja, ali je organizacija izpolnila njegove zahteve.



Slika 3: Model sistema vodenja kakovosti, osnovan na podlagi procesov (Vir: SIST EN ISO 9001)

4 Procesni pristop

Sistemske pristop predstavlja prepoznavo in opredelitev lastnih procesov, kjer so znane zahteve pacientov, zaposlenih in drugih subjektov, ki se vključujejo v zdravstveni sistem. Pri opredelitvi in popisu procesov lahko uvedemo spremembe, ki bodo izboljšale kakovosti in varnost pacientov in zaposlenih. Procesni pristop jasno definira proces in zagotavlja kakovostno in varno zdravstveno obravnavo pacientov, bolj učinkovito delo ter jasno definirane naloge zaposlenih. Končni rezultat se odraža v večji stopnji zadovoljstva pacientov s celotno obravnavo. Uporaba procesnega pristopa pri razvoju, uporabi in izboljševanju obvladovanja kakovosti vpliva na samo organiziranost in urejenost celotnega delovanja organizacije in vpeljuje ocenjevanje tveganj v vse procese in njihovo spremljanje ter ukrepanje v procesu merjenja, analiziranja in izboljševanja.

Zdravstvene organizacije se morajo procesno organizirati, tako da jasno in nedvoumno opredelijo svoje procese, določijo njihove skrbnike, analizirajo procese, da bi z ustreznimi ukrepi zagotovile njihovo stalno izboljševanje in na ta način tudi pričakovano kakovost poslovanja in delovanja nasplo.

Najpogostejši procesi predstavljajo vodenje medsebojno povezanih procesov s ciljem povečanja učinkovitosti in uspešnosti organizacije in doseganja ciljev kakovosti oziroma poslovnih ciljev in vsebujejo vse ključne oziroma sistemske procese (skupine procesov), ki so medsebojno povezani:

- procesi vodstva,
- glavni procesi,
- podporni procesi,
- zunanji procesi.

Standardi ISO (International Standardisation Organization) so zasnovani na osmih načelih vodenja kakovosti, in sicer:

- 1. Osredotočenost na odjemalce, v primeru zdravstva na paciente** – organizacija je odvisna od svojih odjemalcev, zato mora razumeti njihove sedanje in prihodnje potrebe, izpolnjevati njihove zahteve in si prizadevati, da zadovolji njihova pričakovanja.
- 2. Vodenje z jasno opredeljenimi cilji in strategijo** – vodstvo organizacije je tisto, ki odločilno vpliva na ustvarjanje in ohranjanje notranjih odnosov, v katerih se zaposleni čutijo polno vključeni v aktivnosti za doseganje ciljev organizacije.
- 3. Sodelovanje zaposlenih** – uspehi zaposlenih dokazujejo, da se njihove sposobnosti lahko kar najbolje uporabijo tudi v korist organizacije.
- 4. Procesni pristop** – da bi organizacija delovala učinkovito, mora identificirati in voditi številne povezane aktivnosti. Aktivnosti, ki uporabljajo vire in ki se vodijo z namenom, da omogočijo spremembo vhodov v izhode, se lahko obravnavajo kot procesi.
- 5. Sistemsko urejeno vodenje** – prepoznavanje, razumevanje in vodenje medsebojno povezanih procesov kot sistem omogoča večjo učinkovitost in uspešnost organizacije pri doseganju zastavljenih ciljev.
- 6. Stalno izboljševanje procesov** – mora biti stalen cilj organizacije oziroma njihovih predstavnikov (skrbnikov/lastnikov procesov).
- 7. Odločanje na podlagi zbiranja in analiziranja podatkov (dejstev)** – vzpostaviti je treba učinkovit, celovit in računalniško podprt informacijski sistem, ki omogoča učinkovito beleženje poslovnih in ostalih dogodkov v organizaciji in odločanje na osnovi obdelanih podatkov (informacij) in ustreznih analiz.
- 8. Sodelovanje z dobavitelji** – vzpostavljanje partnerskih odnosov z dobavitelji, dobavitelji so namreč del poslovnega procesa oziroma sistema vodenja poslovanja, za katere morajo veljati enaka načela kot za organizacijo, npr. dosledno izvajanje zapisanih oz. dogovorjenih zahtev na eni in drugi strani (Tomšič, et al., 2015).

Za razumevanje kakovosti je treba poznati pomembne opredelitve glede na to, ali govorimo o kakovosti proizvoda ali storitve oziroma zdravstvene obravnave, ki ima v zdravstveni oskrbi svoje posebnosti. Zagotavljanje in obvladovanje kakovosti v sodobnem

času pomeni obvladovanje celovite kakovosti na vseh področjih in ravneh organizacije, ki pomeni spremembo v miselnosti in delovanju zaposlenih. Ker sprememb pri ljudeh ni mogoče narediti naenkrat, je ključnega pomena stalno izobraževanje in usposabljanje vseh zaposlenih, skozi katerega si pridobijo, obnovijo in bogatijo znanje, postajajo ustvarjalni, hkrati pa se spreminja tudi njihov odnos do sprememb in kakovosti ter varnosti.

ISO 9001 opredeljuje sistem obvladovanja kakovosti skozi sistem obvladovanja tveganj, kjer se elementi obvladovanja tveganj kažejo v nenehnem izboljševanju, vzpostavitvi preventivnih ukrepov za izognitev potencialnih nevarnosti spremljanju zadovoljstva kupcev/pacientov kot enega izmed pomembnih podlag za poslovno odločanje in odločanje na podlagi dejstev (ISO 9001).

Če hočemo učinkovito voditi kakovost, je treba procese meriti, analizirati, izboljševati in to na ravni izdelkov/storitev, procesov, delovnega okolja in vodenja.

V ustanovi, ki ima jasne cilje kakovosti, poteka spreminjanje na vseh področjih in v vseh procesih. Pri tem gre za akreditacijo ali certifikacijo, kjer se z notranjo in zunanjo presojo potrjuje ritem in potek sprememb.

4.1 STANDARDI VODENJA KAKOVOSTI

Standardi vodenja kakovosti so krovni standardi v vsakem podjetju, organizaciji, industriji, zavodu, državni instituciji, kar pomeni, da morajo imeti dobro pokritost svoje dejavnosti tudi z drugimi standardi, ki se nanašajo na njihovo dejavnost. Strokovnjaki za standardizacijo radi prikazujejo, da je vsaka organizacija, zdravstveni zavod kot nekakšna hiša, ki ima v temelje vgrajene temeljne standarde, surovine, materiale, energetske vode, zidove, konstrukcije, instalacije, opremo, informacijske sisteme itd. Zgoraj je streha iz **standardov vodenja kakovosti**, ki omogočajo vodstvenemu osebju organizacije, institucije vpogled, presojo o dejanskem stanju in delovanju v njih.

4.2 CERTIFICIRANJE

Certificiranje je postopek, s katerim neodvisna institucija poda pisno zagotovilo, da je obravnava, proces ali storitev v skladu s specifičnimi zahtevami in da ustreza standardom kakovosti. Pomeni pridobivanje certifikata za sisteme vodenja po standardu ISO 9001 oziroma drugega standarda ISO in ne zajema standardov klinične kakovosti.

4.3 AKREDITACIJA

Akreditacija izvajalcev zdravstvenih storitev (bolnišnic, zdravstvenih zavodov, hospicov, zdravnikov zasebnikov ipd.) je dejavnost, ki je namenjena standardizaciji izvajalcev zdravstvene dejavnosti, katere cilj je zagotavljati varnost in kakovost zdravstvenih storitev ter njuno nenehno izboljševanje. Namen akreditacije je tudi vzpostavitev odgovornosti akreditiranih izvajalcev zdravstvenih storitev javnosti, regulatorjem in plačnikom. S tem je povezano tudi zmanjševanje stroškov in racionalno trošenje javnega in zasebnega denarja.

Začetki akreditacije izvajalcev zdravstvene dejavnosti segajo v leto 1917, ko je ameriški kirurg Ernst Amory Codman američkemu kolegiju kirurgov (American College of Surgeons), dal pobudo za program standardizacije ameriških bolnišnic. Želeli so zagotoviti varno, kakovostno in celostno oskrbo pacientov. Pobuda je bila sprejeta in s tem se je v razvitem svetu, najprej v ZDA, začela akreditacija zdravstvenih ustanov (Rems, 2013).

V 20. stoletju je v ZDA nastalo nacionalno in nevladno telo za akreditacijo bolnišnic – Skupna komisija za akreditacijo zdravstvenih ustanov (angl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations). Komisija je hitro prerasla nacionalne okvire – iz Skupne komisije za akreditacijo zdravstvenih ustanov je nastala Mednarodna komisija za akreditacijo – t. i. Joint Commission International (v nadaljevanju: JCI). V Evropski uniji (EU) so, zlasti za bolnišnice v velikih državah, nastali nacionalni akreditacijski programi, ki jih izvajajo nacionalna akreditacijska telesa (Ministrstvo za zdravje, 2017b).

Trenutno je v večini evropskih držav akreditacija izvajalcev zdravstvenih storitev zahtevana in urejena z zakonskimi predpisi. Akreditacijske programe in telesa regulirajo oz. nadzirajo ministrstva za zdravje in vladne agencije.

Nekatere države, predvsem večje, so se odločile, da bodo akreditacijo bolnišnic postavile na raven države in jo zahtevajo kot obvezno. S tem želijo na institucionalni ravni dvigniti raven kakovosti. Namen je dober in je težko sprejemljiv za manjše države, ker zahteva dodatne kadrovske in finančne vire za definiranje in vzdrževanje akreditacijskega telesa. V Veliki Britaniji je tako telo NICE, v Franciji La Haute Autorite de Sante (HAS), v Avstraliji je Australian Council on Healthcare Standards (ACHS), na Poljskem Program Akredytacji (NCQA), v Kanadi Accreditation Canada International CCHSA in še mnogo drugih (Rems, 2013).

V Republiki Sloveniji posebnega zakona, ki bi izrecno in posebej urejal akreditacijo izvajalcev zdravstvenih storitev, še nimamo, zato je v Sloveniji izvajanje akreditacije prepuščeno priznanim mednarodnim akreditacijskim agencijam. Samo izbiro o konkretni mednarodni akreditacijski agenciji je Ministrstvo za zdravje prepustilo vodstvu bolnišnic oz. izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Na področju mednarodne akreditacije izvajalcev zdravstvene dejavnosti sta se v razvitem svetu najbolj uveljavila standard DNV-GL (Det Norske Veritas - Germanischer Lloyd) in JCI (Joint Commission International).

Najpomembnejše orodje akreditacije je zunanja in neodvisna presoja izvajalcev zdravstvenih storitev. Ena izmed najpogosteje citiranih definicij akreditacije se glasi: »Akreditacija je formalni postopek, v katerem priznana akreditacijsko telo, po navadi je to nevladna organizacija, ugotavlja in ugotovi, da zdravstvena organizacija zadostuje določenim vnaprej definiranim in objavljenim standardom« (Rooney & van Ostenberg, 1999).

Evropska organizacija za akreditacijo (angl. European Accreditation, 2017), ki je najpomembnejše telo za akreditacijo v EU, akreditacijo opredeljuje kot zunanjo presojo in dokaz usposobljenosti. Gre za oceno neodvisnosti, objektivnosti in usposobljenosti neke entitete za opravljanje dejavnosti, ki so predmet presoje.

Ministrstvo za zdravje akreditacijo opredeljuje kot »formalno zunanjo presojo zdravstvenih zavodov in drugih izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ki niso organizirani kot zdravstveni zavod, s katero se presodi, ali zavod ali drugi izvajalci zdravstvene dejavnosti izpolnjujejo vnaprej pripravljene in objavljene standarde kakovosti« (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2017a). Z Uredbo Evropskega sveta št. 765/2008 in z njo skladnim slovenskim Zakonom o akreditaciji je akreditiranje na splošno opredeljeno kot strokovni postopek,

s katerim nacionalna akreditacijska služba s podeljeno akreditacijsko listino formalno potrdi usposobljenost za izvajanje opredeljenih nalog pri ugotavljanju skladnosti (Zakon o akreditaciji; Uredba (ES) št. 765/2008; Ivanc, 2013).

5 Orodja zagotavljanja kakovosti v zdravstveni dejavnosti

5.1 PRESOJA ZDRAVSTVENE PRAKSE

Presoja je učinkovito orodje, s katerim ugotavljamo skladnost, ali je vsakodnevna praksa skladna s standardi, ki temeljijo na dokazih. Namen presoje zdravstvene prakse je njena izboljšava, ki vodi do boljših izidov zdravljenja. Presoja zdravstvene prakse lahko poteka na ravni posameznika, zdravstvenega tima, oddelka, dejavnosti, bolnišnice ali druge zdravstvene ustanove na primarni, sekundarni in terciarni ravni, lahko poteka regionalno ali nacionalno (Robida et al, 2020).

Značilnosti presoje (Robida, et al, 2020):

- je pregledovanje, ocenjevanje in poročanje ter pregled uporabljenih virov;
- je primerjava trenutne prakse z najboljšo mogočo urejenostjo (standardom, najboljšo prakso);
- priprava in presoja zahtevata čas in skrbno načrtovanje;
- sistematično sledenje procesu;
- zagotoviti sodelovanje in izboljšati multidisciplinarno sodelovanje in komunikacijo;
- če je mogoče vključitev pacienta;
- posledično izboljšanje oskrbe pacientov, ki je osnovana na dokazih.

Značilnost uspešne presoje zdravstvene prakse je:

- da jo vodijo strokovnjaki;
- proces učenja;
- del vsakdanjega dela;
- timsko delo;
- da uporablja dokaze, izsledki se uporabljajo za izboljšave;
- ciklična in sistematična.

Presoja zdravstvene prakse ni:

- vizita, ne glede na pogostost in ne glede na to, kdo jo izvaja;
- štetje operacij, osebja, uvedbe novih metod, poročil ...;
- organizacija dela posamezne dejavnosti, oddelka, enote ...;
- ugotavljanje, ali se uporabljajo klinične smernice, klinične poti, protokoli ..., če to ni povezano z ugotavljanjem, ali se praksa izvaja v skladu s standardi;
- izvajanje strokovnih navodil;
- organiziranje in presoja novih dejavnosti in opuščanje starih;
- prikazovanje podatkov o strokovnem izpopolnjevanju;
- spremljanje kazalnikov izidov in drugih kazalnikov kakovosti;
- presoja kolegov v stroki (Zdravniška zbornica, Zbornica zdravstvene in babiške nege, mortalitetne in morbitetne konference);
- splošne ankete o izkušnjah pacientov (so orodje za izboljšanje kakovosti s strani pacientov).

Prednosti in slabosti presoj:

- pred prihodom presojevalcev se težave in aktivnosti hitreje rešijo;
- sistemski pregled posameznih procesov;
- urejenost dokumentacije;
- ugotovitve, neskladnosti in priporočila po presoji motivirajo izvajalce, da jih izvedejo;
- ugotovitve presojevalcev po akreditacijskih standardih (DIAS, JC, ACCI...) so usmerjene tudi v podporo in razvoj klinične farmacije;
- standard ISO 9001 spodbuja procesni pristop in timsko delo večpoklicnih timov.

Najpogostejše ovire pri presojah zdravstvene dejavnosti:

- nerazumevanje in mnenje zaposlenih, da presoje niso v korist pacientov (ampak za razvrščanje timov, odd., zdravstvenih enot v lestvice);
- da vodstva ne uvedejo izboljšave na podlagi pridobljenih rezultatov;
- stihijsko izpolnjevanje obrazcev;
- lažna odličnost (da nismo tako dobri, kot se nam zdi);
- veliko porabljenega časa in povečan obseg dela;
- pomanjkanje veščin in znanja za presojo;
- občutek nadzora;
- slaba organizacija presoje;
- pomanjkanje strategije in svetovanja za presojo na oddelkih;
- problemi v večpoklicnih timih (Robida, et al., 2020).

5.2 MERILA ZA OCENJEVANJE KAKOVOSTI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA/STORITEV

Za merjenje kakovosti in varnosti imamo različne tehnike:

- samoocenjevanje lastnega dela,
- z načrtnim ciljanim zbiranjem različnih podatkov (statistični podatki),
- z načrtnim ciljanim sporočanjem podatkov (kazalniki kakovosti),
- z usmerjenim pogovorom z različnimi deležniki,
- z vprašalniki (kontinuirano ali obdobjno anketiranje),
- z raziskavo na različnih področjih (pregled dokumentacije, individualni intervjuji, fokusne skupine, refleksije, kombiniranje različnih metod).

Sistem vodenja kakovosti v zdravstvu je spremljanje skladnosti, kar pomeni zagotavljanje kakovosti in varnosti, sledenje procesom in zagotovitev maksimalne zdravstvene oskrbe pacientom. Merila za presojanje kakovosti imajo specifične lastnosti. Usmerjene so v meritve pri presoji, ki so povezane s standardom, ki ga ocenjujemo. Merila, standardi in kazalniki kakovosti so med seboj povezani. Kadar nekaj merimo in izboljšujemo, je pomembno, da to resnično služi izboljšavam procesov in izidov. Vrednotenje mora biti objektivno ne glede na to, ali primerjamo podatke, ki so pridobljeni za posamezni kazalnik s strani različnih deležnikov ali na različne načine. Ni dovolj le zbiranje podatkov, treba je tudi ustrezno ukrepati na podlagi zbranih podatkov (Robida, 2009).

6 Orodja za doseganje celovitega integriranega, na dokazih temelječega pristopa k zdravstveni obravnavi pacienta

Za nenehno izboljševanje zdravstvene obravnave so klinične smernice in klinične poti pomembni elementi. Njihova naloga je usmerjanje zdravstvenega osebja v enotno izvajanje storitev, uspešno diagnostiko, terapijo, zdravstveno nego in rehabilitacijo. Z njihovo uporabo se izboljša komunikacija znotraj tima, člani tima pa usmerjajo k uspešnemu zdravljenju in rehabilitaciji bolnih in poškodovanih (Ministrstvo za zdravje, 2003).

6.1 KLINIČNE SMERNICE

Klinične smernice predstavljajo strokovno besedilo, ki je zasnovano na ugotovitvah znanstvenoraziskovalnega dela, ki na zgoščen način povzema navodila za obravnavo določene zdravstvene težave. Gre za sistematično oblikovana stališča, ki zdravstvenemu osebju, pa tudi bolnikom, pomagajo pri odločitvah glede primerne zdravstvene varstva v specifičnih kliničnih okoliščinah. Osnovane so le na temelječih dokazih v medicini in drugih zdravstvenih strokah (Geršak, et al., 2016).

Svet Evrope jih opisuje kot sredstvo za bolj racionalno odločanje v zdravstveni obravnavi in predvsem kot podporo za izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe. Zdravstvenemu osebju in javnosti pomagajo pri privzemanju, ocenjevanju in optimalni uporabi nenehno naraščajočega obsega novih znanstvenih dokazov in sistematično izoblikovanih mnenj strokovnjakov o kakovostni oskrbi bolnikov (Geršak, et al., 2016).

6.2 KLINIČNA POT

Klinična pot je orodje, ki zdravstvenemu timu omogoča racionalno in na znanstvenih dokazih utemeljeno obravnavo pacienta, spremljanje opravljenega dela ter kazalnikov kakovosti, natančnejše dokumentiranje in lažjo notranjo presojo zdravstvene prakse. Pomaga pri seznanjanju pacienta s predvidenim potekom njegove zdravstvene obravnave in je dober

pripomoček za izračun stroškov obravnave. Evropsko združenje za klinične poti (European Pathway Association) opredeljuje klinično pot kot metodologijo za skupno odločanje in organizacijo zdravstvene obravnave za določeno skupino pacientov v vnaprej opredeljenem časovnem obdobju (Berginc, et al., 2005).

V klinični poti so jasno opredeljeni cilji in elementi zdravstvene obravnave na podlagi dokazov, dobre prakse ter pacientovih pričakovanj. Tako je klinična pot orodje, ki pripomore k boljšemu komuniciranju, koordinaciji različnih vlog in določanju zaporedja aktivnosti večdisciplinarnega zdravstvenega tima, pacientov ter njihovih svojcev. Poleg tega omogoča dokumentiranje, spremljanje in ocenjevanje različnih odklonov ali izidov. Na podlagi kliničnih poti se lahko identificirajo potrebni viri (človeški, finančni, časovni itd.) (Berginc, et al., 2005).

6.3 INTEGRALNA KLINIČNA POT

Integralna klinična pot opredeljuje proces obravnave tako v zdravstveni kot drugih dejavnostih, ki prispevajo h kakovostni, učinkoviti in uspešni obravnavi pacienta. Pacient je tako v središču procesa in postopek obravnave njegove zdravstvene težave ne upošteva tradicionalno ločenih zdravstvenih ravni. Integralna klinična pot opiše proces posameznih elementov obravnave pacienta od pregleda pri osebнем zdravniku, preko sprejema v bolnišnico in akutne obravnave do same rehabilitacije. Posamezni deli klinične poti skupaj tvorijo celoto, ki temelji na potrebi pacienta, temelječi na strokovni presoji zdravstvenega tima (Hajnrh, et al., 2009).

Cilji integralne KP so namreč, da pacienta obravnavajo pravi strokovnjaki, v pravilnem vrstnem redu, na pravem mestu, ob pravem času, s primernimi sredstvi, s pravim izidom obravnave in da vsi postopki upoštevajo potrebe in zadovoljstvo pacienta (Hajnrh, et al., 2009).

Poleg dokumentacije, ki je sestavni del popisa bolezni ali zdravstvenega kartona pacienta, so za pregledno delovanje zdravstvenega zavoda potrebni dokumenti sistema vodenja. To so dokumenti, ki opredeljujejo sistem organizacije in delovanja zdravstvenega zavoda in dokumenti, ki opisujejo posamezne procese in postopke obravnav in oskrbe pacientov.

7 Sistem obvladovanja dokumentov

Upravljanje in vodenje kakovosti in s tem povezanega upravljanja varnosti dokumentov, preglednosti sprememb ter odgovornosti pri izdelavi dokumentov je eden pomembnejših izzivov v organizacijah, ki stremijo k stalnim procesnim izboljšavam, predvsem pri obvladovanju sprememb. Tam, kjer so dokumenti v mapah, lahko na različnih elektronskih medijih in v organizaciji nimajo učinkovitega nadzora nad spremembami v izvajanju, kakor tudi ne nad zgodovino sprememb in odgovornostjo zaposlenih. Med letom pride do

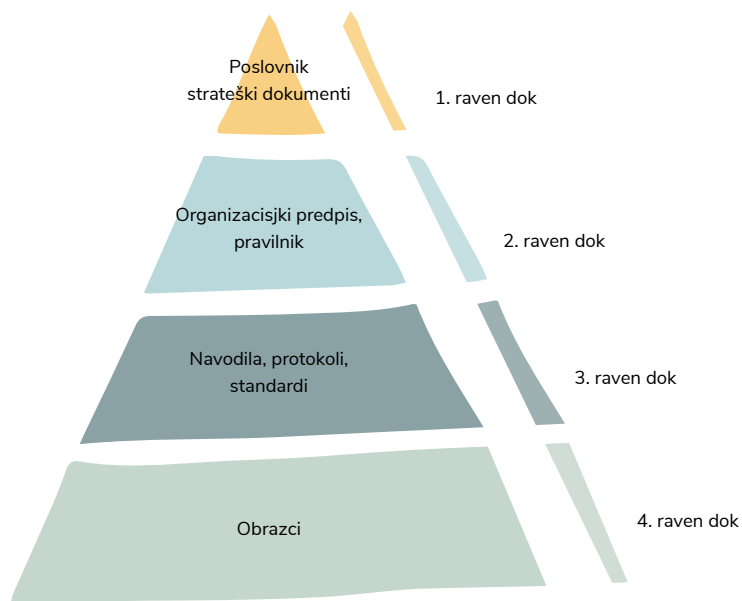
številnih sprememb, ki se zaradi komunikacije prek elektronske pošte in papirnih dokumentov lahko hitro izgubijo oziroma se ne zapišejo v dokumentacijo sistema vodenja. Tako skrbniki sistemov vodenja kakovosti nimajo celovitega pregleda nad celotnim postopkom, od predlogov in obravnave sprememb do njihove realizacije in dokumentiranja. Vsa dokumentacija, ki se uporablja v sistemu vodenja, mora biti obvladovana v skladu z vnaprej določenimi elementi. Vedno mora biti vzpostavljen sistem dokumentacije, ki omogoča dostopnost in zagotavlja, da so izdaje ustreznih dokumentov na voljo na mestih uporabe ali hrambe. Sistem vodenja kakovosti v skladu s standardom ISO 9001:2015 zahteva, da mora organizacija imeti v dokumentiranih informacijah poleg procesov zajete tudi številne dokumente in zapise (Slika 3). Sprejem dokumentov se izpolni s podpisom odgovorne osebe. V primeru sprememb je treba dokument razveljaviti in/ali pripraviti novo različico oziroma pripraviti spremembe dokumenta ter prečiščeno besedilo. Omogočeno mora biti sledljivo obveščanje zaposlenih o vseh dokumentih. Objavljene morajo biti vedno samo zadnje veljavne različice. Predhodne različice dokumentov so zaradi sledljivosti sprememb dostopne samo pooblaščenim osebam in se hranijo v skladu z roki, določenimi v klasifikacijskih načrtih:

- **Dokumentacija** je po standardu ISO 9001:2015 dokumentirana informacija, ki jo sestavljajo dokumenti in zapisi.
- **Dokumenti** so vse zahteve, zapisane na kateremkoli nosilnem mediju (papir, fotografija, magnetni ali elektronski medij ...). Po standardu ISO 9001:2015 pomeni vsa vzdrževana dokumentirana informacija.
- **Zapisi** so tista vrsta dokumentacije, v katerih se navajajo doseženi rezultati ali podajajo dokazi o izvedenih aktivnostih, ki jih določajo zahteve, zapisane na kateremkoli mediju. Po standardu ISO 9001:2015 je hranjena dokumentirana informacija.

7.1 TIPI DOKUMENTOV IN NJIHOVA VSEBINA

- Poslovnik sistema vodenja je dokument, ki predstavi organiziranost zavoda, podaja strukturo procesov in medsebojnih povezav ter sklice (reference) na dokumente nižje ravni.
- Strateški dokument je dokument, ki opredeljuje postopke in načine za doseganje ciljev, sprejetih na strateški ravni zavoda, ali predpisuje pravila ravnanja na posameznem področju. Sem spadajo strategije, plani, politike.
- Pravilnik je dokument splošnega pomena, ki ureja posamezne dele poslovnega oziroma delovnega procesa in/ali je povezan z zakonskimi določili.
- Organizacijski predpis je dokument, ki opredeljuje izvajanje posameznih ali delov glavnih, podpornih in vodstvenih procesov v zavodu.
- Standardi so sprejete in veljavne norme, ki opredeljujejo aktivnosti stroke in stopnjo njene kakovosti. Standardi so orodje za merjenje kakovosti, zato morajo biti dinamični, da jih je možno prilagajati, dopolnjevati in spreminjati. S pomočjo standardov se skušamo približati optimalnemu izvajanju aktivnosti zdravstvene oskrbe. Standardi sledijo najnovejšim smernicam in kriterijem za izvajanje zdravstvene stroke (Hajdinjak & Meglič, 2017).

- Navodilo za delo je dokument, ki daje navodila za neposredno izvedbo posamezne aktivnosti na osnovi organizacijskih predpisov. Uporablja se, kadar vsebine navodila ni možno uvrstiti v druge oblike dokumentov: protokol, standard, standardni operativni postopek.
- Navodila pacientu je dokument z navodili za pacienta ali skrbnika. Zdravstveno osebje dokument posreduje pacientu pred ali po zdravstveni obravnavi z namenom priprave pacienta na obravnavo ali pravilnega ravnanja po obravnavi (navodilo pred sprejemom v bolnišnico, navodilo po odpustu po operativnem posegu ...).
- Protokol opredeljuje način ukrepanja, odločanja in izvajanja (algoritem) postopkov (npr. protokol ukrepanja ob padcu pacienta, protokol ukrepanja ob incidentu ...).
- Nacionalni protokoli so sprejete in veljavne norme, ki opredeljujejo aktivnosti stroke in njihovo stopnjo kakovosti. Morajo biti dinamični, da jih je možno prilagajati in spreminjati. Nacionalni protokoli morajo odražati najnovejše ugotovitve raziskovalnega dela, podprte s praktičnimi izkušnjami, strokovno usposobljenosti in pristojnosti članov zdravstvenega tima. Obenem pa morajo odražati tudi specifičnost posameznega področja stroke. Nacionalni protokoli opredeljujejo tudi pogoje za izvajanje stroke in pričakovane rezultate. Ravno zaradi tega so nacionalni protokoli »živ dokument«, ki se spreminja v skladu z napredovanjem in razvojem stroke.
- Obrazec vsebuje besedilo in rubrike za vpisovanje ustreznih podatkov. Obrazec ne more obstajati samostojno, ampak ga opredeljuje dokument višje ravni ali zunanji predpis. Pri izpolnjevanju obrazca je pomembno, da so izpolnjene vse predvidene rubrike (npr. obrazec za predajo pacienta v intenzivno nego, temperaturni list, beleženje izmerjene temperature ...).



Slika 4: Piramidna struktura dokumentacije sistema vodenja kakovosti

8 Kazalniki kakovosti v zdravstvu

Ker je pri nenehnem izboljševanju zdravstvene prakse merjenje nepogrešljivo, moramo, preden se lahko resno lotimo izboljševanja, svoje delo izmeriti. Meritve so pomemben del modela izboljševanja kakovosti. Model sestavljajo tri vprašanja: kaj želimo doseči; kako bomo vedeli, da je sprememba pripeljala do izboljšave; ali spremembo uvesti v proces, ali jo zavreči, ali pa prirediti. Ta vprašanja povežemo s krogom PDCA – Načrtuj-Izvedi-Preveri-Ukrepaj.

Kazalniki kakovosti so pomemben del zagotavljanja kakovosti zdravstvene oskrbe in so nepogrešljivo orodje, s katerimi merimo stopnjo kakovosti zdravstvene oskrbe. Tako s kazalniki kakovosti izboljšujemo zdravstveno oskrbo pacientov, merimo odstopanja od pričakovanih rezultatov glede na zastavljene standarde in cilje (Robida, 2009). Kazalniki kakovosti kažejo na izide zdravstvene obravnave pacientov in drugih uporabnikov in so vodilo za spremljanje, ocenjevanje in izboljševanje kakovosti obravnave pacientov, kliničnih storitev, podpornih dejavnosti in delovanje zavoda (Rems, 2008).

S kazalniki kakovosti uporabnikom zdravstvenih storitev podamo informacijo, v katerih zdravstvenih ustanovah določene zdravstvene storitve izvajajo najbolj kakovostno in varno. Zato morajo biti kazalniki kakovosti vnaprej definirani in merljivi, prikazani morajo biti z absolutnimi vrednostmi (Kiauta, et al., 2010). Ministrstvo za zdravje je opredelilo: »V središču dogajanja so pacienti in drugi uporabniki. Za paciente je najpomembnejši dober izid zdravljenja, o čemer govorijo kazalniki izidov in drugi kazalniki kakovosti. Kazalnike izidov in kakovosti prikazujemo za posamezne specifične bolezni, stanja, postopke in podobno. Da bi dosegli dobre izide zdravljenja, moramo imeti urejene sisteme s strukturami in procesi, ki jih tudi merimo s kazalniki – kazalniki struktur in kazalniki procesov. Metode in orodja kakovosti se uporabljajo za doseganje dobrih kazalnikov izidov in drugih kazalnikov kakovosti.« Ministrstvo za zdravje je pripravilo priročnik o kazalnikih kakovosti (Slika 4) in opredelilo tabele za zbiranje podatkov za posamezne kazalnike kakovosti (Slika 5 in Slika 6) (Ministrstvo za zdravje, 2006). V letu 2011 je Ameriško združenje medicinskih sester (American Nurses Association, 2011) opredelilo in predstavilo kazalnike kakovosti za področje zdravstvene nege (Slika 7).

Izbir kazalnikov temelji na treh izhodiščih, kaj naj se meri, znanstveni presoji merjenja in zmožnosti oziroma ceni merjenja. S povečanjem zahtev po spremljanju kazalnikov kakovosti se večja tudi zahteva po teoretično znanstveni opredelitvi. Zadnja desetletja se pri merjenju kakovosti uporablja taksonomija, ki jo je predlagal Donabedian. Razdelil je kazalnike v strukturne, procesne in mere izida.

8.1 RAZDELITEV KAZALNIKOV KAKOVOSTI

Kazalniki kakovosti so lahko splošni, klinični, kazalniki procesov ali kazalniki izidov:

- **Splošni** kazalniki kakovosti zdravstvene oskrbe so za posameznega uporabnika za
- katerokoli zdravstveno stanje (na primer nacionalni splošni standardi zdravstvene oskrbe v bolnišnici).
- **Klinični** specifični kazalniki kakovosti so kazalniki, vezani na specifično klinično stanje ali funkcijo.
- **Kazalniki procesov** kažejo, ali delujemo skladno z določenim procesom – v procesu
- določimo kritične kontrolne točke, kjer bomo izvedli meritev ali zbrali podatke.
- **Kazalniki izidov** pomenijo spremembo bolnikovega sedanjega in prihodnjega zdravstvenega stanja, ki ga lahko pripišemo zdravstveni oskrbi, ki jo je prejel (Rems, 2013).

Leta 2010 je bil pripravljen dokument Kazalniki kakovosti pod okriljem Ministrstva za zdravje. Kazalniki kakovosti nudijo pacientom informacije o varnosti in kakovosti obravnave po posameznih ustanovah. V dokumentu je predstavljen nabor 73 kazalnikov, ki jih izvajalci spremljajo glede na specialnost področja (vsi kazalniki pri vseh izvajalcih niso aktualni, dokument o kazalnikih kakovosti pa je dostopen na spletni strani Ministrstva za zdravje, 2010).

Kazalniki kakovosti so namenjeni predvsem izboljševanju procesa, rezultatov in primerjavi s samim seboj. Namenjeni so izboljševanju procesov v sami ustanovi. Zdravstvene ustanove, glede na svojo specifiko, spremljajo kazalnike kakovosti in vsako četrletje poročajo Ministrstvu za zdravje ter objavljajo rezultate spremljanja obveznih kazalnikov kakovosti:

Delež pacientov z razjedo zaradi pritiska (RZP)

Merimo uspešnost in učinkovitost izvedenih aktivnosti na področju preprečevanja in oskrbe RZP. Z doslednim izvajanjem preventivnega programa preprečevanja RZP dosežemo kakovostno in varno obravnavo vseh pacientov, ki imajo dejavnike tveganja za nastanek RZP (Pribaković Brinovec, et al., 2010).

Število padcev pacientov v bolnišnici

Padec je definiran kot nenameren, nepričakovan pristanek na tleh oziroma na nižji ravni s poškodbami ali brez njih, pomeni tudi zdrs s postelje, zdrs s stola na tla, padec brez priča ali primer »najden na tleh« (to je padec, ko niti pacient niti kdo drug ne ve, kako je pacient padel), spotik, zdrs, padec pri hoji. Zato je pomembno, da čim hitreje prepoznamo paciente, ki so ogroženi za padec (Pribaković Brinovec, et al., 2010).

Spremljanje kazalnika temelji na:

- oceni pacienta s statistično značilnimi dejavniki tveganja,
- pravočasnim prepoznavanjem ogroženih pacientov,
- ciljanim delovanjem na dejavnike tveganja,
- uspešnemu predvidevanju možnosti padca,
- ustvarjanju varnega okolja za pacienta,
- vključitvi vseh strokovnih skupin, timskem delu, motiviranju osebja,
- vključitvi družine, svojcev in vzpostavitvi dobre komunikacije med njimi in zdravstvenimi strokovnjaki,
- verodostojnemu dokumentiranju, računalniškem evidentiranju,
- izobraževanju zdravstvenih strokovnjakov in svojcev (Pribaković Brinovec, et al., 2010).

Preprečevanje prenosa bolnišničnih okužb, ki je v povezavi s kazalnikom higiene rok.

Število/delež pacientov, koloniziranih s proti meticilinu odpornim *Staphylococcus aureus* (MRSA) v bolnišnici

Namen kazalnika je spremljanje kolonizacije in okužb z MRSA in je merilo uspešnosti izvajanja programa preprečevanja širjenja MRSA, uspešnosti/ustreznosti izvajanja higiene rok z alkoholnimi razkužili, s tem pa tudi kakovosti obravnave pacientov. Poleg programa preprečevanja širjenja MRSA je v bolnišnici predpisan standard umivanja in razkuževanja rok, ki je ključnega pomena za preprečevanje širjenja okužbe z MRSA.



Slika 5: Priručnik o kazalnikih kakovosti

bolnišnica / zdravstveni zavod		KAZALNIK 21 RAZJEDE ŽARJEDI ZARADI PRITISKA				
Številski opis kazalnika	Kazalnik	opis kazalnika	Skupna	Skupna	Opis kazalnika	Opis kazalnika
1. Kazalnik - Število žarjedi zaradi pritiska (RZP) na 1000 pacientov na dan		Število žarjedi zaradi pritiska (RZP) na 1000 pacientov na dan				
2. Kazalnik - Število pacientov s žarjedi zaradi pritiska (RZP) na 1000 pacientov na dan		Število pacientov s žarjedi zaradi pritiska (RZP) na 1000 pacientov na dan				
3. Kazalnik - Število pacientov s žarjedi zaradi pritiska (RZP) na 1000 pacientov na dan		Število pacientov s žarjedi zaradi pritiska (RZP) na 1000 pacientov na dan				

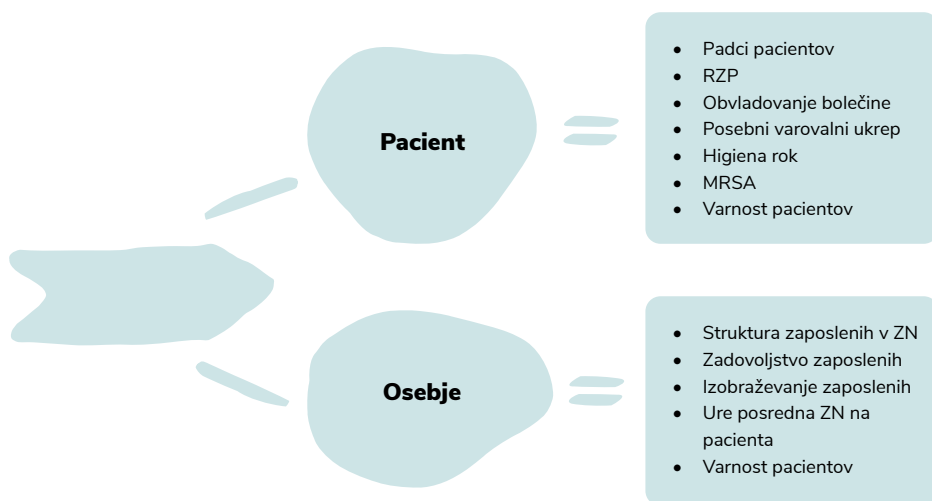
Tabela 3: Tabela o kazalnikih kakovosti - RZP

bolnišnica / zdravstveni zavod		KAZALNIK PADCI PACIENTOV				
Številski opis kazalnika	Kazalnik	opis kazalnika	Skupna	Skupna	Opis kazalnika	Opis kazalnika
1. Kazalnik - Povprečno število padcev na bolnišnično posteljo na dan		Število padcev na bolnišnično posteljo na dan				
2. Kazalnik - Število pacientov s padci na bolnišnično posteljo na dan		Število pacientov s padci na bolnišnično posteljo na dan				
3. Kazalnik - Padci pacientov s padci na bolnišnično posteljo na dan		Število padcev na bolnišnično posteljo na dan				

Tabela 4: Tabela o kazalnikih kakovosti - padci

Izide zdravstvene oskrbe je treba določiti glede na pacientovo osnovno stanje in oskrbo, ki jo je pacient deležen, zavedati se moramo, da ni mogoče preprečiti vseh slabih rezultatov, velikokrat pride tudi do neželenih učinkov zdravljenja (Kymre, 2012). Nekateri definirani kazalniki izidov zdravljenja so lahko precej nejasen odraz varnosti in kakovosti zagotovljene zdravstvene oskrbe, npr. okužbe ran (Vincent, 2010). Pri vodenju in izboljševanju s pomočjo kazalnikov kakovosti je pomembno, da se le ti ne obravnavajo ločeno od delovnih sistemov in procesov zdravstvene oskrbe, kjer nastajajo (Rožman & Robida, 2014).

Pri definiranju kazalnikov je pomembno, da so izbrani, tako da pri zbiranju podatkov dodatno ne obremenjujejo zaposlenih, ampak da podatki nastajajo skorajda sami od sebe ob rednem delu in vnašanju podatkov. Računalniško spremljanje je danes nuja, ki mu je mogoče slediti in ga upoštevati. Tako nastajajo podatki tudi najbolj objektivno. Brez predanih in ozaveščenih sodelavcev je takšen pristop pomanjkljiv. Kazalnik lahko tudi opustimo, če v zadnjem obdobju ne kaže več spreminjanja. Ko je določen cilj dosežen in stalno spremljanje kaže, da ne gre več za spreminjanje, postane ta kazalnik odveč. Proces je popolnoma zajel in prepričal vse udeležene in kazalnik več ne kaže sprememb in kot tak postane neuporaben. Merilo, ki nam več ne meri razlike, ni vredno upoštevanja. Kazalnik, ki ne kaže neke aktivnosti, ni več primeren za spremljanje. Proces je takrat verjetno v fazi platoja, ko vsi sodelujoči razumejo svojo vlogo in jo izpeljejo dobro v korist bolniku. Ni mogoče izključiti dejstva, da je bil kazalnik postavljen napačno, ali da meri dogajanje v procesu na napačnem mestu ali napačnem času. Zamenjava oziroma opustitev kazalnika je zato smiselna in logična. Nadomestiti pa se mora z drugim, ki je bolj spremljiv, občutljiv in pokaže na možne pomanjkljivosti v sistemu (Rems, 2013).



Slika 6: Kazalniki kakovosti v zdravstveni negi (Povzeto po American Nurses Association, 2011)

9 Obvladovanje tveganj

Tveganja so sestavni deli našega vsakdana. V vsakem trenutku smo jim izpostavljeni, ne glede na to, ali želimo na nekatere stvari oz. dejavnike vplivati. Vsekakor se pa lahko tveganjem izognemo in nanje vplivamo. Tveganja opredelimo z opisom dogodka, spremembami okoliščin in posledicami. Slovar slovenskega knjižnega jezika pojem tveganja opisuje z nevarnostjo oziroma možnostjo, da se bo zgodilo nekaj slabega, nezaželenega. Poleg tega v nadaljevanju opisuje tveganje kot enačenje pojma z lastnostmi poguma in drznosti. Velikokrat je tveganje opredeljeno kot nekaj negativnega, vendar ni vedno tako. Tveganje lahko pomeni tudi priložnost za doseganje zelenih rezultatov. Definicija Instituta of Risk Management opredeljuje tveganje kot kombinacijo verjetnosti nastanka nekega dogodka in njegovih posledic, lahko odstopajo od pričakovanih rezultatov, lahko v negativni, lahko pa tudi v pozitivni smeri (Hopkins, 2010). Tveganje je največkrat opredeljeno kot kombinacija verjetnosti dogodka in njegovih posledic (ISO 31001 in EN 15224). Verjetnost razumemo kot obstojanje možnosti, da se bo nekaj zgodilo (po ISO 31000). Posledica pa je izid nekega dogodka, ki vpliva na doseganje ciljev (ISO 31000).

Obvladovanje tveganja Instituta of Risk Management opredeljuje kot proces, kako v organizaciji razumeti, oceniti in ukrepati proti tveganjem, ki smo jim izpostavljeni in na ta način povečati možnost uspeha ali zmanjšanja verjetnosti neuspeha. Cilj organizacije je sistemski pristop k obvladovanju tveganj. Pristop pri obvladovanju tveganj mora biti sistematičen, aktivnosti za zmanjšanje tveganja morajo biti usklajene v celotni organizaciji, kar privede do celovitega obvladovanja tveganj (Hopkins, 2010) (Slika 8).

Upravljanje s tveganji se lahko opredeli kot zmanjševanje vplivov tveganj, ki jim je izpostavljena zdravstvena ustanova.

Tveganje lahko povzroči negativne posledice in negativni vpliv na samo delovanje procesa, lahko pa pomeni premik v pozitivno smer.

Kriteriji verjetnosti za ocenjevanje tveganja, glede na verjetnost in/ali pogostnost nastanka, so običajno v zdravstvu razdeljeni v 5-stopenjski lestvici (5 – pogosto, 4 – možno, 3 – redko, 2 – zelo redko, 1 – skoraj nemogoče).

Kriteriji posledice, ki lahko nastanejo, so v zdravstvu običajno opredeljeni tudi s 5-stopenjsko lestvico (5 – katastrofalna škoda, 4 – kritična škoda, 3 – občutna škoda, 2 – mala škoda, 1 – zanemarljiva škoda).

Pri oceni tveganja vedno ločimo dve komponenti, in sicer verjetnost, da do nekega dogodka ali okoliščine pride, in vpliv (resnost/posledica), če do tega dogodka oziroma okoliščine pride.

Priložnost je vsak trenutek, vsaka situacija, ki omogoča izvedbo aktivnosti za doseg višjega cilja/izboljšave.

9.1 REGISTER TVEGANJ

Register tveganj predstavlja seznam prepoznanih tveganj in njihovo spremljanje ter obvladovanje. Prav tako je register tveganj lahko zelo pomemben proces, ki temelji na presoji in ki ne zahteva posebnih strokovnih spretnosti ali zapletenih tehnik. Register tveganj je eno izmed osnovnih orodij na področju nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti. Prav z dobro pripravljenim registrom tveganj lahko načrtujemo izboljšave in zmanjšujemo vpliv tveganj na nastanek napak. Tveganja vedno opredelijo in ovrednotijo strokovnjaki s področja obravnave, le tako opredeljena tveganja nam bodo v pomoč pri vseh nadaljnjih aktivnostih in ukrepih.

9.2 TABELA TVEGANJ

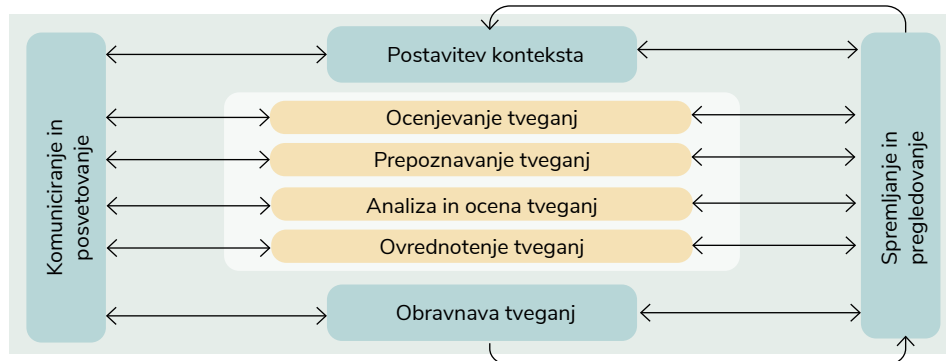
Tabela tveganj predstavlja vsa opredeljena in zapisana tveganja iz registra tveganj. Vsa opredeljena tveganja v tabeli tveganj vodimo pod zaporednimi številkami, ki nam da hiter vpogled o ravni tveganja (visoko, srednje, nizko ...). Tabela glede na opredeljeno časovnico in glede na izvedene ukrepe stalno posodabljam in imamo takojšnjo primerjavo s preteklimi tabelami in pri tem vpogled tudi v učinkovitost in uspešnost izvedenih korektivnih ukrepov.

Pri vzpostavitvi tveganj, oblikovanju registra tveganj morajo sodelovati strokovnjaki s področja, za katero se tveganja opredeljujejo. S posameznimi spremembami in posodobitvami ter učinkovitostjo izvedenih ukrepov je treba seznaniti zaposlene.

Uspešno in učinkovito obvladovanje tveganj temelji na prepoznavi in opisu tveganja, ki vsebuje vzroke za nastanek, posledice in raven tveganja. Pri vsakem tveganju moramo opredeliti korektivne ukrepe, časovnico in odgovorno osebo, določiti moramo tudi način preverjanja ustreznosti in učinkovitosti ukrepov.

Preverjanje učinkovitosti in ustreznosti korektivnih ukrepov lahko izvajamo na več načinov, lahko s pomočjo različnih usmerjenih pregledov določenega področja, rednih kontrolnih pregledov, s pomočjo notranjih in zunanjih presoj, preko spremljanja kazalnikov kakovosti. Preverjanja učinkovitosti in ustreznosti tveganj lahko preverja tudi za to usposobljena oseba, ki mora imeti na področju tveganj ustrezna znanja (Tabela 3 in Tabela 4).

Najpogostejše orodje za preverjanje učinkovitosti in ustreznosti korektivnih ukrepov in posameznih tveganj je krog PDCA. Vedno ga moramo uporabiti pri ponovni oceni tveganja in opredelitvi dodatnih oz. spremenjenih ukrepov (Načrtuj, Izvedi, Preveri, Ukrepaj).



Slika 7: Obvladovanje tveganj, ISO 31000

OCENA		VERJETNOSTI	MATRIKA ZA IZRAČUN STOPNJE TVEGANJA				
1 x DAN - 1 x TEDEEN	ZELO POGOSTO	5	5	10	15	20	25
1 x TEDEEN - 1 x MESEC	POGOSTO	4	4	8	12	16	20
1 x MESEC - 1 x 6 MESECEV	REDKO	3	3	6	9	12	15
1 x 6 MESECEV - 1 x LETO	ZELO REDKO	2	2	4	6	8	10
>1 x 1 LETO - (5 LET, ...)	SKORAJ NEMOGOČE	1	1	2	3	4	5
		OCENA	1	2	3	4	5
		POSLEDICE	ZANEMARLJIVA ŠKODA	MALA ŠKODA	OBČUTNA ŠKODA	KRITIČNA ŠKODA	KATASTROFALNA ŠKODA

Tabela 5: Matrika tveganj, Obvladovanje tveganj, ISO 31000 (Vir: ISO/IEC 31010, ON Regel 49000-49003, Risikomanagement; Risk management standard AS/NZS 4360:1999)

Glede na oceno tveganja mora skrbnik ukrepati v skladu s spodnjo tabelo.

Ocena tveganja	Stopnja tveganja in ukrepanje	Potrebost ukrepa
1–4	Tveganje sprejemljivo.	NE
5–12	Tveganje srednje.	DA
15–25	Tveganje kritično	DA, prioriteten

Tabela 6: Politika ukrepanja

10 Zadovoljstvo pacientov

Pri nenehnem izboljševanju kakovostne zdravstvene obravnave je pomemben element ugotavljanje zaznav pacientov ter vpliv teh zaznav na njihovo zadovoljstvo. Prav stopnja zadovoljstva pacientov vpliva na ocenjevanje in merjenje kakovostne oskrbe. Ena izmed metod za doseganje kakovosti in zadovoljstva z zdravstveno storitvijo ter v naprej opredeljenimi zahtevami pacientov je Kanov model, ki ga prikazuje slika 9.

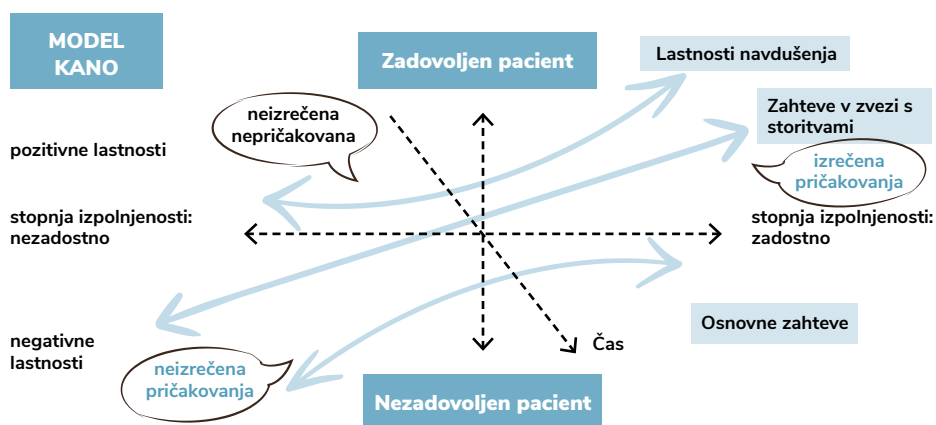
Kanov model zajema nezadovoljive, zadovoljive značilnosti in značilnosti in značilnosti, ki pacienta navdušijo:

- Nezadovoljive značilnosti so pričakovane in obvezne ter morajo biti zagotovljene. Pacienti jih jemljejo kot samoumevne in jih mora zdravstvena ustanova izvajati. V primeru slabe izvedbe ali neizvedbe la to vodi v izredno nezadovoljstvo pacientov.
- Zadovoljive značilnosti so tiste, ki si jih pacienti želijo in zadovoljujejo njihova pričakovanja in jih lahko zdravstvena ustanova v naprej ponudi. S takim načinom dela povečujemo zadovoljstvo pacientov in prepoznavnost ustanove.
- Značilnosti, ki paciente navdušujejo in so za njih zanimive so tiste aktivnosti oz. storitve, ki paciente pozitivno presenetijo in presegajo njihova pričakovanja in povečajo njihovo zadovoljstvo z izvedeno storitvijo oz. zdravstveno obravnavo.



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Kakovost zdravstvene obravnave



25. 12. 2018

Vir: SZKO, 2018

Slika 8: Model Kano (Vir: SZKO, 2018)

Zadovoljstvo pacientov je eno izmed pomembnih meril kakovosti zdravstvene organizacije in predstavlja pomemben kazalnik kakovosti zdravstvene oskrbe in pomemben vir informacij za izboljšanje zdravstvenih storitev. Donabedian (1992) je zadovoljstvo opredelil kot uporabnikovo dožemanje lastne izkušnje z zdravstveno oskrbo, s posameznimi postopki, s posameznimi izvajalci, zdravstveno ustanovo v celoti ali s posameznimi enotami in s celotnim zdravstvenim sistemom. Izkušnje pacientov vključujejo vrsto interakcij, ki jih imajo pacienti z zdravstveno oskrbo in z osebjem v bolnišnicah in drugih zdravstvenih ustanovah. Izkušnje pacientov so sestavni del kakovostne zdravstvene oskrbe, ki vključuje več vidikov zagotavljanja zdravstvene oskrbe, in to tiste, ki jo pacienti želijo in zelo cenijo, ko potrebujejo zdravstveno obravnavo. Pacienti najbolj poudarjajo pomembnost dostopa do informacij, zmanjšanje čakalnega časa na obravnavo in dobro komunikacijo z izvajalci zdravstvenih storitev. Razumevanje izkušenj pacientov je ključni korak k osredotočenosti na pacienta. Če pogledamo različne vidike pacientovih izkušenj, lahko ocenimo, v kolikšni meri so pacienti deležni takšne oskrbe, ki spoštuje posamezne pacientove želje, potrebe in vrednote ter se nanje tudi odzivajo. Ocenjevanje izkušenj pacientov skupaj z drugimi komponentami, kot sta učinkovitost in varna obravnavo, je bistvenega pomena za popolno sliko kakovosti zdravstvene oskrbe v zdravstveni ustanovi (Agency for Healthcare Research and Quality, 2021).

Zadovoljstvo pacientov predstavlja ravnovesje med dojemanjem posameznika s posameznimi storitvami in njegovimi pričakovanji. Najpomembnejši elementi zadovoljstva pacientov so posledica kakovosti zdravstvenih storitev, procesa oskrbe in zdravstveni izidi. Vsekakor zadovoljstvo pacienta odraža njegovo subjektivno doživetje s celotno zdravstveno oskrbo. Oceno zadovoljstva pacientov lahko izvedemo in ovrednotimo z vprašalniki zadovoljstva, ki jih pacienti izpolnijo ob odpustu iz bolnišnice ali ga pošljejo po pošti. Za vrednotenje zadovoljstva lahko zdravstvena ustanova vzpostavi knjigo pohval in pritožb. Preverjamo lahko pogoje dela, ki se navezuje na opremo in samo fizično okolje, čakalni čas in odnos zaposlenih, kjer se ocenjuje dostopnost, prijaznost, komunikacija tako verbalna kot tudi neverbalna. Na samo zadovoljstvo pacientov vpliva tudi informiranost zdravnika ali drugega zdravstvenega kadra. Pacient potrebuje dovolj informacij o bolezni, da lahko aktivno sodeluje pri svojem zdravljenju.

Z merjenjem zadovoljstva pacientov želimo pridobiti mnenja in subjektivno doživljanje pacientov, rezultate anket uporabimo za ukrepanje in izboljševanje kakovosti v zdravstveni oskrbi pacienta.

Izkušnje pacientov se razlikujejo od zadovoljstva pacientov in se pogosto uporabljajo v enak namen, čeprav ni tako. Za oceno izkušenj pacientov je treba ugotoviti, ali je pacient dobil tisto, kar bi se moralo zgoditi v okviru zdravstvene oskrbe v zdravstvenem okolju (na primer jasna komunikacija z zdravnikom, medicinsko sestro ...), dejansko tudi zgodilo in kako pogosto se je to zgodilo. Zadovoljstvo pacientov pa je povezano s tem, ali so bila pacientova pričakovanja glede zdravstvene oskrbe izpolnjena. Dve osebi, ki sta deležni popolnoma enake zdravstvene oskrbe, vendar imata različna pričakovanja glede tega, kako naj bi bila ta oskrba zagotovljena, lahko zaradi svojih različnih pričakovanj ocenita to oskrbo različno (Agency for Healthcare Research and Quality, 2021).

Čeprav obstajajo različni načini zbiranja informacij o izkušnjah pacientov, se moramo zavedati, da so to ključna orodja za izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe in osredotočenosti na pacienta. Na osnovi podatkov lahko določimo področja za izboljšanje. Treba je spremeniti način pridobivanja informacij od pacientov. Pacienta naj ne bi spraševali o zadovoljstvu z zdravstveno oskrbo, ampak bi jih prosili, da poročajo o svojih izkušnjah, ki so zanje pomembne in so najboljši in včasih edini vir informacij (Cleary, 2016).

Pozitivna izkušnja pacientov je pomemben cilj že sam po sebi. Vse več študij ugotavlja, da na pozitivno povezavo med različnimi vidiki izkušenj pacientov pomembno vpliva dobra komunikacija med zdravstvenim osebjem in pacienti ter številnimi pomembnimi procesi zdravljenja in rezultati zdravljenja. Vse to vodi, da pacienti bolj upoštevajo zdravnikove nasvete, privede do boljših kliničnih izidov, vpliva na večjo varnost pacientov in zmanjša število nepotrebnih zdravstvenih storitev. Nekatere študije pa ne kažejo povezave med izkušnjami pacientov in kliničnimi procesi ter rezultati, vendar to ni presenetljivo. Na procese in izide lahko vplivajo tudi številni drugi dejavniki. Ključnega pomena za nenehno izboljševanje kakovostne zdravstvene oskrbe je povezava pacientovih izkušenj z drugimi merili kakovosti, kjer povezujemo ukrepe, ki jih določimo na podlagi pacientovih izkušenj z drugimi merili kakovosti (Rockville 2021).

11 Komunikacija v zdravstvu

Zdravstveni delavci se moramo zavedati, da le s svojim znanjem, spretnostjo in z dobrimi komunikacijskimi veščinami lahko vzpostavimo zaupanja vreden odnos s pacienti. Razi-skave, pa tudi vsakdanje življenje, dokazujejo, da kritike in nezadovoljstvo pacientov običajno niso usmerjeni k neprimerni uporabi medicinskih postopkov, ampak k neprimernemu komuniciranju z njimi. Potreba po ustreznem komuniciranju in informiranju se pri pacientih v današnjem času povečuje, kot se povečuje potreba po pacienti participaciji pri odločitvah o lastnem telesu in zdravljenju.

Kljub naraščajoči uporabi tehnologije je zdravstvo izrazito delovno intenzivna panoga in temelji na sodelovanju strokovnjakov različnih poklicev. Brez medsebojnega usklajevanja zdravljenje ni mogoče, in to velja tako za odnose med pacienti in zdravstvenimi delavci kot za odnose med zdravstvenimi delavci (Pahor, 2006).

Uspešna in učinkovita komunikacija je več kot samo sporočanje in poslušanje, je kakovosten dialog dveh ali več enakovrednih posameznikov, ki si odprto izmenjujejo svoje misli, poglede, čustva, občutke in svojo energijo. Ob tem spoštujemo svoj čas in čas drugega, zato izbiramo jasna in razumljiva sporočila. Spoštujemo sebe in druge, zato bodimo iskreni, potrpežljivi in tolerantni. Dialog naj bo dvosmeren (Čelofiga & Koprivšek, 2018).

Kakovost posredovanih informacij znotraj timov in posredovanje informacij pacientu in svojcem sta odvisna na eni strani od interesa in predanosti zdravnikov in medicinskih sester ter na drugi strani od interesa svojcev ter želje po sodelovanju pacientov. Pacient mora biti pripravljen sodelovati v samem procesu zdravljenju, saj so raziskave pokazale, da imata odnos in način komuniciranja med pacientom in zdravstvenim osebjem opraviti z nezaupanjem, odporom do načina zdravljenja in zavestnega odklanjanja nekaterega ose-bja (Rakovec Felser, 2014).

Komunikacija v zdravstvu je osnova za sodelovanje med zdravstvenimi delavci in pomeni širjenje informacij, ki so bistvene za aktivno zdravljenje pacienta. Spodbujanje in informiranje pacientov, da se vključijo v proces zdravstvene obravnave, jim daje občutek obvladovanja dane situacije, pripadnosti in vključenosti. Varna zdravstvena oskrba je odvisna od komunikacije zdravstvenih delavcev. Komunikacijski proces začne medicinska sestra in skrbi, da nemočno in kakovostno teče ter gradi odnos, v katerem se mora pacient počutiti varnega in strokovno obravnavanega. Pomembno je, da zdravstveni delavci pomagajo s poslušanjem pacienta, sprejemanjem, razumevanjem in vključevanjem v proces zdravljenja (Krešič, 2013).

Komunikacija v zdravstvu je pomembna, ker je osnova medosebnega odnosa. Dobra komunikacija dviga stopnjo zaupanja v zdravstvene delavce, z njo odkrivamo osebne značilnosti pacienta, dviga se učinkovitost zdravstvenega tima in pomaga pri razreševanju konfliktov, rezultati dela so boljši, dviga se stopnja osebne rasti, poveča se kakovost odnosov med zaposlenimi, dviga se stopnja osebnega zadovoljstva glede na delovno nalogo (Krešič, 2013).

V slovenski raziskavi »Medpoklicno sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki« se je na ravni posameznika izpostavila tudi potreba po spoštovanju. Prav pri opredeljevanju uspešnega zdravstvenega tima se ob bok strokovnemu delu v dobro pacientov izpostavi tudi medsebojno spoštovanje (Domajnko, et al., 2006). Potreba po spoštovanju je močno prisotna pri vseh ljudeh, ne le v domačem okolju, ampak tudi na delovnem mestu.

Na področju komunikacije je treba izhajati iz temeljnih pravic in dolžnosti, ki jih imamo kot človeška bitja prav vsi ljudje, ne glede na socialni ali hierarhični položaj. Pri komuniciranju imamo tako pravice kot dolžnosti. Vsak ima pravico, da z njim pri komunikaciji ravnajo spoštljivo, da lahko izrazijo svoja čustva in mnenja ter svoje potrebe in prioritete. Pri pogovoru imamo pravico, da nas poslušajo in jemljejo resno, da lahko prosimo za tisto, kar želimo. Pravico imamo, da rečemo ne, ne da bi pri tem občutili krivdo in da povemo, če ne razumemo (Možina, et al., 2004).

Ule (2005) navaja, da se je v komunikaciji treba držati vrednot, kot so empatičnost, zaupnost, spoštovanje, usmerjenost k pacientu in skupnemu cilju. Pomemben element komunikacije je tudi poslušanje, ker nam omogoči, da izvemo za pacientove težave, občutke, želje in potrebe.

11.1 POMEN TIMSKEGA DELA

Timsko delo se je v zdravstvu razvilo v drugi polovici 20. stoletja, ko je področje medicine in zdravstvene nege zahtevalo vedno več različnih poklicnih skupin zdravstvenih delavcev, njihovo tesnejše sodelovanje in vključitev drugih poklicnih strokovnjakov pri reševanju zdravstvenih težav. Zdravstveni delavci delujemo v negovalnem in zdravstvenem timu, ki se morata stalno dopolnjevati, usklajevati, saj lahko le tako kakovostno opravljamo delovne naloge ter sodelujemo v interdisciplinarnem timu, pri katerem so poleg zdravstvenih delavcev prisotni še zdravstveni sodelavci drugih strok, kot so klinični psihologi, socialni delavci, laboranti in drugi (Leva & Pahor 2013).

Za obstoj tima je bistvenega pomena dobra medsebojna komunikacija na vseh področjih življenja, še posebno pa na področju zdravstvene nege. Pomemben element pri komunikaciji je poslušanje sogovornika, spretnost komuniciranja, razumevanje čustev in govorico telesa. Uspešno delo tima je odvisno od vloge posameznega člana, ki se kaže tudi od ravnih odnosov znotraj tima (Dobnik & Lorber, 2011).

V procesu medosebnega komuniciranja imajo odnosi med udeleženci pomembno vlogo. Odnosi so povezani s količino in kakovostjo informacij, ki jih imajo zaposleni. Čim bolj so zaposleni informirani, tem manj je dvoma in več medsebojnega zaupanja. Takšne razmere omogočajo tekoče širjenje informacij kakor tudi medsebojno zaupanje in s tem večje zadovoljstvo ter zavzetost zaposlenih. Za dobro medsebojno razumevanje pa je treba zagotoviti odkritost, medsebojno pomoč, varnost pri delu, prijetno vzdušje v ožji delovni skupini, disciplino na delovnem mestu, možnost posvetovanja in spoštovanje med sodelavci (Mumel, 2008).

Timsko delo je pomembno povsod, kjer delujejo zdravstveni delavci s skupnimi cilji glede skrbi za paciente in skupnosti. Timsko delo vključuje koordinirano sodelovanje pri oskrbi pacientov, tako da ne pride do prekrivanj, prekinitev ali napak, vključuje tudi skupno reševanje problemov in skupno odločanje, zlasti kadar gre za negotove situacije.

Ti procesi kažejo na naraščajočo stopnjo medsebojne odvisnosti članov tima tako znotraj posameznih organizacijskih enot kot med njimi, pa tudi v odnosu do zunanjih dejavnikov skupnosti in družbe (Pahor, 2014).

Na boljše sodelovanje v timu in doseganje boljši rezultatov vpliva deljenje strokovnosti in odrekanje delu svoje strokovne avtonomije. Skupna odgovornost in reševanje težav ter sprejemanje odločitev so tipični za sodelovalno timsko delo; če ga želimo doseči, moramo ceniti delo z drugimi, si biti na jasnem z lastno ter drugo strokovno vlogo in zavestno izboljševati timsko komunikacijo (Pahor, 2014).

Ljudje smo si različni in prav je tako. Pomembno pa je, da znamo ljudi poslušati in slišati. Ni treba, da smo tesni prijatelji, sposobni pa moramo biti korektni in spoštljivi, odprti do vseh ljudi. Opustiti stereotipe in prisluhniti, kaj nam hočejo sporočiti. Argument moči nadomestiti z močjo argumenta. Kar nikoli ni bilo lahko. Se učiti iz napak. Se o njih pogovoriti, brez obtoževanja, kdo je kriv, ampak kaj storiti, da se to ne bo ponovilo (Ovijač, 2012).

12 Varnost zdravstvene obravnave pacientov

Področje kulture varnosti pacientov je ključni in sestavni del sistema kakovosti in je osnova zdravstvene politike stalnega izboljševanja kakovosti. Varnost pacientov je prvi pogoj za kakovost zdravstvene obravnave in oskrbe (Kramar, 2016). Vincent (2010) opredeljuje kulturo varnosti kot izogibanje, preprečevanje in izboljšanje škodljivih izidov ali poškodb, ki izhajajo iz procesa zdravstvene obravnave in oskrbe. Robida (2013) opredeljuje kulturo varnosti ustanove kot proizvod vrednot, stališč, zaznav, usposobljenosti in vzorcev vedenja ter stila posameznikov in skupin. Na obvladovanje varnosti vplivata še zavzetost in strokovnost vseh, ki sodelujejo pri obravnavi pacientov. Varnost pacientov je kritična komponenta kakovosti zdravstvene oskrbe, ki je v zdravstveni ustanovi najbolj odvisna od kulture varnosti. Gre za skupno obnašanje in odnos vodstva ter osebja do varnosti, varnostnih sistemov in postopkov, ki jih ima organizacija.

Spodbujanje kulture varnosti je mogoče razumeti kot postavitve intervencij, ki temeljijo na načelih vodenja, timskega dela in sprememb vedenja, ne pa na posebnih procesih in tehnologiji (Weaver, et al., 2013).

V današnjem času še vedno primanjkuje preventivnih ukrepov in prepoznava tveganj pred neželenimi dogodki v zdravstvu. Po podatkih British Medical Journala so zdravniške napake na 3. mestu najpogostejših vzrokov smrti v ZDA. Raziskave kažejo, da je vzrok za neželene dogodke predvsem izgorelost zdravstvenega osebja zaradi prevelikega števila birokratskih nalog. Preprečevanje neželenih dogodkov bi moralo postati del kulture razmišljanja v zdravstvu, saj le s pomočjo prepoznavanja potencialnih tveganj in z evidentiranjem dejanskih napak lahko stvari predvidimo in preprečimo ter tako zmanjšamo škodo za pacienta in znižamo stroške v zdravstvu (Dotan, & Koski, 2017).

Varnost pacientov mora biti prioriteta vsakega zdravstvenega strokovnjaka, ki izvaja zdravstveno oskrbo pacientov ne glede na položaj ali poklicno skupino ali okolje, v katerem deluje. Uvajanje in izboljševanje kulture varnosti pacientov mora biti pomemben strateški cilj vsake zdravstvene ustanove. Zaposleni v zdravstvu morajo spoznati in čutiti, da pri svojem vsakodnevnem delu sodelujejo pri izboljševanju kakovosti in povečevanju varnosti pacientov. To je zagotovilo, da zaradi napak ne bo prihajalo do nepotrebnih smrti in škode za zdravje (Robida, 2010).

Odbor ministrov (Svet Evrope) je leta 2006 sprejel Priporočila glede varnosti pacientov in preprečevanja neželenih dogodkov v zdravstvu. V tem dokumentu vladam držav članic priporoča, da področje varnosti pacientov postane osnova vseh zdravstvenih politik, še posebno politik stalnega izboljševanja kakovosti in varnosti. V dokumentu so zapisali, da je dostop do varne zdravstvene oskrbe temeljna pravica vsakega državljana v vseh državah članicah. Čeprav napake nastajajo pri vsakem človeškem delovanju, se je mogoče iz njih učiti in preprečevati njihovo ponavljanje. Izvajalci zdravstvene dejavnosti, ki so dosegli visoko raven varnosti, so sposobni priznati napake in se iz njih učiti (Svet Evrope, 2006).

12.1 PRIPOROČILA SVETA EVROPE

Najpomembnejša priporočila Sveta Evropa so:

- vzpostavitev ali okrepitev sistemov poročanja in učenja na podlagi izkušenj, vključevanje varnosti pacientov v programe izobraževanja in usposabljanja zdravstvenih delavcev;
- vključevanje pacientov v oblikovanje varnostnih ukrepov;
- obveščanje pacientov o zdravstvenih tveganjih in varnostnih vprašanjih;
- izmenjava strokovnega znanja med državami članicami in z ustreznimi mednarodnimi telesi (Svet Evrope, 2006).

V nacionalni strategiji kakovosti in varnosti v zdravstvu v obdobju 2010–2015 je opisan celosten pristop na področju kakovosti in varnosti v zdravstvu. Bistvo strategije in vodenja kakovosti je sistematično izboljšanje znanja izvajalcev, organiziranosti procesa zdravstvene obravnave, delovnega okolja in vodenja. Zapisano je še, da se morajo vsi partnerji v sistemu povezati pri doseganju istega cilja, to je vodenja kakovosti z ustvarjanjem kulture kakovosti ter varnosti (Nacionalna strategija kakovosti in varnosti, 2010–2015). Tudi v Strategiji razvoja zdravstvene nege in oskrbe v zdravstvenem varstvu v RS za obdobje 2011–2020 je opredeljeno, da je uvajanje kakovosti in varnosti v zdravstveni negi in oskrbi integralni del vzpostavitve celovitega sistema upravljanja na področju kakovosti in varnosti celotnega zavoda. Kot pristop k izboljšanju kakovosti in varnosti se mora tudi v zdravstveni negi uporabljati sistem nenehnih izboljšav, ki vključujejo standardizacijo delovnih procesov in zdravstvenih storitev, redno merjenje kazalnikov kakovosti, identifikacijo vzrokov odstopanja, sistemsko in sistematično odpravljanje vzrokov ter upravljanje s tveganji (Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v zdravstvenem varstvu v RS za obdobje 2011–2020, 2011).

12.2 DEFINICIJA KULTURE VARNOSTI

Kultura varnosti pacientov je kultura, pri kateri se vsak posameznik neprestano in aktivno zaveda svojega prispevka k delovanju institucije z možnostjo, da gredo stvari lahko narobe. Je kultura, kjer je možen dialog in vlada pravica, da ljudje izvedo, kaj je šlo narobe in so seznanjeni z izvedbo ukrepov. Na ta način se nenehno izboljšujejo procesi in sistemi, zmanjšuje se možnost ponovitve napak (Institute of Medicine [IOM], 2001).

Kultura varnosti ustanove je kot proizvod vrednot, stališč, zaznav, usposobljenosti in vzorcev vedenja ter sloga posameznikov in skupin. Na obvladovanje varnosti vplivata še zavzetost in strokovnost vseh, ki sodelujejo pri obravnavi pacientov. Varnost pacientov je kritična komponenta kakovosti zdravstvene oskrbe, ki je v zdravstveni ustanovi najbolj odvisna od kulture varnosti. Gre za način skupnega obnašanja in odnos vodstva ter osebja do varnosti, varnostnih sistemov in postopkov, ki jih ima organizacija (Robida, 2013).

12.3 UVAJANJE IN VZPOSTAVITEV KULTURE VARNOSTI PACIENTOV

Že 1998 je Leape s sodelavci trdil, da je zdravstveno varstvo pacientov visoko kompleksna dejavnost, ki že sama po sebi dosega visoko tveganje. Tako je zdravstveno oskrbo pacientov uvrstil med dejavnosti, kot so letalska in jedrska industrija ter druge visoke zanesljive organizacije. Ugotovljeno je bilo, da je vzpostavitev kulture varnosti ključni element pri visoki zanesljivosti organizacije.

Varnost pacientov mora biti prednostna usmeritev zdravstvenih ustanov in eden najpomembnejših strateških ciljev. Različne strategije in cilji ne bodo pripeljali do večje varnosti pri obravnavi pacientov, če v zdravstveni ustanovi zaposleni za to niso motivirani in če uvajanje kulture varnosti ne podpre vodstvo ustanove (Robida, 2010).

Uvajanje kulture varnosti je proces, ki lahko prispeva k pozitivnim spremembam in izboljšavam na področju varnosti pacientov.

Pri uvajanju kulture varnosti ne smemo pozabiti na aktivno vključevanje pacientov in njihovih svojcev. Partnerstvo med pacienti in njihovimi svojci ter osebjem, ki skrbi zanje, je eden najvažnejših delov uspešnega zdravstvenega sistema (Robida, 2013b). Z uvajanjem kulture varnosti v ustanovi se oblikujejo procesi, ki bistveno zmanjšajo nastanek sistemskih napak in delujejo preventivno, tako da vnaprej preprečijo morebitno škodo za paciente. Zato je treba ustvariti kulturo, ki bo bistveno zmanjšala sistemske nepravilnosti in povečala učinkovito delovanje, ko do napake pride. To zahteva temeljne spremembe v načinu vodenja, delovanju zdravnikov in vseh ostalih zdravstvenih strokovnjakov (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2009).

Pomemben element, ki zavira vzpostavitev sistema kulture varnosti pacientov, je sindrom ranljivega sistema. Ta obsega troje patoloških izhodišč: obtoževanje, zanikanje in lažno odličnost (Robida, 2013).

Zdravstveno oskrbo lahko izboljšujemo le, če se zavedamo, da njena kakovost in varnost ne slonita samo na ramenih zdravstvenih strokovnjakov. V veliki meri je odvisna od tega, kako so stvari v zdravstveni ustanovi urejene oziroma neurejene, in od poznavanja načinov, kako uspešno reševati vsakdanje težave.

Tako je uspeh zdravljenja pacientov odvisen od več prvin:

- pacienta samega,
- zdravstvenih in nezdravstvenih strokovnjakov, ki delajo v zdravstvu,
- nalog, ki jih je treba opraviti,
- delovnega okolja,
- orodij in tehnologij, ki jih uporabljamo,
- zunanjih dejavnikov in povezanosti med temi prvinami (Robida, 2013).

Iskanje in kaznovanje krivca je v naši kulturi in v družbi močno zakoreninjeno. To je podzavestni odziv zaposlenih v primeru, ko se napaka zgodi. Zgolj z določitvijo napak kot priložnostjo za učenje lahko poročanje o zapletih postane del vsakdanje prakse. Pri tem moramo izhajati iz sistemskega pristopa in ne individualne odgovornosti posameznika (Vincent, 2010). V ustanovah, kjer je v ospredju zanikanje napak in škodljivih dogodkov, govorimo o ustanovi s patološko kulturo. V takem okolju pomen napak zmanjšujejo in obtožijo poročevalca, da tožari kolege, napake pa zakrijejo in ni možnosti za posredovanje idej na področju varnosti pacientov ter ne prevzemajo odgovornosti za varnost. O lažni odličnosti govorimo takrat, ko so v ustanovi pomembni samo rezultati kazalnikov in ne varnost pacientov (Robida, 2012b).

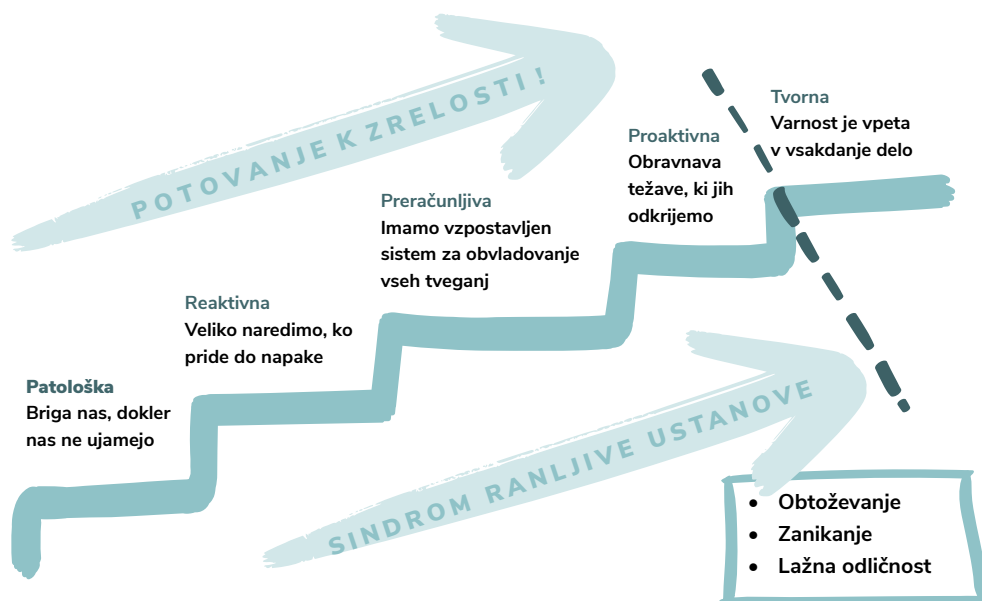
V slovenskih zdravstvenih ustanovah bomo imeli ranljiv sistem, dokler bo prisoten odgovor na napake predvsem v smeri obtoževanja in prikrivanja dejstev, ki so do napake privedli. Napake največkrat niso posledica delovanja zdravstvenih strokovnjakov, ampak do njih prihaja zaradi sistemskih nepravilnosti. Poleg tega je pomembno začeti s poročanjem in z obvladovanjem napak, predvsem v smeri analiziranja in sistematičnega iskanja vzrokov. Pozitivna in močna kultura varnosti je bistvenega pomena za izboljšanje in zagotavljanje varnosti pacientov. Izgradnjo kulture varnosti je zato treba nenehno spodbujati na vseh ravneh zdravstvenega sistema in v samih zdravstvenih institucijah. Kultura varnosti je in mora biti merljiva. Na osnovi rezultatov je treba razviti smernice in oblikovati strategijo ter cilje (Robida, 2012a).

Kultura varnosti pomeni, da vsi zaposleni v celotni zdravstveni ustanovi v vsakem trenutku delujejo tako, da zagotavljajo varno zdravstveno obravnavo pacientov. Prav tako se moramo zavedati, da ko govorimo o varnosti, govorimo o vrednotah. Če želimo zagotoviti dovolj učinkovito stopnjo varnosti, potrebujemo sistemski pristop, usposobljene zaposlene, ustrezno razvito varnostno kulturo in dober menedžment zdravstvenih ustanov, kjer je varnost pacientov med glavnimi strateškimi usmeritvami, ki jim sledijo vsi zaposleni (Kramar, 2010c).

12.4 RAZVOJNE STOPNJE KULTURE VARNOSTI

Pojem kulture varnosti se vse bolj obravnava kot pomemben element za razumevanje varnosti pacientov v zdravstvenih ustanovah. Razvoj kulture varnosti pacientov se nanaša na razumevanje vrednot, norm in prepričanja, kaj je pomembno pri organizaciji zdravstvene ustanove, katera obnašanja in vedenja se pričakujejo od zaposlenih v ustanovi,

katera dejanja so primerna oz. neprimerna ter kakšni so procesi in postopki, povezani z varnostjo pacientov (Pronovost, et al., 2006). Kultura varnosti pacientov je v tesni povezavi s kulturo organizacije in je plod evolucijskega razvoja, ki poteka od stopnje nevarnega do stopnje varnega. Za posamezno organizacijo lahko trdimo, da ima vpeljana kultura varnosti, ko prestopi določeno točko na razvojni poti. Parker, Mathew, & Hudson (2006) so opredelili razvoj kulture varnosti in jo opisuje v petih razvojnih fazah, ki si sledijo od patološke, reaktivne, preračunljive, proaktivne do tvorne faze (Slika 10).



Slika 9: Model varnostne kulture (Vir: Parker, Mathew, & Hudson, 2006 cited Kramar, 2014)

12.5 KULTURA OBTOŽEVANJA

V Sloveniji še vedno velja, da ljudi, ki so naredili napako, kazensko obravnavamo. V drugih razvitih državah ni tako. Metoda obtoževanja in sramotjenja posameznikov, ki se tradicionalno in trdovratno uporablja v zdravstveni stroki za zmanjševanje škodljivih dogodkov zaradi napak, predstavlja najmanj uspešen možen način njihovega preprečevanja. Naš sistem obravnavanja napak je preveč kaznovalno naravnana na posameznega zdravstvenega strokovnjaka, ne pa na zdravstvene ustanove in druge institucije v zdravstvu z neurejenimi sistemi in procesi z veliko latentnimi napakami, v katerih ti posamezniki delajo. Tako je učenje prekinjeno, zdravstvene strokovnjake je strah zaradi kulture obtoževanja, ki preprečuje razvoj kulture varnosti. Napake se ne sporočajo in če se, jih ne znamo analizirati, pacienti težko pridejo do upravičenih odškodnin in zdravstvene strokovnjake preganjamo zaradi tega, ker imajo človeške možgane. Kultura obtoževanja je največja napaka, ki preprečuje izboljševanje varnosti pacientov. Nadomestiti bi jo morala pravična kultura, kar pa ne pomeni, da je za vse slabe izide ali škodljive dogodke kriv sistem, v katerem delamo (Robida, 2012b) (Tabela 5).

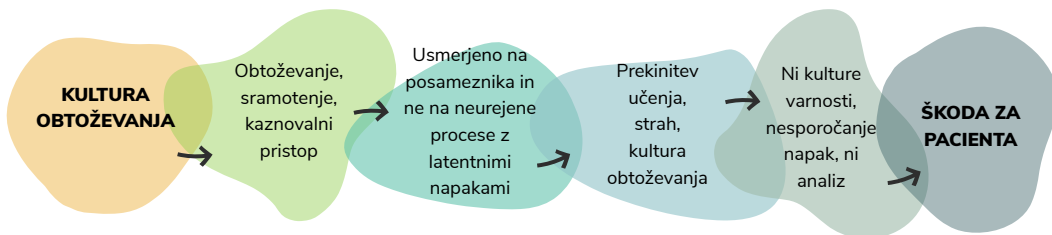


Tabela 7: Kultura obtoževanja

12.6 PRAVIČNA KULTURA

Pravična kultura je kultura, kjer ljudje lahko sporočajo napake, ne da bi se bali posledic. Zelo je odvisna od tega, kako zdravstvena ustanova ravna, ko pride do napake: ali obtoži posameznika ali išče sistemske vzroke za napako. To se lahko zgodi le, če je ustvarjeno ozračje zaupanja. Pravična kultura je odvisna tako od vodstva organizacije kot od ljudi, ki delajo s pacienti. To ne pomeni, da posameznik ni odgovoren za svoja dejanja, ampak ni odgovoren za nepopolne sisteme, v katerih dela. Pravična kultura spodbuja poročanje o napakah, razkritje napak znotraj organizacije z namenom učenja in opravičilo tistim, ki so utrpeli škodo zaradi napake. Zdravstvena ustanova se mora učiti iz preteklih dogodkov. Če ni sporočanja, se iz napak ničesar ne naučimo in tako se nam bo enaka ali podobna napaka zgodila v prihodnje (Robida, 2013).

Poročanje o napakah in težavah mora biti zaveza vsakogar, ki dela v ustanovi. Ustanova mora zagotoviti zaupnost poročanja, analizo napak z iskanjem osnovnih vzrokov in seznanjanje vseh s poročilom analize (brez imen, vpletenih v dogodek), če želi spodbuditi učenje in tako zmanjšati napake s škodo za pacienta. Zaščititi mora sporočevalce in vpletene v dogodek. Z ustvarjanjem pravične kulture ustvarimo tudi sistem odgovornosti za nesprejemljivo vedenje in se zavemo, da je zaželeno preverjanje kompetenc ter notranje in zunanje presoje in da bomo vedeli, da po končanju sistematične analize globljih vzrokov za napako, lahkomišelnost in neprofesionalno vedenje in določene kršitve spadajo pod disciplinsko presojo (Robida, 2013).

12.7 KULTURA POROČANJA

Pomembno je vzpostaviti sistem poročanja napak, ki temelji na nekaznovanju. Potreben je odmik od tradicionalnega razmišljanja, da je za napako odgovoren posameznik; da je tista, ki je naredil napako, treba kaznovati in da so analize napak usmerjene na posameznika in ne na sistem (Reason, 1997).

Pri dejanskem izvajanju procesa poročanja in obvladovanja napak v zdravstvenih in socialnovarstvenih organizacijah še vedno pogosto naletimo na številne ovire. Najpogostejše ovire so strah pred povračilnimi ukrepi, pomanjkanje povratnih informacij o izvedbi ukrepov glede na napako, posredovanje celotnega poročila o napakah in občutka zaposlenih, da ni vidnih sistemskih sprememb (Kramar, 2014).

Osnovno orodje za sistem poročanja o zapletih je lahko poseben obrazec ali uporaba informacijskega sistema. Sistem poročanja in dobro organizacijsko vzdušje, ki temeljita na

zaupnosti in nekaznovanju, kjer napaka šteje kot priložnost za učenje, pomenita temelj kulture varnosti. Tako kulturo mora sprejeti celotna organizacija; tako najvišje vodstvo kot vsi zaposleni.

Pri razumevanju kulture varnosti je pomembno tudi razumevanje narave človekovih napak in poznavanje metod za njihovo preprečevanje, vključno z nekaznovalnim pristopom. Le tako je mogoče vzpostaviti proces poročanja o napakah in identifikacijo sistemskih nepravilnosti in pomanjkljivosti (Institute of Medicine [IOM], 1999). Človeške napake so neizogibne, saj ljudje delamo napake ne glede na izkušnje, inteligentnost, motivacijo in pozornost. Sprejmimo dejstvo o človekovi zmotljivosti in se osredotočimo na spremembo in preoblikovanje sistema zdravstvene oskrbe, ki bo sprejel pacienta/uporabnika kot partnerja in njegovo pravico do varne zdravstvene oskrbe kot svojo veliko obvezo. Gradimo kulturo varnosti in prenehajmo s kulturo obtoževanja. Predsednik svetovne zveze za varnost pacientov Liam Donaldson je rekel: »Ljudje se motimo. Da napake skrivamo, je nedopustno. Da se iz napak nič ne naučimo, je neopravičljivo.« (Donaldson, 2004, cited in Tušar, 2010).

12.8 KULTURA UČENJA IZ NAPAK

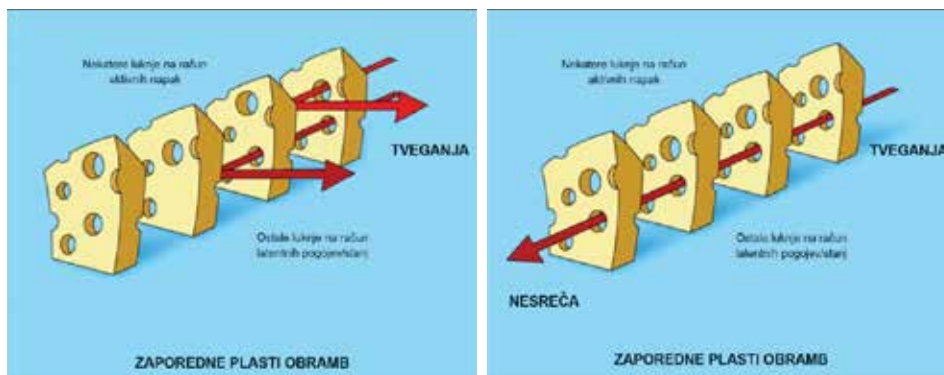
Pri zmanjšanju tveganja za napake ima pomembno vlogo izobraževanje in usposabljanje zaposlenih. Zaposlene tako opolnomočimo in motiviramo za sodelovanje pri kulturnih in sistemskih spremembah. Najpomembnejši namen vzpostavitve sistema poročanja o zapletih je povečanje varnosti pacientov z učenjem na napakah in neželenih dogodkih. Poročanje in zbiranje podatkov o zapletih je smiselno samo takrat, kadar jih analiziramo, ocenimo in damo povratno informacijo tako osebju, ki je bilo udeleženo pri zapletu, kot vsem drugim, ki bi se lahko kaj naučili iz tega. O varnostnih zapletih lahko poroča zdravstveno osebje, pacienti, svojci in drugi. Sistem poročanja mora biti usmerjen in obvladovan. Namen poročanja ni in ne sme biti kaznovanje udeleženih v varnostni zaplet. Sistem poročanja mora biti prostovoljen, anonimen, zaupen, nekaznovalen do poročevalcev in udeleženih, objektivni, spodbuden, neodvisen od regulacijskih in akreditacijskih procesov (Tušar, 2010).

13 Napake pri zdravstveni oskrbi pacienta

Po mnenju Ameriškega inštituta za medicino je največji izziv spreminjanje sistema, kjer je krivda za nastanek napake pri posamezniku, v sistem, kjer se napake ne obravnavajo kot osebni neuspeh, temveč kot priložnost za izboljšanje sistema in preprečevanje škode (IOM, 2001).

Reason (2005) možnost tveganj za napake opisuje kot sistem »švicarskega sira« (Slika 11), kjer vsako luknjo v rezini sira primerja s prikrito, še neaktivno sistemsko napako,

rezine pa predstavljajo zaščitni dejavnik, nekatere so znane, druge so ljudem, ki delajo v nekem sistemu, neznane. Pri varnostnem incidentu največkrat pride do več manjših napak oziroma nepravilnosti, če se v takem primeru luknje ne pokrijejo, pride do nesrečnega dogodka. Reason (2005) svoje razmišljanje še pogloblja ter razkriva napake, temelječe na znanju, standardih in neustreznih spretnostih, torej da imajo napake različna izhodišča glede na strokovno področje, povzročeno škodo in posledice za pacienta.



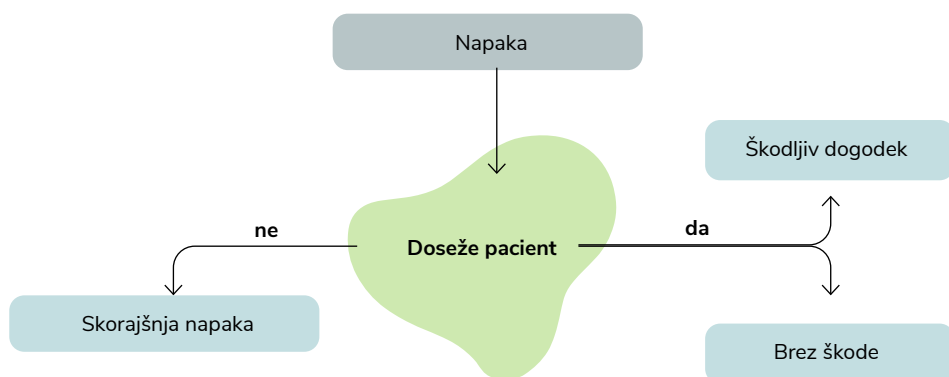
Slika 10: Prikaz preprečevanja napak s pomočjo sistema švicarskega sira (Vir: Reason, 1990)

13.1 NAPAKE V ZDRAVSTVENEM SISTEMU

- **Aktivne napake** so dejanja, ki niso varna in jih storijo tisti, ki so v neposrednem stiku s sistemom ali procesom, ki ustvari slabosti ali nima varoval. V 80 do 90 % gre za napake v procesih ali sistemih.
- **Latentne napake** so vrzeli v varovalih (slabosti ali odsotnosti), ki so ustvarjene nezavedno in so rezultat predhodnih odločitev načrtovalcev, regulacijskih teles in menedžerjev v sistemu.
- **Varnostni odklon** pri pacientu je dogodek, ki nastane nenamerno in nepričakovano, je že ali bo lahko povzročil škodo pacientu v okviru zdravstvene oskrbe in največkrat ni posledica bolezenskega stanja. Storjen je lahko s storitvijo ali opustitvijo (npr. padeč pacienta, okužba v času zdravstvene obravnave, zamenjava zdravil, izguba zdravstvene dokumentacije, neustrezna obravnava, uničenje vzorca krvi zaradi poškodbe epruvete pri padcu na tla itd.). To moramo razlikovati od komplikacije, ki pomeni nenamern in neželen izid zdravljenja že prisotne bolezni. V določenih okoliščinah se ga ne da preprečiti.
- **Opozorilni nevarni dogodek** je katerikoli dogodek, ki privede ali bi lahko privedel do nepričakovane smrti ali večje stalne izgube telesne ali duševne funkcije, je dogodek, ki ni povezan z naravnim potekom pacientove bolezni. Sporočanje o varnostnih odklonih v zdravstveni obravnavi je pomemben del varnostnega programa, ki temelji na internih in nacionalnem sistemu sporočanja, spremljanja in učenja iz odklonov in tveganj v zdravstvu (Robida, 2013).

Ministrstvo za zdravje opredeljuje naslednje opozorilne nevarne dogodke:

1. nepričakovana smrt,
 2. večja stalna izguba telesne funkcije,
 3. samomor bolnika v zdravstveni ustanovi,
 4. zamenjava novorojenčka,
 5. hemolitično transfuzijska reakcija po transfuziji krvi ali krvnih produktov zaradi neskladja glavnih krvnih skupin,
 6. kirurški poseg na napačnem bolniku ali napačnem delu telesa.
- **Skorajšnja napaka** je varnostni incident, ki bi lahko pripeljal do zdravstvene škode za pacienta/uporabnika, a do nje ne pride zaradi pravočasne ugotovitve napake in preprečitve možnih posledic za pacienta (Robida, 2013). Ta definicija je izjemno pomembna, ker v takem primeru ne pride do škode za pacienta in ni nobenega strahu vpletenih, da jih bo kdo neupravičeno obtoževal. S pomočjo skorajšnjih napak se lahko učimo in na tak način preprečimo nastanek napak ali preprečimo ponovitev dogodka. Ne smemo pa dopustiti, da se iz tega ničesar ne naučimo in na ta način izgubimo priložnost za spremembe, učenje in nenehno povečanje varnosti pacientov/uporabnikov (Kramar, 2014).



Slika 11: Potek nastanka varnostnega odklona

Kultura varnosti pacientov se nanaša na vodenje, upravljanje in na zdravstveno osebje. Lahko rečemo, da je skupek vrednot, prepričanj in norm o tem, kaj je pomembno za varnost pacientov pri procesu zdravstvenega varstva, kaj pričakujejo zaposleni, kakšna so stališča, katera dejanja so primerna ali neprimerna in ali je prisoten nekaznovalni pristop. Večjo varnost pacientov bo zdravstvena organizacija dosegla le, če bo osebje motivirano, da bo cilje varnosti uresničevalo in ne bodo samo zapisani v strategiji in programih o varnosti pacientov. Osebje, ki zaznava, da ga zdravstvena ustanova ceni in spoštuje, kjer so odnosi profesionalni, bolje skrbi za svoje paciente ali svoje delo (Robida, 2011).

V primeru varnostnega zapleta pacienti in njihovi svojci pričakujejo, da bo vodstvo ustanove:

- razložilo, kaj se je zgodilo,
- se bodo opravičili,
- povedali, kaj bodo storili za pacienta,
- pri tem se pričakuje empatija in pristop, ki bo zagotovil, da jim ni vseeno in da bodo poskrbeli za pacienta,
- priznanje, da je prišlo do varnostnega zapleta, pacientom lahko zelo pomaga (strah, zaupanje ...) (Robida, 2011).

Za klasifikacijo varnostnih odklonov se uporablja prilagojen klasifikacijski okvir Svetovne zdravstvene organizacije (ICPS-SL, 2010), ki opredeljuje naslednje varnostne odklone:

- poslovno administrativni postopek/proces dela in dokumentacija,
- zdravljenje in oskrba
- invazivni posegi in postopki v anesteziji,
- obravnava bolečine,
- vedenje, odnos in komunikacija,
- okužbe, povezane z zdravstvom,
- zdravila in infuzijske tekočine,
- kri in krvni proizvodi, transplantacija,
- zrak/plini/hlapi,
- medicinska oprema/pripomočki, material/dezinfekcija, sterilizacija,
- nesreče/poškodbe, avtoagresija pri pacientih,
- dejavnosti skupnega pomena: prehrana, transport, pranje, čiščenje, tehnično vzdrževanje in druge,
- infrastruktura, prostor, napeljave,
- viri, menedžment/voditeljstvo/razvoj, raziskovanje in izobraževanje,
- drugo.

13.2 KORAKI OBVLADOVANJA VARNOSTNIH ODKLONOV

Sporočanje	<ul style="list-style-type: none">• Ukrepi za zmanjševanje posledic in sporočilo v interni sistem
Obravnava	<ul style="list-style-type: none">• Vzročno posledična analiza: iskanje sistemskih vzrokov
Načrtovanje ukrepov	<ul style="list-style-type: none">• Preprečevanje ponovitve
Uvedba ukrepov	<ul style="list-style-type: none">• Vodenje realizacije ukrepov in poročanje
Vodenje registra ukrepov	<ul style="list-style-type: none">• Učenje iz napak
Preventivno delovanje, opredelitev tveganja	<ul style="list-style-type: none">• Na vseh ravneh dela

Tabela 8: Koraki obvladovanja varnostnih odklonov

14 Orodje za zagotavljanje varnosti v zdravstvenih ustanovah

Ko vodstvo sprejme strateško odločitev, da je varnost pacientov visoka prioriteta ustanove in pri tem postavi jasna pričakovanja ter jih sporoči vsem zaposlenim, svojo zavzetost za varnost pacientov vidno pokaže zaposlenim z varnostnimi vizitami, varnostnimi pogovori in dodelitvijo primernih človeških, finančnih in tehnoloških virov za varnost pacientov/uporabnikov, zgradi infrastrukturo za odkrivanje, sporočanje in analiziranje napak in stanj, ki niso varna, zagotovi zaščito tistim, ki napake sporočajo in/ali so vanje vpleteni, spremlja napredek varnosti pacientov/uporabnikov z rednim pregledom rezultatov kazalnikov varnosti in kakovosti, poskrbi za izgradnjo znanja in veščin varnosti pacientov za vse zaposlene, povabi k sodelovanju pri aktivnostih za kakovost in varnost pacientov vse zaposlene. Ne glede na to, kakšne vzvode za povečanje varnosti pacientov vpeljuje v zavod, lahko je to klinično usposabljanje, uvajanje smernic, informacijska tehnologija, spreminjanje organizacijske strukture, uvajanje različnih predpisov, ki lahko vplivajo na izboljšanje varnosti pacientov, to lahko vodi samo v prepričanje, da se povečuje sposobnost ustanove, da bi se izognili škodi. Varnost se bo izboljšala le, če je zdravstvena ali socialnovarstvena ustanova sposobna ustvariti kulturo varnosti pri svojih zaposlenih (Kramar, 2014).

Da orodja lahko učinkovito uporabimo, pa je potreben pozitiven odnos do dela vseh zaposlenih. Predvsem je naloga vodij, da vzpostavijo delovno okolje, v katerem se zaposleni ne bojijo sporočati varnostnih odklonov. Potrebno je zavedanje, da se neuspehi in napake pojavljajo pri vsakem delu. Na napake se ne smemo odzivati panično, predvsem pa jih ne smemo kaznovati. K uspehu in rasti pelje, tako ob uspehih kot neuspehih, pravi odmerek zdravega razmisleka, ki ne odpove v krizah, niti ne zaspi na uspehih (Škrabec, 2009).

14.1 VARNOSTNA VIZITA VODSTVA

Varnostna vizita (v nadaljevanju VV) je proces, v katerem vodstvo obišče oddelek ali enoto in se pogovarja z zdravstvenimi delavci, ki neposredno delajo s pacienti. Sprašujejo o odklonih (varnostnih zapletih), ki so **pripeljali** do škode za pacienta, zaposlene ali

obiskovalce, o odklonih, **ki bi lahko pripeljali** do škode, o potencialnih tveganjih in skupaj iščejo možne rešitve za zmanjšanje tveganja.

Namen varnostnih vizit je spodbujanje kulture varnosti v zdravstveni ustanovi. Vodstveni delavci zaposlene spodbujajo, da prosto in brez strahu poročajo o odklonih, ki jih prepoznajo. Poudarijo pomen prepoznavanja odklonov in poročanje o njih, saj z obravnavo odklonov in posledično s sprejetjem korektivnih ukrepov preprečujejo ponavljanje podobnih odklonov. Popravljajo sistem in zagotavljajo varnejšo obravnavo pacientov.

VV je način za vzpostavljanje komunikacijske poti med vodilnimi in zaposlenimi v obe smeri (vertikalno in horizontalno). Vpogled v varnost pacientov, zaposlenih in drugih dobijo vodilni – od spodaj navzgor. Zaposleni dobijo informacije od vodstva – od zgoraj navzdol. (Kramar, 2010a).

14.2 VARNOSTNI POGOVOR

Varnostni pogovor (v nadaljevanju VP) je opredeljen kot priložnost za učenje, saj udeleženci pogovora razpravljajo o varnostnih težavah in iščejo rešitve zanje. VP so priporočila, ki jih uporablja osebje, da se vsakodnevno pogovarja o potencialnih težavah varnosti. Zdravstveni zavod naj uporablja VP z namenom, da poveča zavedanje osebja o možnih tveganjih za pacienta, da ustvari pogoje, v katerih se osebje pogovarja o varnostnih problemih brez strahu za posledice (Ministrstvo za zdravje, 2006).

VP lahko izvedemo v obliki kratkega pogovora neposredno po neželenem dogodku v skupini, kjer se je zgodil varnostni zaplet. O poteku pogovora in priporočilih za izboljšave se napiše kratek povzetek, skupaj z izjavami prič.

V štiriindvajsetih do oseminštiridesetih urah mora odgovorna oseba opraviti VP s skupino, ki je bila udeležena v dogodku. K sodelovanju pooblaščenec za varnost lahko povabi tudi predstavnike vodstva oddelka/enote in druge strokovnjake, ki jih vključimo glede na vrsto odklona. Koristno je, da ga razširi tudi na druge sodelavce v kolektivu. Ugotovitve in priporočila, ki sledijo iz VP, se obvezno zapišejo na ustreznih obrazec. Varnostni pogovor je orodje, s katerim izboljšujejo kulturo varnosti in je izhodišče za nadaljnjo obravnavo varnostnega zapleta (Kramar, 2008; Kramar, 2010a).

Namen in cilji VV/VP:

- prikaz zavzetosti za varnost in spodbujanje kulture varnosti;
- vpeljati kulturo varnosti v vsa delovna okolja;
- seznanjanje zaposlenih o varnostnih zapletih in pregled uvedenih korektivnih ukrepov;
- spodbujanje sporočanja varnostnih zapletov;
- učenje in iskanje priložnosti za izboljševanje varnosti pacientov;
- vzpostavitev poti komuniciranja o varnosti za paciente med vodstvom in zaposlenimi;
- vsaka skupina na podlagi ugotovitev na VV/VP pripravi ukrepe za izboljšanje varnosti pacientov/uporabnikov.

Pred začetkom izvajanja VV in VP je treba zaposlene na oddelčnih sestankih informirati o pomenu in poteku VV/VP, s poudarkom na kulturi neobtoževanja. Glavne medicinske sestre oddelkov/enot skupaj s timom izpolnijo anketo o varnosti na oddelku/enoti. VV je vedno vnaprej napovedan in poteka s celotnim timom v delovni izmeni. VP so kratki, potekajo ob določenem času (prilagoditev časa glede na potek dela na oddelku/enoti). Po končanih VV in VP je treba predlagane in dogovorjene ukrepe zabeležiti, določiti termin za morebitno izboljšanje in določiti odgovorno osebo (Kramar, 2008; Kramar, 2010a).

14.3 VZROČNO-POSLEDIČNA ANALIZA

Vzročno-posledično analizo izvedemo, ko je varnostni incident prepoznan kot opozorilni nevarni dogodek. Vzročno-posledična analiza je analiza osnovnih vzrokov in spremljajočih dejavnikov neželenega dogodka, njegovih posledic in predlaganje ukrepov, ki v prihodnje podobne dogodke preprečujejo. Namenjena je izboljšanju varnosti pacientov in učenju zaposlenih. Vzročno-posledično analizo opravi skupina strokovnjakov, ki ni bila udeležena v dogodku. Skupino imenuje odgovorna oseba za varnost v ustanovi in o tem obvesti odgovorne osebe organizacijske enote. Vodja skupine zapiše ugotovitve in predloge v ustrezni obrazec. Vsebina zapisa je anonimizirana. Zapis na obrazcu pošlje vodstvu ustanove, vodstvu oddelka/službe, kjer se je opozorilni nevarni dogodek zgodil, skrbniku sklopa ter Ministrstvu za zdravje (Mlakar & Pleterski Rigler, 2011).

Za izvedbo vzročno-posledične analize se ne odločimo v primeru:

- kadar obstaja možnost, da gre za kaznivo dejanje;
- dejanje z namenom povzročene škode za pacienta;
- dejanje pod vplivom alkohola, opojnih snovi;
- napad na pacienta.

14.4 MORBIDITETNA IN MORTALITETNA KONFERENCA

Morbiditetna in mortalitetna konferenca (MM konferenca) je orodje, ki ga uporabimo za obravnavo zdravstvenih obravnav pacientov, ki imajo za posledico nepojasnjeno, nenadno smrt pacienta, nenavaden potek zdravljenja ali bolezni, razne zaplete pri zdravljenju ali zdravstveni negi.

MM konferenca je vnaprej pripravljena in jo vodi strokovnjak. Sodelujejo vsi člani multidisciplinarnega tima, ki so pacienta obravnavali (zdravniki, patologi, medicinske sestre, fizioterapevti, farmacevti ...). Je učinkovita metoda za analizo poteka zdravstvene obravnave, za prepoznavo odklonov v poteku obravnave, za predlaganje korektivnih ukrepov in sistemskih rešitev. Posledica je vpeljava sprememb v vsakdanje delo, če se spremembe pokažejo kot izboljšave. Ugotovitve in predlagani korektivni ukrepi morajo biti zapisani na posebnem obrazcu, ki je predpisan v ustanovi.

MM konferenca mora potekati v ozračju zaupanja, obravnava in zapisi so zaupne narave in niso del pacientove dokumentacije. Informacije in predlagani ukrepi so dostopni pooblaščenecem za varnost in vodstvu ustanove, da lahko z ukrepi seznanijo druge oddelke in s tem zagotovi prenos informacij za izboljševanje sistema (Ministrstvo za zdravje, 2006).

14.5 PREVENTIVNI IN KOREKTIVNI UKREPI TER VARNOSTNA PRIPOROČILA

Cilj je odpravljanje ugotovljenih nepravilnosti ali okoliščin, ki so privedle do zapleta. Sistem mora omogočati sledljivost vsakega opozorilno nevarnega dogodka. Preventivne in korektivne ukrepe izdelava in predlaga skupina, ki je opravila analizo varnostnega zapleta, VV/VP ali izrednega strokovnega nadzora. Ti se kot seznam predlogov posredujejo odgovornim osebam. Odgovorna oseba odloči, ali bo predlog ukrepov uvedla v prakso in določi časovnico. Odgovorna oseba mora nadzorovati izvajanje terminskega plana (Kramar, 2010b). Odpraviti je treba ugotovljene nepravilnosti – korektivni ukrepi – z roki in odgovornimi osebami ter spremljati realizacijo ukrepov in seznanjati ostale oddelke, da se podobni primeri ne ponovijo.

14.6 ANALIZA OSNOVNIH VZROKOV NAJPOGOSTEJŠIH PRISPEVAJOČIH DEJAVNIKOV

Analiza osnovnih vzrokov je proces za ugotavljanje osnovnih vzrokov in vseh prispevajajočih dejavnikov, ki vplivajo na spremembe uspešnosti delovanja v povezavi z varnostnimi odkloni v zdravstvu. V procesu analiziranja in iskanja osnovnih vzrokov je pomemben multidisciplinarno sodelovanje vseh tistih strokovnjakov, ki najbolje poznajo situacijo. Osnovni vzrok je tisti vzrok, ki bo odstranil ali zmanjšal možnost ponovitve napake, če ga razrešimo. Člani tima, ki bodo izvedli analizo osnovnih vzrokov in prispevajajočih dejavnikov, morajo biti pri svojem delovanju osredotočeni na preprečevanje, na pa na obtoževanje ali kaznovanje. Osredotočati se morajo na sistemske nepravilnosti ali pomanjkljivosti in ne na delovanje posameznika.

Člani tima pregledajo celotni proces, vse vidike, ki bi lahko vplivali na nastanek varnostnega odklona:

- organizacijski dejavniki (pomanjkljivosti pri upravljanju človeških virov in virov opreme, neustrezna navodila itd.),
- komunikacijski dejavniki,
- dejavniki opreme (napaka v opremi, pomanjkanje materialov ...),
- dejavniki okolja (neustrezna svetloba, hrup, neustrezna razporeditev prostorov ...),
- človeški dejavni (utrujenost, informacijska preobremenjenost ...),
- dejavniki pacienta,
- drugo.

Zelo pomembno je, da po končani analizi člani komisije oblikujejo ugotovitve o osnovnih vzrokih in prispevajajočih dejavnikih, pripravijo načrt ukrepanja, oblikujejo merila za spremljanje in ugotavljanja izidov ter sodelujejo pri poročanju vodstvu (Robida, 2009).

14.7 STROKOVNI NADZOR S SVETOVANJEM

Strokovni nadzor je sistematični proces, pri katerem določamo raven uspešnosti doseganja vnaprej zastavljenih ciljev. Je proces za izboljševanje zdravstvene obravnave pacientov in izidov s pomočjo sistematičnega pregleda in primerjave trenutne zdravstvene prakse s standardi ali najboljšimi praksami. Strokovni nadzor obsega nadzor nad strokovnostjo, kakovostjo in varnostjo dela pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti (78/1. člen ZZDej).

V dejavnosti zdravstvene in babiške nege se izvajata strokovni nadzor s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege in strokovni nadzor s svetovanjem izvajalcev zdravstvene in babiške nege:

- Strokovni nadzor dejavnosti zdravstvene in babiške nege pomeni formalen postopek, kjer izvajalec nadzora (Zbornica – Zveza) oceni in presodi sistem zdravstvene in babiške nege glede izpolnjevanja vnaprej pripravljenih in objavljenih strokovnih smernic, standardov, protokolov kakovosti in varnosti ter drugih strokovnih in zakonskih zahtev z namenom nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave. Poudarek je na nenehnem izboljševanju kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave pacientov. Ne gre samo za oceno skladnosti s standardi, pač pa tudi za analitični in svetovalni proces nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti pacientov (Priporočila in vodila, 2018).

- Strokovni nadzor s svetovanjem izvajalcev zdravstvene in babiške nege

Nadzor izvajalcev v stroki je ocena strokovne uspešnosti delovanja posameznega izvajalca zdravstvene in babiške nege in svetovanje za izboljševanje kakovosti in varnosti prakse zdravstvene in babiške nege. Je proces, kjer izvajalci zdravstvene in babiške nege sistematično izmerijo in ocenijo kakovost izvajanja zdravstvene in babiške nege posameznika z uporabo z dokazi podprtih strokovnih standardov in smernic svoje stroke in ponudijo posameznemu izvajalcu povratno informacijo za izboljševanje lastnega dela in profesionalno rast (prirejeno po American Nurses' Association, 1988).

Strokovni nadzor s svetovanjem je pomembno orodje, s katerim ugotavljamo priložnosti za spremembo sedanjega načina dela in izboljševanje kakovosti zdravstvene obravnave (Kramar et. al., 2018).

Pravne podlage za izvajanje strokovnih nadzorov s svetovanjem:

- Zakon o zdravstveni dejavnosti – ZZDej,
- Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti, ZZDej- K,
- Zakon o pacientovih pravicah,
- Pravilnik o izvajanju strokovnih nadzorov s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege.

Namen strokovnega nadzora s svetovanjem je:

- nadzor nad opravljanjem strokovne in poklicne dejavnosti,
- ocena strokovne usposobljenosti izvajalcev zdravstvene in babiške nege za delovno mesto,
- preverjanje zagotavljanja kakovosti in varnosti na strokovnem področju,
- preverjanje stalnega sledenja razvoja stroke,
- preverjanje in upoštevanje doktrin, standardov, protokolov, smernic, navodil in drugih dokumentov,
- preverjanje opravljanja dejavnosti v skladu z etičnim kodeksom,
- svetovanje na podlagi ugotovitev strokovnega nadzora.

Namen nadzora vsekakor ni ustvarjanje občutka nesposobnosti pri nadzorovancih, ustvarjanju strahu pred kaznovanjem, obsojanjem in poniževanjem (Priporočila in vodila, 2018).

Cilji strokovnega nadzora s svetovanjem v zdravstveni in babiški negi so:

- izboljševanje kakovosti dela dejavnosti in posameznega izvajalca ZBN z delovanjem po sprejetih standardih in s tem izboljševanje izidov za paciente in za varnost pacientov ter zaposlenih;
- ugotavljanje ustrezne strokovne usposobljenosti izvajalcev ZBN, spremljanje uspešnosti delovanja dejavnosti in izvajalcev ZBN, ugotavljanje priložnosti za izboljšave;
- ugotavljanje sistemskih/procesnih/organizacijskih pomanjkljivosti (Priporočila in vodila, 2018).

Strokovni nadzor s svetovanjem je lahko:

- redni strokovni nadzor – v skladu z vnaprej sprejetim in objavljenim letnim programom strokovnih nadzorov, ki jih predlaga Zbornica – Zveza, potrdi pa minister za zdravje;
- izredni strokovni nadzor – zunaj sprejeta programa, na predlog ministra, pacienta ali njegovih svojcev, varuha pacientovih pravic ... (Priporočila in vodila, 2018).
- Strokovni nadzor s svetovanjem lahko zajema:
 - nadzor izvajalca zdravstvene dejavnosti v celoti ali samo njegove posamezne notranje organizacijske enote,
 - nadzor posameznega zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca ali
 - nadzor zdravstvene obravnave posameznega primera (Priporočila in vodila, 2018).

Odločbo o začetku nadzora izda predsednik/ca Zbornice – Zveze. S sklepom imenuje najmanj tričlansko komisijo, ki opravi nadzor v določenem zavodu. Nadzor se opravi nad opravljanjem dejavnost zdravstvene ali babiške nege v ustanovi ali v delu ustanove (sistemski nadzor) in nad izbranimi posameznimi izvajalci zdravstvene ali babiške nege, ki so zaposleni pri nadzorovanem izvajalcu zdravstvene dejavnosti (Priporočila in vodila, 2018).

Nadzorna komisija po opravljenih nadzornih dejanjih napiše ugotovitveni zapisnik, s predlaganimi ukrepi za izboljšave oziroma za odpravo ugotovljenih nepravilnosti. Zapisnik posreduje predsedniku/ci Zbornice – Zveze, ki zapisnik pošlje nadzorovanemu zdravstvenemu zavodu. Zdravstveni zavod je dolžan posredovati odzivno poročilo, kjer poroča o uvedenih izboljšavah in po potrebi pošlje ustrezna dokazila za odpravo ugotovljenih odstopanj (Priporočila in vodila, 2018).

Priporočila za odpravo pomanjkljivosti, ki jih izreče komisija, temeljijo večinoma na pravilih stroke zdravstvene in babiške nege, standardih, smernicah, priporočilih, kategorizaciji ZN, kadrovskih normativih plačnikov (Kramar, et al., 2018).

Zakon o zdravstveni dejavnosti – ZZDej 76/1. člen opredeljuje, da se pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti za zagotavljanje zakonitosti, strokovnosti, kakovosti in varnosti dela opravljajo naslednje vrste nadzora:

1. notranji nadzor – izvajajo ga zdravstveni zavodi sami;
2. strokovni nadzor s svetovanjem – izvajajo področne zbornice po prenosu javnih pooblastil s strani ministrstva (121. člen Ustave Republike Slovenije). Za področje zdravstvene in babiške nege nadzor izvaja Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije;
3. upravni nadzor – nadzor izvaja Ministrstvo za zdravje, preverja zakonitost delovanja;
4. sistemski nadzor – sočasna izvedba upravnega in strokovnega nadzora s svetovanjem;
5. nadzor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije nad izpolnjevanjem pogodb z izvajalci zdravstvene dejavnosti;
6. inšpekcijski nadzor – razne inšpekcije (zdravstvena, sanitarna, za zdravila ...) (Priporočila in vodila, 2018).

14.8 NOTRANJI STROKOVNI NADZORI V ZDRAVSTVENI USTANOVİ

- **Redni** – vnaprej pripravljen program in načrt, predlaga ga strokovni direktor, glavna medicinska sestra, potrdi ga strokovni svet.
- **Izredni** – uvede se na zahtevo strokovnega sveta, generalnega direktorja, strokovnega direktorja, glavne medicinske sestre.

Strokovni nadzor izvede minimalno **3-članska ekipa**, ki bo izvedla nadzor. Vsaj en član komisije mora biti strokovnjak s področja, ki se nadzoruje. Po opravljenih nadzornih dejanjih nadzorna komisija napiše ugotovitveni zapisnik in na podlagi ugotovljenih neskladij ali nepravilnosti predlaga ukrepe za odpravo nepravilnosti (Priporočila in vodila, 2018).

15 Priložnosti na področju najpogostejših procesov za izboljšanje kakovosti in varnosti

15.1 OPOLNOMOČENJE PACIENTOV IN ZAPOSLENIH

Opolnomočenje pacientov in zaposlenih je naloga, ki vključuje in spodbuja interakcije različnih skupnosti, zdravstvenih delavcev, oblikovalce politik in vseh ljudi, ki na različne načine vplivajo na družbo ter posledično na zdravje in dobro počutje posameznika (European Network on Patient Empowerment, 2012). Izraz opolnomočenje pacienta opredeljuje paciente, ki imajo nadzor nad svojim zdravstvenim stanjem ter možnost sodelovanja v procesu zdravljenja (Koščak Tivadar & Filej, 2015). Definicija opolnomočenja se v večini nanaša na pacienta kot na aktivnega udeleženca, ki ima določeno mero nadzora nad lastnim zdravjem in ne kot na pasivnega prejemnika zdravstvenih storitev.

15.2 PREDAJA PACIENTA

Predaja pacientov se pojavlja v okviru celotne zdravstvene obravnave pacienta in v vseh oblikah obravnave pacienta in je prednostno področje izboljšanja varnosti pacientov. Obstajajo različne vrste prenosov od enega do drugega izvajalca zdravstvenih storitev, na primer pri prenosu pacientov z ene lokacije na drugo, znotraj bolnišnice ali med dvema zdravstvenima ustanovama ali pri prenosu informacij in odgovornosti med premiki v isti enoti. Predaja pacienta poteka na vseh ravneh zdravstvene oskrbe v bolnišnici.

Pomembne so tudi interdisciplinarne predaje, ki se največkrat pojavljajo med medicinskimi sestrami in zdravniki. Največkrat je to v obliki petminutnega posveta po viziti ali pred njo, lahko pa se predaja zgodi tudi med medicinsko sestro in osebjem v diagnostičnih enotah. Ti posveti so standardizirani, opredeljena pa je tudi vsebina. Predaje med ustanovami se pojavljajo med bolnišnicami in drugimi zdravstvenimi zavodi, organizacijami ali socialno-varstvenimi ustanovami. Predaje na tej ravni potekajo preko posebnih dokumentov (list kontinuirane zdravstvene oskrbe, odpustnica ali klinične poti). V določeni situaciji lahko ključne informacije povemo tudi telefonsko, drugo pa dokumentiramo. Predaja pacienta lahko poteka tudi ustno, z obiskom medicinske sestre, ki bo po odpustu prevzela pacienta (Kramar, 2009). V procesu predaje med izvajalci zdravstvene nege ima ustna oblika pomembno vlogo in je močno zasidrana v bolnišnični kulturi. Medicinske sestre med seboj komunicirajo ob rednih predajah pacienta in pri tem uporabljajo pacientovo dokumentacijo. Seznanjene so z njegovim trenutnim stanjem, potekom zdravljenja, načrtom zdravstvene nege in prioritetami pri negovalnih intervencijah. Ob zaključku vsake delovne izmene je pomemben natančen prenos informacij o pacientu, ki je bistven za zagotavljanje kontinuirane zdravstvene nege in kakovosti obravnave (Entwistle, 2011). Predaja službe zdravstvene nege je natančna in zanesljiva komunikacija o opravljenih nalogah ter pomembnih informacijah, ki so se zgodile med eno izmeno. Je ključnega pomena za pospeševanje visokokakovostne zdravstvene oskrbe. Dolžnost članov zdravstvenega tima je nuditi učinkovito in kakovostno ter varno zdravstveno nego, za kar morajo člani prevzeti tudi odgovornost. Cilj predaje pacienta je posredovati natančne informacije o zdravljenju pacienta, njegovem trenutnem stanju ter pričakovanih in pred kratkim nastalih problemih (Kramar, 2009). Za učinkovito predajo pacienta lahko uporabljamo različna orodja, posebej za kritične paciente, tiste, ki zahtevajo takojšno pozornost in ukrepanje zdravnika ali medicinske sestre. Eno izmed orodij je strukturirana predaja pacienta s pomočjo SBAR, ki jo po slovensko razlagamo kot: stanje (Situation) – kaj se dogaja v tem trenutku, ozadje (Background) – okoliščine, ki so pripeljale do tega položaja, ocena (Assessment) – kaj mislimo, da je problem, priporočilo (Recommendation) – kaj naj storimo, da odpravimo težavo. To orodje je sestavljeno iz standardiziranih takojšnjih vprašanj, ki zagotovijo, da osebje dobi osredotočene in jedrnatne informacije. Zaposlenim omogoča natančno, določeno in učinkovito komunikacijo in zmanjša potrebo po ponavljanju. Kontinuiteta informacij je ključnega pomena za varnost pacientov, pomembne pa so tudi zadostne in ustrezne informacije, ki si jih je treba izmenjati (Parry, 2011). Predaja pacienta ob pacientovi postelji je interaktiven proces in zagotavlja priložnost, da je pacient vključen v proces predaje. Nudi veliko možnosti vključevanja osebja zdravstvene nege, ki zaključujejo ali šele prevzemajo izmeno. Opisana predaja pacienta postavi v središče dogajanja (NHS Institute for Innovation and Improvement, 2013).

15.3 OBVLADOVANJE TVEGANJ NA PODROČJU RAVNANJA Z ZDRAVILI

Aplikacija zdravil je temeljna naloga medicinske sestre, ki zahteva kompleksno interakcijo in vključuje več odločitev in aktivnosti, ki se običajno izvajajo v dinamičnem kliničnem okolju.

Strategija varnosti na področju ravnanja z zdravili obsega kreiranje varnega okolja, brez strahu za poročanje o neželenih dogodkih, obravnava dogodkov na pogovorih o varnosti, sistemsko iskanje rešitev in merjenje učinkov uvedenih rešitev. Za kakovostno in varno ravnanje z zdravili zdravstvena organizacija potrebuje kompetentno zdravstveno osebje, jasna pravila in navodila zdravnikov in kliničnih farmacevtov, strokovne nadzore, ustrezno delovno okolje in drugo.

Napake pri zdravljenju z zdravili so definirane kot napake, ki se pojavijo v vsakem koraku procesa ravnanja z zdravili (Werner, et al., 2012). Ameriška National Patient Safety Agency (2009) pravi, da je napaka pri ravnanju z zdravili vsak dogodek, kjer bi skoraj prišlo ali je prišlo do odstopanja v postopku predpisovanja, izdajanja, priprave, nadzora, spremljanja in zagotavljanja zdravila. Pacientu lahko povzročijo resno škodo na zdravju in celo smrt. Ocenjujejo, da v ZDA napake na področju ravnanja z zdravili prizadenejo približno 1,3 milijona ljudi, kar letno stane skoraj odstotek celotnih izdatkov za zdravje na svetu (Santos, et al., 2019).

Ugotovitve študije, ki sta jo izvedla Karavasiliadou in Athanasakis (2014) kažejo, da so individualni in organizacijski dejavniki najpogosteje prisotni za možnost pojava neželenega dogodka pri ravnanju z zdravili, največkrat so to neustrezna pisna komunikacija, neustrezno shranjevanje zdravil ter previsoka delovna obremenitev. Prekinitve v procesu priprave in delitve zdravil in neustrezen prostor za pripravo zdravil prav tako pomembno vplivajo na pojav neželenih dogodkov (Johnson, et al., 2017).

Medicinske sestre so med ravnanjem z zdravili v 10 do 55 % prekinjane zaradi različnih vzrokov. Prekinitvev je začasna prekinitvev neke dejavnosti s predpostavko, da se bo kasneje nadaljevala in se največkrat konča z izgubo osredotočenosti na delo in/ali zamudo pri izvedbi naloge. Raziskava, ki so jo izvedle medicinske sestre, so ugotovile, da so medicinske sestre prekinjene 6,7-krat na uro med razdeljevanjem zdravil in 14-krat med pripravljavanjem zdravil. Po raziskavi so uvedli ukrepe za zmanjšanje nastanka napake pri razdeljevanju zdravil. Uvedli so začetno oceno pojava napak pri ravnanju z zdravili, označene cone za medicinsko sestro, ki pripravlja zdravila, posodobljen kontrolni seznam dajanja zdravil, navodila osebju, naj ne motijo tistih, ki pripravljajo zdravila, medicinske sestre so nosile označene brezrokavnike med razdeljevanjem zdravil. Po treh mesecih so beležili zelo dobre rezultate. Stopnja napak se je povečala z 1,68 na 2,88/1000 bolnišničnih dni, kar gre na račun povečane ozaveščenosti medicinskih sester pri javljanju napak (Forston & Tardiff, 2016; Yoder, 2012).

Kramar in Marinšek sta že 2010 raziskovali neskladnost pri razdeljevanju zdravil zaradi prekinitvev. Ugotovili sta, da se s prekinitvami med razdeljevanjem zdravil poveča možnost postopkovne napake za 12 do 13 %. Najpogostejši vzroki za prekinitvev medicinske sestre med razdeljevanjem zdravil so: motnje osebja (10,5 %), procesne nepravilnosti (26,5 %), nečitljiv predpis doze zdravil, iskanje dodatnih informacij (31,5 %), potrebe po neposredni zdravstveni negi pacientov (17,5 %) ter telefonski klici (14 %). Tudi v izbrani bolnišnici so takoj uvedli ukrepe za izboljšanje, kot so ureditev prostora za pripravo in razdeljevanje zdravil, ureditev ustreznih vozičkov, pripravili so kontrolne sezname, varnostni pogovori z vsem zdravstvenim timom, da naj ne motijo medicinskih sester, ki pripravljajo zdravila, prav tako so medicinske sestre med pripravljanjem in razdeljevanjem zdravil nosile označen brezrokavnik. V letu so po uvedbi vseh ukrepov zmanjšali motenje na manj kot 0,5 % (Kramar & Marinšek, 2010).

Eno pomembnih tveganj za nastanek napak je nečitljiv ali nepopoln predpis zdravila. V raziskavi so našli 51 % nečitljivih predpisov zdravila, med katerimi je bilo 71,6 % predpisov z manjkajočimi podatki. Podobna raziskava je pokazala, da so v 91,3 % uporabljali kratice in/ali okrajšave pri predpisovanju zdravil. Napake so se zgodile pri identifikaciji pacienta, npr. dva pacienta sta imela isto bolnišnično številko ali pa en pacient dve številki (Nute, 2014).

Vzroki za pojav odklonov pri ravnanju z zdravili so še:

- pomanjkanje znanja o zdravilih in veščin računanja doz zdravil,
- neupoštevanje standardov,
- preobremenjenost z delom,
- podobnost embalaž zdravil,
- utrujenost, stres, pomanjkanje koncentracije,
- pomanjkanje kadra,
- novo osebje in pomanjkanje nadzora nad njimi,
- zdravila ni na voljo.

Najpomembnejši ukrepi za zmanjšanje napak pri razdeljevanju zdravil so:

- ustna naročila za dajanje zdravil naj se ne izvajajo, če že pa le v nujnih situacijah;
- reorganizacija delovnih procesov in praks;
- razvoj orodij in tehnologij za podporo oblikovanju varnih sistemov;
- vključevanje vseh zainteresiranih strani (zdravniki, medicinske sestre, farmacevti);
- opolnomočenje pacientov in svojcev za aktivno sodelovanje pri odločitvah, povezanih z zdravljenjem z zdravili;
- sprejetje varnih praks, kot so ugotavljanje tveganja za nastanek alergij, ustrezna identifikacija z uporabo pacientove zapestnice, informatizacija dokumentacije, vključno s predpisom terapije;
- dvojno preverjanje pri zdravilih z visokim tveganjem, zdravstvena ustanova naj določi, za katera zdravila je potrebno dvojno preverjanje (Santos, et al., 2019).

Strategija obvladovanja tveganj na področju ravnanja z zdravili obsega prepoznavanje in poročanje neželenih dogodkov, analizo vzroka za dogodek ali skorajšnji dogodek ter ustrezno korektivno ukrepanje, ki vodi v preprečevanje nastanka podobnih dogodkov v prihodnje.

Praksa na tem področju pokaže, da je treba izboljšati poročanje neželenih dogodkov, ugotavljanje tveganj in sledenje uspešnosti korektivnim ukrepom.

Neželeni dogodki pri ravnanju z zdravili so grožnja, pred katero ni odporen sistem nobene bolnišnice. Aplikacija zdravil je ena najpomembnejših nalog izvajalcev zdravstvene in babiške nege, s katero se dnevno srečujejo. Zato je izrednega pomena, da imajo dovolj ustreznega znanja s tega področja. Poznati morajo delovanje, stranske učinke, način dajanja zdravil, znati morajo spremljati odziv pacienta na prejeta zdravila in mu pomagati pri njihovem jemanju.

Napaka pri predpisovanju zdravil ne osvobaja medicinske sestre odgovornosti za aplikacijo napačno predpisanega zdravila. Medicinska sestra ne sme »slepo« slediti tistemu, kar je predpisano. Če zdravnik naredi napako in predpiše toksično ali letalno dozo zdravila, medicinska sestra tega zdravila ne sme aplicirati, če je ugotovila napako.

Čeprav človeški dejavnik pri napakah ne more biti povsem eliminiran, pogoji, v katerih medicinske sestre delajo, se lahko spremenijo, se verjetnost, da pride do napak, zmanjša. Ključni elementi za preprečevanje napak pri aplikaciji zdravil so: pravilna komunikacija v multidisciplinarnem okolju, zavedanje napak, poročanje in pogovarjanje o napakah, pospeševanje raziskav o varnosti pacientov ter razvoj smernic in standardov za ravnanje z zdravili.

Zavedati se moramo, da morajo medicinske sestre prevzeti odgovornost za storjene napake, vendar moramo pri tem izhajati iz spoznanj, da so tudi sistemske napake in človeški dejavniki pomemben del teh napak. Še posebej, če izvajalec zdravstvene dejavnosti ne deluje v skladu z zagotavljanjem varnosti, strokovnimi smernicami in kompetencami, kjer je natančno opredeljeno, na kakšen način, kako, zakaj in kdo izvede posamezno fazo ravnanja z zdravili.

V raziskavah v slovenskih bolnišnicah je bilo ugotovljeno, da na dajanje zdravil vplivajo številni organizacijski in individualni dejavniki, predvsem kadrovski, slabi delovni procesi in slaba komunikacija ter znanje. Tudi poročanje o odklonih je pomanjkljivo, predvsem zaradi strahu pred posledicami, kar govori o šibki kulturi varnosti. Največji vpliv na izboljšanje varnosti pacientov ima kultura varnosti v zdravstvenih ustanovah.

Izvajanje varne in visokokakovostne zdravstvene in babiške nege vsem izvajalcem zagotovo predstavlja izziv in pomemben element profesionalnega zadovoljstva na delovnem mestu.

16 Literatura in viri:

American Accreditation Commission International, 2017. International Accreditation Standards for Healthcare Organizations, AACI, Version 4.3. Asheville: American Accreditation Commission.

American Nurses Association, 2011. National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI). (2011). National database of nursing quality indicators-NDNQI: Taking your quality improvement data to the national level [PowerPoint slides]. Dosegljivo na: <https://www.nursingquality.org/documents/public/NDNQI%20Info.pps>

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2009. Surveys on Patient Safety Culture (sops). User Network, pp. 1–6.

American Nurses Association. Peer Review Guidelines, 1988.

Balažič, J., Korošec, D., Novak, B. et al., 2009. Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP) s komentarjem, GV založba.

Batalden, P.B. & Davidoff, F., 2007. What is «quality improvement» and it transform healthcare? *Qual Ssaf Health Care*, 16, pp. 2–3.

Berginc Dolenšek, A., Hajnrih, B., Hindle, D., Kadivec, S., Kersnik, J., Kramar, Z. et al., 2005. Klinične poti – od oblikovanja do uvajanja: osnutek priročnika. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2005.

Čelofiga, A. & Koprivšek, J., 2018. Osnove deeskalacijskih tehnik- priročnik za učenje in trening, Združenja psihiatrov pri SZD.

D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, JF., San Martin-Rodriguez, L. & Pineault, R., 2008. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*.

Dobnik, M. in Lorber, M., 2011. Medsebojni odnosi in pripadnost v zdravstveni negi. V: Skela Savič, B., et al. (ur.). Na dokazih podprta zdravstvena obravnava - priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, str. 229-38.

Domajnko, B., Kvas, A., Štrancar, K., Bojc, N. & Pahor, M., 2006. Živeta interprofesionalna razmerja: kvalitativni pogled. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljševanje kakovosti. Kvas, A., Pahor, M., Klemenc, D. & Šmitek J., uredniki, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 235-259.

Donabedian, A., 1980. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Volume 1. Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.

Donabedian, A., 1992. The Role of Outcomes in Quality Assessment and Assurance [https://doi.org/10.1016/S0097-5990\(16\)30560-7](https://doi.org/10.1016/S0097-5990(16)30560-7)

Donabedian, A. 1998. The Quality of Care How can it be assessed? *JAMA*, 260 (12), 1743-1748, pp. 1742-1748.

Dotan, D. B. & Koski, K. J., 2017. How Predictive Analytics Will Prevent the Cost of Harm: A Practical Approach for Hospital Management Systems. Pegwin, pp. 1-10.

DNV GL, 2012. DNV Standard, DNV-DS-HC401, Standard for Maniging Infection Risk, april 2012, Version 1.0. s.l.: DNV GL.

Entwistle, F., 2011. What makes a good handover? *Nursing Times*. Available at: <https://www.nursingtimes.net/students/what-makes-a-good-handover/5038664.article> (4. 1. 2021).

European Network on Patient Empowerment, 2012. Patient empowerment-living with chronic disease. Available at: <https://www.careum.ch/dokumente/20181/68311/Paper+patient+Empowerment+Enope+Congress+2012/13764448-46d3-442e-ad13-5b6f9e1ef8ca> (4.1.2021).

Forston, C. & Tardiff, M., 2016. Keep your distance! Preventing distractions to reduce medication errors. *Kentucky Nurse*, 64(1), p. 5.

Geršak, K., Fras, Z. & Rems, M., 2016. Ali vemo kaj je dobra klinična smernica? *Zdrav Vestn*, 85, pp. 6–14.

Gomboc, Z., 2012. Sistem vodenja kakovosti v Splošni bolnišnici Murska Sobota. Uvajanje novo zaposlenih (interni akt).

Grönroos, C., 1984. A Service Quality Model and its Marketing Implications. *European Journal of Marketing*, 18 (4), pp. 36–44.

Hajdinjak, A. & Meglič, R., 2017. *Sodobna zdravstvena nega*. 2. dopolnjena izd., ponatis. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, 2017.

Hajdinjak, A. & Meglič, R., 2001. Pomen standardov v sodobni zdravstveni negi. *Obzor Zdr N*, 35, pp. 29-35.

Hajnrih, B., Kadivec, S., Kramar, Z., Marušič, D., Mate, T., Poldrugovac, M., Prevolnik Rupel, V., Simčič, B. & Yazbeck A.M., 2009. *Priročnik za oblikovanje kliničnih poti*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Hopkins, P., 2010. *Fundamentals of Risk Management: Understanding, evaluating and implementing effective Risk Management* – Second edition. London, Kogan Page Limited.

Institute for Healthcare Improvement. 2009. *Effective Interventions to Reduce Rehospitalizations: A Survey of the Published Evidence* Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.

Institute of Medicine, 1999. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press.

Institute of Medicine, 2001, *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.

International. DNV GL, 2017. DNV GL standard, DNV-DS-HC102, Standard, Interpretive Guidelines and Surveyor Guidance, Januar 2017, Version 4.0. s. l.: DNV GL.

ISO 31000 Risk Management; Institute of Risk Management, <http://www.best-practice.com/risk-management-best-practices/risk-management-standards/iso-31000-risk-management/>

ISO/IEC 31010, ON Regel 49000-49003, Risk management; Risk management standard AS/NZS 4360:1999.

Ivanc, B., 2013. Poredbenopravni vidici akreditiranja zdravstvenih ustanov = Comparative legal aspects of accreditation of the health care providers. In: Cerjan S (ed.). VI. kongres pravnika u zdravstvu s međunarodnim sudjelovanjem, Makarska, 03. - 05. listopada 2013. godine, (Aktualna pravna problematika u zdravstvu, ISSN1847-7739, 2013). Varaždin: Udruga pravnika u zdravstvu. 52–65. [COBISS.SI-ID 4612715].

Johnson, M., Sanchez, P., Langdon, R., Manias, E., Levett-Jones, T., Weidemann, G., et al., 2017. The impact of interruptions on medication errors in hospitals: an observational study of nurses (abstract). *Journal of nursing management*. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28544351> [1. 6. 2017].

Kadivec, S., Bregar, B., Buček Hajdarevič, I., Černivec, J., Horvat, M. & Klemenc, D. et al., 2011. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v zdravstvenem varstvu v RS za obdobje 2011–2020. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Karavasiliadou, S. & Athanasakis, E., 2014. An inside look into the factors contributing to medication errors in the clinical nursing practice. *Health Science Journal*, 8(1), pp. 32-44.

Kersnik, J., 2010. Kakovost v zdravstvu. Dostopno na: <http://www.drmed.org/index.php?k=14&n=723>

Kiauta, M., Poldrugovac, M., Rems, M., Robida, A. & Simčič, B., 2010. Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010-2015). Ljubljana, Slovenija: Ministrstvo za zdravje.

Marusic, D., 2010. In: Kiauta, et al., *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010-2015)*. Ljubljana, Slovenija: Ministrstvo za zdravje.

Ministrstvo za zdravje, 2010. Konceptualni okvir za mednarodno klasifikacijo za varnost pacientov., Ljubljana: Prosunt.

Košćak Tivadar, B. & Filej, B., 2015. Empowerment of the patient to increase healthcare treatment quality. In: H. Čolković, ed. Prvi mednarodni kongres fizioterapevtov Bosne in Hercegovine: konferenčni zbornik, Mostar, 5.-7. junij 2015. Mostar: Zbornica fizioterapevtov Bosne in Hercegovine, pp. 23–29.

Košnik, M. & Blažun, A., 2012. NIAHO in ISO9001v bolnišnicah: predstavitev izkušenj v Kliniki Golnik, Standarda NIAHO in ISO 9001 kot orodji vodenja. Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, zbornik Predavanj. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. pp. 1–4.

Kramar, Z., & Marinšek, N., 2008. Varnostne vizite in razgovori o varnosti pomemben element pri zagotavljanju varnosti bolnikov. In: Z. Kramar, & A. Kraigher, eds., *Dejstvo za kakovost: zbornik predavanj, 2. strokovni seminar Dnevi Angele Boškin, Bled, 10. in 11. april 2008*. Jesenice, Slovenija: Splošna bolnišnica, pp. 80–84.

Kramar, Z. & Marinšek, N., 2010. Neskladnost pri razdeljevanju zdravil zaradi prekinitve. In: B. Skela Savič, ed. *Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi – na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege: 3. mednarodna znanstvena konferenca, 16.-17. september 2010*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 153–161.

Kramar, Z., 2009. Timska predaja pacienta in posvet po viziti sta pomembna elementa osredotočenja na pacienta. In: Z. Kramar, ed. *7 kongres zdravstvene in babiške nege »Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč«*. Ljubljana, 11.–13. maj 2009. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice.

Kramar, Z., 2010a. Varnostne vizite in pogovori o varnosti pomemben element pri zagotavljanju varnosti bolnikov. In :Z. Kramar, & A. Kraigher, eds., *Učimo se varnosti od najboljših: prikaz dobrih praks: strokovni seminar: zbornik predavanj / 3. dnevi Angele Boškin, Gozd Martuljek, 22. in 23. 4. 2010*. Jesenice, Slovenija: Splošna bolnišnica, Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 121–127.

Kramar, Z., 2010b. Notranja presoja/hadzor - pomemben element izboljšanja kakovosti v zdravstveni negi. In: M. Pajnkhiher, et al., eds. *Gradimo učinkovito in zmogljivo zdravstveno nego: zbornik predavanj 1. mednarodne znanstvene konference društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor, Maribor, 03. in 04. junij 2010* Maribor, Slovenija: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Ljubljana, Slovenija: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 145-150.

Kramar, Z., 2010c. Varnostne vizite in pogovori o varnosti pomemben element pri zagotavljanju varnosti bolnikov. V Z. Kramar, & A. Kraigher (Ured.), *Učimo se varnosti od najboljših: prikaz dobrih praks: strokovni seminar: zbornik predavanj / 3. dnevi Angele Boškin, Gozd Martuljek, 22. in 23. 4. 2010.* (str. 121–127). Jesenice, Slovenija: Splošna bolnišnica, Visoka šola za zdravstveno nego.

Kramar, Z., 2014. *Spremembe zaznavanja kulture varnosti pacientov v Splošni bolnišnici Jesenice: magistrsko delo.* Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Kramar, Z., 2016. Zagotavljanje varnosti in kakovosti v pediatrični zdravstveni negi. *Slov Pediatr*, 23: 103–112.

Kramar, Z., Ažman, M. & Vojnovič, A., 2018. Strokovni nadzori s svetovanjem kot del javnega pooblastila Zbornice – Zveze v procesu zagotavljanja kakovosti in varnosti zdravstvene in babiške nege. In B. Gunčar, G. Žargi, eds. *Skupaj rastemo s kakovostjo: zbornik referatov / 27. letna konferenca SZKO, 8. in 9. november 2018, Portorož, Slovenija: Slovensko združenje za kakovost in odličnost, 2018, pp. 208–214.*

Krešič, V., 2013. Komunikacija u sestrinstvu- međuljudski odnosi zdravstvenih djelatnika. *Sestrinski glasnik*, 2013, pp.41-43

Kreže, T., 2008. *Standardizacija in kakovost.* Maribor: Fakulteta za strojništvo. p. 55.

Kymre, K., 2012. Validity of the patient safety climate items from the RN4CAST survey compared with the SAQ. Internal consistency, concurrent validity and inter-rater reliability. Master thesis. Oslo: The faculty of medicine, Department of health management and health economics. Dostopno na: <https://pdfs.semanticscholar.org/a6ca/d0279270be6f3fb97a5b371424bc1a609907.pdf> (13.10.2021).

Luksemburška deklaracija, 5. april 2005, Svet EU - odbor ministrov - Priporočilo Rec (2006) 7, Priporočila Sveta 9. junij 2009.

Leape, L. L., Woods, D. D., Hatlie, M. J., Kizer, K. W., Schoeder, S. A., & Lundberg, G. D., 1998. Promoting patient safety by preventing medical error. *JAMA: the Journal of American Medical Association*, 280, pp. 1444–1447.

Leva, K. & Pahor, M., 2013. Sodelovanje med poklicnimi skupinami v zdravstvenih timih radiološkega oddelka in kirurške ambulante pri obravnavi urgentnega pacienta. Izvirni znanstveni članek, 30(2), p. 20. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2006. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. (1. izd.). Ljubljana. p. 39.

Ministrstvo za zdravje, 2016a. Okvirna izhodišča za Zakon o kakovosti in varnosti v zdravstvu – javna razprava.

Ministrstvo za zdravje, 2016b. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016-2025 »Skupaj za družbo zdravja« (ReNPZV16-25), Ur L RS št. 25/2016. Dostopno na: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2016-01-0999?sop=2016-01-0999>. (13.10.2021).

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2017a. Vodenje kakovosti in akreditacije. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/zdravstveno_varstvo/kakovost_in_varnost/vodenje_kakovosti_in_akreditacije/ (12.12.2020).

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenija, 2017b. Model vzpostavitve sistema akreditacije zdravstvenih ustanov v Sloveniji. Ljubljana, Ministrstvo za zdravje.

Mrakar, J., & Pleterski Rigler, D., 2011. Vpliv izobraževanja zaposlenih na razvoj varnostne kulture v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana. In: Z. Kramar, B. Skela Savič, et al., eds., *Varnost - rdeča nit celostne obravnave pacientov : strokovno srečanje : zbornik prispevkov / 4. dnevi Angele Boškin, Gozd Martuljek, 07. in 08. april, 2011.* Jesenice, Slovenija: Splošna bolnišnica, Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 38–44.

Mumel, D., 2008. Komuniciranje v poslovnem okolju. Maribor: De Vesta.

Možina, S., et al., 2004. Poslovno komuniciranje evropske razsežnosti. 2.dopolnjena izdaja. Obzorja, Maribor.

Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010-2015). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2010. Dosegljivo na: Nacionalna_strategija_kakovosti_in_varnosti_v_zdravstvu_2010-2015.pdf (gov.si)[14.10.2021].

National Patient Safety Agency, 2009. Safety in doses. Improving the use of medicines in the NHS. Learning from national reporting 2007. London: NPSA.

NHS Institute for Innovation and Improvement, 2013. Quality and Service Improvement Tools. SBAR - Situation - Background - Assessment - Recommendation. NHS Institute for Innovation and Improvement, 2008. http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools/quality_and_service_improvement_tools/sbar_-_situation_-_background_-_assessment_-_recommendation.html (14.10.2021).

Nute, C., 2014. Reducing medication errors. *Nursing Standards*, 29(12), pp. 45–51.

Ovijač, D., 2007. Medpoklicno sodelovanje medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in zdravnikov, Magistrsko delo.

Ovijač, D., 2012. Medpoklicno sodelovanje in etika v zdravstvu. *Obzorje Zdrav Neg*, 46(4), pp.297–301.

Pahor, M., 2006. Sodelovanje v zdravstvu kot predmet preišljevanja, pojasnjevanja in ukrepanja. In: Kvas A, Pahor M, Klemenc D, Šmitek J, eds. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti: zbornik z recenzijo. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.

Pahor, M. 2014. medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih. V Zavezniki za zdravje: medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih, ur. Majda Pahor, Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.

Parker, D., Mathew, L., & Hudson, P., 2006. A framework for understanding the development of organizational Safety Culture. *Safety Science*, 44, pp. 551–562.

Parry, J., 2011. Improving Clinical Communication Using SBAR. [pdf] 1000 Lives Plus Available at: <http://www.1000livesplus.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/1011/T4%20%283%29%20SBAR.pdf> [4.1. 2021].

Piskar, F. & Dolinšek, S., 2006. Učinki standarda kakovosti ISO: od managementa kakovosti do poslovnega modela. Koper: Fakulteta za management, pp. 164–166.

Pribaković Brinovec, R., Masten-Cuznar, O., Ivanuša, M., Leskošek, B., Pajntar, M., Poldrugovac, M. et al., 2010. *Priročnik o kazalnikih kakovosti*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. pp. 64–196.

Pravilnik o izvajanju strokovnega nadzora s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege. Uradni list republike Slovenije št. 3/2016.

Pronovost, P. J., Berenholtz, S. M., Goeschel, C. A., Needham, D. M., Sexton, J. B., Thompson, D. A., & et al., 2006. Creating High Reliability in Health Care Organizations. *Health Services Research*, 41, pp. 1599–1617.

Priporočila in vodila za izvajanje strokovnih nadzorov s svetovanjem v zdravstveni in babiški negi Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Avgust 2018.

Rakovec Felser, Z., 2014. Bolnikovo sodelovanje med zdravljenjem. V: Kvas, A.,Sima, Đ., Požun,P., Lokajner,G., Kobentar, R. (ured.), Zbornik prispevkov 15.simpozija z mednarodno udeležbo: Prenos informacij v zdravstveni in babiški negi. Ljubljana, Slovenija: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, p. 55.

Reason, J., 1990. *Human Error*. Cambridge: University Press, Cambridge.

Reason, J., 1997. *Managing the Risk of Organizational Accidents*. Aldershot, Velika Britanija: Ashgate.

Reason, J., 2005. Safety in the operating theatre – Part 2: Human error and organisational failure. *Quality & safety in health care*, 14, pp. 56–61.

Rems, M., 2008. Kam nas usmerjajo kazalniki kakovosti?. In: Z. Kramar, & A. Kraigher (Ured.), *Dejstvo za kakovost: zbornik predavanj, 2. strokovni seminar Dnevi Angele Boškin, Bled, 10. in 11. april 2008*, (Jesenice, Slovenija: Splošna bolnišnica, pp. 29–34.

Rems, M., 2012. Motiti se, je človeško. Kje je mesto za kakovost? Višji standard v sterilizaciji - višja varnost: sterilizacija, srce bolnišnice .In: A. Žagar, zbornik predavanj, Ptuj, 12. in 13. april 2012 / Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v sterilizaciji, pp. 8–12.

Rems, M., 2013. Akreditacija: mit ali dejstvo? Dostopno na: <http://www.planetgv.si/clanki/akreditacija-mit-dejstvo> (14.10. 2021).

Robida, A., 2004. Opozorilni nevarni dogodki: kakovost v zdravstvu. *Zdravniški Vestnik*, 73(9), pp. 681–687.

Robida A., 2009. Pot do odlične zdravstvene prakse: vodnik za izboljšanje kakovosti in presoje lastne prakse. Ljubljana, Slovenija: GV Planet, pp. 24–51.

Robida, A., 2010. Varnostni zaplet pri pacientu - nova znanost, stara praksa. V J. Reberšek Gorišek & S. Kraljič, eds., *Odgovornost v zdravstvu – 19. posvetovanje - Medicina in pravo*, Maribor, 26. in 27. marec 2010. Maribor, Slovenija: Univerzitetni klinični center, pp. 18–25.

Robida, A., 2011. Kako priti do večje varnosti pacientov? V Z. Kramar, B. Skela Savič, & et al., eds, *Varnost – rdeča nit celostne obravnave pacientov – 4. dnevi Angele Boškin: strokovno srečanje*. Gozd Martuljek, 7. – 8. April 2011. Jesenice, Slovenija: Splošna bolnišnica, Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 26-32.

Robida, A., 2012a. *Kriminalizacija človeških napak v zdravstvu - Rešitev ali poguba za paciente*. Ljubljana: Prosunt.

Robida, A., 2012b. Odkloni, napake, kultura obtoževanja in pravična kultura. V M. Bahun, Z. Kramar, B. Skela Savič (ured.). *Trajnostni razvoj na področju kakovosti in varnosti – povezava med akreditacijo in varno ter kakovostno obravnavo pacientov - 5. dnevi Angele Boškin: Strokovno srečanje*. Kranjska Gora, 20. in 21. september 2012, Jesenice, Slovenija: Splošna bolnišnica, Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 40-46.

Robida, A., 2013. Napake pri zdravstveni obravnavi pacientov: sistematična analiza globljih vzrokov napak in njihovo preprečevanje: priročnik: Root cause analysis RCA / Andrej Robida. – 1. izd. Bled : Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave, Prosunt, pp. 114. Robida, A., Poldrugovac, M., Kramar, Z., Senčar, M. & Simčič, B., 2015. Teze za zakon o kakovosti zdravstvene obravnave, varnosti pacientov in osredotočanju na paciente in njihove svojce. Nacionalna mreža NVO s področja javnega zdravja 25 x 25. Dostopno na: http://ss1.spletnik.si/4_4/000/000/45e/f63/Teze--za--zakon-o-kakovosti-zdravstvene-obravnave-Sprejeto-.pdf (14.10.2021).

Robida, A., Grabar, D. & Simčič, B., 2020. Osnove kakovosti in varnosti v zdravstvu. Ministrstvo za zdravje, Republika Slovenija.

Rockville, MD. 2021. What Is Patient Experience? Agency for Healthcare Research and Quality. Dosegljivo: <https://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/patient-experience/index.html>

encRooney, A., & van Ostenberg, PR., 1999. Definitions of licensure, accreditation, and certification. In: Quality assurance project: licensure, accreditation, and certification. Bethesda: Center for human services, p. 3.

Rožman, J., & Robida, A., 2014. Izboljšave procesov v zdravstvu na znanstvenih osnovah s statistično kontrolo procesov. *Zdrav Vest*, 83, pp 18-27. Dostopno na: <http://vestnik.szd.si/index.php/ZdravVest/article/view/1072/869> [08.10.2021]

Santos, P. R., Rossi Rocha, F. L. & Sampaio, C. S., 2019. Actions for safety in the prescription, use and administration of medications in emergency care units. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40(esp), e20180347. Available at: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40nspe/en_1983-1447-rgenf-40-spe-e20180347.pdf [14.10.2021].

Slovenski inštitut za standardizacijo, 2008. SIST EN ISO 9001:2008. Quality management systems– Requirements; Sistemi vodenja kakovosti – Zahteve. Ljubljana: Slovenski inštitut za standardizacijo.

Slovenski inštitut za standardizacijo., 2015. Slovenski standard SIST EN ISO/IEC 17021-1.

Ministrstvo za zdravje, 2003. Slovenski priročnik za smernice. Ljubljana; 2003. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Svet Evrope, 2006. *Priporočilo Odbora ministrov državam članicam o ravnanju z varnostjo pacientov in preprečevanju neželenih dogodkov v zdravstvu*. Strasbourg, Francija: Svet Evrope.

Simčič, B., Poldrugovac, M. & Marušič, D. 2011. Kazalniki kakovosti in akreditacija kot orodja za vodenje. *Bilt – Ekon Organ Inform Zdrav*, ; 27(1), pp.29-49.

Škrabec, J., 2009. Odličnost vodenja kot naložba za prihodnost. In: Z. Lekič, G. Žargi, & A. Trebar, eds., *Kakovost ustvarja razliko: zbornik referatov / Slovensko združenje za kakovost in odličnost*, 18. letna konferenca, Bernardin, 12. in 13. november 2009. Ljubljana, Slovenija: Slovensko združenje za kakovost in odličnost.

Štandeker, N., 2012. *Certifikati kakovosti v bolnišnicah*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede. Magistrsko delo.

Štraus, P., 2017. Poškodba pri delu ali neprevidno delo. *Bolje*, 26, pp. 42–43.

Tomšič, B., Tomšič, J. & Tomšič, J., 2015. Sistem vodenja kakovosti v storitvenih organizacijah zdravstvenega varstva. *Revija za univerzalno odličnost*, 4(3), pp. A31–A46.

Tušar, S., 2010. Učenje skozi obravnavo opozorilnih nevarnih dogodkov. In: Z. Kramar, & A. Kraigher, eds., *Učimo se varnosti od najboljših: prikaz dobrih praks: strokovni seminar: zbornik predavanj / 3. dnevi Angele Boškin, Gozd Martuljek*, 22. in 23. 4. 2010. Jesenice, Slovenija: Splošna bolnišnica, Višoka šola za zdravstveno nego, pp. 121–127.

Ule, M. 2005. *Psihologija komuniciranja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Ustava Republike Slovenije, Ur L RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121, 140, 143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90, 97, 99 in 75/16 – UZ70a

Vincent, C., 2010. *Patient Safety* (2. izd.). Chichester, Velika Britanija: Wiley-Blackwell.

Zaletel, M., 2014. Pomen kliničnih smernic v zdravstveni negi. Zaletel/ Rehabilitacija letnik XIII, supplement 1. Ljubljana: Univerza v Ljubljani: Zdravstvena fakulteta.

Zakon o varstvu in zdravju pri delu (ZVZD-1), 2011. Uradni list Republike Slovenije št. 43.

ZDR – Zakon o delovnih razmerjih, Ur L RS 21/13, 78/13 – popr. 47/15 – ZZSDT, 33/16 – PZ-F, 52/16, 15/17 – odl. US in 22/19 – ZposS.

ZPacP – Zakon o pacientovih pravicah, Ur L RS, št. 15/08 in 55/17.

ZZDej-K – Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti, Ur L RS, št. 64/17.

Weaver, SJ., Lubomski, LH., Wilson, RF., Pfoh, ER., Martinez, KA. & Sydney, M., 2013. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy. *Ann Intern Med*, 158, pp. 369-374.

Werner, N.E., Nelson, E.T. & Boehm-Davis, D.A., 2012. Human factors methods to reduce medication error: using task analysis in a pediatric and adult pharmacy. *Work*, 4(1), S 5665– S5667.

Yoder, M., 2012. The effect of a safe zone on nurse distractions, interruptions and medication administration errors. *Western Journal of Nursing Research*, 34(8), pp. 1068–1069.

