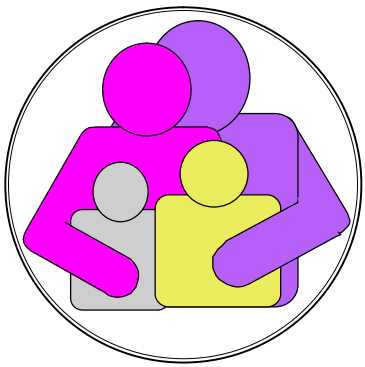
KAKOVOST

V

ZDRAVSTVU

Drugi natis



Janko KERSNIK

LJUBLJANA, 2010

ZDRUŽENJE ZDRAVNIKOV DRUŽINSKE MEDICINE - SZD

Zbirka **PIP** - PRAVOČASNO IN PRAVILNO

KAKOVOST V ZDRAVSTVU

Zbirka **PiP**

Drugi natis

Izdalo in založilo
Združenje zdravnikov družinske medicine SZD

Pisec
Janko Kersnik

Jezikovni pregled
Zdenka Kersnik

Recenzenti prvega natisa
prof. dr. Jurij Šorli, dr. med.
prof. dr. Stanislav Primožič, mr. ph.
prof. dr. Igor Švab, dr. med.

Oblikovanje, računalniške risbe in urejanje
Janko Kersnik

Tisk prvega natisa
Tiskarna in knjigoveznica Radovljica

Copyright© Združenja zdravnikov družinske medicine SZD, 2010

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

614.2:005.336.3(0.034.2)

KERSNIK, Janko, 1960-
Kakovost v zdravstvu [Elektronski vir] / Janko Kersnik. - 2. natis. - Ljubljana : Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2010. - (Zbirka PiP : pravočasno in pravilno)
Način dostopa (URL): http://www.drmed.org/index.php?k=14&n=723

ISBN 978-961-6526-32-6

249492992

KAZALO

PREDGOVOR K DRUGI IZDAJI 5

SPREMNA BESEDA K PRVI IZDAJI 1998 6

UVOD K PRIV IZDAJI – KAKOVOST V ZDRAVSTVU 7

I. del

NAČELA KAKOVOSTI 12

KAKOVOST OSKRBE 14
STOPNJE IZBOLJŠEVANJA KAKOVOSTI 45
SOOBLIKOVALCI KAKOVOSTI 61
RAVNI IZBOLJŠEVANJA KAKOVOSTI ZDRAVSTVENE OSKRBE 71
OBLIKE SISTEMATIČNEGA IZBOLJŠEVANJA KAKOVOSTI 79

II. del

SISTEM KAKOVOSTI 92

VZPOSTAVITEV IN VZDRŽEVANJE SISTEMA KAKOVOSTI 94
PRESOJA KAKOVOSTI 112
CELOVITO OBVLADOVANJE KAKOVOSTI 127

III. del

NAČINI IZBOLJŠEVANJA KAKOVOSTI 136

PODATKOVNO PODPRTO IZBOLJŠEVANJE KAKOVOSTI 138
ZGLEDOVANJE 143
ANALIZA IZJEMNIH DOGODKOV (AID) 152
KROŽEK KAKOVOSTI 171
SAMOOCENJEVANJE KAKOVOSTI 182

IV. del

DODATEK 189

UPORABA SMERNIC 191

ZDRAVSTVENI KARTON IN KAKOVOST 208
VKLJUČEVANJE BOLNIKOV 215
OBVLADOVANJE SPREMEMB 241
IZOBRAŽEVANJE ZA KAKOVOST 267

SLOVENSKO-ANGLEŠKI SLOVAR 285
ANGLEŠKO-SLOVENSKI SLOVAR 395

PREDGOVOR K DRUGI IZDAJI

Minilo je dobro desetletje, v katerem smo dobili oddelke za kakovost na Ministrstvu za zdravje, nekateri zavodi so dobili ISO certifikate, Zdravniška zbornica Slovenije se koplje v težkih in banalnih pritožbah naših bolnikov, dobili smo Zakon o »pacientovih« pravicah, ker očitno bolniki za zdravstveno politiko niso dovolj dobri, v medijih poslušamo o razvpitih primerih domnevnih napak v zdravstveni dejavnosti, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije s pomočjo Ministrstva za zdravje in Vlade RS kroji zdravstveno politiko po svoje, nov Zakon o zdravstveni dejavnosti je pred vrati, spotikali smo se ob različne projekte prenove sistema zdravstvenega varstva, različni profili so se bolj ali manj uspešno pozicionirali v njem, karavana gre dalje, naj še enkrat spregovori priročnik o kakovosti, ki naj bi po logiki stvari po toliko letih ne sodil več na police, pa je v svojih temeljnih osnovah še vedno aktualen. Da bi bil laže dostopen vsem entuziastom, bo tokrat na razpolago prosto dostopen zgolj v elektronski obliki. Napoved o odločilnosti izboljševanja kakovosti v vsakdanjiku našega zdravstva se v tem desetletju niso uresničile, zato upajmo, da se bodo v naslednjem.

V prenovljeni izdaji sta izraza smernice in standardi uporabljena v skladu z dogovorom o njuni uporabi, ki je nastal v zadnjem desetletju.

V Kranjski Gori, 15. 1. 2010

Janko Kersnik

SPREMNA BESEDA K PRVI IZDAJI 1998

Koncept kakovosti v splošni medicini se je začel pojavljati kot odgovor na krizo zdravstva. Zelo hitro so o kakovosti začeli govoriti v krogih zdravstvene politike vodilni v zdravstvenih ustanovah, plačniki, zaposleni in bolniki. Kmalu je postalo jasno, da pod pojmom "kakovost" vsak razume nekaj drugega, nekaj takega, kar je zanj najbolj sprejemljivo. Prihajalo je do prvih nesporazumov, ki so v veliki meri prisotni še danes. Ideja o kakovosti v zdravstvu je v Slovenijo prišla v začetku devetdesetih let hkrati s spremembami v zdravstvenem sistemu, in prva leta kažejo, da so jo slovenski zdravniki dobro sprejeli. Žal pa je bilo do pred kratkim strokovne literature s tega področja malo. Množica člankov v slovenski strokovni periodiki, vsak na svoj način in s svojega vidika, pojasnjuje kakovost ali njene posamezne vidike. Že bežnemu bralcu je postalo kmalu jasno, da gre za koncept, ki ga lahko uporabimo marsikje. Tako je pretila nevarnost, da postane kakovost v zdravstvu le moderen slogan, uporaben za zdravstveno politiko, za govore takrat, ko hočemo povedati nekaj, kar naj bi vsi sprejemali, tako kot sprejemamo vse, kar prinašajo spremembe v slovenskem zdravstvu.

Znotraj zdravstva so predstavniki družinske medicine posebej izstopali po številu objavljenih člankov s tega področja. Prispevki so se pojavljali v Zdravniškem vestniku, Zdravstvenem varstvu in Isisu, izšla je tudi posebna publikacija o kakovosti, namenjena udeležencem učnih delavnic. Knjiga "Kakovost v splošni medicini" gre še za korak dlje. Je namreč poizkus sistematičnega prikaza kakovosti v vseh svojih elementih na področju družinske medicine. Knjiga je razdeljena na tri osnovne dele: načela kakovosti, sistem kakovosti in načine izboljševanja kakovosti. Zadnji, četrti del, je dodatek, v katerem so predelave nekaterih prejšnjih prispevkov (npr. zdravstveni karton in kakovost). Posebno pohvalno je, da se je avtor potrudil izdelati angleško-slovenski in slovensko-angleški slovarček izrazov s tega področja, kar bo zanesljivo pripomoglo k obogatitvi slovenskega izrazoslovja.

Gre torej za knjigo, ki bo izjemno pomembna obogatitev slovenske strokovne publicistike s področja tako kakovosti kot družinske medicine. Prav bo prišla ne samo zdravnikom družinske medicine, temveč tudi študentom in specializantom kot študijsko gradivo, načrtovalcem zdravstvene politike na vseh ravneh pa kot dodatna strokovna literatura.

Prof. dr. Igor Švab, dr. med., višji svetnik

UVOD K PRVI IZDAJI

KAKOVOST V ZDRAVSTVU

Čez desetletje ali dve kakovost ne bo samo nekaj, kar je "in", ampak bo odločala o tem, da kdor ne bo "in", bo v zdravstvu "out".

Kakovost je beseda, ki jo vedno pogosteje slišimo. Uporablja se v različnih sopomenih. Najbolj pogosto jo rabimo kot obliž za krizo sistemov zdravstvenega varstva. O kakovosti govorijo v krogih zdravstvene politike, vodilni v zdravstvenih ustanovah, plačnik zdravstvenih storitev, zaposleni v zdravstvu in tudi bolniki, oziroma potencialni bolniki (glej ⇒ Kakovost oskrbe, glej ⇒ Sooblikovalci kakovosti, glej ⇒ Ravni izboljševanja kakovosti). Začel se je pravi lov na strokovne napake in kar naprej slišimo zahteve po izboljšanju kakovosti. Politiki želijo ohraniti visoko raven kakovosti sistema zdravstvenega varstva ob hkratnem obvladovanju stroškov, vodilni želijo izboljšati svoje poslovanje in zaposleni želijo izboljšati svoje delo ter za svoje delo dobiti boljše plačilo. Bolniki pričakujejo stalno dostopnost in čim večjo dosegljivost zdravstvene službe z minimalno lastno udeležbo pri stroških zdravstvenega varstva. Hkrati želijo biti seznanjeni z možnostmi zdravljenja in dejavno sodelovati pri izbiri izvajalcev ter postopkov oskrbe. Od zaposlenih v zdravstvu pričakujejo prijaznost, toplino in razumevanje za svoje stiske (glej ⇒ Vključevanje bolnikov).

Zamisel o stalnem izboljševanju kakovosti izhaja iz proizvodnih organizacij, ki se soočajo z ostro konkurenco globalnega mednarodnega trga. Za večino je rešitev predvsem v neprestanem izboljševanju kakovosti svojih izdelkov in storitev (glej ⇒ Kakovost oskrbe). Zamisel o kakovosti v medicini nas vznemirja in plaši obenem. Plaši nas predvsem zato, ker od nas zahteva ocenjevanje lastnega dela in spremembe vedenja. Vsako izboljševanje kakovosti zahteva spremembe. Spremembe zadevajo predvsem slog dela izvajalcev. Človek se sprememb načeloma otepa, ker zahtevajo prilagajanje in prinašajo negotovost, zato mora biti izboljševanje kakovosti sistematično in upoštevati probleme, ki se pojavljajo pri vpeljevanju sprememb. Prav poudarek spremembam daje izboljševanju kakovosti globlje razsežnosti (glej ⇒ Obvladovanje sprememb). Nadzor kakovosti, ocenjevanje kakovosti in zagotavljanje kakovosti so dejavnosti, ki same zase prinašajo le malo k želenim spremembam na bolje. Z vključitvijo v sistem kakovosti pa lahko pomembno prispevajo k celovitemu obvladovanju kakovosti (glej ⇒

Celovito obvladovanje kakovosti, glej ⇒ Vzpostavitev in vzdrževanje sistema kakovosti).

Na kakovost v medicini smo navadno gledali z očmi detektiva, ki odkriva občasna, izjemna in huda odstopanja v oskrbi naših bolnikov. Krivdo smo iskali pri zdravniku ali pa jo prevalili na sistem zdravstvenega varstva. Izboljševanje kakovosti je nova filozofija, ki je usmerjena v splošni dvig kakovosti dela vseh zaposlenih v zdravstveni službi in ne le v odkrivanje izstopajočih slabih primerov (glej ⇒ Kakovost oskrbe, glej ⇒ Obvladovanje sprememb). Namesto gnilih iščemo zdrava jabolka (glej ⇒ Podatkovno podprto izboljševanje kakovosti, glej ⇒ Zgledovanje). K temu zasuku prispevajo naslednji razlogi:

1. Zdravstvena dejavnost je zapletena in polna podrobnosti. Na končni izid zdravljenja poleg nje vplivajo tudi številni zunanji vplivi (glej ⇒ Kakovost oskrbe).
2. Zaradi majhnega števila posameznih primerov pri vsakem zdravniku za večino razlik v izidu ni mogoče ugotoviti, če so statistično značilne in vzročno povezane s slogom dela, ali pa so zgolj naključne.
3. Intervencije pri posameznem zdravniku so drage za majhen korak naprej.
4. Zunanji nadzor moti vsakdanje delo in se mu zdravniki upirajo.
5. Ovire za boljše delo so v dobršni meri del sistema (zdravstvene ustanove), v katerem zdravnik dela in jih je skupno lažje premagovati, kot bi to zmogel posameznik (glej ⇒ Kakovost oskrbe).
6. Učinkoviteje in ceneje je vplivati na predstavnika določene skupine izvajalcev, od katerega drugi že tako povzemajo slog dela (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost, glej ⇒ Obvladovanje sprememb).

V izboljševanje kakovosti se morajo vključiti vsi udeleženci (tudi potencialni) zdravstvene oskrbe (glej ⇒ Sooblikovalci kakovosti, glej ⇒ Vključevanje bolnikov). V zapletenem procesu oskrbe se vloga izvajalca in uporabnika pogosto menjava in prepleta (glej ⇒ Kakovost oskrbe), zato je pomembno vedeti, kako določen proces poteka, kateri udeleženci pri tem sodelujejo in kakšna je njihova vloga.

Zdravništvo je že od nekdaj skrbelo, da so se s poklicem ukvarjali le usposobljeni in strokovno preverjeni ljudje. Reinkarnacija cehovske zavesti v Sloveniji je oživitev Zdravniške zbornice. V njeno zibelko smo polagali želje o izločitvi "slabih" zdravnikov, o odpravljanju napak v medicini, o antipodu državnemu in zavarovalniškemu vidiku pri uveljavljanju poklicne svobode in ugleda zdravnika. Razočaranje? Bežne izkušnje z relativno togostjo, ki je sicer normalna za vsak sistem presojanja (certificiranja in akreditiranja), so pri mnogih vzbudile odpor do take oblike zagotavljanja kakovosti (glej ⇒ Presoja kakovosti). Nekaj izvedenih strokovnih nadzorov s svetovanjem Zdravniške zbornice in prav tako le nekaj finančnih nadzorov Zavoda za zdravstveno zavarovanje je pri marsikom utrdilo prepričanje, da zunanji

nadzor pomeni vmešavanje v zdravnikovo delo. Zunanji nadzor je zamudno in drago opravilo brez posebne možnosti učinka na spreminjanje dela. Odkrivanje hudih strokovnih napak in malomarnih posameznikov je seveda nujno, vendar pa le malo prispeva k dvigu splošne ravni kakovosti. Namesto korektivnega pristopa h kakovosti je potrebno pridobiti preventivnega. Z načrtnim delom je potrebno zmanjšati možnost nastanka odstopanja od zaželene ravni. Večina bolnikov je deležna oskrbe, kjer se lahko pripetijo le neznatna odstopanja od zaželene oskrbe. Za večino odstopanj od najboljše možne oskrbe niti ne vemo niti jih z običajnim nadzorom ni mogoče odkriti. Sistematično preprečevanje takih drobnih "napak" prinaša boljšo kakovost za širok krog bolnikov. Demingovo pravilo 80-20 pove, da lahko kar 80 % odstopanj pripišemo vplivu sistema ustanove in le 20 % lahko pripišemo zaposlenim. Zato je pomembnejše odkrivanje odstopanj kot odkrivanje izvajalcev, ki odstopajo. Odstopanja nam kažejo področja, kjer je potrebno ukrepati. Z odpravljanjem posameznih vzrokov odstopanj skrbimo (zagotavljamo) za določeno raven kakovosti. Za izboljšanje kakovosti pa samo drobni popravljalni ukrepi navadno niso dovolj. Zdravstvena ustanova mora zato biti pripravljena na potrebne korenite posege v sam način svojega delovanja, če želi uresničiti filozofijo stalnega izboljševanja kakovosti (glej ⇒ Vzpostavitev in vzdrževanje sistema kakovosti).

Državna zdravstvena administracija je zato dolžna oblikovati politiko in strukture na ravni države, ki bodo podpirale razvoj in vpeljavo sistemov kakovosti na vseh ravneh v sistemu zdravstvenega varstva (glej ⇒ Oblike izboljševanja kakovosti). Naloga sistemov kakovosti je stalno zagotavljanje in izboljševanje kakovosti oskrbe bolnikov. Podeljevanje in podaljševanje licenc, strokovni nadzor s svetovanjem, finančni in upravni nadzor so le kamenčki v mozaiku tega celovitega sistema kakovosti (glej ⇒ Vzpostavitev in vzdrževanje sistema kakovosti, glej ⇒ Presoja kakovosti). Zaenkrat se plačnik in zdravstvena politika še vedno distancirata od aktivnejšega vmešavanja v strokovno kakovost. Za naše samospoštovanje je to sicer lepa gesta, ki v primerjavi z mnogimi drugimi državami ohranja izjemno avtonomnost poklica. Na srečo pa so v naši državi pomembne prvine kakovosti, kot so dostopnost, dosegljivost, privoščljivost in enakost, sistemsko rešene že desetletja in se z njimi navidezno nihče več ne ubada. Ob spremembah sistema zdravstvenega varstva bomo morali biti pozorni tudi na ta vidik kakovosti. Po drugi strani je medicina prerasla okvire posameznika, posamične ordinacije in dela v stroki, ki bi se ga bilo moč v času študija naučiti enkrat za vselej (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost). Tudi slepo zaupanje v kopico predpisov, ki naj bi jih izvajalci samoumevno izpolnjevali, nas ne sme uspavati, da ne bi uporabljali različnih metod izboljševanja kakovosti.

Večina zdravstvene službe deluje v večjih ali manjših zdravstvenih ustanovah, kjer se prepleta delo zdravnikov, zdravstvenih delavcev in drugih zaposlenih v zdravstvu. Zakon vodilnim nalaga dolžnost notranjega nadzora

kakovosti, ki več ali manj ostaja mrtva črka na papirju. V času organizacijskih sprememb v zdravstvu in sprememb v družbenem okolju se večina vodilnih otepa z vsakdanjimi problemi preživetja zdravstvenih ustanov. Trg, trženje, zaposlenost, ponudba, povpraševanje, zadovoljstvo uporabnikov, obseg dela in cene zdravstvenih storitev so prvine, ki so del poslanstva zdravstvene ustanove. Ker so te prvine vnaprej določene s pogodbo med izvajalcem in plačnikom zdravstvenih storitev, z zdravstveno dejavnostjo v javni mreži ni mogoče ustvarjati dobička, ki je gonilna sila izboljševanja kakovosti v vsaki proizvodni in storitveni dejavnosti. Z določitvijo mreže nosilcev zdravstvene dejavnosti in z "monopolnim" položajem na trgu zdravstvenih storitev slovensko zdravstvo ni soočeno z nikakršno konkurenco, ki bi ga silila v dvig kakovosti zaradi večje konkurenčnosti. Vse to prispeva k temu, da je zanimanje s strani vodilnih v zdravstvenih ustanovah zelo šibko oziroma ga sploh ni.

Prav vodilni v zdravstvenih ustanovah so odgovorni, da ustvarijo ugodno ozračje za razvoj kakovosti. Odločajo o vseh virih ustanove, zato so poklicani, da oblikujejo sistem kakovosti v svoji organizaciji. S sistemom kakovosti je opredeljeno poslanstvo zdravstvene ustanove, postavljeni cilji kakovosti, določeni odgovorni nosilci in roki. Vodja kakovosti v organizaciji je koordinator dejavnosti in delegira odgovornost za posamezne programe in projekte podrejenim. S poslovnikom kakovosti zdravstvena ustanova začrta svojo pot in opredeli naloge.

Vpletanje pogledov občanov v prizadevanja za boljšo kakovost je vedno bolj pomembno. Celotna zdravstvena dejavnost se odvija zaradi njih in jim je namenjena. Obvladovanje znatnega dela javnih sredstev naj bi bilo torej usmerjeno v učinkovito reševanje najpomembnejših zdravstvenih težav posameznika in družbe. Strokovna kakovost ostaja v domeni izvajalcev zdravstvene oskrbe samih. Da bi izvedeli več o kakovosti, ki jo izkusijo uporabniki zdravstvenih storitev, jih je potrebno pritegniti k sodelovanju. Pri nas je to še relativno novo področje. Pritožni sistem, raziskave zadovoljstva bolnikov in neposredno spraševanje bolnikov in občanov o njihovih izkušnjah, željah in potrebah morajo postati del sistema kakovosti na ravni zdravstvene ustanove in tudi države (glej ⇒ Vključevanje bolnikov).

Kje je potem vloga zdravnika in ostalih izvajalcev? Strah pred avtoritarnim in kontrolno naravnanim sistemom bi moral biti odveč. Če so vodilni na vseh ravneh odgovorni za vzpostavitev in vzdrževanje sistema kakovosti, pa so izvajalci ključni za izboljšanje kakovosti. Vodilni morajo poskrbeti za vire, sistem, ozračje, motivacijo in spodbude, da bodo zaposleni svojo predanost boljši kakovosti lahko izrazili s svojim vsakdanjim delom. Paradoksno se v večjem delu sveta največ ukvarjajo z motiviranjem izvajalcev, ker prihaja večina pobud v zvezi s kakovostjo "od zgoraj". Pri nas pa se posamezniki iz vrst neposrednih izvajalcev prizadevamo, da bi motivirali vodilne in zdravstveno politiko, da ustvarijo ustrezno ozračje za razvoj kakovosti.

Sodelovanje pri različnih oblikah izboljševanja kakovosti je najboljša metoda učenja. Zdravniška zbornica bi zato morala izboljševanje kakovosti vključiti med pogoje za podaljšanje licence. Učenje na podlagi lastnih izkušenj v malih skupinah, ki se pri izboljševanju kakovosti oblikujejo, zagotavlja tudi najučinkovitejši prenos novega znanja v vsakdanje delo.

Knjiga Kakovost v splošni medicini prinaša teoretično in praktično ozadje kakovosti zdravstvene oskrbe. Ob praktičnih primerih opisuje oblike, načine in orodja, s katerimi je moč izboljšati kakovost dela. Opisani so tudi pogoji za uveljavitev kakovosti kot način vsakdanjega dela. Knjiga je namenjena zdravnikom, medicinskim sestram in drugim zaposlenim v zdravstvu, ki jim bo služila kot opora in zbir metod. Vodilne naj vzpodbudi, da bodo naredili osnovne korake, ki bodo omogočili razvoj kakovosti v njihovih ustanovah. Občanom naj bo vodilo pri aktivnejši udeležbi v načrtovanju in izvajanju zdravstvene dejavnosti. Študent si ob njej lahko ustvari predstavo, kako do lika kakovostnega zdravnika. Skratka, "Kakovost v splošni medicini" prinaša za vsakogar nekaj.

I. DEL

NAČELA KAKOVOSTI

Kar je danes še dobro, bo jutri lahko že slabo.

Kako narediti dobro še bolje, je bistveno vprašanje medicine in sistemov zdravstvenega varstva prihodnjega obdobja. Javnost in zdravstvena politika zahtevajo vedno večjo odgovornost zdravstvenih ustanov, preverjanje dela izvajalcev, presojo zdravstvenih ustanov, posameznih postopkov in posameznikov, ocenjevanje učinkovitosti, ustreznosti in kakovosti nudene zdravstvene oskrbe.

Marsikdo si zastavlja vprašanje, kdo je odgovoren za kakovost in kaj lahko pri tem stori posamezni izvajalec, zdravstvena ustanova, uporabnik - bolnik ali država.

Drug od drugega pričakujemo, da bomo naredili prvi korak. Bistven zasuk v neskončnem pričakovanju, kdaj bo prišel nekakšen "deus ex machina", je v spremembi gledanja. Misel, kaj lahko storim, da bo uporabniku mojih storitev v postopku olajšalo njegovo delo, nas mora spremljati pri vsakem našem ravnanju. Naši uporabniki so drugi zdravniki, medicinske sestre, laboranti, fizioterapevti, vodilni, zavarovalnica in predvsem naši bolniki. Žal to ne zahteva samo reforme sistema zdravstvenega varstva, temveč predvsem preoblikovanje naše miselnosti in organizacijsko preoblikovanje marsikaterega postopka zdravljenja.

Izboljševanje kakovosti nas uči, da je s sistematičnim pristopom možno izboljšati izide našega dela. Podlaga temu je vpletanje zamisli o kakovosti v vsakdanje delo. Sistem kakovosti ustvarja ustrezno okolje za nacepitev filozofije kakovosti v vsakdanje delo in nudi ustrezno ozračje za razvoj kakovosti.

V tem delu se boste seznanili s filozofijo kakovosti, z zgodovino kakovosti, z razvojem idej o kakovosti, s tem, kdo sooblikuje kakovost zdravstvene oskrbe, na katerih ravneh v sistemu zdravstvenega varstva se vršijo določene dejavnosti in kakšne poglede na kakovost imajo posamezni udeleženci v postopku zdravljenja. Opisane so oblike, ki nas vodijo pri iskanju boljše kakovosti dela.

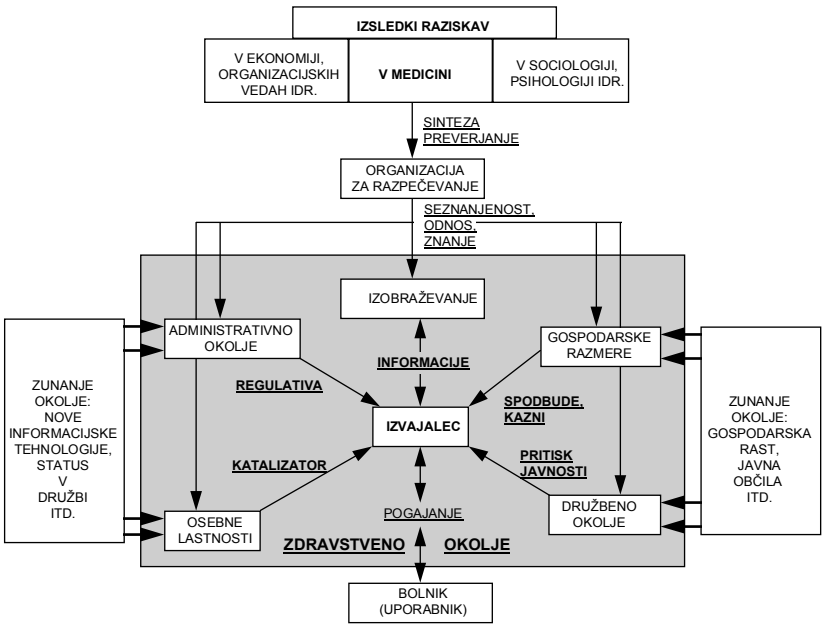
KAKOVOST OSKRBE

1.Okolje zdravstvene dejavnosti

1.1. Soodvisnost zdravstvene dejavnosti in družbenega okolja

Zdravstvo je zapletena storitvena dejavnost, ki deluje v spremenljivem okolju (slika 1).

Spremenljivost okolja se kaže v odvisnosti zdravstvenih ustanov in zasebnih izvajalcev zdravstvene oskrbe od mnogoštevilnih dejavnikov, ki se nenehno spreminjajo. Med temi dejavniki se poleg družbenoekonomskih sprememb čutita predvsem nasprotujoča se vpliva razvoja medicinske znanosti in tehnologij, ki zahtevajo vedno več sredstev in pritiska zdravstvene politike, ki mora sistem zdravstvenega varstva upravljati z omejenimi sredstvi, ki jih je neka družba pripravljena nameniti za zdravstveno varstvo.



Slika 1. *Prikaz zapletenosti zdravstvenega okolja in vplivov nanj.*

Na izvajalca zdravstvene dejavnosti in na njegove odločitve vplivajo številni dejavniki iz širšega okolja in neposrednega zdravstvenega okolja (slika 1). Osrednji vpliv na delo izvajalca ima nenehni dotok novih in novih informacij, ki nastajajo v okviru raziskav na medicinskem in sorodnih področjih (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost). Zunanje okolje preko predpisov urejuje zdravstveno okolje. Določeni so obseg, nekatere prvine kakovosti, dostopnost, dosegljivost in presoja zdravstvenih storitev (glej ⇒ Oblike sistematičnega izboljševanja kakovosti, glej ⇒ Presoja kakovosti). Javnost in bolniki zaradi vedno večje poučenosti in ozaveščenosti vedno bolj "vdirajo" v odločitve v zvezi z zdravstveno oskrbo (glej ⇒ Vključevanje bolnikov). Zmožnosti gospodarskega okolja, predvsem pa pripravljenost politikov, koliko sredstev so pripravljeni nameniti sistemu zdravstvenega varstva, imajo zagotovo največji vpliv na sistem zdravstvenega varstva. Osebne lastnosti izvajalca so odločilne pri prevzemanju novosti in zagotavljanju ustrezne ravni kakovosti (glej ⇒ Obvladovanje kakovosti).

1.2. Lastnosti storitev v zdravstveni dejavnosti

K zapletenosti prispeva tudi sočasnost "proizvodnje" in porabe proizvodov - storitev. Od proizvodnih dejavnosti jo ločujeta dve lastnosti:

- ⇒ Izidi storitev so neotipljivi (niso materialni proizvodi) in jih ni mogoče skladiščiti, temveč jih moramo uporabniku ponuditi takoj ob nastanku.
- ⇒ Izvajalci storitev imajo neposredni stik z uporabniki, kar zahteva pravočasnost in kakovost storitve ter onemogoča uporabo običajnih metod nadzora kakovosti, značilnih za proizvodne procese.

Zdravstvena dejavnost ponuja storitve, ki zahtevajo obilo osebnih stikov, so delovno intenzivne, odziv na nihanje v povpraševanju mora biti takojšen in kakovost se pokaže že med samo storitvijo.

1.3. Upravljanje zdravstvenih organizacij

Zaradi zapletenega in spremenljivega okolja se zato v zdravstvenih ustanovah uporabljajo predvsem nerutinske storitvene tehnologije. Naloge, ki jih opravljajo izvajalci v zdravstvu, so zapletene in večinoma niso standardirizirane. Vsega z načrtovanjem namreč ni mogoče predvideti, zato se večina problemov rešuje v medsebojnih stikih z vodilnimi, za kar je potrebna matrična organizacija z organsko strukturo.

> Organski model organizacije poudarja skupinsko delo, vsestransko sporazumevanje med zaposlenimi in decentralizirano sprejemanje odločitev. Delovne naloge usklajujejo neposredni izvajalci sami med seboj. Informacije od vodstva k zaposlenim potujejo predvsem v obliki nasvetov. Takšna

organizacija vsaj navidez nima jasno oblikovanih pravil delovanja niti natančno opredeljenih nalog posameznega izvajalca, zato pogosto prihaja do trenj in zaposleni težijo k mehanističnemu modelu organizacije, kjer je vse to natančneje določeno s pravili. Veliko tega premošča sistem kakovosti, ki ne glede na model organizacije natančneje opredeljuje naloge zaposlenih (glej ⇒ Vzpostavitev in vzdrževanje sistema kakovosti). Po drugi strani pa je organska organizacija prilagodljivejša od mehanistične. Vodilni so v takih organizacijah še bolj prisiljeni "upravljati" z zaposlenimi, ker morajo izkoristiti vso strokovnost, ki je na razpolago pri zaposlenih.

V okolju se neprestano pojavljajo nove potrebe, uporabniki zdravstvenih storitev se pogosto ne zavedajo svojih potreb in največkrat ne vedo, kako bi jih rešili. Od izvajalcev pričakujejo, da jim bodo kljub slabo opredeljenim zdravstvenim težavam v postopku oskrbe ponudili ugoden izid vendar nam le poglobljene analize potreb uporabnikov lahko razkrijejo cilje, ki naj jih zdravstvena ustanova izpolni (glej ⇒ Vključevanje bolnikov).

1.4. Storitev v zdravstveni dejavnosti je oskrba

Namesto izraza **storitev**, ki je udomačen v poslovnih krogih, uporabljamo v zdravstvu izraz **oskrba**. Izraz storitev se je v zdravstvu uveljavil za nekatere posamezne sklope oskrbe (npr. šivanje rane, izpiranje ušesnega masla, hišni obisk ipd.). Da ne bi zamenjevali teh dveh pojmov, bo izraz (zdravstvena) oskrba v nadaljevanju uporabljen v pomenu storitve, kot jo razume zdravstveno-ekonomska stroka. Izraz **oskrba** se nanaša na konkretna dejanja v zvezi z odkrivanjem, diagnostiko, zdravljenjem, spremljanjem in rehabilitacijo uporabnikov - bolnikov (npr. oskrba pri akutnem respiratornem infektu), medtem ko se izraz zdravstveno varstvo nanaša predvsem na zdravstveno politiko in uresničevanje te politike na opredeljenih skupinah prebivalstva (npr. zdravstveno varstvo žensk).

2. Zdravstvena oskrba

Zdravstvena oskrba opredeljuje posamezne dejavnosti, povezane s preprečevanjem, odkrivanjem, zdravljenjem in spremljanjem posameznih bolnikov ali skupin bolnikov z namenom, doseči čim večjo korist zanje in za družbo. **Izvajalci** zdravstvene oskrbe so zdravstvene ustanove (ali posamezni zasebniki) in zaposleni v njih. **Uporabniki** zdravstvene oskrbe so prvenstveno bolniki, pa tudi javnost, kot potencialni bolniki, in družba, ki ima korist od zdravstvene dejavnosti.

Zdravstvena oskrba je skupek številnih ukrepov, posegov, postopkov in odnosov, v katere stopata uporabnik (bolnik) in izvajalec (zdravnik in drugi zaposleni v zdravstvu), da bi izpostavljeno težavo bolnika pripeljala k

najboljšemu možnemu izidu. Največjemu delu teh odnosov seveda lahko rečemo zdravljenje, kar pa je preozek izraz za zapletenost odnosov. Poleg zdravljenja so tu še številne preventivne, administrativne, socialne in druge usluge, ki so sestavina zdravstvene oskrbe. Vsi posamezni deli zdravstvene oskrbe so pomembni za oceno kakovosti. Ločimo:

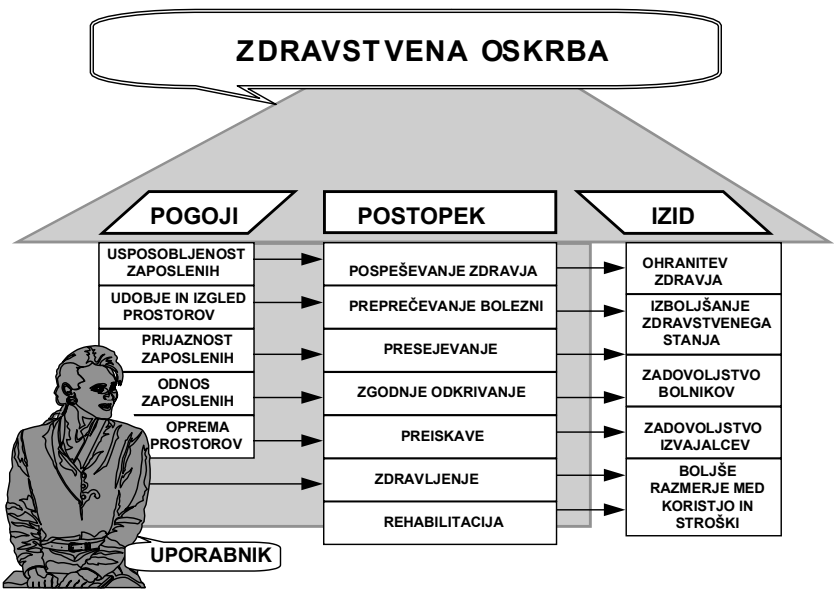
⇒ dejavnosti v neposredni zvezi z zdravljenjem:
- *pospeševanje zdravja,*
- *preprečevanje bolezni,*
- *ugotavljanje bolezni (diagnostika), zdravljenje in rehabilitacija, in*

⇒ uslužnostne dejavnosti, brez katerih se zdravstvena oskrba ne bi mogla vršiti.

2.1. Delitev zdravstvene oskrbe

V krogih, ki se ukvarjajo z nadzorom, ocenjevanjem in izboljševanjem kakovosti, se je uveljavilo ločevanje zdravstvene oskrbe bolnika na tri sestavine (slika 2):

⇒ pogoji, v katerih poteka oskrba,
⇒ postopek nudenja določene zdravstvene oskrbe in
⇒ izid zdravstvene oskrbe (izid zdravstvene storitve oziroma dosežena zdravstvena korist).



Slika 2. *Zdravstveno oskrbo in njeno kakovost si lahko predstavljamo kot hišo, ki jo s pomočjo zidakov (pogoji, v katerih se izvaja oskrba) izvajalci gradijo (postopki oskrbe). Izidi zdravstvene oskrbe so rezultat (končni proizvod) postopkov oskrbe (proizvod izvajalca zdravstvene oskrbe).*

Uporabnost take delitve je v tem, da laže ugotavljamo, od kod izhajajo vzroki za različke in odstopanja.

2.1.1. Pogoji

Prvo sestavino predstavljajo pogoji dela, v katerih poteka zdravstvena oskrba.

> Dolga leta so bili pogoji, v katerih se je vršila zdravstvena dejavnost, tudi najpomembnejši kazalec kakovosti. Predpisi določajo prostorske, higienskoepidemiološke, kadrovske in druge normative za delovanje zdravstvenih ustanov. Zahvaljujoč tem, se je izboljšala kakovost organizacije dela v zdravstvu s posrednim vplivom na boljše izide oskrbe.

POGOJI = f(okolje, organizacija, vodenje, osebje, usposobljenost (znanje + veščine), prostori, oprema, informacijski sistem)

Med **pogoje** za delo štejemo organizacijo oskrbe (dostopnost, dosegljivost, neprekinjenost), ekonomske pogoje (privoščljivost, univerzalnost), vodenje, osebje (usposobljenost, prijaznost), prostore, opremo in informacijski sistem. Pogoji dela so sicer tudi odvisni od zdravnika, ki dela v takih pogojih, vendar veliko bolj kot postopki oskrbe od zdravstvene ustanove in sistema zdravstvenega varstva samega. Zagotavljanje ustreznih pogojev za delo torej sodi med naloge vodilnih v zdravstvenih ustanovah in v sistemu zdravstvenega varstva. Zlasti nekatere prvine so s predpisi določene zelo natančno, kar zagotavlja določeno stopnjo kakovosti, od katere posameznik ne more odstopati (izobrazba (**usposobljenost**), minimalna velikost prostorov, oprema ipd.). Tem določilom pogosto pravimo normativi, pa tudi standardi. Izpolnjevanje predpisov s tega področja se izvaja z upravnim nadzorom Ministrstva za zdravstvo, z verifikacijo zdravstvenih ustanov (po svetu znano kot presoja (akreditacija) zdravstvenih ustanov), s presojo posameznikov, tj. podeljevanje in podaljševanje licence s strani Zdravniške zbornice Slovenije in z drugimi upravnimi postopki za preverjanje ustreznosti pridobljene izobrazbe ter s presojo postopkov in sredstev oskrbe (ocena medicinskih tehnologij) (glej ⇒ Presoja kakovosti). Tudi strokovni nadzor s svetovanjem daje velik poudarek predvsem tej sestavini kakovosti.

2.1.2. Postopek

Drugo sestavino predstavlja sam postopek bolnikove oskrbe, pri katerem opazujemo način nudenja storitev, sporazumevanje z bolnikom, preiskave, zdravljenje, poučevanje bolnika o bolezni, postopkih zdravljenja, diagnostike, preprečevanja nadaljnjega slabšanja zdravstvenega stanja, napotitve k drugim zdravnikom in druge dejavnosti, povezane s tem.

2.1.2.1. Pričakovan in dejanski postopek

Postopek oskrbe je način izbire in izvedbe določenega pričakovanega zdravstvenega ukrepa pri določenem bolniku v določenih pogojih dela.

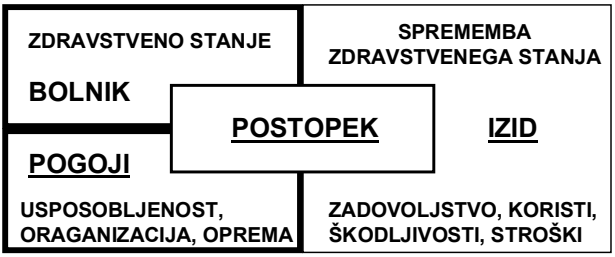
PRIČAKOVAN POSTOPEK = f(sedanje znanje)

DEJANSKI POSTOPEK = Σ(RAZLIKE)

DEJANSKI POSTOPEK = f(sedanje znanje, bolnik, pogoji, izvajalec)

Primer: Poškodovanec, ki išče pomoč pri zdravniku družinske medicine zaradi rane kože in podkožja, pričakuje ustrezno oskrbo (glej ⇒ Vključevanje bolnikov). Odgovor na to, kaj je ustrezna oskrba rane pri tej poškodbi, si zdravnik postavi na podlagi svoje usposobljenosti (znanje + izkustvo) (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost). Po splošno veljavnem znanju (pričakovanje stroke) je ustrezna oskrba nezapletene rane, kjer je potrebno približati robove rane zaradi lažjega celjenja (tj. rana nastala v zadnjih šestih urah, ni povzročena z ugrizom ali vbodom, niso prizadeti živci, kite, večje žile, sklepne ovojnice ali očesne veke in pri katerih lahko z veliko verjetnostjo izključimo dodatne poškodbe kosti, sklepov ali notranjih organov ter je možna izvedba lokalne anestezije (ni alergije ali drugih zadržkov)), šivanje rane v lokalni anesteziji, ki ga naj opravi zdravnik družinske medicine. Na način zdravnikovega ravnanja pri oskrbi te rane pa poleg usposobljenosti vplivajo še trenutni pogoji dela, stališča cenjenih kolegov iz iste stroke (družinske medicine, kolegov, ki jih zdravnik srečuje ali pozna) ter vodilnih strokovnjakov kirurške stroke za to področje dela, uradna smernice za oskrbo rane (glej ⇒ Uporaba smernic) ter spodbude za delo (glej ⇒ Obvladovanje sprememb). Poleg usposobljenosti zdravnika so pomembni pogoji dela še usposobljenost sodelavcev, razpoložljivost ustreznih prostorov, opreme in sredstev za izvedbo šivanja rane. Če ni ustreznih pogojev, ne pomaga niti izobraževanje za dvig usposobljenosti niti mnenje kolegov niti stališče kirurgov niti dodatni količniki za oskrbo rane niti želje poškodovancev (slika 3). Vendar tudi ob ustreznih pogojih za delo nastajajo razlike v slogu dela (glej ⇒ Obvladovanje sprememb), ki imajo za posledico, da za postopek oskrbe nezapletene rane zdravnik družinske medicine poleg šivanja rane izbere napotitev h kirurgu, uporabi druge oblike “zlepljenja” robov rane ali naredi samo prevezo rane. Pričakovani postopek oskrbe nezapletene rane kože

in podkožja je torej ta, da naj bi zdravnik družinske medicine čimveč nezapletenih ran kože in podkožja oskrbel sam s šivanjem. S tem, kako to doseči, se ukvarja filozofija kakovosti.



Slika 3. *Postopek oskrbe je ujet v primež pogojev za delo in bolnika.*

2.1.2.2. Različki, odstopanja in napake

Pri izvedbi postopkov naletimo na številne razlike (glej ⇒ Obvladovanje sprememb). Velik del razlik je posledica naključja. Včasih pa vzroke zanje lahko pripišemo bolniku (njegovemu zdravstvenemu stanju in željam), pogojem za delo (usposobljenosti in opremi) ali izvajalcu (neuporaba ali napačna uporaba znanja in spretnosti).

DEJANSKI POSTOPEK = Σ(RAZLIČEK + ODSTOPANJE)

2.1.2.2.1. Različek

Razlike, ki nastajajo zaradi različne teže zdravstvenega stanja bolnika, so neizbežne. K razlikam v izvedbi postopkov in s tem k razlikam v izidih pomembno prispevajo pogoji, v katerih se odvija zdravstvena oskrba. Vse te razlike imenujemo **različki**. Različki pri delu povzročajo, da je korist zdravstvene oskrbe večja ali manjša od pričakovane. Različkom zaradi pogojev dela se je moč izogniti z izpolnjevanjem predpisov, ki to področje lahko zelo natančno urejujejo. S presojami, z upravnim nadzorom, z notranjim nadzorom kakovosti in s stalnim strokovnim nadzorom s svetovanjem je moč odkrivati pomanjkljivosti in zahtevati izboljšave.

RAZLIČEK = f(bolnik, pogoji) x PRIČAKOVANI POSTOPEK

Pri obravnavi različkov in odstopanj naletimo predvsem na dva zapleta:

⇒ Meja pričakovane (zaželene, dogovorjene) kakovosti, tj. dogovorjena zdravstvena korist določene zdravstvene storitve navadno ni splošno in veljavno določena. V medicini se moramo žal odreči popolnosti. Cilj zdravstvene oskrbe počiva na mejah sedanjega znanja, ki je zaradi

nenehnega in hitrega razvoja medicinskih strok stalno spreminjajoče, zato ni mogoče postaviti čvrstih, za vselej veljavnih mej (standardov). Obseg znanja je postal preobsežen, da bi posamezni izvajalec uspel stalno prevzemati novosti in opuščati zastarelo. To dejstvo nam onemogoča vztrajati pri podmeni, da je vsako odstopanje od sedanjega znanja napaka. Naš cilj mora biti približevanje temu, kar je znanega v medicini. Pri tem so nam v veliko pomoč smernice za delo in druge oblike soglasnih stališč, oblikovanih na izsledkih raziskav (glej ⇒ Uporaba smernic).

⇒ Prav tako ni splošno sprejete lestvice teže škodljivosti zaradi povzročenega odstopanja.

2.1.2.2.2. Odstopanje

Veliko teže je obvladovati razlike, ki nastajajo zaradi odločitev in dela izvajalcev. V tem primeru namesto o razlikah govorimo o odstopanjih. **Odstopanje** je praviloma takšen slog dela, ki se ne sklada s pričakovano izvedbo zdravstvenega ukrepa. Posledica neželenega odstopanja je večja škodljivost in s tem drugačno razmerje med koristmi in škodljivostmi izida zdravstvene oskrbe, kot bi ga pričakovali. Zdravstvena oskrba je namreč zapletena človeška dejavnost, kjer so mogoča odstopanja zaradi sistemskih in človeških dejavnikov. Povezane so z zapletenostjo sistemov in postopkov, ki omogočajo izvajanje oskrbe. Pri diagnostiki in zdravljenju izvajalec neprestano tehta med zdravstveno koristnostjo in morebitno škodljivostjo oskrbe (glej ⇒ Obvladovanje sprememb). Razumevanje in sprejemanje tveganja je pri posamezniku lahko zelo raznoliko in odvisno od okoliščin, v katerih dela, od kulture okolja glede tveganja zaradi določene oskrbe, od trenutne seznanjenosti s stanjem bolnika, od vpliva bolnikov in njegove okolice ter od spleta številnih drugih okoliščin. Odločitve so vedno individualne, prav tako tudi tveganje in posledice. Neka oskrba, ki je izjemno koristna za veliko večino uporabnikov, lahko pri nekom povzroči veliko škodo.

ODSTOPANJE = f(izvajalec) x PRIČAKOVANI POSTOPEK

Primer: H kirurgu so napoteni trije poškodovanci za oskrbo rane. Poškodovanec A je triletni otrok, ki je zelo nemiren in se boji zdravnika ter posegov, povezanih z zdravstvenim okoljem. Poškodovanca B je napotil zdravnik iz ambulante, kjer ni na razpolago sterilnih setov za šivanje. Poškodovanca C je napotil zdravnik iz večjega zdravstvenega doma, ker ni imel časa, da bi se lotil posega. Ali gre v teh primerih za različno izvedbo postopka ali za odstopanje? Za poškodovanca A bomo nedvomno priznali, da gre za razliko, ki je pogojena z lastnostmi bolnika. V splošni omami bo oskrba veliko enostavnejša. Paziti moramo, da zdravniku v primeru B ne pripišemo odstopanja. Za razliko je odgovorno vodstvo in tisti, ki je zdravstveni ustanovi po presoji dal potrdilo za opravljanje dejavnosti. V primeru C gre za

odstopanje, ki ga moramo kljub pomanjkanju časa zdravnika zaradi preobilice dela pripisati zdravniku.

Zanimanje za izvajanje oskrbe (postopek) je močno naraslo z večjo ponudbo smernic in drugih oblik soglasnih stališč o ustrezni ravni oskrbe (glej ⇒ Uporaba smernic). Ocenjevanje kakovosti se ponekod opira predvsem na to, kako je bila določena oskrba opravljena v primerjavi z določeno referenčno oskrbo, oziroma standardom. Zlasti v družinski/splošni medicini je postopek laže dosegljiv opazovanju kot izid zdravljenja, ki je navadno časovno oddaljen in nanj vplivajo številni težko nadzorovani dejavniki izven vpliva enega ali več posvetov zdravnika družinske medicine. Izpolnjevanje predpisanih postopkov je zato doživelo velik pomen pri različnih oblikah nadzora (Velika Britanija) in tudi pri zagotavljanju kakovosti (Združene države Amerike).

Pri upoštevanju izvedbe določenega postopka kot edinega merila kakovosti naletimo na tri vprašanja:

Mnogi imajo ob uporabi izvajanja postopka kot merila kakovosti pomisleke, ker menijo, da je edino merilo za kakovost dela izboljšanje zdravstvenih izidov: zdravstvenega stanja in zadovoljstvo obravnavanega bolnika.

Ocenjevanje kakovosti, ki sloni pretežno na spremljanju postopkov oskrbe, se naslanja na podmeno, da pravilno izvajanje nekega postopka privede tudi do ugodnega izida za bolnika. Z raziskavami so vsaj za nekatere postopke s precejšnjo verjetnostjo dokazali, da sledi na strokovnih izhodiščih osnovani oskrbi tudi najboljši možni izid. Neustrezni oskrbi zelo verjetno sledi tudi podpovprečen izid.

Nenazadnje pa je prav postopek oskrbe (ki se odvija v okviru posveta med zdravnikom in bolnikom) tisto, kar je najbolj povezano s strokovnim delom in najbolj odvisno od izvajalcev samih. Za razliko od pogojev je postopke dosti teže predpisati in še teže doseči, da bi izvajalci upoštevali predpisane postopke. Metode ocenjevanja postopkov so zapletene, drage in pogosto lahko zavajajo. Mnoge metode so posredne in odvisne od številnih dejavnikov, ki niso neposredno v zvezi s kakovostjo dela. To velja zlasti ob uporabi bolnikovega zdravstvenega kartona kot vira podatkov, saj pomanjkljivo vodenje zdravstvenega kartona lahko prikrije resnično kakovost dela (glej ⇒ Zdravstveni karton in kakovost).

2.1.2.2.3. Napaka

O različkih in odstopanjih od pričakovane kakovosti pogosto govorimo kot o napakah. Pri **napaki** navadno mislimo predvsem na različek ali odstopanje, ki sta zaradi škodljivosti, večje od pričakovane, povzročila škodo in bi se ji bilo mogoče izogniti ob upoštevanju trenutnega medicinskega znanja. Napaka je torej različek ali odstopanje, kjer je nastala namerna škodljivost, ali škodljivost zaradi neutemeljeno večjega tveganja brez pristanka bolnika ali škodljivost zaradi odstopanj pri oskrbi zaradi neupoštevanja sedanjega

znanja in je bilo dokazano, da obstaja vzročno posledična povezava med različkom ali odstopanjem in nastalo škodljivostjo.

Odkrivanje in odpravljanje različkov in odstopanj je zato del samopopravljalnih dejavnosti vseh sistemov kakovosti (glej ⇒ Vzpostavitev in vzdrževanje sistema kakovosti). To odkrivanje je tradicionalni postopek zagotavljanja dogovorjene ravni kakovosti in je usmerjen predvsem kaznovalno. To vodi v oženje pomena različkov in odstopanj zgolj na tiste, ki povzročajo škodo bolniku in jo je bolnik tudi zaznal kot škodo, povzročeno zaradi odstopanja od pričakovane storitve. Velika množica manjših odstopanj pa ostane neizkoriščen vir snovi za izboljšanje kakovosti.

Teža odstopanja se lahko giblje med škodo, ki je povzročila najhujše možne posledice za dobrobit oskrbovanega, pa do praktično nobene škode. Navadno ne vemo, kolikšen del škodljivosti je moč pripisati naključju in koliko je gre na račun odstopanja od običajne ravni izvedbe postopka. Ukrepanje v zdravstvu je zapleteno in procesno. Kjerkoli v časovnem poteku ali vključevanju različnih modalitet samega procesa in soizvajalcev obstaja verjetnost za odstopanje.

Odstopanja in različki se dogajajo pri vseh dejavnostih in tudi v zdravstvu. Ker pa je zdravstvena oskrba zelo občutljiva dejavnost, je večji del javnosti prepričan, da se vrši brez napak. To navidezno prepričanje ustreza tudi zdravstveni politiki in izvajalcem samim. Hkrati pa povzroči izjemno vznemirjenje javnosti in prizadetih bolnikov, kadar se pojavi sum, da je neka škoda v postopku oskrbe nastala zaradi odstopanja - napake. Da bi poudarili težo škode, navadno pridamo napaki pridevnik strokovna.

Sprotno odkrivanje, preprečevanje in odpravljanje številnih drobnih odstopanj prinaša uporabnikom zdravstvenih storitev večjo zdravstveno korist, kot je zgolj moralno in gmotno zadoščenje posameznika, ki je uspel dokazati, da je škoda pri njem nastala zaradi odstopanja v oskrbi. Odkrivanje in odpravljanje odstopanj bi zato moralo postati predvsem eno izmed orodij izboljševanja kakovosti pri iskanju prednostnih nalog (glej ⇒ Stopnje izboljševanja kakovosti). Sistem odkrivanja napak mora bolnikom zagotavljati, da bodo deležni moralnega in gmotnega zadoščenja v primerih, ko se bo ugotovilo, da je bila škoda povzročena zaradi odstopanja, ki je nastalo zaradi pomanjkljivega znanja, neustrezne opreme, pomanjkljive organizacije dela ali drugega vzroka, ki bi se ga bilo moč ob upoštevanju trenutnega znanja v danih okoliščinah izogniti (glej ⇒ Vključevanje bolnikov). Zdravstvena oskrba sodi med najbolj altruistične človeške dejavnosti z naslednjimi cilji (1):

- ⇒ reševanje življenj,
- ⇒ lajšanje trpljenja,
- ⇒ izboljšanje zdravstvenega stanja (kakovosti življenja) in
- ⇒ preprečevanje bolezni.

2.1.3. Izid

Tretja sestavina predstavlja izid oskrbe, ki nam pove, kaj je z bolnikom po končanem zdravljenju oziroma kakšne so posledice nudene zdravstvene oskrbe. **Izid** je pri določenem bolniku in v danih pogojih dela poleg naravnega poteka bolezni (lastnosti bolnika) posledica postopka zdravstvene oskrbe (izbire in izvedbe primernega zdravstvenega ukrepa). Izid oskrbe se kaže v obliki koristi in škodljivosti.

Σ (KORISTI, ŠKODLJIVOSTI) = IZID = f(bolnik, pogoji, postopek)

O koristi zdravstvene oskrbe lahko govorimo šele takrat, ko se določen postopek izkaže za učinkovitega.

2.1.3.1. Proizvod zdravstvene oskrbe

Izid je torej končni **proizvod zdravstvene oskrbe** (slika 2, slika 3). V danih pogojih (oprema, usposobljenost) je pri bolniku potrebno opraviti zdravstveno oskrbo na najboljši možni način. Najboljši možni način prinaša najugodnejše razmerje med koristmi in škodljivostmi postopka zdravstvene oskrbe. To razmerje imenujemo tudi učinkovitost zdravstvenih postopkov.

2.1.3.2. Učinkovitost zdravstvene oskrbe

Zdravstveni postopek je učinkovit, kadar pričakovane koristi presegajo pričakovane škodljivosti. Načelno naj bi izvajali le tisto zdravstveno oskrbo, ki je preverjeno učinkovita. Izvajanje oskrbe, kjer škodljivosti presegajo koristi, praviloma ni utemeljeno.

Koristi > Škodljivosti $\rightarrow$ UČINKOVITA OSKRBA

> Primer: Presaditev organov živega dajalca je postopek, v izidu katerega škodljivost močno presega korist dajalca. Med koristmi dajalca lahko omenimo le zadovoljstvo, da je s svojo humanostjo zmanjšal trpljenje drugemu. Na srečo pa tudi škodljivosti takega postopka darovalcu ne povzročajo take škode, da bi bilo njegovo zdravstveno stanje neposredno ogroženo. Po drugi strani pa naj bi bile koristi prejemnika presajenega organa večje od škodljivosti, ki jih povzročajo postopki vzdrževanja določenega organa v njegovem telesu.

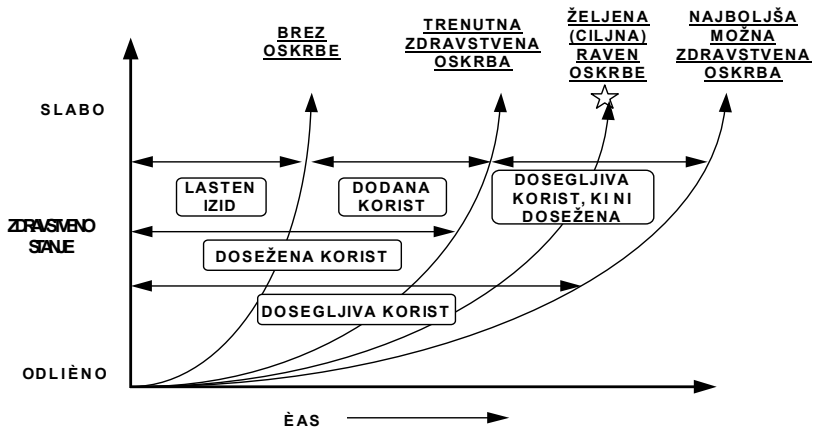
Učinkovitost oskrbe se dokazuje z raziskovanjem, ki se preliva v strokovno literaturo. Spremljanje strokovne literature je zato ključ, ki vodi k uporabi učinkovitih postopkov oskrbe (glej $\Rightarrow$ Izobraževanje za kakovost, glej $\Rightarrow$

Obvladovanje sprememb). Z različnimi načini izboljševanja kakovosti preverjamo pričakovano raven kakovosti in spodbujamo izvajalce k doslednejši uporabi izsledkov pri njihovem vsakdanjem delu. Pojem učinkovitosti se nanaša na ugotovitve, ki smo jih pridobili pri določeni skupini bolnikov z določenimi zdravstvenimi težavami. Če na ravni skupine bolnikov velja, da izvajamo samo tiste postopke oskrbe, ki so učinkoviti (katerih pričakovane koristi presegajo pričakovane škodljivosti), se na ravni posameznega uporabnika kaj lahko zgodi, da bo kljub ustrezni uporabi dokazano pravilnega postopka škodljivost lahko večja od koristi.

2.1.3.3. Koristi zdravstvene oskrbe

Koristi zdravstvene oskrbe se kažejo na treh področjih:

- ⇒ zdravstvena korist: boljša kakovost življenja, izboljšanje zdravstvenega stanja (slika 4) idr.;
- ⇒ gospodarska korist: za uporabnika manjše izgube zaradi bolezni, za izvajalca manjši stroški oskrbe, za državo manjši izpad proizvodnje, manjši stroški sistema zdravstvenega varstva, oziroma učinkovitejšo porabo sredstev za zdravstveno varstvo idr.;
- ⇒ družbena korist: zadovoljstvo bolnikov, izvajalcev, manjši stroški bolezni, večja kakovost življenja idr.



Slika 4. *Prikaz učinkov zdravstvene oskrbe na del izidov (zdravstveno stanje). Izid se lahko giblje med odličnim in slabim (smrt). Čas (s staranjem) ima negativen vpliv na izide oskrbe, saj je proces staranja in propadanja praviloma nezaustavljiv. Lasten izid predstavlja naravni potek bolezni. Vpliv zdravstvene oskrbe se odraža v obliki dodane koristi. Ker zdravstvena oskrba praviloma povečuje korist, je dosežena korist (lasten izid + dodana korist) med lastnim izidom in dosegljivo koristjo, ki bi jo lahko dosegli ob najboljši možni zdravstveni oskrbi. Cilj izboljševanja kakovosti je premakniti krivuljo*

doseženе koristi čim bliže krivulji dosegljive koristi - do zaželene (ciljne, standardne, dogovorjene, pričakovane) ravni kakovosti (zvezdica).

Vsaka zdravstvena težava ima svoj določen naravni potek, ki brez vmešavanja zdravstvene službe pripelje do določenega izida (lasten izid). Ob uporabi najboljših razpoložljivih zdravstvenih postopkov (tehnologij) (sredstev in znanja) bi pri isti zdravstveni težavi lahko dosegli najboljši možni izid. Vsakdanje delo pripelje do izida oskrbe (dosežene koristi), ki se giblje nekje med najboljšim možnim izidom (dosegljiva korist) in lastnim izidom zdravstvene težave. Razliko med lastnim izidom in trenutno doseženim izidom oskrbe imenujemo dodana korist, razliko med izidom konkretne oskrbe in najboljšim možnim izidom pa nedosežena dosegljiva korist. Zaželena kakovost je nekje med trenutno zdravstveno oskrbo in najboljšo možno zdravstveno oskrbo (slika 4).

Delitev koristi na tri področja je pomembna predvsem za lažje razumevanje različnih pogledov in ciljev posameznih sooblikovalcev v sistemu zdravstvenega varstva (glej ⇒ Sooblikovalci kakovosti). Vsak udeleženec v sistemu zdravstvenega varstva zasleduje namreč predvsem svoje cilje. Zdravstveno politiko tako skrbi predvsem smotrna poraba razpoložljivih virov za doseganje čim večje družbene in gospodarske koristi ob vzdrževanju dosežene zdravstvene koristi. Neposredni izvajalci pa si želijo predvsem izboljšanja zdravstvene koristi (izboljšanje zdravstvenega stanja) ob zahtevah po večjem dohodku za dodano vrednost. Večni antagonizem vzpodbuja živahne razprave in trda vsakoletna pogajanja ob pogodbi med plačnikom in izvajalci.

2.1.3.4. Škodljivosti zdravstvene oskrbe

Vsi ukrepi v zdravstveni oskrbi (npr. dajanje injekcije lokalnega anestetika povzroča bolečine) in tudi celi postopki oskrbe (npr. šivanje rane povzroči tvorbo keloida pri predisponiranem posamezniku) poleg koristi povzročajo tudi škodljivosti. Škodljivost deluje v nasprotni smeri kot korist in s tem zmanjšuje možnost doseganja koristi zdravstvene oskrbe. Škodljivosti se prav tako kot koristi lahko pojavljajo na treh področjih:

- ⇒ zdravstvene škodljivosti: bolečine, alergične reakcije, brazgotinjenje, invalidnost, smrt idr.;
- ⇒ gospodarske škodljivosti: daljša odsotnost z dela, večji stroški oskrbe, večji stroški oskrbe, manjša produktivnost idr.;
- ⇒ družbene škodljivosti: duševno trpljenje, manjša kakovost življenja, nezadovoljstvo bolnikov in izvajalcev idr.

Škodljivosti se lahko pojavljajo naključno, nanje vplivajo različki in odstopanja. Podobno kot koristi tudi različne škodljivosti zdravstvene oskrbe zanimajo druge udeležence v sistemu zdravstvenega varstva. Pri tem velja

zlasti nekaj besed nameniti zdravstvenim škodljivostim, ki jih uporabnik (bolnik) povezuje z odstopanjem pri nudeni zdravstveni oskrbi. Uporabnik predpostavlja, da je za škodo, ki jo ima zaradi zdravstvene (bolečine, invalidnost, smrt), gospodarske (izguba delovne sposobnosti) ali družbene škodljivosti (duševno trpljenje, nezadovoljstvo z oskrbo), odgovorno odstopanje izvajalca. S svojo (pri)tožbo želi dokazati to povezanost in utemeljiti odstopanje kot napako. Napaka v tem pomenu je tisto odstopanje, ki ji je moč pripisati krivdno odgovornost. Ker je izboljševanje kakovosti način odkrivanja, preprečevanja in odpravljanja odstopanj (in napak), moramo poznati oblike in vzroke možnih škodljivosti. Reklo Vsaka snov je lahko strup in vsaka snov je lahko zdravilo, le odmerek naredi razliko lahko prenesemo na celotno zdravstveno dejavnost. Škodljivosti lahko razdelimo na naslednje oblike:

2.1.3.4.1. Nujna škodljivost

Nujni škodljivosti se ne moremo izogniti niti je ne moremo preprečiti, njen obseg lahko le zmanjšamo. Zmanjševanje nujne škodljivosti je skoraj popolnoma v rokah neposrednega izvajalca, ki izvaja določen postopek (glej ⇒ Uporaba smernic). Pogoji dela (organizacija in oprema) pa poleg skrbi za ustrezno usposobljenost izvajalca prispevajo še k preprečevanju dodatnih zapletov. Dodatni zapleti so tako večinoma posledica različkov določenega postopka.

> Primer: Če želimo izrezati aterom, se ne moremo izogniti rezi kože in podkožja. Od zdravnikove usposobljenosti in spretnosti je odvisno, kako obsežna bo rana. Odstopanja pri tem praviloma smatramo kot izboljšanje učinkovitosti (povečevanje koristi v primerjavi s škodljivostjo). Ukrepi za preprečevanje možnih zapletov (infekcije) so poleg njega odvisni še od številnih dejavnikov okolja zdravstvene ustanove, kjer dela.
>
> Izgubi časa (gospodarska škodljivost) in nekaj bolečinam po posegu, ki zmanjšujejo njegovo zadovoljstvo s posegom (družbena škodljivost), se pri takem posegu bolnik ne more izogniti.

2.1.3.4.2. Možna škodljivost

Možna škodljivost je neločljivi sestavni del večine postopkov zdravstvene oskrbe. Prav v tej skupini se lahko zgodi, da bo škodljivost večja od koristi. Utrpi jo le določen odstotek ljudi, ugotavljamo jo statistično in praviloma je ne moremo predvideti pri posameznem bolniku. S pogoji za delo (organizacija, oprema, usposobljenost) ne moremo bistveno vplivati na njihovo pogostost in težo. Nekatere od njih lahko vsaj delno prepreči ali zmanjša njihov vpliv neposredni izvajalec posega (glej ⇒ Uporaba smernic). Možna škodljivost je posledica različkov postopka.

Primer: Izjemno redek, pa vendar možen je anfilaktični šok pri uporabi antialergika. Kljub temu ne moremo oporekati njegovi uporabi.

Po odstranitvi ateroma se rana lahko zagnoji. Bolnik je zato nezadovoljen (družbena škodljivost), podaljša se tudi odsotnost z dela in porabi se več sredstev za dodatno oskrbo (gospodarska škodljivost).

2.1.3.4.3. Škodljivost zaradi lastnosti bolnika

Različne lastnosti bolnikov lahko usodno vplivajo na izid postopka zdravstvene oskrbe. Posamezniki imajo lahko take lastnosti, da bodo enaki postopki, ki drugim ne povzročajo omembe vrednih škodljivosti, pri njih z večjo verjetnostjo povzročili resne škodljivosti. Številni ljudje so preobčutljivi na različne snovi, pa tudi na zdravila. Zaradi spremljajočih bolezni in stanj vedno pogosteje prihaja do resnih stranskih pojavov in zapletov. Tudi v tem primeru je škodljivost posledica različkov postopka.

Primer: Penicilin je izjemno učinkovito zdravilo, ki pri bolnikih, preobčutljivih nanj, povzročajo alergične reakcije z različno hudimi zapleti. Smrt zaradi anafilaktičnega šoka močno presega vse pričakovane koristi.

2.1.3.4.4. Škodljivost zaradi bolj tveganih odločitev

Pri vsakem postopku in ukrepu zdravstvene oskrbe neprestano tehtamo, kako ga bomo izvedli. Pri tem zavestno tvegamo. Sem sodijo ukrepi, ki se večinoma opravljajo v drugačnem okolju, vendar izvedeni na drugačen način prinašajo določene koristi (večje zadovoljstvo, manjši stroški ipd.). Zlasti so bolj tvegane odločitve pri obravnavi nujnih stanj. Ta vrsta škodljivosti je posledica odstopanj pri izvajanju postopkov. Škodljivosti lahko zmanjšamo tako, da se oblikujejo in uporabljajo smernice za delo v takih primerih (glej ⇒ Uporaba smernic). Pretirano povezovanje vsakega odstopanja s slabšimi (od pričakovanih) izidi sili izvajalce k bolj defenzivnemu slogu dela, kar povečuje stroške in možnost drugih oblik škodljivosti zaradi različnih postopkov.

Primer: Če se dementni bolnik rani na domu, mu bomo v redkih primerih, da bi se izognili prevozu v ambulanto ali h kirurgu, rano zašili na domu. Neposredni pogoji za delo so v takem okolju slabši in zavestno tvegamo večjo možnost infekcije. Podobno velja za dajanje intraartikularnih injekcij in obravnavo poškodb glave.

2.1.3.4.5. Škodljivost zaradi "nestrokovnih"odstopanj pri postopku oskrbe

V strokovnih krogih ponavadi zelo poenostavljeno razmišljamo o pričakovani izvedbi določenega postopka ali ukrepa. Mnogokrat za to nimamo podlage niti v strokovni literaturi niti v enotnem mnenju strokovnjakov. Ko ne vemo z gotovostjo, kakšen naj bi bil postopek oskrbe, je zelo tvegano govoriti o določeni razliki pri delu kot o odstopanju, in še težje to odstopanje vzročno povezovati s krivdno odgovornostjo neposrednega izvajalca ter označiti njegovo ravnanje kot napako. Pri ocenjevanju odstopanj in vzročne povezanosti moramo vedno izhajati iz ugotovitve, ali je bila začetna izbira določenega ukrepa ali postopka pravilna. Izogibati se moramo ocenjevanja na podlagi škode, ki jo povzroči škodljivost zaradi določenega posega.

> Primer: Agresivni alkoholizirani občan razgraja po cesti. Zdravnik se ne odloči za napotitev v bolnišnico. Policisti ga odpeljejo na "iztreznitev". Pri tem se namenoma poškoduje s skokom skozi stekleno pregrado in močno izkrvavljenega sprejmejo na daljšo hospitalizacijo.

2.1.3.4.6. Namerna škodljivost

Namerna škodljivost je izjemno redka. Omeniti jo velja zgolj zato, da ne bi drugih oblik vzrokov za škodljivosti mešali s to. Namerna škodljivost je povzročena zavestno z edinim in očitnim namenom, da bi škodili bolniku. Namerne škodljivosti obravnava sodstvo. Javnost pogosto skuša pripisati vsakemu neželenemu izidu namerno škodljivost oziroma strokovno napako. Nikakor je ne smemo enačiti s škodljivostjo, ki nastane zaradi bolj tveganih odločitev.

2.1.3.5. Ocenjevanje učinkov oskrbe

Izvajalci na izid vplivajo predvsem s postopki zdravstvene storitve. Namen teh postopkov je povečati koristi zdravstvene oskrbe. Kazalci izida kot doseženih zdravstvenih koristi so med drugim lahko zdravstveno stanje, umrljivost, zbolevnost, kakovost življenja, zdravstvena ozaveščenost in zadovoljstvo bolnikov. Med neposrednimi izidi je tudi sodelovanje bolnika pri izvajanju načrta zdravljenja. Tudi v primeru uporabe izidov kot merila kakovosti se znajdemo pred istim vprašanjem, kot v primeru postopka: Ali je določena storitev vzročno povezana s spremembo izida oziroma ali je vplivala na doseženo zdravstveno korist in v kolikšni meri? Dodatne težave povzroča zapletenost merjenja izidov. Posebno to velja za merjenje pozitivnih izidov, kot je izboljšanje zdravstvenega stanja (kakovosti življenja) in zadovoljstva bolnikov. Zato se nam ni potrebno čuditi, da pri

spremljanju kakovosti še vedno prevladujeta negativna kazalca kakovosti: umrljivost in zbolevnost.

Zavedati se moramo tudi težavnosti, ki jih pred nas postavlja narava ambulantnega dela v primerjavi z bolnišnično oskrbo. Pri ambulantni oskrbi je za razliko od bolnišnične izid oskrbe še teže ugotavljati in meriti. Problem ocenjevanja kakovosti je večji tudi zaradi pomanjkanja orodij za merjenje. Izboljšanje kakovosti se mora potrditi z neposrednim merjenjem izboljšanega zdravja posameznika in prebivalstva, kar pa zahteva obsežne in drage raziskave. Večina naporov za merjenje kakovosti je propadla zaradi skoraj nepremostljive ovire, da bi postavili objektivna merila za merjenje stopenj pozitivnega zdravja. Velika večina metod za ocenjevanje zdravstvene oskrbe se osredotoča na odpustno diagnozo in okrog tega gradi merila za kakovost. V osnovnem zdravstvu večkrat nimamo dokončne dokazane diagnoze, saj se velikokrat odločimo za zdravljenje pred postavitvijo končne diagnoze, ali bolnika obravnavamo celo brez patoanatomske diagnoze.

3. Kaj je kakovost oskrbe?

Slika 5. *Pojmi, povezani s kakovostjo oskrbe. Zgornja vrsta prikazuje starejši koncept delitve med nekakovostnim in kakovostnim na podlagi tega, ali je bil posameznik deležen oskrbe ali ne. Spodnja vrsta kaže na zapletenost postavljanja meje med nekakovostno in kakovostno oskrbo, ko je tudi vsakdanja oskrba lahko nekakovostna.*

Minili so časi, ko je veljalo, da je vsaka oskrba boljša kot nobena. Naši učitelji so cele generacije zdravnikov in javnost prepričevali, da je zdravnik vedno dolžan pomagati, in da je že sama opustitev pomoči največja strokovna napaka. Močno socializirani sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja

skoraj vsakomur dopušča neomejen in stalen dostop do storitev zdravstvene oskrbe. Zaradi teh dveh vzrokov ima praktično vsak državljan možnost dobiti vsaj osnovno zdravstveno oskrbo, kadarkoli izrazi potrebo po njej. Sčasoma se je izkazalo, da samo nudenje oskrbe še ne pomeni nujno tudi premika na boljše (slika 4). Vedno večje znanje in osveščenost naših bolnikov bdita nad razlikami pri našem delu in iščeta vzroke za škodljivosti, ki jim jih povzroča zdravstvena oskrba. Prag, ki ga želimo doseči z oskrbo, se pomika vedno globlje v področje zaželenih izidov proti najboljši možni oskrbi (slika 5). Čez ta prag stopimo v področje, ki ga označuje zaželena kakovost s čim manj škodljivostmi in čim več koristmi za bolnika in celotno družbo.

Kakovost ima mnogo pomenov. Udeleženci v sistemu zdravstvenega varstva imamo na to, kaj je kakovost, različne poglede (glej ⇒ Sooblikovalci kakovosti). Pri tem odloča, ali smo v vlogi izvajalca (neposrednega izvajalca ali poslovodnika), ali v vlogi uporabnika (bolnika, plačnika ali zdravstvenega politika). Med udeleženci je zato potreben dogovor, kakšne so zahteve za opravljeno zdravstveno oskrbo. Ustreznost tem zahtevam je želena kakovost. Na področju zdravstva je bilo že obilo poskusov, da bi podali bolj popolno opredelitev kakovosti:

> Primerno razlago za kakovost v okviru zdravstvene oskrbe prinaša Webstrov slovar:
>
> **Kakovost** je zmožnost (kapaciteta, funkcija) predmeta proizvesti določene učinke oziroma doseči cilj.
>
> Široko uporabljenemu izrazu kvaliteta se skušamo izogibati, ker nas omenjena tujka zavaja pri globljem razumevanju bistva stvari, saj pogosto uporabljamo izraz kvaliteta zgolj v pomenu dobra lastnost, ki je po Webstrovem slovarju, Leksikonu Cankarjeve založbe in Verbinčevem Slovarju tujk le ena izmed opredelitev kakovosti in se jo uporablja zlasti v figurativnem pomenu.

Opredelitev sicer znanega pojma je potrebna, da se ne bi sklicevali samo na Slovar slovenskega knjižnega jezika, ki pri geslih kakovost in kvaliteta skoraj enakozvočno predpisuje uporabo v pomenu samo pozitivnih lastnosti. Kakovost stvari se od lastnosti stvari razlikuje v tem, da kakovost vsebuje zmožnost spreminjanja. V izrazu kakovost oskrbe se skrivajo pogoji, v katerih se nudi oskrba, način nudenja storitev, sporazumevanja z bolnikom, izvajanja diagnostike, zdravljenja, poučevanja bolnika o postopkih in zdravem načinu življenja, ki vsebujejo zmožnost, da preko njih v postopku oskrbe dosežemo zastavljeni cilj. Kakovost je torej lastnost oskrbe, s katero presojamo, ali je določena oskrba dosegla cilj ali ne.

Cilj, ki si ga izberemo, določi tudi prvine kakovosti (kazalce), ki jih bomo merili, da bi določili stopnjo kakovosti. Kakovost nam ponuja možnost izbire med več stvarmi ali dogodki. Prednost dajemo stvarem ali dogodkom, ki zadovoljujejo naše potrebe, izpolnjujejo naša pričakovanja in dosegajo naše cilje, pred stvarmi, ki nam tega ne omogočajo. Tiste stvari, katerim na ta

način dajemo prednost, imajo želeno kakovost, nekatere več, druge manj. Kakovost torej ni samo lastnost predmeta samega, ampak je predvsem odvisna od zastavljenega cilja in jo lahko ocenjujemo samo ob navedbi tega cilja (standardov) oskrbe.

Primer: Če je za zdravljenje streptokokne angine pred ero antibiotikov zadoščalo antipiretično zdravljenje, bi danes taka oskrba veljala za nekakovostno, ker na temelju raziskav in izkustva poznamo vlogo in pomen antbiotikov pri zdravljenju te bolezni.

Z izrazom kakovostna oskrba ali dobra oskrba bi pojasnili samo pozitivni (dogovorjeni, zaželeni, pričakovani) pol izvajanja oskrbe in neupravičeno izločili drugo oskrbo, čeprav lahko le neznatno odstopa od pričakovanj. Pojem kakovost oskrbe nam omogoča, da nudene in ocenjevane oskrbe ne vrednotimo dvopolno: prav - narobe, dobro - slabo, temveč predvsem glede na doseganje izbranih in splošno sprejetih ciljev (standardov) ter odstopanja od njih, kar dosežemo s primerjavo med postavljenimi merili in dejansko opravljeno oskrbo.

Po Avedis Donabedianu, starosti na področju kakovosti, je kakovostna zdravstvena oskrba takšen način zdravstvene oskrbe, ki naj bi kar največ prispeval k bolnikovim koristim. Pri tem moramo pretehtati vse dobre in slabe strani vsakega posameznega dela postopka oskrbe.

Ameriško zdravniško združenje je v letu 1984 izbralo naslednjo opredelitev: Kakovostna (zdravstvena) oskrba dosledno prispeva ali k izboljšanju ali k ohranjanju kakovosti in/ali podaljševanju življenja. Ker s to opredelitvijo niso bili najbolj zadovoljni, so v letu 1986 postavili novo opredelitev, v kateri so nanizali več enot postopka oskrbe, ki skupaj z izidom oskrbe označujejo kakovost oskrbe. Kakovostna (zdravstvena) oskrba naj:

- ⇒ vpliva na najboljše mogoče izboljšanje bolnikovega zdravja,
- ⇒ zaobseže pospeševanje zdravja in preprečevanje bolezni,
- ⇒ bo zagotovljena pravočasno,
- ⇒ si prizadeva, da doseže bolnikovo obveščeno sodelovanje in soudeležbo v postopku zdravljenja in pri odločitvah o preiskavah in zdravljenju,
- ⇒ sloni na sprejetih načelih medicinske znanosti,
- ⇒ se zagotavlja z občutkom in skrbjo za bolnikovo dobro,
- ⇒ učinkovito izrablja tehnološke možnosti sodobne zdravstvene oskrbe,
- ⇒ bo o njej zadosti zapisanega v zdravstvenem kartonu (medicinski dokumentaciji), da je mogoča neprekinjenost zdravstvene oskrbe in različne oblike izboljševanja kakovosti (glej ⇒ Oblike sistematičnega izboljševanja kakovosti),
- ⇒ bo odraz bolnikovih ciljev in vrednot.

Po mnenju Ameriškega zdravniškega združenja (AMA) obseg izpolnjevanja teh točk skupaj z ugodnim izidom zdravljenja, opredeljuje kakovost zdravstvene oskrbe.

Pri zapletenih storitvah, kot so zdravstvene, je ugotavljanje kakovosti močno oteženo. Velja splošno pravilo, da naj bi bila oskrba opravljena z najboljšimi razpoložljivimi sredstvi ob dani najboljši strokovnosti na najboljši možni način. To naj bi zagotavljalo ustrezno raven kakovosti. Napakam se v medicini žal ne moremo popolnoma izogniti. Njihova resnost sega od praktično nepomembnih in nezaznavnih učinkov do smrti zaradi škode, ki jo je povzročila določena oskrba. Pri vplivu na napake moramo razlikovati zlasti med pričakovano škodljivostjo in škodljivostjo, narejeno zaradi malomarnosti ali celo namerno povzročene škode. Neprestano tehtanje med tveganjem in koristnostjo določenega postopka je Damoklejev meč zdravniškega poklica. Iskanje in odkrivanje napak pri tem predstavlja povsem nekaj drugega, kot je ocenjevanje kakovosti. Odkrivanje napak je prav tako kot ocenjevanje kakovosti nujni del vsakega postopka z namenom, da čim bolj zmanjšamo neposredni učinek škodljivosti zaradi morebitne napake in da bi se izognili podobnim napakam v prihodnje (glej ⇒ Obvladovanje sprememb). Slednje sodi v področje izboljševanja kakovosti. Na napake v medicini moramo torej gledati predvsem kot na neizčrpen vir snovi za izboljšanje kakovosti (glej ⇒ Stopnje izboljševanja kakovosti). Pri tem gre zlasti za drobna odstopanja od veljavnih načel, ki sama po sebi niti ne povzročajo nujno neke škode, če pa bi jih ne zaznali, bi lahko v določenih pogojih lahko pripeljale do večje škode.

Kakovost je bistveni sestavni del izvajanja zdravstvene oskrbe in mora prežemati vsak postopek oskrbe vzporedno z upoštevanjem obsega dela in stroškov, ki pri tem nastajajo. Kakovostna zdravstvena oskrba je pravica vsakega bolnika in vsake skupnosti ne glede na omejena sredstva, ki jih družba lahko namenja za zdravstveno varstvo.

> Po opredelitvi Svetovne zdravstvene organizacije iz leta 1993 je kakovostna oskrba tista, ki zadošča dogovorjenim zahtevam in ob upoštevanju trenutnega znanja in razpoložljivih sredstev izpolnjuje pričakovanja za povečanje koristi in zmanjšanje tveganj za zdravje in dobro počutje bolnika.
>
> Kakovost je tista stopnja, od katere zdravstvena oskrba posameznika, skupine prebivalcev ali celotnega prebivalstva zveča verjetnost zaželenih izidov in deluje v skladu s sodobnimi strokovnimi spoznanji.

Za delovno opredelitev v tej knjigi velja, da je kakovost zbir vseh lastnosti oskrbe, ki ji dajejo zmožnost zadovoljiti izbrane cilje udeležencev (glej ⇒ Sooblikovalci kakovosti).

Lastnosti kakovostne oskrbe so:

- ⇒ visoka strokovnost (temelječa na znanstvenih dokazih, uporaba smernic),
- ⇒ učinkovita izraba razpoložljivih virov,
- ⇒ dostopnost, dosegljivost, privoščljivost, pravičnost,
- ⇒ najmanjše možno tveganje za bolnika,
- ⇒ izpolnjevanje potreb bolnikov in družbe.

Izbrani cilji so vsi cilji (glej ⇒ Stopnje izboljševanja kakovosti)

- ⇒ zdravstvene ustanove za doseganje čim boljših poslovnih rezultatov,
- ⇒ zdravstvene politike (administracije) za doseganje čim boljše dostopnosti, dosegljivosti, privoščljivosti in pravičnosti zdravstvene oskrbe,
- ⇒ zdravstvenega zavarovanja za doseganje čim boljšega razmerja med koristjo zdravstvene oskrbe in vloženimi sredstvi,
- ⇒ neposrednih izvajalcev z uresničevanjem samih sebe preko izvajanja čim bolj kakovostne oskrbe,
- ⇒ uporabnikov zdravstvenih storitev za najboljšo možno oskrbo.

Čeprav so vsi cilji upravičeni, dobijo navadno večji poudarek tisti, s katerimi se strinjajo vsi udeleženci. V politiki se cilji navadno zožijo na cilje, ki jih podpira (finančno) močnejši udeleženec. Zadovoljitev izbranih ciljev je tako vedno le delna, zato je izjemnega pomena prav dogovor o želeni ravni kakovosti. Če udeleženci ne pridejo do soglasja o tem, potem se povečujejo napetosti znotraj sistema zdravstvenega varstva, kar povratno kvarno vpliva na prizadevnost udeležencev, da bi tvorno prispevali k izboljševanju kakovosti.

3.1. Učinkovitost, uspešnost, stroški in kakovost zdravstvene oskrbe

Kakovost je uporaba učinkovitih postopkov zdravstvene oskrbe pri pravih bolnikih v danih razmerah na učinkovit način.

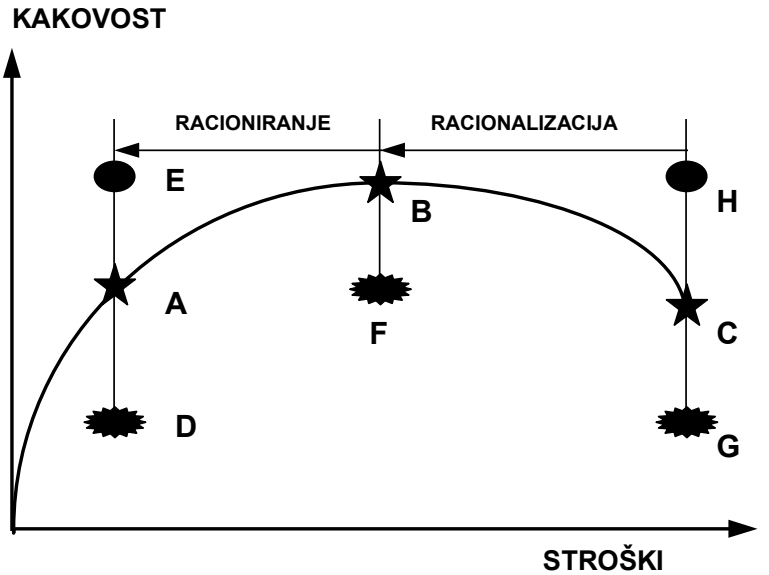
Zdravstvena oskrba je zaradi vedno večjih možnosti in velike učinkovitosti različnih postopkov postala tako draga, da si je tudi najbogatejše države ne morejo privoščiti v neomejenem obsegu. Zdravstveno varstvo kot organizacijsko normativni sistem, ki skrbi za politično-gospodarske temelje, na katerih gradi zdravstvena oskrba, je v zadnjem času doživelo spremembe. Vsi skupaj občutimo pritiske omejenih sredstev zaradi relativno in absolutno nizkega deleža prispevkov, namenjenih za izvajanje zdravstvenega varstva. Vendar so sredstva, ki se zbirajo preko javnih financ, vedno končno omejena

in ne morejo zagotavljati celotnega pokrivanja potreb dragega zdravstvenega varstva. Iz izkušnje so nam znani različni ukrepi pri financiranju izvajanja zdravstvenega varstva, s katerimi naj bi pocenili njegovo izvajanje. Z omejitvami nikoli ne morejo biti vsi zadovoljni.

Uspešnosti sistema zdravstvenega varstva zagotovo ne moremo meriti samo s finančno učinkovitostjo ali samo z učinkovitostjo zdravstvene službe. Kadar želimo govoriti o uspešnosti sistema zdravstvenega varstva, moramo vedno upoštevati doseženo učinkovitost posameznih podsistemov (predvsem zdravstvene službe) v primerjavi z razpoložljivimi viri (delež bruto narodnega dohodka, kadri, materialni pogoji). Med merili učinkovitosti sistema zdravstvenega varstva poznamo predvsem kazalce vitalne statistike, kot so umrljivost, zbolevnost. Zdravstvena politika države v politiki skrbi za ravnotežje med prevladujočim ekonomskim interesom gospodarskih subjektov v državi in deklarirano pravičnostjo v zdravju svojih državljanov. Njen ugled in moč znotraj sistema zdravstvenega varstva odločata, ali bo prevladujoči vzorec zdravstvene politike naravnan bolj v liberalistično ali socialnodemokratsko smer. Zdravstvena politika ima zato odločilno vlogo pri oblikovanju ustreznih pogojev kakovosti celotnega sistema zdravstvenega varstva in s tem tudi kakovosti konkretne zdravstvene oskrbe državljanov. S primernim sistemom kakovosti namreč zagotovi, da se za razpoložljiva sredstva uporabljajo predvsem učinkovite zdravstvene storitve (glej $\Rightarrow$ Presoja kakovosti, glej $\Rightarrow$ Vzpostavitev in vzdrževanje sistema kakovosti). Pri tem mora doseči soglasje med plačniki in izvajalci znotraj sistema zdravstvenega varstva in soglasje javnosti izven njega.

Zaradi drugačne zasnove poslovanja se doslej pri nas nismo srečevali z ekonomsko uspešnostjo zdravstvenih organizacij in zasebnikov. Slej ko prej pa se bomo srečali z istimi vprašanji kot v ZDA in večjem delu Evrope. Zaradi različnih postavk pri plačevanju storitev zdravstvene oskrbe so v vsakem sistemu plačevanja vedno možnosti ali opuščanja ali pretirane rabe ali zlorabe plačljivih in neplačljivih storitev. Zato je ključnega pomena vsakega sistema zdravstvenega varstva ne samo, da nadzoruje porabo javnih sredstev, ampak tudi, da preko različnih mehanizmov skuša zagotoviti, da se t.i. zdravstveni denar porablja racionalno in da se hkrati ne odstopa od sodobnih standardov zdravstvene oskrbe. Zavedati se moramo, da dražje ni vedno boljše in tudi cenejše ne vedno slabše.

Z omejevanjem sredstev (racioniranjem) lahko močno okrnemo kakovost oskrbe, vendar pa večanje sredstev preko določene meje prav tako ne prispeva več nujno k dvigu kakovosti. Pri večji porabi sredstev se lahko zgodi, da pride do take oskrbe (pretirane rabe z več (tudi iatrogenimi) škodljivostmi, večjo tesnobo uporabnikov in večjimi stroški), ki ne prinaša koristi. S tem se kljub večjim stroškom raven kakovosti niža (slika 6).



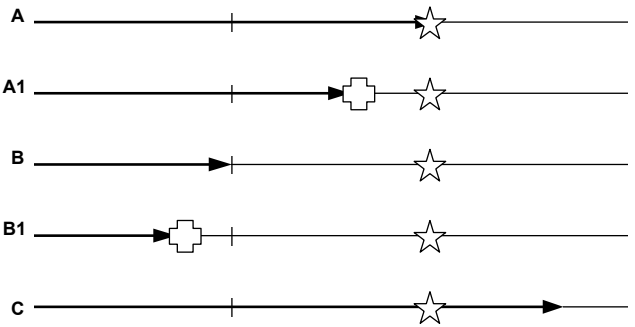
Slika 6. *Prikaz odnosa med kakovostjo in stroški oskrbe. Če za oskrbo namenimo premalo sredstev (točka A), ne moremo doseči zaželene kakovosti (točka E), ki jo lahko dosežemo z uporabo večjih virov (točka B). Pri porabi sredstev preko določene meje večanje stroškov ne prispeva k izboljšanju kakovosti, temveč lahko celo povzroči poslabšanje kakovosti (iatrogeni učinki, nepotrebna oskrba, stranski učinki nepotrebnih zdravil itd.) (točka C). Zaželeno raven kakovosti (točka H) je mogoče doseči le ob dodatnih naporih in še večji porabi virov. Točke D, F in G predstavljajo nezaželeno raven kakovosti. Vsakdanja zdravstvena oskrba se neprestano giblje nekje med zaželeno ravnijo kakovosti (točke E, B, H) in nezaželeno ravnijo (točke D, F, G). Z racionalizacijo lahko kljub manjšim stroškom dosežemo enako želeno raven kakovosti (točka B), kot bi jo drugače ob večjih stroških (točka H). Z nadaljnjim zmanjševanjem stroškov (racioniranjem) se raven kakovosti oskrbe začne zmanjševati.*

3.2. Kaj ni kakovostno?

Vidimo, kako težko je pojasniti, kaj je kakovost in kaj je kakovostno. Nekoliko laže nam bo, če si skušamo priklicati storitve, ki kažejo na nekakovostno oskrbo. To je npr. nedoseganje načrtovane ravni precepljenosti otrok, 70 % nehipertonikov brez izmerjenega krvnega tlaka v zadnjih dveh letih, porast števila mladoletnih nosečnic ipd.

Kakovost pokriva široko pahljačo različnih načinov oskrbe. Razlike v nudenih storitvah so lahko sprejemljive ali nesprejemljive. Nesprejemljive so

takrat, če se pojavljajo zaradi slabega znanja, nesposobnega vodenja ali vpliva sistema zdravstvenega varstva, nepoznavanja ali namernega neupoštevanja strokovno priznanih spoznanj za dobro delo. Takrat govorimo o odstopanjih (glej ⇒ Obvladovanje sprememb).



DOSEGLJIVA			NEDOSEGLJIVA
LASTEN IZID	DODANA		PREUSMERJANJE VIROV, RAZISKAVE IN IZNAJDBE
DOSEŽENA		NEDOSEŽENA	
SPREMLJANJE IN ZAGOTAVLJANJE		IZBOLJŠANJE	

Slika 7. *Prikaz teoretičnih izidov oskrbe glede na pričakovano kakovost (korist), odstopanja in škodljivosti, ki pri oskrbi lahko nastanejo: celotna dolžina premice predstavlja dosegljivo korist oskrbe, črtica označuje lasten izid, puščice kažejo doseženo korist (kakovost), zvezdice označujejo pričakovano kakovost in križi odstopanje v negativno smer. V primeru oskrbe A je bila dosežena pričakovana kakovost, ki je večja od lastnega izida in manjša od dosegljive kakovosti. V primeru oskrbe A1 je prišlo do odstopanja in pričakovana kakovost ni bila dosežena (škodljivost). V primeru B vidimo, da je zaradi opustitve oskrbe izid enak lastnemu izidu. V primeru B1 je zaradi opustitve oskrbe (neuporabe) prišlo do škodljivosti. V primeru C oskrbe je prišlo do pozitivnega odstopanja (izboljšanja) kakovosti. Kakovost presega pričakovano in se približuje najboljši možni oskrbi.*

Meja med kakovostno in nekakovostno oskrbo je dogovorna. Izkušnje, medicinsko izobraževanje, raziskave in dogovori kažejo, kje je ta meja.

Odstopanja na področju kakovosti se lahko pojavljajo v treh oblikah: v pretirani rabi, premajhni rabi in neustrezni rabi zdravstvene oskrbe. Za **pretirano rabo** smatramo tiste storitve, kjer je tveganje (zavestno) večje od možnih koristi. V tem primeru lahko nastane škodljivost zaradi zavestno večjega tveganja ali zaradi opravljene oskrbe pri bolniku z večjim tveganjem. **Premajhna raba** je tista, kjer bi koristi presegale možna tveganja. Dosegljiva korist v tem primeru ni dosežena (slika 4, slika 7). **Neustrezna raba** pa se pokaže pri slabo opravljenih, čeprav pravilno izbranih storitvah tako, da bolnik ni deležen vseh možnih koristi storitve. Zaradi teh odstopanj

ne moremo doseči pričakovane koristi zdravstvenih storitev in se lahko pojavljajo različne oblike škodljivosti (glej ⇒ Obvladovanje sprememb).

Odstopanja od zaželene kakovosti, kot jih zaznajo različni sooblikovalci kakovosti nam ponazarja slika 8 (glej ⇒ Sooblikovalci kakovosti). Za uporabnika - bolnika je najpomembnejši 5. razkorak med pričakovano storitvijo in dobljeno storitvijo.

Slika 8. *Razkoraki kakovosti, kot jih pri določenem delovnem postopku občutijo sooblikovalci kakovosti.*

Razkoraki se pojavljajo na številnih ravneh. Prvi razkorak nastane med pričakovanjem bolnika in s strani vodstva določeno storitvijo *(Npr. vodstvo odloči, da ambulanta v zdravstveni postaji ob sobotah ne dela, kar ni v skladu s pričakovanji bolnikov).* Drugi razkorak je med smernicami za kakovostno delo in ravnijo, ki jo dopušča vodstvo *(Npr. če bi želeli slediti smernicam za presejanje odraslih bolnikov (merjenje celotnega holesterola), bi stroški za ta del laboratorijskih storitev narasli tudi do desetkrat, kar zagotovo ne bi bilo po godu vodilnim).* Tretji razkorak nastane med smernicami za delo in samim postopkom oskrbe *(Npr. priložnostno merjenje krvnega tlaka vsako leto (ali na dve leti) vsem odraslim bolnikom prispeva k zgodnjemu odkrivanju hipertonikov. Praksa na tem področju je lahko zelo drugačna.).* Četrti razkorak nastane med obljubljeno ravnijo kakovosti in postopkom oskrbe *(Npr. izvajalci se s pogodbo zavežejo, da bodo precepili določeno skupino prebivalstva. Zaradi različnih razlogov je to možno le v določenem odstotku).* Peti in najbolj očiten razkorak pa kot posledica prejšnjih

nastane med (s strani bolnika) pričakovano ravnijo kakovosti in dobljeno storitvijo (posledica postopka oskrbe).

3.3. Enota ocenjevanja kakovosti oskrbe

Ko nam je znano, kaj je kakovost, moramo določiti tudi enoto dela, ki jo bomo ocenjevali. Na ravni sistema zdravstvenega varstva so to vse dejavnosti in postopki, ki se izvajajo v okviru zdravstvene službe in drugih družbenih dejavnosti, ki vplivajo na zdravstveno stanje vseh državljanov (povprečje). Na ravni zdravstvene ustanove in posameznega izvajalca izberemo za enote ocenjevanja tiste dele oskrbe, ki na podlagi raziskav vplivajo na izide. Za delo v družinski/splošni medicini je taka enota dela npr. posvet med zdravnikom in bolnikom, ki se lahko opravi v ambulanti ali na domu. S **posvetom** lahko zajamemo vse raznolike dejavnosti, postopke in storitve, ki jih je bolnik deležen med obiskom zdravnika sam neposredno, v pogovoru po telefonu ali posredno preko svojega zastopnika. Taka enota opazovanja je navadno skladna tudi z različnimi obračunskimi enotami dela, kot so se z razvojem zdravstvenega zavarovanja oblikovale v različnih sistemih zdravstvenega varstva. V družinski/splošni medicini v Sloveniji so to npr. različne oblike obiska v ambulanti, hišni obisk in posebej plačljive storitve. Če izberemo to enoto ocenjevanja, lahko izberemo kot vir za ocenjevanje kakovosti zdravstveni karton, administrativne ali statistične podatke (glej ⇒ Zdravstveni karton in kakovost). Pri tem lahko npr. ocenjujemo kakovost prepisovanja antibiotikov pri prvem obisku zaradi akutnega infekta dihal in podobne oblike oskrbe, ki se zgodijo enkrat v času (glej ⇒ Samoocenjevanje kakovosti). Poudarek je na ocenjevanju postopka ob določenem obisku. V zadnjem času se pri raziskovanju kot enota vedno bolj uveljavlja zaporedje postopkov oskrbe zaradi ene zdravstvene težave. Na ta način zajamemo zaporedje postopkov - celotno oskrbo - zaradi določene zdravstvene težave.

4. Zakaj govorimo o kakovosti?

Kakovost je pod vtisom politike Svetovne zdravstvene organizacije postala ena izmed prednostnih nalog v nacionalni strategiji zdravstvenega varstva.

Doslej smo vse posege v zdravstvu na področju določanja normativov in financiranja sprejemali kot neljube administrativne ukrepe, ki se nas izvajalcev ne tičejo. Zlasti zdravniki smo se omejevali na strokovno delo in se skušali držati strokovnih doktrin posameznih klinik, ki predstavljajo najboljšo možno oskrbo (slika 4). Pri tem smo nujno naleteli vsaj na dve bistveni težavi:

⇒ Za zagotavljanje najboljše možne oskrbe praktično nikoli ni bilo zadostnih virov (pomanjkanje finančnih sredstev, čakalne dobe, premajhne zmogljivosti posameznih dejavnosti, nedostopna zdravila in materiali).
⇒ Zaradi neenakomerno hitrega razvoja posameznih ustanov znotraj zdravstvene službe, nad katerim ni bdelo neko strokovno povezovalno telo, so le redka področja v zdravstvu, kjer bi poskušali oblikovati splošno sprejemljiva in veljavne smernice za delo.

Največji vpliv na delo zdravnikov v Sloveniji ima medicinska stroka preko stalnega strokovnega izobraževanja (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost) in občasnega izvajanja strokovnega nadzora s svetovanjem (glej ⇒ Oblike sistematičnega izboljševanja kakovosti). Le izredni osveščenosti slovenskih zdravnikov se moramo zahvaliti, da je strokovna raven večine področij slovenskega zdravstva močno presegla gmotne možnosti, predvsem na račun osebnega prispevka zdravnikov.

V zadnjem času je močno naraslo zanimanje za kakovost oskrbe (glej ⇒ Sooblikovalci kakovosti, glej ⇒ Ravni izboljševanja kakovosti). Za zanimanje je več vzrokov:

⇒ Številne raziskave so pokazale na velike razlike pri izvajanju oskrbe bolnikov, ki jih ni bilo mogoče pojasniti samo s težo zdravstvenega stanja in razlikami v sistemu zdravstvenega varstva.
⇒ Uporabniki zdravstvenih storitev so vedno bolj osveščeni, želijo sodelovati pri načrtovanju in neposrednih odločitvah pri zdravstveni oskrbi.
⇒ Javnost zahteva razvidnost in javnost dela zdravstvene službe.
⇒ Znanje in tehnične možnosti presegajo finančne možnosti sistemov zdravstvenega varstva, kar jih sili v obvladovanje stroškov.
⇒ Izvajalci želijo pokazati svojo strokovno usposobljenost in se primerjati z drugimi. V nekaterih sistemih zdravstvenega varstva je to predvsem prestižnega pomena (Nizozemska, Velika Britanija, Slovenija), drugje pa poleg tega omogoča preživetje na trgu zdravstvenih storitev (Združene države Amerike).
⇒ Vodilni v zdravstvenih ustanovah in plačnik zdravstvenih storitev želijo zagotoviti čim boljšo kakovost za razpoložljiva sredstva. V nekaterih okoljih se pri sklepanju dogovorov poleg cene in količine storitev vedno bolj upošteva tudi kakovost oskrbe (Združene države Amerike, Velika Britanija). Za vodilne zdravstvenih ustanov v Združenih državah Amerike je opravljena presoja sistema kakovosti vizitka za sklepanje posla s plačniki zdravstvenih storitev.

5. Kje, kdaj in kako se kaže kakovost?

Kakovost pride do izraza vedno takrat, kadar je neko delo izvajalca izpostavljeno soočenju z uporabnikom. Kakovost se torej kaže ob vsakem "prehodu" med ljudmi in sistemi kjer koli v celotnem postopku oskrbe. Izvajalec mora svoje delo opraviti tako, da bo uporabnik svoj del opravil čim laže. Na ta način se zagotovi večje sodelovanje in zmanjša možnost odstopanj oziroma napak. V dolgi verigi obravnave določene zdravstvene težave bolnika se pojavljajo številni uporabniki, ki so že naslednji trenutek lahko v vlogi izvajalca (slika 9).

Slika 9. *Pri "uporabniškem" načinu razmišljanja o kakovosti vidimo, da poteka pretok "storitev" v smeri od trenutnega izvajalca k "trenutnemu" uporabniku, ki mu po povratni zanki lahko daje koristne podatke o kakovosti njegovega dela. Trenutni uporabnik je v naslednjem postopku lahko izvajalec, kot je bil tudi trenutni izvajalec v nekem drugem postopku lahko uporabnik.*

Če želimo razumeti, kdo je pri določeni storitvi uporabnik in kdo izvajalec, si moramo izdelati delovni načrt za posamezni delovni postopek.

Primer: Obisk bolnika v ambulanti zdravnika družinske medicine.
Naročanje na pregled: uporabnik: bolnik, izvajalka: **medicinska sestra**;

Sprejem bolnika: uporabnik: bolnik, izvajalka: **medicinska sestra** *(možna odstopanja (nekakovost): neprijaznost, zasedeni termini, zasedene linije, predolgo čakanje na odgovor)*;

Preverjanje dokumentov: uporabnica: medicinska sestra, izvajalec: **bolnik** *(možna odstopanja (nekakovost): neurejeno zavarovanje, brez dokumentacije, izsiljevanje prednosti)*;

Usmerjanje bolnikov v ambulanti: uporabnik: zdravnik, izvajalka: **medicinska sestra** *(možna odstopanja (nekakovost): zadrževanje bolnikov v predprostoru, neprijaznost, osebna neurejenost, neurejena ambulanta)*;

Posvet pri zdravniku: uporabnik: bolnik, izvajalec: **zdravnik** *(možna odstopanja (nekakovost): 1. sporazumevanje: neprijaznost, ne posluša, avtoritativni slog, hladen odnos, neučakanost, 2. strokovnost: vtis negotovega odločanja, pomanjkljiva navodila, 3. zunanji videz: neurejena zunanjost, neurejena ambulanta)*;

Naročilo za ambulantno zdravljenje: uporabnica: medicinska sestra, izvajalec: **zdravnik** *(možna odstopanja (nekakovost): nečitljivo sporočilo, nepopolno navodilo, begajoče navodilo)*;

Prejemanje ambulantnega zdravljenja, navodil in dokumentov: uporabnik: bolnik, izvajalka: **medicinska sestra** *(možna odstopanja (nekakovost): nepravilno izpolnjeni dokumenti, pomanjkljiva navodila).*

Vidimo, da se tudi v tako preprosti storitvi, kot je obisk pri zdravniku, ki v povprečju traja 7 minut in dosega v povprečju 3,75 količnika, kar predstavlja 1/8000 letnega obsega dela zdravnika družinske medicine, vloga izvajalca in uporabnika izmenjuje. Kakovost posameznih delov storitve izkusijo in s tem tudi ocenjujejo bolnik, zdravnik in medicinska sestra. Zato je pomemben odnos izvajalca do povratnih podatkov uporabnika posameznih delov storitev, saj na podlagi teh lahko spremeni svoj slog dela in vpliva na večjo kakovost. Oskrba pri večji zapletenosti postopkov in vključevanju večjega števila izvajalcev in uporabnikov postane slabše pregledna in zahteva bolj sistematične modele za ocenjevanje kakovosti (glej ⇒ Oblike sistematičnega izboljševanja kakovosti).

Uporabnik storitve si na podlagi pričakovanja o načinu dela in izida zdravljenja ustvari določeno mnenje (slika 8). Za izvajalca je soočenje z mnenjem uporabnika (stranke) o kakovosti njegove storitve trenutek resnice (slika 7).

Ko nam je znano, kaj je kakovost, kje jo zaznamo in opazujemo, si logično zastavimo vprašanji, kako dosežemo želeno raven kakovosti, kako lahko doseženo raven kakovosti obdržimo ali jo izboljšamo (dosežemo nedoseženo dosegljivo korist). Odgovor na to nam daje zamisel o obvladovanju kakovosti (glej ⇒ Oblike sistematičnega izboljševanja kakovosti, glej ⇒ Celovito obvladovanje kakovosti, glej ⇒ Podatkovno podprto izboljševanje kakovosti, glej ⇒ Analiza izjemnih dogodkov, glej Krožek kakovosti).

6. Temeljna načela izboljševanja kakovosti

Kakovost oskrbe je vedno bolj pomembna za vse udeležence v sistemu zdravstvenega varstva in za celotno družbo. Težave v zvezi s kakovostjo se kažejo povsod tam, kjer je delo enega izpostavljeno izkušnji drugega. Zaradi prepletenosti ukrepanj znotraj posameznih delovnih postopkov se vsak udeleženec lahko znajde tako v vlogi uporabnika, kot v vlogi izvajalca. Zato si moramo vsi prizadevati, da tistim, ki so v določenem postopku odvisni od nas, čim bolj olajšamo njihov del nalog. Podatki uporabnika o delu izvajalca so tako neizčrpen vir za izboljševanje kakovosti dela (glej ⇒ Analiza izjemnih dogodkov).

6.1. Naloge izboljševanja kakovosti

Izboljševanje kakovosti je dinamični proces z naslednjimi nalogami:

⇒ odkrivanje in uporaba najboljših izidov za doseganje odličnosti,
⇒ povratni podatki,
⇒ eksplicitna opredelitev ciljev kakovosti,
⇒ izbira kazalcev kakovosti,
⇒ neprestan postopek izbiranja prednostnih nalog,
⇒ ustrezni viri za kakovost,
⇒ sistem spodbud,
⇒ izobraževanje za kakovost,
⇒ ustrezen informacijski sistem,
⇒ nepretrgano samoocenjevanje,
⇒ nadzor znotraj stroke,
⇒ naklonjeno vodstvo in
⇒ vključevanje bolnikov.

6.2. Odgovornost za kakovost

Za izboljševanje kakovosti so odgovorni vodilni sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenih ustanov. Neposredni izvajalci pa so ključni za uspeh izboljševanja kakovosti. Podporo prizadevanjem nudi sistem kakovosti, ki natančneje opredeljuje naloge in odgovornost za kakovost (glej ⇒ Vzpostavitev in vzdrževanje sistema kakovosti).

Delovna skupina za kakovost pri Svetovnem združenju zdravnikov družinske medicine (EQuiP) je na 6. srečanju v Goettingenu od 10.11. do 14. 11. 1994 sprejela naslednja načela, ki naj bi vodila zdravnika družinske medicine pri izboljševanju kakovosti:

Izboljševanje kakovosti

1. Je poklicna dolžnost vsakega zdravnika.
2. Je trajna dejavnost.
3. Obsega vse vidike skrbi za opredeljene prebivalce.
4. Je sestavni del medicinskega izobraževanja.
5. Je sestavni del vsakodnevnega dela.
6. Obravnava bolnika celostno kot posameznika, družinskega člana in člana skupnosti.
7. Spodbuja smotrno izrabo zdravstvene službe.
8. Upošteva posebnosti družinske medicine.
9. Omogoča strokovno odločanje na podlagi smernic.
10. Se ne sme uporabljati za nadzor in kaznovanje.

6.3. Cilj izboljševanja kakovosti

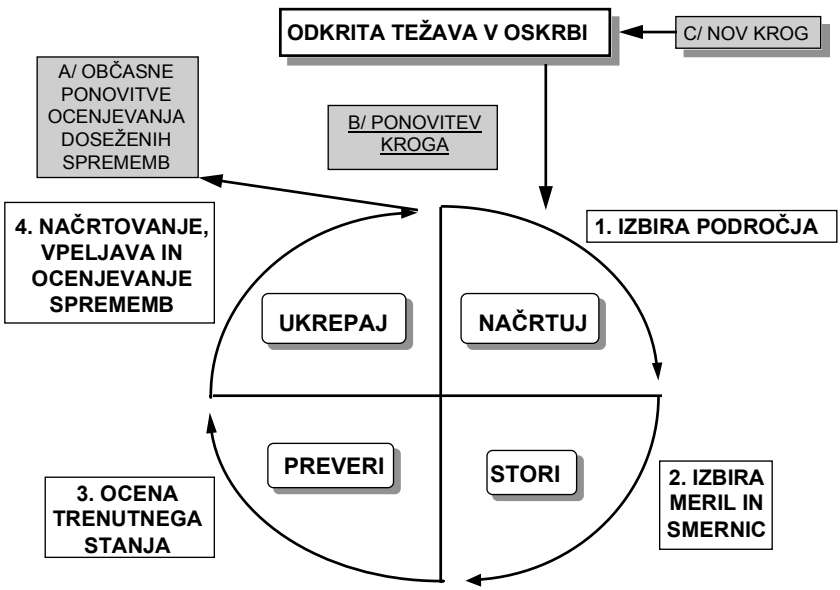
Cilj izboljševanja kakovosti je v zmanjšanju razlik v izidih in v večji zanesljivosti, manjših različkih in odstopanjih pri postopkih ter premik celotne "krivulje" izidov proti boljšim izidom (glej ⇒ Podatkovno podprto izboljševanje kakovosti) in s skrajšanjem procesa "preoblikovanja" (postopka oskrbe) (slika 9).

V nadaljevanju prvega dela se bomo seznanili s stopnjami v postopku izboljševanja kakovosti (glej ⇒ Stopnje izboljševanja kakovosti), z ravnmi organizacije kakovosti (glej ⇒ Ravni izboljševanja kakovosti), s pogledi in odgovornostjo sooblikovalcev (glej ⇒ Sooblikovalci kakovosti) in z oblikami izboljševanja kakovosti (glej ⇒ Oblike sistematičnega izboljševanja kakovosti).

STOPNJE IZBOLJŠEVANJA KAKOVOSTI

1.Krog kakovosti

V zadnjem stoletju so si številni prizadevali izkoristiti potencial zaposlenih za neprestano izboljševanje kakovosti tako v industriji, kot tudi v zdravstvu. Nastali so številni modeli, ki omogočajo lažji in sistematični pristop k reševanju vprašanj kakovosti. Modelov je sicer več, vendar vsi izhajajo iz Demingove štiristopenjske zasnove - načrtuj, stori, preveri, ukrepaj (slika 1). Poudarek vseh je na sklenitvi celotnega kroga - **kroga kakovosti**.



Slika 1. *Krog kakovosti (pojasnjeno v besedilu).*

2. I. stopnja: Izbira prednostne naloge

Ob vsakdanjem delu opažamo številne stvari, ki bi se jih dalo narediti bolje. Kadar so pomanjkljivosti in odstopanja odvisni od posameznika, še zlasti od nas samih, je rešitev lahko zelo preprosta: spremeniti moramo slog našega dela (glej ⇒ Obvladovanje sprememb). Večina nas tako tudi postopa, kar dokazuje tudi napredek v medicini. Kadar pa so različki in odstopanja povezani z udeležbo več dejavnikov, moramo k reševanju težav pristopiti bolj sistematično.

Vse težave nimajo enake teže pri doseganju slabših izidov. Nekatere so laže rešljive, druge izjemno zapletene. Določene težave lahko odpravi skupina posameznih izvajalcev (glej ⇒ Krožek kakovosti, glej ⇒ Samoocenjevanje kakovosti), za druge je potrebna izdatna organizacija in vključitev večjih virov. Takrat se mora v izboljševanje kakovosti vključiti izvajalska zdravstvena ustanova (glej ⇒ Vzpostavitev in vzdrževanje sistema kakovosti, glej ⇒ Celovito obvladovanje kakovosti).

2.1. Odkrivanje in izbira področij, kjer se pojavljajo težave v oskrbi

Ko smo se ogreli za reševanje opaženih težav, moramo najprej izbrati tiste, ki se jih bomo lotili. Neživljenjsko je razmišljati o vseobsežnem spreminjanju sloga dela in odpravljanju vseh pomanjkljivosti naenkrat. Hkrati pa nas obilica težav ne sme spraviti v tak obup, da bi se izboljševanja kakovosti sploh ne lotili. Zato je smotrna izbira področja za prednostno nalogo našega izboljševanja kakovosti verjetno najpomembnejša odločitev v celotnem krogu.

Pri **izbiranju prednostnih nalog** za izboljševanje kakovosti velja nekaj splošnih načel, ki nam pomagajo k uspešni vpeljavi izboljšav:

⇒ S pomočjo naslednjih vprašanj izluščimo morebitne pomanjkljivosti v oskrbi:
- Kaj gre pri našem delu narobe ali slabo?
- Kaj lahko izboljšamo?
- Kaj delamo že sedaj dobro in je vredno ohraniti?
- Kaj je na tem področju novega?
- **Kaj želimo doseči?**

⇒ Prednost pri izbiri damo tistim težavam v oskrbi, ki so pogoste, vplivajo na nezadovoljstvo uporabnikov (glej ⇒ Vključevanje bolnikov) in izvajalcev ter prispevajo k slabšim izidom:
- Težava mora biti sprejemljiva - zanimiva za vse sodelujoče.
- Težavo je možno opazovati, zbirati merljive podatke in ocenjevati na podlagi razpoložljivega znanja. Eventualno že zbrani izhodiščni podatki kažejo na možnost izboljšanja.

- Težavo v zdravstveni oskrbi mora zaznati vsaj eden od udeležencev zdravstvene oskrbe (zdravnik, bolnik ali plačnik). Biti mora tudi dovolj pogosta, da znatno vpliva na izide oskrbe večjega števila prebivalcev (glej ⇒ Kakovost oskrbe).
- Ugotovljeno odstopanje je možno odpraviti s spremembo - izboljšanjem (postopek), možno je postaviti standarde oziroma cilje boljše kakovosti.
- Katere spremembe bodo prinesle izboljšanje?
- Kako bomo vedeli, da je sprememba izboljšanje?
- Opazovana težava naj bo čim bolj jasno opredeljena, z merljivimi deli postopka in izida ter z jasnimi cilji kakovosti.

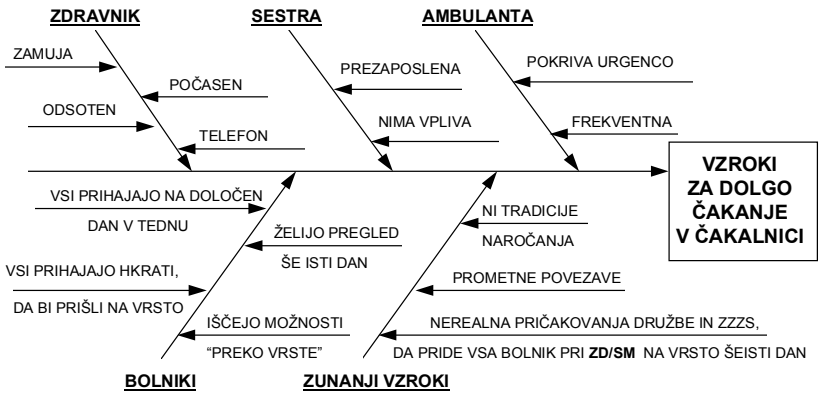
⇒ Težave v oskrbi moramo opredeliti tako,

- da spoznamo vidike vseh udeležencev v tem postopku oskrbe (glej ⇒ Sooblikovalci kakovosti),
- da se seznanimo s celotnim postopkom in z mesti v postopku, ko se težave v kakovosti najbolj jasno pokažejo,
- da ugotovimo vlogo posameznih sooblikovalcev pri neustrezni kakovosti (glej ⇒ Sooblikovalci kakovosti), kar nam omogoči načrtovanje ustreznih ukrepov.

⇒ Zavedati se moramo, da je obstoj zlasti številnih drobnih različkov in odstopanj pri oskrbi neizpodbitna stvarnost in ne predstavlja sramote, ki bi jo morali grajati, ugotavljati krivdo ali celo kaznovati (glej ⇒ Obvladovanje sprememb, glej ⇒ Kakovost oskrbe). "Napake" morajo predstavljati neizčrpen vir za izboljševanje našega dela. Seveda se ne moremo izogniti odkrivanju in kaznovanju grobih kršitev pri delu, ki pa ne more biti edini cilj in smisel zagotavljanja kakovosti.

2.1.1. Načini izbire prednostne naloge

Različki, odstopanja in napake so vir za izbiro prednostnih nalog (glej ⇒ Kakovost oskrbe). Z notranjim nadzorom kakovosti, stalnim strokovnim nadzorom s svetovanjem, vodenjem pritožnega sistema in drugimi oblikami vključevanja bolnikov posamezni izvajalec in zdravstvena ustanova odkrivata področja, kjer bi bile zaželene spremembe (glej ⇒ Oblike sistematičnega izboljševanja kakovosti, glej ⇒ Vključevanje bolnikov).



Slika 2. *Ribja kost (vzročni diagram, diagram Ishikawa) vzrokov, ki prispevajo k dolgemu čakanju v čakalnici (ZD/SM = zdravnik družinske medicine). Ta tehnika nam na eni strani prikaže vzroke, na drugi strani pa nam omogoča odkrivanje povezav med posameznimi udeleženci v postopku in posledicami njihovega trenutnega ravnanja.*

Za izbiro obstaja več načinov: možganska vihra (glej ⇓ primer 1), fokus metoda (glej ⇓ primer 2), tehnika nominalne skupine (glej ⇓ primer 3), na osnovi povratnih podatkov, tehnika ribje kosti (slika 2) in druge. Od udeležencev, ki bodo sodelovali pri določenem projektu izboljševanja kakovosti, je odvisno tudi to, kakšno metodo bomo izbrali. Metoda je lahko bolj "neformalna", če se člani skupine med seboj poznajo, če je skupina manjša in če delajo na istem strokovnem področju. V takem primeru se najbolje obnese možganska vihra (glej ⇓ primer 1). V večjih skupinah s predstavniki različnih strokovnih področij je bolje izbrati manjšo skupino predstavnikov in/ali uporabiti bolj sistematičen način za doseganje soglasja.

Primer 1: Izbira področja s pomočjo **možganske vihre**

Skupina 5 do 12 udeležencev se prosto pogovarja o težavah, ki se pojavljajo pri njihovem delu. Vodje skupin so določeni za pomoč pri uresničevanju zastavljenih ciljev. Vsak udeleženec mora sam poskrbeti, da pride njegovo mnenje do izraza na primeren, kulturen in razumljiv način. Vodja pri tem na čim manj vsiljiv način vzdržuje raven sporazumevanja in skrbi za okvirni tok pogovora. Ko večina pove svoje mnenje, izberejo izmed najpogostejše omenjenih težav tisto, s katero se strinja večina. Delo v skupini ne poteka na osnovi preglasovanja, enoglasne odločitve, vsiljenega mnenja, mnenja vodilne osebnosti v skupini ali najglasnejšega člana. V skupini se odloča na podlagi soglasja (konsenza), kar poenostavljeno pomeni, da mora pri skupni odločitvi vsakdo nekoliko popustiti (svoje mnenje lahko ohrani).

Možganska vihra ima to prednost, da je enostavna in uporabna v vsakih okoliščinah brez posebne priprave. Poleg tega pa ima nekaj slabosti, ki se jim lahko izognemo z boljšim vodenjem ali z uporabo bolj strukturiranih metod

za doseganje soglasja. Slabosti so naslednje: v prisotnosti spoštovanega strokovnjaka ostali udeleženci le neradi izrazijo svoje mnenje. Zadržanost postane ovira, kadar mnenje udeležencev ni popolnoma v skladu s prepričanjem tega strokovnjaka. Kultura diskusije je še slabo razvita (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost). Posamezni udeleženci so lahko pretirano glasni in skušajo dominirati v razpravi. Nekateri udeleženci so pretirano zadržani in ne posredujejo svojih stališč. Udeleženci pogosto izkoristijo možnost skupine za "ventiliranje" svojih problemov (kar ima seveda pozitiven terapevtski učinek, tako nanje kot tudi na ostale udeležence), kar skupino odtegne od cilja možganske vihre. To in medsebojno nepoznavanje zahteva daljši čas do uspešnega oblikovanja sklepov. Izurjeni vodja večinoma uspe izpeljati tako delo v skupini. Vendar nas "neuspeh" ne sme razočarati. Skupini lahko damo še drugo možnost ali pa "nedokončane" sklepe porabimo za odločanje v bolj strukturirani obliki (glej ⇓ primer 2, glej ⇓ primer 3).

Primer 2: Izbira področja s pomočjo **fokus skupine**

Kadar želimo ugotoviti mnenje večje skupine ljudi, lahko uporabimo različne načine anketiranja. Vprašalnike z možnostjo prostih odgovorov je težko obdelati. Vprašalniki z omejenimi - izbirnimi odgovori pa lahko zgrešijo pomembne težave, s katerimi se srečujejo vprašani.

S pomočjo fokusne skupine zberemo najpogostejše in najbolj žgoče težave. Uporablja se lahko kot edina metoda za izbiro, zlasti kadar raziskujemo dotlej še neraziskano področje ali kot začetni izbor vprašanj za anketo. Najpogosteje se uporablja pri ugotavljanju zadovoljstva bolnikov, njihovih izkušenj in pričakovanj.

Primer 3: Izbira področja s pomočjo **nominalne skupine**

Če se želimo izogniti dolgotrajnim razpravam (glej ⇑ primer 1), je tehnika nominalne skupine primernejša metoda dela. Za tako skupino potrebujemo strokovnjake, ki dobro poznajo svoje področje in imajo precej podobna stališča.

Najprej vsakdo v skupini sam izbere npr. pet težav pri svojem delu, za katere meni, da bi jih bilo potrebno izboljšati.

Nato jih nekdo iz skupine zbere (npr. na tabli) in cela skupina oceni, če dosegajo merila za izbiro.

V naslednjem koraku vsakdo izbere pet (po njegovem osebnem preudarku) najprimernejših težav in jim podeli točke - rang 1 = 5 točk - (slika 3).

Skupina zbere točke in na osnovi točkovanja rangira predstavljene težave v oskrbi (slika 4). Najvišje število točk predstavlja rang 1, to je prvo težavo, ki se je bo skupina lotila v svojem projektu izboljševanja kakovosti. Ostale si po vrstnem redu lahko prihrani za naslednje projekte.

2.1.1.1. Predloga za izbiro prednostne naloge

Pri izbiranju prednostne naloge je najbolje uporabiti vsaj delno strukturiran pristop, ki je opisan v primeru 3. Ta nam omogoča, da ob smotrni porabi časa izberemo tak del oskrbe, ki zanima večino udeležencev.

Rang	Prednostna naloga	Točke
1	*Premalo časa za bolnika*	
2	*Dolgo čakanje v čakalnici*	
3	*Vodenje diabetikov*	
4	*Predpisovanje antibiotikov pri resp. infektu*	
5	*Težave pri napotitvah*	

Slika 3. *Predloga za izbiro prednostne naloge. Zberemo vse predloge. Vsak udeleženec jih izpiše na svoj obrazec in točkuje. Predloga, ki omogoča vsakemu udeležencu, da iz večjega števila predlogov izbere in razvrsti pet težav v oskrbi, za katere sam meni, da so zanj najpomembnejše, jim določi vrstni red pomembnosti (rang, levi stolpec) in jim pripiše število točk po pomembnosti (desni stolpec).*

Rang	Prednostna naloga	1	2	3	4	5	å
8	*Premalo časa za bolnika*	*I*				*I*	***6***
1	*Dolgo čakanje v čakalnici*	*I*	*II*	*III I*	*III*	*II*	***37***
5	*Vodenje diabetikov*	*I*		*III*	*I*	*I*	***19***
2	*Predpisovanje antibiotikov pri resp. infektu*	*I*	*III*	*I*	*II*	*II*	***28***
9	*Težave pri napotitvah*	*I*	*I*				***3***
4	*Vodenje hipertonikov*	*II*	*I*	*II*		*III*	***25***
10	*Določanje nujnosti*		*I*				***2***
6	*Naročanje laboratorijskih preiskav*		*I*	*I*	*III*		***16***
3	*Preventiva kardiovaskularnih bolezni*	*I*	*II*		*III*	*II*	***27***
7	*Hišni obiski*	*III I*	*I*	*I*		*I*	***14***

Slika 4. *Zbirna tabela za izbiro prednostne naloge cele skupine. Vodja skupine znova napiše predloge in jim pripiše točke udeležencev. Prednostna naloga dobi pet točk za rang ena itn. (desni stolpci). Seštejemo točke in predlagane prednostne naloge razvrstimo po številu točk (levi stolpec). Izbrali smo problem dolgega čakanja bolnikov v čakalnici. Vidimo, da bi bil izid pri enostavnem glasovanju lahko drugačen, saj je čakanje vodilno vprašanje le za dva udeleženca, medtem ko je kar za tri udeležence to vodenje hipertonikov, ki je pristalo šele na četrtem mestu.*

2.1.2. Ugotovi vzroke za opazovane težave

Ko izberemo prednostno nalogo, si moramo prikazati delovni postopek (slika 2). Tehnika ribje kosti nam omogoča dober pregled nad vzroki, ki imajo v

našem primeru največji vpliv na povzročene težave (glej ⇓ primer 4). Omogoča nam tudi, da se obrnemo na prave dejavnike in se ne zapletamo v reševanje vzrokov, ki presegajo zmožnosti skupine (glej ⇒ Sooblikovalci kakovosti).

> Primer 4. Analiza vzrokov za dolgo čakanje v čakalnici s pomočjo diagrama **ribje kosti** (slika 2).
>
> Ugotovili smo, da na čakanje lahko vpliva vsaj pet različnih dejavnikov: zdravnik, ambulantna sestra (vključno s sprejemno pisarno), lastnosti ambulante, okolje in bolnik sam. Nekaterih stvari realno ni mogoče spreminjati na ravni splošne ambulante: nerealnih pričakovanj bolnika, družbe, ZZZS in tudi zdravnikov, da bo bolnik pregledan še isti dan, ko se bo le-ta za to odločil, čez noč ne bo moč spremeniti. Marsikateri bolnik bo prišel na pregled z avtobusom, zato moramo to upoštevati pri naročanju. V rednem delovnem času mora (žal) marsikateri zdravnik družinske medicine poleg svojega dela pokrivati tudi mesto zdravnika v nujni medicinski službi. Nepredvidljiva odsotnost lahko znatno zmoti urnik naročenih. Medicinska sestra pogosto ni motivirana za spremembo, ker je že sedaj prezaposlena z obilico administracije in praktično nima vpliva na vrstni red čakajočih. Zdravnik lahko zamuja z ordinacijskim časom, je med ordinacijskim časom lahko odsoten zaradi različnih razlogov, telefonira ali pa si vzame obilico časa za posameznega bolnika. Bolniki pogosteje prihajajo takoj po praznikih, v ponedeljek, po dopustu, natrpajo čakalnico ob začetku ordinacijskega časa, da bi čim manj čakali, skušajo uveljavljati različne adute, da bi imeli prednost in predvsem želijo na pregled isti dan, ko so se za to odločili. Morda največja ovira pri vsem pa je pomanjkanje tradicije naročanja in so vsi ostali vzroki dobrodošel izgovor, da se ni potrebno lotiti sprememb.
>
> V primeru naročanja si lahko izberemo kot kazalec uspešnosti spremembe čas čakanja v čakalnici in/ali zadovoljstvo bolnikov z naročanjem. Noben bolnik naj ne bi čakal več kot 20 minut po tistem, ko ima dogovorjeno uro za posvet. Več kot 90 % bolnikov naj bi bilo zadovoljnih z naročanjem.

Poleg prikaza delovnega postopka lahko uporabimo različne grafične in tabelarne prikaze podatkov, ki jih imamo na razpolago. Pogosto večino težav povzroča manjše število vzrokov, medtem ko ostali prispevajo manjši delež. To nam omogoča, da se osredotočimo predvsem na tiste vzroke, ki prispevajo največji delež težav (glej ⇒ Analiza izjemnih dogodkov).

Čeprav prednostno nalogo lahko izbira kdor koli v sistemu zdravstvenega varstva, je za uspešnost izboljševanja kakovosti smotrneje, da to opravijo neposredni udeleženci določenega projekta sami.

3. II. stopnja: Izbira ciljev

Na tej stopnji si moramo znova odgovoriti na že zastavljeno vprašanje Kaj hočemo doseči? Ko nam je to jasno, izberemo tiste dele postopka ali izida oskrbe, za katere na osnovi raziskav ali na osnovi soglasja sklepamo, da

odražajo kakovost opazovanega področja našega dela. Te izbrane dele imenujemo kazalci kakovosti. Kazalec kakovosti je torej tisti del določene oskrbe, ki po dogovoru odraža kakovost te oskrbe.

3.1. Kazalec kakovosti

> **Kazalec** kakovosti je merljivi del (prvina) zdravstvene oskrbe, za katerega je dokazano (znanstveno - z raziskavami), ali zanj velja splošno soglasje, da odraža kakovost pogojev in postopka oskrbe ter ga zato lahko uporabimo za oceno kakovosti in s tem oceno nastalih sprememb v kakovosti.

Kazalec je merljivi del prikazanega dela.

- ⇒ Biti mora pomemben za izid oskrbe (npr. prijaznost zdravnika, izvajanje postopkov oskrbe) ali pa je to zaželeni izid oskrbe sam po sebi (npr. zadovoljstvo bolnika z delom zdravnika, zdravstveno stanje).
- ⇒ Biti mora opredeljiv ali merljiv (npr. odstotek bolnikov, ki so zadovoljni z delom zdravnika, odstotek bolnikov z urejenim krvnim tlakom).
- ⇒ Z izboljševanjem kakovosti ga je možno spreminjati.

Kazalci kakovosti nam pomagajo pri ocenjevanju učinka sprememb.

3.1.1.Viri kazalcev kakovosti

Kazalce kakovosti izberemo s pomočjo študija znanstvenih člankov, ki opisujejo raziskave s tega strokovnega področja, ki ga nameravamo ocenjevati. Kadar za določeno področje ni na razpolago ustreznih raziskav ali pa so izsledki nejasni, uporabimo soglasno mnenje skupine strokovnjakov s tega strokovnega področja. Izbira kazalcev kakovosti predstavlja izziv v vseh sistemih zdravstvenega varstva. Za izbiro primernih kazalcev je potreben dolgotrajen temeljit postopek. Za potrebe posamične ambulante ali skupine zdravnikov bi bil strokovno neoporečen sistematičen pristop k izbiri kazalcev kakovosti preveč zamuden, predrag in zato neutemeljen. Zato je smotrneje poiskati objavljena smernice in iz njih izbrati ustrezne kazalce.

> **Smernice** so sistematično na znanstvenih izsledkih in soglasju oblikovano stališče o pričakovanih pogojih in postopkih oskrbe, ki izvajalcem in bolniku pomaga pri sprejemanju odločitev o ustreznem postopku oskrbe v določenih okoliščinah.

V smernicah najdemo opis pogojev, postopkov, kazalcev, meril in standardov za določeno področje zdravstvene oskrbe (glej ⇒ Uporaba smernic). Skupina

izvajalcev za potrebe krožka kakovosti, samoocenjevanja kakovosti ali druge oblike izboljševanja kakovosti že oblikovane smernice priredi za uporabo v njihovih specifičnih razmerah.

3.2. Merilo kakovosti

Merilo kakovosti je del pogojev, postopka ali izida oskrbe, ki ga lahko merimo in tako primerjamo med seboj.

> **Merilo** (kakovosti) je sistematično oblikovano stališče, ki ga lahko uporabljamo pri ocenjevanju ustreznosti določene odločitve, postopka, posamezne storitve, posega in izida oskrbe. To je lahko le opredeljiva in merljiva prvina oskrbe, ki se nanaša na kakovost oskrbe tako natančno, da lahko jasno vidimo, ali je prisotna ali ne.

Merilo je opredeljeno zaželeno ali nezaželeno stanje kazalca zdravstvene oskrbe (npr. raven krvnega sladkorja, izmerjenega na tešče pri bolnikih s sladkorno boleznijo tipa II naj bo < 5,6 mmol/L).

> Primer: Za merilo kakovosti lahko npr. uporabimo vrednosti krvnega tlaka, število predpisanih receptov s psihotropnimi zdravili, število obiskov letno zaradi določene bolezni, raven krvnega sladkorja in število amputacij pri sladkornih bolnikih ipd.

Merila morajo biti veljavna, zanesljiva, nanašati se morajo na področje dela udeležencev izboljševanja kakovosti in uporabna v praksi. Glede na utemeljenost nekega postopka, vrednosti, posega, ukrepa zasnovanega na dokazih zbranih v literaturi in/ali soglasnega mnenja (konsenza) strokovnjakov določimo status merila. Tako so merila lahko obvezna, močno priporočljiva ali na izbiro zdravnika in bolnika. Razdelitev je pomembna zlasti pri ocenjevanju kakovosti. Pri doseganju zastavljenih ciljev moramo paziti, da ocenjujemo kakovost zdravstvene oskrbe in ne kakovost izpolnjevanja dogovorjenih meril. Tudi merila najlažje najdemo v objavljenih smernicah.

Pravo težo imajo merila kakovosti takrat, ko jih vpleteni izvajalci sprejmejo za svoja in s tem posredno sprejmejo kot kazalec kakovosti svojega dela. To predstavlja tudi največje zagotovilo, da jih bodo uporabljali pri svojem vsakdanjem delu, kar je mnogo pomembneje, kot samo merilo za ocenjevanje kakovosti. Potrebam bolnikov je pri iskanju meril treba dajati prednost pred potrebami sistema.

3.3. Standardi

Standard (angl. standard) je pričakovana raven doseganja merila oziroma odstotek posameznih postopkov oskrbe, ki dosegajo merilo.

Ker pri vsakdanjem delu ne moremo računati z absolutnimi stanji in možnostmi, moramo določiti tudi standarde, s katerimi določimo, do katere mere mora biti določeno merilo izpolnjeno, da lahko smatramo prikazano oskrbo za sprejemljivo (95 % izmerjenih vrednosti ravni krvnega sladkorja izmerjenega na tešče pri bolnikih s sladkorno boleznijo tipa II, naj bo < 5,6 mmol/L). Oskrba, ki ne dosega postavljenih standardov, ni sprejemljiva oziroma bolje rečeno: *pri oskrbi, ki ne dosega standarda, so potrebne spremembe*. Standard lahko postavimo v odstotkih in je lahko podana:

- ⇒ manj kot (npr. 10 % receptov s preparati rezerpina pri zdravljenju hipertenzije) ali
- ⇒ več kot (npr. 80 % izbrane skupine bolnikov mora biti cepljenih proti tetanusu vsakih pet let).

V prvem primeru je sprejemljiva oskrba tista, kjer je zdravnik v ocenjevanem vzorcu predpisal 0-9,9 % rezerpinskega preparata pri zdravljenju hipertenzije. V drugem primeru je oskrba sprejemljiva, če je v ocenjevanem vzorcu bilo v petih letih proti tetanusu cepljenih vsaj 80 % ali več oseb iz izbrane skupine bolnikov).

Pri izvajanju zdravstvene oskrbe bi sicer lahko shajali tudi brez standardov, vendar si ni mogoče predstavljati človeške dejavnosti, pri kateri si posameznik (ali širša skupnost) ne bi zastavljala vsaj implicitnih ciljev. Filozofija izboljševanja kakovosti poudarja večjo jasnost, razvidnost in javnost ciljev (standardov) kakovosti. Standardi pa so po drugi strani lahko tudi konzervativno orodje spodbujanja sprememb. K izboljšanju spodbujajo le toliko časa, dokler jih ne dosežemo. Tisti, ki so jih že presegli, si z njimi ne morejo pomagati, temveč si morajo postavljati svoje, vedno višje cilje, če želijo, da jih spodbujajo k boljšemu delu (glej ⇒ Obvladovanje sprememb).

Standardi so zato občutljivo in spreminjajoče se orodje, ki izvajalcem omogoča sledenje vedno novih ciljev. S tem je zagotovljeno stalno izboljševanje kakovosti dela.

4. III. stopnja: Ocenjevanje (kakovosti) trenutnega stanja

Ocenjevanje kakovosti je najbolj razvpita dejavnost na področju kakovosti. Filozofija izboljševanja kakovosti ima svoje korenine prav v ocenjevanju kakovosti. Gibanje je bilo močno razširjeno v Združenih državah Amerike. Pri nas je manjši poganjek tega stalni strokovni nadzor s svetovanjem. Želji po ocenjevanju se je zelo težko upreti. K temu prispeva tudi splošna težnja zlasti plačnika po popolnem nadzoru nad izvajalci. Tako pojmovanje ocenjevanja kakovosti je zoženo na razvrščanje izvajalcev na boljše in na slabše, kjer se celoten postopek zaustavi. Poudarek je na odkrivanju slabih, in na njihovem kaznovanju. Mnogi si predstavljajo, da je zgolj z ocenjevanjem kakovosti mogoče zagotoviti doseganje ciljev. Žal z odstranjevanjem "gnilih jabolk" opravimo le manjši del naloge, zato mora biti tudi ocenjevanje kakovosti zasnovano tako, da spodbuja k spremembi na boljše (glej ⇒ Obvladovanje sprememb). Vendar to ni ocenjevanje kakovosti, ki bi sodilo v krog kakovosti. Ocenjevanje lastnega dela je predvsem sredstvo stalnega učenja na poti k boljšim izidom.

Na tej stopnji preverjamo skladnost opravljenega dela s standardi. Z **ocenjevanjem** (merjenjem) **kakovosti** ugotavljamo trenutno stanje kakovosti postopkov (in/ali pogojev oziroma izidov) oskrbe ali stanje kakovosti postopkov (in/ali pogojev oziroma izidov) oskrbe po spremembi sloga dela. Kakovost opazovane oskrbe primerjamo s postavljenimi cilji.

Ocenjevanje pomaga:

⇒ ugotoviti, ali naj se novost oziroma določena oblika oskrbe:
- obdrži,
- spremeni,
- zavrne;

⇒ razumeti vzroke za razlike;
⇒ razjasniti zastavljene cilje.

Pri oceni kakovosti naj bi bil najpomembnejši končni izid zdravstvene oskrbe obravnavane zdravstvene težave bolnika (sprememba zdravstvenega stanja, bolnikovo zadovoljstvo). Tudi kadar ocenjujemo pogoje in postopke, morajo biti povezani z ugodnejšimi izidi za bolnika. Izogniti bi se morali ocenjevanju pogojev in postopkov zaradi ocenjevanja samega. Za uspešno ocenjevanje kakovosti, ki naj bi bila podlaga kasnejši spremembi (ali je preverjanje spremembe), potrebujemo predvsem dogovorjena merila in cilje kakovosti (standarde), s katerimi so seznanjeni in se z njimi strinjajo ocenjevani izvajalci in vsi ostali udeleženci v sistemu zdravstvenega varstva. Kadar so cilji zgolj splošno veljavna stališča "stroke" in/ali posameznega ocenjevalca,

ima tako ocenjevanje lahko predvsem ozek namen (npr. strokovni nadzor s svetovanjem).

4.1. Vzorčenje

Ker navadno ne moremo opazovati vseh bolnikov z določeno zdravstveno oskrbo, ki jo želimo izboljšati, se moramo omejiti na manjšo skupino, ki pa mora biti veren posnetek (približek) vseh, zato se zatekamo k različnim načinom vzorčenja, ki zagotavljajo dokajšnjo verodostojnost dobljenih podatkov. Možni načini so: naključni vzorec s pomočjo naključnih števil, sistematični vzorec (npr. izberemo vsakega 15. bolnika), stratificiran - (npr. naredimo razporeditev po starostnih skupinah, spolu, izobrazbi, poklicih ipd.).

Ko poznamo velikost vzorca in način zbiranja podatkov, sledi zbiranje, obdelava in posredovanje podatkov (glej ⇒ Analiza izjemnih dogodkov).

4.2. Metode

Za različne namene ocenjevanja, različno vsebino opazovanja, izberemo različne načine opazovanja. Za ocenjevanje sporazumevanja je primernejše direktno opazovanje z video kamero, za celotno podobo postopka simulirani bolniki ipd. Na nekaterih področjih dela se lahko opremo na obstoječe (ali nove) informacijske sisteme, ki rutinsko zbirajo podatke o določenih kazalcih oskrbe (glej ⇒ Podatkovno podprto izboljševanje kakovosti, glej ⇒ Vključevanje bolnikov). Za večino področij zdravstvene oskrbe pa si moramo pomagati z različnimi priložnostnimi načini zbiranja podatkov (glej ⇒ Samoocenjevanje kakovosti). Na obsežnost in način zbiranja vplivajo viri zdravstvene ustanove ali skupine izvajalcev, ki se odloči za izpeljavo kroga kakovosti. Ne glede na uporabljeno metodo pri ocenjevanju kakovosti ne gre za dokazovanje razlik, temveč za pomoč pri zmanjševanju le-teh.

5. IV. stopnja: Načrtovanje, vpeljava in spremljanje sprememb

Najpomembnejša, a vendar najtežja stopnja, je sprememba zdravstvene oskrbe (slog dela zdravnika lahko prištevamo med vedenje, ki ga je najteže spreminjati). Ljudje, ki poznajo svoje delo, so pri tem v najboljšem položaju, da ga izboljšajo (spremenijo). V želji po vpeljavi sprememb se moramo zavedati, da ni vsaka sprememba izboljšanje, vendar vsako izboljšanje zahteva spremembo. Za uspešno vpeljavo sprememb je potrebno skrbno načrtovanje.

5.1. Načrtovanje sprememb

Bolj ko je cilj natančno opredeljen, večja je verjetnost, da bo izboljšanje uspešno. Pri načrtovanju sprememb moramo upoštevati usmeritve izvajalcev (odnos do sprememb, čemu dajejo prednost), kakšen vpogled imajo izvajalci v svoje delo in smernice (razumevanje, poznavanje pomanjkljivosti), kako sprejemajo ocenjevanja svojega dela (pozitiven odnos, voljnost za spreminjanje) in njihov odnos do načrtovanja spremembe same (kako jo vpeljati in kako vzdrževati doseženo raven). K načrtovanju sprememb sodijo:

⇒ Odkrivanje možnih področij sprememb v oskrbi je zajeto že v prvi stopnji kroga kakovosti (glej ⇑ 2. 1. stopnja: Izbira prednostne naloge).

⇒ Odkrivanje ovir za vpeljavo sprememb (glej ⇒ Obvladovanje sprememb):
- ovire na strani izvajalcev:
  - usposobljenost: znanje, spretnosti,
  - motivacija, odnos do sprememb, negativna pričakovanja,
  - osebnostne lastnosti, pomanjkanje zaupanja in samozaupanja,
- ovire v pogojih:
  - socialni dejavniki: kolegi, sestre, bolniki ne sodelujejo,
  - pogoji dela, organizacijske ovire.

⇒ Izbira posega:
- Izvajalcem ponudimo možnost dodatnega vedenja o njihovem delu in o smernicah, kar organiziramo s pomočjo (glej ⇒ Obvladovanje sprememb, glej ⇒ Izobraževanje za kakovost, glej ⇒ Podatkovno podprto izboljševanje kakovosti):
  - stalnega strokovnega izobraževanja,
  - s svetovanjem z zato usposobljenimi svetovalci ali
  - z zagotavljanjem povratnih podatkov o delu.
- Mnogi postopki oskrbe imajo stare koncepte, zato je potrebna znatna mera kreativnosti pri preoblikovanju (prestrukturiranju) (glej ⇒ Vzpostavitev in vzdrževanje sistema kakovosti, glej ⇒ Analiza izjemnih dogodkov):
  - preoblikovanje zdravstvene ustanove,
  - nova delitev dela v sistemu zdravstvenega varstva,
  - sodelovanje med službami znotraj osnovnega zdravstvenega varstva in med osnovnim ter sekundarnim zdravstvenim varstvom.
- Uporaba različnih spodbud (glej ⇒ Obvladovanje sprememb, glej ⇒ Izobraževanje za kakovost):

- model družbenega vpliva: pregled med kolegi, samoocenjevanje kakovosti, krožek kakovosti, svetovalci),
- model inovatorjev: vodilnih v stroki, spoštovanih kolegov,
- izkustveno učenje: učenje s pomočjo znanstvenih dokazov, dosmrtno učenje, stalno strokovno izobraževanje,
- tržni model: smernice in gradiva se morajo razširjati iz verodostojnega vira.

5.2. Vpeljava sprememb

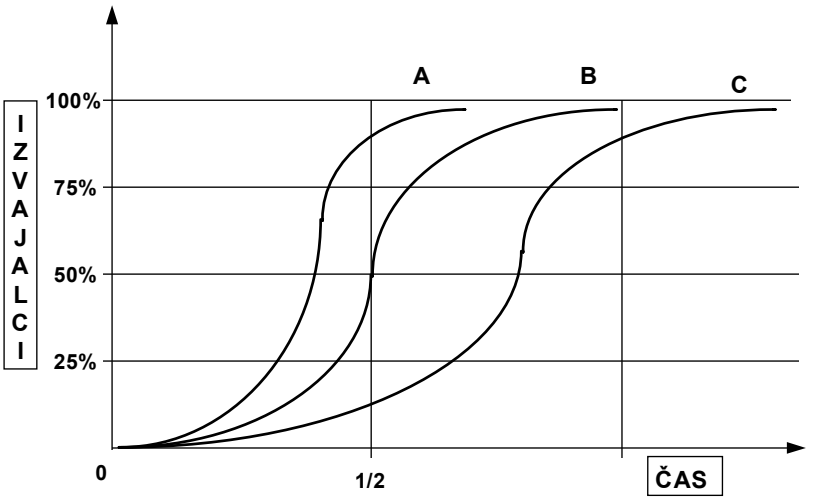
Skrbnemu načrtovanju sledi vpeljava sprememb. Večkrat je vpeljava sprememb težavno zaradi pomanjkanja voljnosti (motivacije). Prednost imajo nerepresivni pristopi spodbujanja vpeljave sprememb (kaznovanje in nagrajevanje sta se izkazali za manj primerni metodi) (glej ⇒ Obvladovanje sprememb).

5.2.1. Sprememba sloga dela

Izboljšanja kakovosti dela si ne moremo predstavljati brez ustrezne spremembe sloga dela, čeprav vsaka sprememba še ne pomeni nujno izboljšanja kakovosti. Vemo pa, kako je spreminjanje lastnega vedenja, kar slog dela tudi je, težavna naloga (glej ⇒ Obvladovanje sprememb). Zato je pomembno poznavanje zaporedja nalog, ki ustvarjajo ustrezno ozračje za uspešno spreminjanje sloga dela:

⇒ seznanjanje ciljnih skupin izvajalcev s potrebnimi spremembami (novostmi),
⇒ oblikovanje odnosa do novosti,
⇒ usposabljanje izvajalcev,
⇒ ugotavljanje izhodiščnega stanja,
⇒ ustvarjanje pogojev za vpeljavo sprememb,
⇒ odkrivanje in odstranjevanje ovir,
⇒ spodbujanje privzemanja sprememb,
⇒ spremljanje uspehov in težav pri spremenjenem slogu dela.

5.2.2. Privzemanje sprememb



Slika 2. *Časovne krivulje privzemanja različnih novosti. Krivulja B predstavlja novost, ki so jo izvajalci osvojili povprečno hitro. Krivulja A predstavlja privzem novosti, ki se je izvršil zelo hitro, in krivulja C počasen privzem novosti.*

Medtem ko se pobudniki sprememb kar hitro oprimejo novosti, predstavljajo za izboljševanje kakovosti najtrši oreh pozni prevzemniki in zamudniki (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost, glej ⇒ Obvladovanje sprememb) (slika 2). Izboljšanje kakovosti je namreč v veliki meri odvisno prav od tega, kako hitro vsi izvajalci (ali vsaj velika večina) osvojijo koristno novost in jo uporabljajo pri vsakdanjem delu.

5.3. Spremljanje sprememb

Vsako spremembo je potrebno v določenem časovnem odmiku ponovno oceniti na osnovi istih kazalcev z istimi merili in primerjati rezultate s prejšnjimi in z dogovorjenimi standardi. S tem je sklenjen en krog izboljševanja kakovosti. Brez preverjanja uspešnosti se učinek sprememb kmalu izniči. Spremljanje zagotavlja dodatno spodbudo pri vzdrževanju spremembe in je poleg spremembe same najpomembnejši vidik kroga kakovosti. Postaviti moramo tudi časovne okvire posameznih dejavnosti. Čas do preverjanja učinka sprememb ne sme biti predolg. Predvideti moramo obdobno preverjanje.

6. Nov krog – vijačnica izboljševanja kakovosti

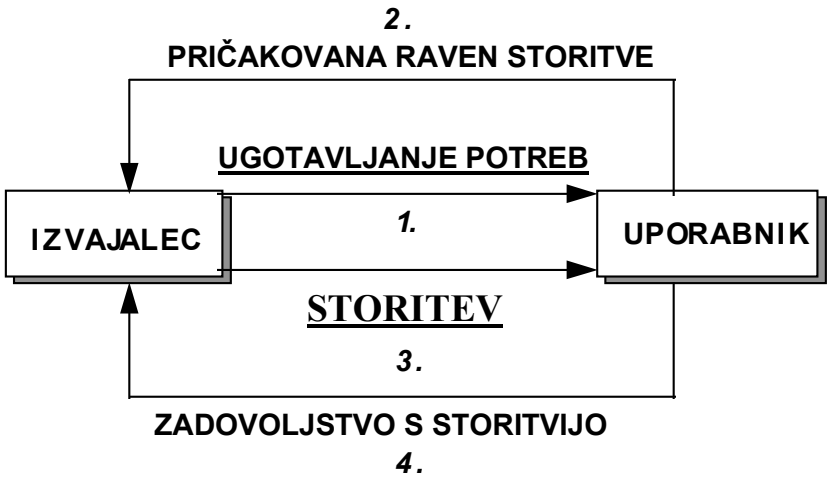
Vse štiri stopnje lahko ob isti snovi (prednostni nalogi) večkrat ponovimo in dobimo vijačnico izboljševanja kakovosti. Če pa smo zadovoljni z uspehi našega dela, lahko začnemo nov krog z drugim delom oskrbe.

Stopnje kroga kakovosti (model reševanja problemov) lahko uporabimo na kateri koli ravni, ob kakršnem koli problemu in s katerimi koli sooblikovalci kakovosti. Za vsakdanjo rabo lahko posamezne stopnje po potrebi razdelimo na več korakov, vendar moramo proces vedno zaokrožiti skozi vse štiri omenjene stopnje.

SOOBLIKOVALCI KAKOVOSTI

1.Udeleženci v sistemu zdravstvenega varstva

V storitveni dejavnosti navadno kakovost sooblikujeta uporabnik in izvajalec storitev. Izvajalec prilagaja raven kakovosti storitve željam, potrebam in finančnim možnostim uporabnika (slika 1).



Slika 1. *Povratna zanka sooblikovanja kakovosti storitve med izvajalcem in uporabnikom.*

Kot je bilo že omenjeno, je izvajanje zdravstvene oskrbe zapletena dejavnost družbenega pomena, kjer se prepletajo številna hotenja vseh udeležencev v sistemu zdravstvenega varstva (glej ⇒ Kakovost oskrbe). V sistemu zdravstvenega varstva tako sodelujejo naslednji udeleženci, ki sooblikujejo kakovost oskrbe (slika 2):

⇒ **izvajalci** zdravstvene oskrbe:
- a) izvajalci - kot posamezniki: zdravniki, medicinske sestre, medicinski tehniki in drugi zaposleni v zdravstveni službi in
- b) izvajalci - kot organizirane skupine: zdravstvene ustanove v celoti, deli zdravstvenih ustanov, oddelki, službe, strokovna združenja, skupine izvajalcev;

⇒ **uporabniki** zdravstvene oskrbe:

c) bolniki,
d) državljani,
e) združenja potrošnikov in druga interesna združenja,
f) delodajalci;

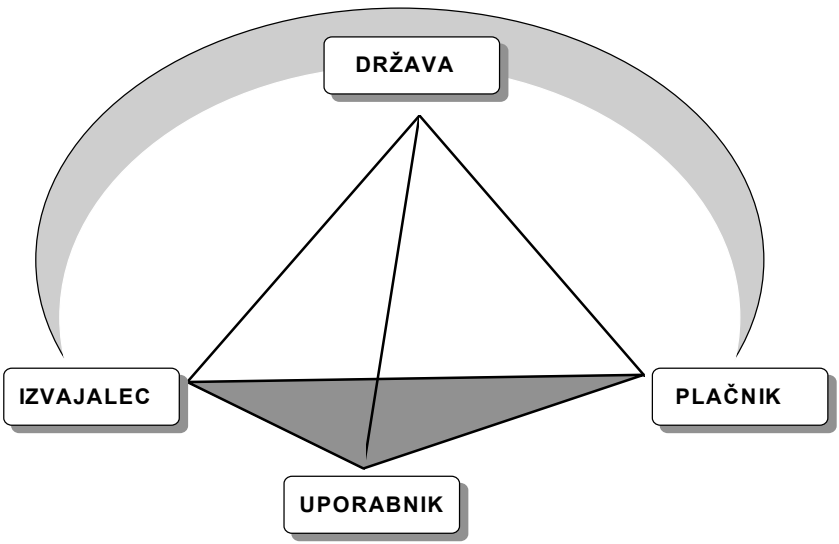
⇒ **plačniki** zdravstvene oskrbe:

g) snovalci zdravstvene politike,
h) upravljavci zdravstvenih skladov.

Nad njimi bdi država z institucijami, ki na različne načine skrbijo za kakovostno izvajanje plana zdravstvenega varstva v celoti in za kakovost dejanske zdravstvene oskrbe:

i) Svet za zdravstvo RS,
j) Ministrstvo za zdravstvo (Zdravstveni svet, Republiški strokovni kolegiji),
k) Inštitut za varovanje zdravja z regijskimi Zavodi za zdravstveno varstvo,
l) Zdravniška zbornica Slovenije,
m) Združenje zdravstvenih zavodov,
n) Zbornica zdravstvene nege,
o) Lekarniška zbornica idr.

Ker si izboljševanja kakovosti ne moremo predstavljati zgolj s pasivno udeležbo, temveč je potrebna dejavna vključitev vseh, je primernejši izraz **sooblikovalci** izboljševanja kakovosti. Izraz "partner" se je v naši zdravstveni politiki udomačil za tri udeležence v sistemu zdravstvenega varstva, ki sklepajo vsakoletne pogodbe o obsegu in financiranju zdravstvenih storitev. To so Ministrstvo za zdravstvo, Zavod za zdravstveno zavarovanje kot plačnik in predstavništvo izvajalcev, ki jih zastopata Združenje zdravstvenih zavodov in Zdravniška zbornica.



Slika 2. *Sooblikovalci kakovosti zdravstvene storitve. Povratna zanka se porazgubi med številnimi udeleženci, zato je pomemben sistematičen pristop k celovitemu obvladovanju kakovosti v sistemu zdravstvenega varstva.*

Zaradi tako številnih sooblikovalcev se vloga uporabnika in izvajalca, odvisno od naloge, pogosto menjava. Gledano z vidika sistema v celoti sta uporabnika zdravstvene oskrbe bolnik kot neposredni uporabnik koristi oskrbe in plačnik kot posredni uporabnik. Izvajalci pa so zdravstvene ustanove, zasebniki in zaposleni v zdravstveni službi neposredno. Zdravstvena politika dejavno posega v kakovost zdravstvene oskrbe s predpisi, ki izkrivljajo enostavnost tržnih odnosov pri povpraševanju in ponudbi zdravstvene oskrbe. To zahteva od vseh večjo prizadevnost in na osnovi svojih pogledov natančnejšo opredelitev nalog posameznih sooblikovalcev s skupnim ciljem povečanja koristi zdravstvene oskrbe.

2. Pogledi sooblikovalcev

V sistem zdravstvenega varstva se vključujejo številni udeleženci, ki imajo praviloma različne poglede na to, kako uresničiti svoje cilje. Bistvena je odločitev, čigavi opredelitvi kakovosti bo sledila zdravstvena ustanova. V drugih storitvenih organizacijah je uporabnik brez dvoma glavni razsodnik kakovosti. Organizacija zdravstvene ustanove, sistemi, postopki in zaposleni se morajo prilagoditi, da bi ugodili uporabniku s stalnim zadovoljevanjem njegovih zahtev, in kjer je možno, tudi s ponudbo večjo od pričakovanja. V javnem sektorju, kamor sodi tudi sistem zdravstvenega varstva, je položaj drugačen. Zlasti zdravstvena oskrba je storitev, ki ji družba pripisuje veliko stopnjo pravičnosti. To pomeni, da naj bi bil vsak državljan deležen tolikšnega obsega zdravstvene oskrbe, kolikor jo potrebuje in ne samo toliko, kolikor si je lahko glede na svoj gmotni položaj lahko privošči. Prispevek posameznika k stroškom oskrbe je skoraj popolnoma neodvisen od obsega njegovega koriščenja zdravstvenih storitev. Neposredni uporabnik - bolnik - je tako samo eden izmed udeležencev - sooblikovalcev kakovosti, čigar mnenje morajo izvajalci upoštevati. Upoštevati moramo tudi možnost, da bolnik zaradi svojega zdravstvenega stanja niti ne more izraziti svojih želja.

2.1 Bolniki in ostala javnost

Uporabnik storitve je v filozofiji kakovosti kralj. Uresničevanje glavnih ciljev vsakega podjetja (povečanje dobička, širitev tržišča, razvoj itd.) je možno le ob stalnem ugotavljanju potreb uporabnika in zadovoljevanje le-teh (slika 1). Uporabnik zdravstvene oskrbe v ožjem pomenu je bolnik. V širšem pomenu so uporabniki oskrbe tudi plačnik zdravstvenih storitev, zdravstvena politika

in celotna skupnost. Vloga uporabnika in izvajalca se neprestano izmenjavata tudi znotraj zdravstvene službe (glej ⇒ Kakovost oskrbe). Zapletenost odnosov v sistemu zdravstvenega varstva bolniku ne omogoča, da bi bilo njegovo zadovoljstvo z oskrbo edino merilo kakovosti, kot se to praviloma dogaja v drugih storitvenih dejavnostih.

Bolnik in celotna skupnost imajo koristi od zdravstvene službe (glej ⇒ Kakovost oskrbe), zato v sistemu obveznega solidarnostnega zavarovanja zdravstvenih tveganj pričakujejo, da bodo "uslišane" vse njihove želje in potrebe po zdravstveni oskrbi. Uporabniki zdravstvene službe, bolniki in organizacije potrošnikov izražajo vse večje potrebe in pričakovanja na račun oskrbe. Zdravstvena oskrba se tu pojavlja kot proizvod zdravstvene službe kot storitvene dejavnosti. Mehanizem uravnavanja potreb po finančnih zmožnostih uporabnika, ki je značilen za storitveno dejavnost, pri porabi zdravstvenih storitev praviloma odpade. V večini primerov se namesto osebnega plačila pojavi tretji udeleženec, ki opravi plačilo "porabljene" zdravstvene oskrbe za bolnika - zavarovanca. Zavarovanec je pri plačilu soudeležen le pri solidarnostnem zbiranju sredstev v skupni zdravstveni sklad, iz katerega plačnik poravnava stroške zdravstvene oskrbe. Bolnik niti ne občuti cene porabljene zdravstvene oskrbe (svojih potreb po oskrbi) niti ni njegov prispevek odvisen od njegove porabe zdravstvenih storitev. Povratna zanka zato ni sklenjena. Bolnik se zato največkrat ne zaveda, kakšne stroške povzroči zadovoljevanje njegovih potreb po zdravstveni oskrbi. V času vedno večje osveščenosti in skoraj neskončnih možnosti zdravljenja pa so lahko potrebe po zdravstveni oskrbi praktično neomejene. V resnici ljudje le niso taki "brezsrčni" potrošniki zdravstvene oskrbe. Za pomoč zdravstvene službe se navadno odločajo le takrat, ko je presežen prag znosnosti, ko na podlagi znanja in izkušenj ocenijo, da bo pomoč zdravstvene službe prinesla dodatno korist za njihovo zdravje in dobro počutje.

Merjenje zadovoljstva bolnikov z oskrbo je utečeno načelo pri ocenjevanju kakovosti oskrbe. Pri bolnikih dobimo tudi povratne podatke o tem, kakšni so pogoji oskrbe, kakšne oskrbe so bili deležni in kakšen je bil izid njihovega zdravljenja. Spoznanja na podlagi vprašalnikov, uporabljenih pri bolnikih, imajo svoje omejitve zaradi drugačnega pogleda na izid oskrbe, pozabljivosti za oddaljene dogodke in tudi spoznavnih omejitev nekaterih skupin vprašanih (glej ⇒ Vključevanje bolnikov).

V vseh sistemih zdravstvenega varstva pa se ubadajo z vprašanjem, kako uravnavati pretirano uporabo zdravstvene službe s strani posameznih skupin uporabnikov. Nekateri zdravstveni postopki so namreč izjemno dragi in prinašajo le malo ali nič zdravstvene koristi posamezniku in skupnosti.

2.2 Izvajalci zdravstvene oskrbe

Storitvena organizacija mora ves čas ugotavljati današnje in prihodnje potrebe uporabnikov, če se želi obdržati na tržišču in biti celo korak pred konkurenco. Zdravstvena ustanova se od storitvenih organizacij v načelu ne razlikuje, kar potrjuje zlasti poslovanje zdravstvenih ustanov v Združenih državah Amerike. Pri nas zdravstvene ustanove poslujejo v monopolnem in s predpisi izjemno predvidljivem okolju. To na eni strani zagotavlja relativno varnost poslovanja, na drugi strani pa zaradi skoraj nikakršne konkurence zmanjšuje zanimanje vodilnih v zdravstvenih ustanovah za razvoj kakovosti. Glavno gibalo napredka je še vedno nenačrtno prizadevanje posameznih (predvsem neposrednih) izvajalcev za izboljšanje posameznih postopkov oskrbe. Nekateri so napovedovali, da bodo zasebniki z izvajanjem javne zdravstvene službe prispevali k večji kakovosti tudi v javnih zdravstvenih ustanovah. Pričakovanje bi bilo realno, če bi se sprostila mreža zdravniških delovnih mest in bi se odprl konkurenčni boj med dvema (glede lastništva proizvodnih sredstev) različnima oblikama javne zdravstvene službe. Koncept in predpisi zdravstvenega varstva v naši državi ne predvidevajo izvajanja zdravstvene službe na konkurenčni način, temveč v okviru natančno opredeljene mreže. Ker je zato vpliv trga zdravstvenih storitev na zdravstvene ustanove zanemarljiv, bo potrebno najti druge načine spodbujanja zdravstvenih ustanov za vzpostavljanje sistemov kakovosti (glej ⇒ Vzpostavitev in vzdrževanje sistema kakovosti).

V storitveni dejavnosti navadno smatramo kot izvajalca celotno organizacijo. Izvajalce zdravstvene oskrbe zaradi lažje preglednosti delimo

⇒ na skupino vodilnih, ki zastopajo interese zdravstvenih ustanov, in
⇒ na skupino neposrednih izvajalcev.

2.2.1 Poslovodniki

Vodilni v zdravstvenih ustanovah morajo skrbeti za nemoteno poslovanje svoje organizacije. Doseganje poslovnih ciljev zdravstvene ustanove je v danih sistemskih pogojih oteženo. Za razliko od drugih proizvodnih in storitvenih dejavnosti imajo poslovodniki omejene možnosti za izboljšanje poslovanja zdravstvenih ustanov. Predpisi jim

⇒ onemogočajo svobodnejšo preusmeritev izvajanja samo donosne oskrbe in opuščanja nedonosne oskrbe;
⇒ preprečujejo konkurenčno nastopanje izven mreže in s tem širjenjem trga;
⇒ omejujejo fleksibilnejšo politiko zaposlovanja;

⇒ omejujejo možnost ustvarjanja dobička z omejitvijo števila plačljivih storitev in s fiksirano ceno storitev.

Široko pokrivanje zdravstvene oskrbe iz obveznega zdravstvenega zavarovanja dopušča le majhen odstotek dejavnosti, za katero zdravstvena ustanova lahko pridobi dodatna sredstva. V zdravstvenih ustanovah tudi zato čutijo pomanjkanje svežega denarja, ki je doslej veljal za gonilo napredka in dviga splošne ravni kakovosti zdravstvene oskrbe.

Glavna skrb poslovodnikov je, kako z razpoložljivimi sredstvi zadovoljivo opraviti pogodbene obveznosti. Vlaganje v kakovost je manj privlačno, saj daje vsakoletna pogodba poudarek predvsem količini opravljenih storitev ob odsotnosti izstopajočih odstopanj in različkov v oskrbi.

2.2.2 Neposredni izvajalci

Zdravniki, medicinske sestre, fizioterapevti, farmacevti in drugi vidijo kakovost predvsem kot možnost, da sebe in svojo stroko pokažejo v najboljši luči. Že dolgo je namreč znano, da se večina ljudi pri svojem delu trudi svoje zaupane naloge opraviti čim bolje. Notranje nagnjenje (motiviranost) žene izvajalce, da bi svoje delo izboljšali in čimbolj zadovoljili potrebe svojih uporabnikov (bolnikov). Izjemen napredek v medicini in razvoj dragih naprav neposredne izvajalce podpira v prepričanju, da obstajajo neskončne možnosti za pomoč bolnikom. S tem svojim nagnjenjem nastopajo v vlogi zagovornika želja in potreb svojih bolnikov. V očeh plačnika in dela zdravstvenih politikov zato neposredni izvajalci nastopajo kot "porabniki" javnih sredstev, namenjenih za zdravstveno oskrbo. Izvajalci se s to vlogo ne strinjajo in nočejo sprijazniti, ker je preveč črno bela. Zlasti zdravniki smo se vedno videli tudi v vlogi javnih delavcev, ki izpolnjujemo dve vlogi: vlogo zastopnika bolnika in javnega zdravstvenega interesa. Potrebe bolnika in celotne skupnosti pogosto zaradi omejenih virov niso popolnoma združljive. Tehtnica se zato včasih nagiba bolj na eno, drugič bolj na drugo stran.

Izvajalci predvsem želijo opravljati svoje delo čimbolj kakovostno, zadovoljiti želje in potrebe svojih bolnikov in pri tem doseči čim boljše razmerje med vloženim delom in plačilom. Kakovost je pomembna vizitka za posameznega izvajalca kot za celotno stroko, ki jo predstavlja. Zato se ne smemo čuditi, da se o kakovosti v zdravstvu razpravlja največ prav v medicinskih krogih.

2.3 Plačnik zdravstvenih storitev

Kdor ima denar (uporabnik), odloča o tem, kakšno kakovost in za kakšno ceno si bo privoščil želeno storitev. Želje in potrebe uporabnika so izvajalcu merilo načrtovanja in izvedbe storitev. Zadovoljstvo z dobljeno storitvijo je merilo, kako je izvajalec sposoben te želje in potrebe izpolniti (slika 1). Razvoj družb v zadnjem stoletju je plačevanje zdravstvenih storitev izločil iz odnosa izvajalec uporabnik in ga prenesel na tretjo stranko - plačnika zdravstvenih storitev. Zdravstvena tveganja so namreč postala tako velika, da jih posameznik težko zmore. Uveljavilo se je zavarovanje za zdravstvena tveganja - zdravstveno zavarovanje. Oblika in način zavarovanja ter delež pravic iz zagotovljenega zdravstvenega zavarovanja so določeni s sistemom zdravstvenega varstva. Praviloma se sredstva zbirajo na solidarnostni način, trošijo pa na osnovi potreb. Upravljalci zdravstvenih skladov so zato zainteresirani, da se zbrana sredstva trošijo na način, ki z razpoložljivimi sredstvi zagotavlja doseganje čim večjih (predvsem zdravstvenih) koristi (glej ⇒ Kakovost oskrbe).

Zavod za zdravstveno zavarovanje, kot zakonsko določeni monopolni plačnik storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja pri nas, se pogosto predstavlja v vlogi zagovornika javnega zdravstvenega interesa in zavarovancev. Cilj poslovanja je z razpoložljivimi viri zagotoviti dogovorjen obseg in kakovost zdravstvene oskrbe. Ta cilj je po eni strani usmerjen prav v zagotavljanje kakovosti. Po drugi strani pa izvajalci plačniku in zdravstveni politiki pripisujejo težave pri pokrivanju naraščajočih stroškov oskrbe svojih bolnikov. Prizadevanjem plačnika se pogosto pripisuje neopravičeno racioniranje (glej ⇒ Kakovost oskrbe). Zavedati se moramo, da predpisi zapleteno zdravstveno okolje sicer poenostavljajo s formalne plati, hkrati pa zmanjšujejo zanimanje izvajalcev za kakovost kot strateško orožje pri doseganju ciljev zdravstvenih ustanov.

Plačnik želi za razpoložljiva sredstva doseči predpisano raven kakovosti, ki se zrcali v dostopnosti in dosegljivosti zdravstvene oskrbe. Zanima ga izpolnjevanje pogodbenega obsega storitev (oskrbe).

2.4 Zdravstvena politika

Zdravstvena politika igra pomembno vlogo na zapletenem področju načrtovanja potrebne oskrbe. Na eni strani je bolnik pri izražanju želja in potreb v neugodnem položaju, saj zdravstveno oskrbo navadno potrebuje takoj, ko se pojavi potreba in v bližini kraja, kjer se je pojavila. Na drugi strani se pred tem ne zanima pretirano za ponudbo na tem področju in je praviloma slabše poučen o vsebini množice različnih zapletenih postopkov

oskrbe. To mu daje le malo možnosti proste izbire. Kljub temu, da je bolnikovo mnenje pomembno za načrtovanje in izvedbo oskrbe, bolnikovega zadovoljstva ne moremo smatrati kot ključnega merila kakovosti. Zdravstvena politika igra vlogo usklajevalca posamičnih interesov z možnostmi in politično voljo.

Zdravstvena politika si prizadeva izpolniti svoje (navadno) ideološke poglede na zdravstveno varstvo na način, da s čim manjšo možno obremenitvijo gospodarstva zagotovi ustrezen obseg virov za zagotavljanje dogovorjene ravni in obsega zdravstvene oskrbe.

3. Med etiko in kakovostjo

Kljub bolj ali manj izraženim razlikam v pogledih na kakovost oskrbe vsi udeleženci v sistemu zdravstvenega varstva delujejo z istim ciljem: z razpoložljivimi viri zagotoviti takšno raven zdravstvene oskrbe, ki omogoča kar največjo možno korist posamezniku in celotni skupnosti. Med razpoložljive vire sodijo zmogljivosti zdravstvenih ustanov, kadri, njihovo znanje in usposobljenost, delež družbenega dohodka, ki ga država namenja za zdravstveno varstvo. Raven kakovosti je predmet dogovora med udeleženci in predvsem v rokah zdravstvene politike, ki mora odločati o etični dilemi med koristjo posameznika in koristjo celotne skupnosti. Kakovost zato predstavlja določen izziv ustaljenim etičnim načelom, ki zahtevajo popolno podreditev koristi posameznika. Dlje časa je že jasno, da to žal ni vedno mogoče in celo neetično v primerjavi z ostalimi, ki bi na račun velike porabe virov za zdravstveno varstvo s strani posameznika lahko ostali slabše oskrbljeni. Z etično dilemo racionalne porabe sredstev se mora spopasti celotna družba in predvsem zdravstvena politika. Izvajalca, predvsem zdravnika, je potrebno obvarovati pred lahko usodno izpostavljenostjo odločanja o kakovosti in stroških oskrbe ob posameznem bolniku. Nekatere bolezni zahtevajo nesorazmerno velika sredstva in se pojavljajo naključno, zato je rizična enota enega zdravnika premajhna, da bi lahko prenesla različna zdravstvena tveganja. Zdravstvena tveganja lahko prenese le večja skupina izvajalcev, zato plačevanje zdravnika ne sme biti pretogo vezano na neposredno porabljena sredstva.

4. Naloge sooblikovalcev

4.1 Bolniki in ostala javnost

Bolnik in celotna skupnost imajo koristi od zdravstvene službe. Uporabniki s svojim odnosom do zdravstvene službe, lastnega zdravja in zdravljenja vplivajo na kakovost teh postopkov in storitev s tem, da si prizadevajo za

soglasno izvajanje postopkov diagnostike in zdravljenje ali pa jim nasprotujejo in jih opuščajo. Izkušnje bolnikov o pogojih, postopkih in izidih oskrbe lahko znatno prispevajo k izboljševanju kakovosti.

4.2 (Neposredni) izvajalci zdravstvene oskrbe

4.2.1 Posamezni izvajalci

Temelj izboljševanja kakovosti je dejavnost izvajalcev zdravstvene oskrbe na krajevni ravni (v ustanovah, na oddelkih, pri vsakdanjem delu). Izboljševanje kakovosti mora biti sestavni del vsakdanjega dela vsega osebja. Vsi sodelujoči pri zdravstveni oskrbi morajo spoznati, da predstavlja izboljševanje kakovosti lastnega dela tudi večje zadovoljstvo s poklicem in ne samo delovno dolžnost. Zaposleni morajo sprejeti cilje zdravstvene ustanove za svoje in dejavno sodelovati pri izvajanju programov kakovosti. Priti morajo do spoznanja, da končni cilj prizadevanj ni samo izpolnjevanje moralne dolžnosti do zdravstvene ustanove, temveč predvsem večje zadovoljstvo z delom.

4.2.2 Skupine in združenja izvajalcev

Strokovna združenja zdravnikov (pa tudi zobozdravnikov, medicinskih sester, farmacevtov, fizioterapevtov in drugih izvajalcev oskrbe) se vedno bolj ukvarjajo z izboljševanjem kakovosti in prevzemajo odgovornost za napredek v kakovosti oskrbe na svojem strokovnem področju (glej ⇒ Uporaba smernic). Odločilno vlogo imajo pri spodbujanju dejavnosti svojih članov in izobraževanju za kakovost (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost).

Prizadevanja skupin zdravnikov, ki organizirano in sistematično pristopijo k izboljševanju kakovosti na krajevni ravni (glej ⇒ Krožek kakovosti), predstavljajo jedro izboljševanja kakovosti na strokovnem področju. Skupina je izvrstna priložnost za prenos novih spoznanj in spreminjanje vedenja (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost, glej ⇒ Obvladovanje sprememb). Slednje je zlasti pomembno za izboljševanje kakovosti odnosov in sporazumevanja med zdravnikom (in tudi med ostalimi zdravstvenimi delavci in zaposlenimi v zdravstvu) in bolnikom.

4.3 Poslovodniki

Končna odgovornost za kakovost je v rokah poslovodnikov na vseh ravneh. Samo oni lahko zagotovijo, da postane izboljševanje kakovosti del vsakodnevnega dela. Pri tem imajo naslednje naloge:

- ⇒ Oblikujejo politiko kakovosti v svoji ustanovi, ki opredeljuje pomembnost in odgovornost za kakovost v ustanovi.
- ⇒ Vzpostavijo sistem kakovosti, s pomočjo katerega načrtujejo, izvajajo, nadzirajo in dokumentirajo vse dejavnosti, ki vplivajo na kakovost zdravstvene oskrbe.
- ⇒ V sodelovanju z neposrednimi izvajalci izbirajo splošne cilje in strategije za izvajanje postavljene politike kakovosti.
- ⇒ Pospešujejo izbiranje konkretnih meril in postavljanje standardov kakovosti.
- ⇒ Zahtevajo opredelitev kazalcev kakovosti.
- ⇒ Izvajajo potrebne ukrepe za izboljšanje kakovosti.
- ⇒ Izvajalcem dajejo povratne informacije.
- ⇒ Ocenjujejo in spremljajo izide.
- ⇒ Odločajo o izobraževanju in usposabljanju.

Pri zaposlenih morajo poslovodniki podpirati predanost in prizadevanja v zvezi z izboljševanjem kakovosti:

- ⇒ Zagovarjati morajo načela izboljševanja kakovosti.
- ⇒ Pripravijo učinkovite spodbude za sodelovanje.
- ⇒ Spodbujajo sodelovanje med strokami in oddelki.

4.4 Zdravstvena politika

Dolžnost vsake oblasti je, da zagotovi vsem državljanom pravičen dostop do zdravstvene službe. Pri tem se naslanja na predpise, na različne načine finansiranja in na podporo stalnega izboljševanja kakovosti. Zdravstvena politika znotraj sistema zdravstvenega varstva je dolžna konceptualna izhodišča domačih strokovnjakov povezati z mednarodnimi dokumenti v strokovno čvrsto in družbeno sprejemljivo politiko kakovosti zdravstvenega varstva. Formalno se to kaže v oblikovanju in objavi državne politike kakovosti v zdravstvu.

Zavedati se moramo, da iskanje skupnih ciljev kakovosti predstavlja “poroko interesov” vseh udeležencev v sistemu zdravstvenega varstva.

RAVNI IZBOLJŠEVANJA KAKOVOSTI

1. Pristop od zgoraj in pristop od spodaj

Izboljševanje kakovosti je dejavnost, ki mora prežemati vse ravni sistema zdravstvenega varstva. Glavno odgovornost nosijo upravljalci sistema zdravstvenega varstva na državni in območni ravni ter poslovodniki zdravstvenih ustanov in vodje oddelkov na krajevni ravni. Njihovo vključevanje pogosto označujemo kot "**pristop od zgoraj**". Zdravstvena administracija skuša uveljaviti različne nadzorne mehanizme, ki jih izvajalci praviloma zavračajo. Poskusi nadzora kakovosti brez ustrezne podpore filozofiji kakovosti v bazi so navadno obsojeni na neuspeh.

Ključno vlogo pri izboljševanju kakovosti imajo namreč posamezni izvajalci oskrbe. Njihova načrtna prizadevanja imenujemo "**pristop od spodaj**". Posameznim izvajalcem izdatno pomagajo njihova strokovna združenja, ki predvsem skrbijo za pripravo smernic in drugih izhodišč. Osamljena prizadevanja izvajalcev naletijo na številne ovire, ki jih lahko pomagajo odpraviti odgovorni za delovanje zdravstvene ustanove in sistema zdravstvenega varstva v celoti. Okoli osemdeset odstotkov vzrokov za težave pri doseganju želene ravni kakovosti je namreč sistemskih in povezanih z organizacijo, le dvajset odstotkov vzrokov za odstopanja tiči v neposrednih izvajalcih samih. Nobene zamisli ni mogoče uresničiti brez možnosti prerazporeditve potrebnih virov. Šele združitev obeh "pristopov" zagotavlja uspeh prizadevanj za izboljšanje kakovosti.

Nekatere naloge na področju izboljševanja kakovosti so si podobne ne glede na to, na kateri ravni se izvršujejo (skupne naloge), druge so odvisne prav od ravni, kjer se dogajajo.

2. Skupne naloge

Na vseh ravneh morajo odgovorni

- ⇒ podpirati zagotavljanje in izboljševanje kakovosti,
- ⇒ poskrbeti za ustrezen informacijski sistem, ki zagotavlja zbiranje, obdelavo in uporabo potrebnih podatkov,

⇒ vključiti uporabnike v načrtovanje in ocenjevanje kakovosti oskrbe,
⇒ omogočiti izobraževanje s področja kakovosti in za kakovostno delo in
⇒ zagotoviti zadostne vire za izvajanje nalog s področja kakovosti.

2.1Podpora izboljševanju kakovosti

1. Izbira ciljev:
   ⇒ odkrivanje odstopanj in različkov v kakovosti in s tem področij, kjer je izboljšanje kakovosti prednostna naloga,
   ⇒ postavljanje realnih kratkoročnih in dolgoročnih ciljev na teh področjih.
2. Spremljanje:
   ⇒ opredelitev kazalcev kakovosti,
   ⇒ zbiranje uporabnih podatkov za primerjave znotraj ustanove in med ustanovami,
   ⇒ spremljanje rezultatov in samega postopka.
3. Obveščanje:
   ⇒ obveščanje izvajalcev o rezultatih,
   ⇒ izmenjava podatkov in izkušenj znotraj posamezne ravni in med ravnemi.

   Sem sodi objavljanje in razpošiljanje poročil o praktičnih izkušnjah, ki vključujejo tako uspehe, kot tudi težave pri izvajanju oskrbe.
4. Oblikovanje spodbud za izboljšanje kakovosti:
   ⇒ sodelovanje pri izboljševanju kakovosti je treba povezati z zaposlenostjo in napredovanjem;
   ⇒ sporazumeti se je treba o uporabi eventualnih prihrankov, ki nastanejo zaradi izboljšav.
5. Ocena in spremljanje vpliva izboljševanja kakovosti:
   ⇒ poročanje o rezultatih,
   ⇒ objavljanje informacij o tem.

2.2 Vključevanje bolnikov

Vpliv bolnikov na zdravstveno oskrbo je pomemben del izboljševanja kakovosti. Poslovodniki in izvajalci na vseh ravneh morajo zagotoviti možnost sodelovanja bolnikov, organizacij bolnikov in vsega prebivalstva. Prisluhniti morajo njihovim potrebam, težavam in pričakovanjem v zvezi s kakovostjo. Potrebe potencialnih uporabnikov lahko preverjamo z mnenjskimi anketami ali različnimi diskusijskimi skupinami. Zadovoljstvo bolnikov, kot eden izmed izidov zdravstvene oskrbe, nam je pomemben kažipot pri iskanju težav pri izvajanju (postopkih) zdravstvene oskrbe (glej

⇒ Vključevanje bolnikov). Pritožni sistem mora navpično povezovati vsakega posameznega izvajalca do državne ravni (glej ⇒ Vključevanje bolnikov). Naloga pritožnega sistema je zbiranje pripomb uporabnikov in njihovo reševanje na najnižji možni ravni ob hkratnem zagotovilu, da bo pripomba ustrezno obravnavana. Pri tem ne smemo pozabiti, da imajo kljub nespornemu pomenu podatki o željah, potrebah in zadovoljstvu bolnikov pri načrtovanju zdravstvene oskrbe manjšo veljavo, kot to velja za druge storitvene dejavnosti (glej ⇒ Sooblikovalci izboljševanja kakovosti).

2.3 Informacijski sistem

Ker je za izboljševanje kakovosti nujno potrebno stalno zbiranje podatkov, predstavlja informacijski sistem nujno podlago. Zbiranje podatkov je del vsakdanjega dela, ki naj ga podpira primerna programska oprema za olajšanje tega dela.

Oblikovati se morajo minimalni **zbiri temeljnih podatkov** za vsako specialnost, ki omogočajo primerjanje izidov skozi daljše obdobje in med posameznimi ustanovami. Zdravstveni karton ostaja eno temeljnih sredstev za zbiranje, shranjevanje in uporabo podatkov o postopku oskrbe ter s tem omogoča ocenjevanje kakovosti dela (glej ⇒ Zdravstveni karton in kakovost).

Potrebno je poiskati in uporabiti že obstoječe baze podatkov. Kljub temu morajo večino podatkov za izboljševanje kakovosti zbrati izvajalci sami.

Pri zbiranju podatkov je potrebno upoštevati popolnost zbranih podatkov, stroške zbiranja in pravnoetične razsežnosti.

2.4 Izobraževanje

Vsi izvajalci potrebujejo izobraževanje, da bi sprejeli zamisel o izboljševanju kakovosti, uspešno uporabljali povratne podatke in sodelovali pri samih dejavnostih v zvezi s tem. Pri tem so potrebni posebni tečaji in druge dejavnosti za vzdrževanje in razširjanje konceptov in metod (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost). Na ta način se spodbuja osebje, da bo sprejelo izboljševanje kakovosti za svojo nalogo. Spodbujati je potrebno skupinsko delo in sodelovanje med posameznimi strokami. Izboljševanje kakovosti naj postane del vseh učnih načrtov za izvajalce zdravstvene oskrbe.

2.5 Zagotavljanje virov

Potrebno je zagotoviti čas za spoznavanje z načeli in metodami izboljševanja kakovosti. Za oblikovanje ustreznih baz podatkov so potrebna sredstva in čas. Izboljševanje kakovosti mora imeti svoj delež v sredstvih, namenjenih zdravstvenemu varstvu. Kljub eventualnim stroškom se moramo zavedati prihranka na račun tega, da se z boljšo kakovostjo izognemo nepotrebnim stroškom, ki bi nastali zaradi slabe kakovosti (nepotrebni in neustrezni postopki ter zdravljenje, napake, zapleti). Vodstvo in zaposleni se morajo vnaprej sporazumeti o porabi eventualnih prihrankov. Stroškovna zanimivost in zadovoljstvo bolnikov sta pomembna dejavnika, ki zanimata vse udeležence v sistemu zdravstvenega varstva.

3. Odgovornost na posameznih ravneh

3.1 Državna raven

Na državni ravni se v zagotavljanje in izboljševanje kakovosti vključujejo zdravstvena politika (zdravstvena uprava), strokovna združenja, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in Zdravniška zbornica Slovenije.

Posamezne skupine, predvsem združenja na državni ravni, se povezujejo s podobnimi združenji in organizacijami na mednarodni ravni. Trenutno na tem področju v družinski medicini deluje Evropska delovna skupina za kakovost (EQuiP) pri svetovnem združenju družinskih zdravnikov (WONCA). Bolnišnične ustanove imajo na tem področju profesionalni referenčni center v Utrechtu, ki deluje pod okriljem Svetovne zdravstvene organizacije. V okviru Svetovne zdravstvene organizacije teče tudi več mednarodnih projektov, v katerih sodelujejo tudi predstavniki Slovenije. Za splošno medicino je posebno zanimiv projekt Svetovne zdravstvene organizacije Diabcare, ki spremlja izboljševanje kakovosti v skrbi za sladkorne bolnike. Poleg tega tečejo še projekti o kakovosti perinatalnega zdravstvenega varstva, bolnišničnih infekcij, preventive v zobozdravstvu in drugi. Svetovna zdravstvena organizacija spodbuja države članice k oblikovanju državne politike kakovosti v zdravstvu, iskanju kazalcev kakovosti in informacijsko podprte oblike izboljševanja kakovosti. Svet Evrope, kot bolj operativno mednarodno telo, je pripravil pomemben dokument, na osnovi katerega se bodo vršile analize in primerjave kakovosti.

3.1.1 Zdravstvena politika

Kakovosti v tako kompleksnem sistemu, kot je sistem zdravstvenega varstva, ni mogoče spremljati, ocenjevati ali izboljševati, če zdravstvena politika, ki vodi ta sistem, vanj ne vgradi mehanizmov za zagotavljanje in izboljševanje kakovosti. Pri tem je pomembno prevladovanje mehanizmov, ki podpirajo dobre dosežke in omejitev kaznovalnih (restriktivnih) pristopov na najmanjšo možno raven. Prevladovati morajo metode za odkrivanje in spodbujanje kakovostnega dela, odkrivanje odstopanj od dogovorjene ravni pa služi predvsem za iskanje področij, kjer je potrebno oceniti kakovost in vpeljati potrebne spremembe (glej ⇒ Podatkovno podprto izboljševanje kakovosti).

Prva naloga je oblikovanje in udejanjanje skupne politike v zvezi s kakovostjo v zdravstvu. Pri tem ima zdravstveno upravna struktura naslednje naloge:

- ⇒ podpora raziskovanju in oblikovanju načel in metod za izboljševanje kakovosti, vključno z ocenjevanjem medicinskih tehnologij ter oblikovanjem smernic za delo;
- ⇒ spodbujanje območnih upravljavcev, krajevnih poslovodnikov in izvajalcev;
- ⇒ izbira prednostnih področij oskrbe v državi, podpora oblikovanju skupnih meril, standardov in kazalcev kakovosti na teh področjih;
- ⇒ statistična in informacijska podpora;
- ⇒ državne baze podatkov;
- ⇒ enoten program presoje postopkov in opreme (ocenjevanja medicinskih tehnologij);
- ⇒ koordinacija državnega programa s področnimi in krajevnimi ravnmi;
- ⇒ svetovanje in usmerjanje področnih in krajevnih zdravstvenih oblasti;
- ⇒ sodelovanje na mednarodni ravni;
- ⇒ sodelovanje pri mednarodnih projektih;
- ⇒ zagotavljanje virov in struktur za oblikovanje in razvoj sistemov kakovosti.

Pri tem je smotrno uporabiti že obstoječe ustanove (Inštitut za varovanje zdravja, območni Zavodi za zdravstveno varstvo) in/ali ustanoviti nova telesa za dopolnitev obstoječe mreže. Zdravstvena politika mora spodbujati nastajanje in skrbeti za izvrševanje pozitivne zakonodaje s tega področja.

3.1.2 Strokovna združenja

Strokovna združenja imajo strokovno in moralno dolžnost poskrbeti za uvajanje izboljševanja kakovosti, vključno s presojo postopkov in sredstev oskrbe (ocenjevanje medicinskih tehnologij) in smernic za delo. Znotraj

strokovnih združenj je potrebno doseči tudi soglasje o kazalcih kakovosti, ki jih je smotrno spremljati in uporabiti kot merilo kakovosti izida oskrbe. O kazalcih kakovosti oskrbe, ki se bodo zbirali na državni ravni, je potrebno doseči soglasje tako znotraj posameznih strokovnih združenj in, če je le mogoče, tudi širše (glej ⇒ Stopnje izboljševanja kakovosti). Strokovna združenja izvajalcev skrbijo za razširjanje spoznanj, meril in organizacijo srečanj, kjer lahko udeleženci izmenjajo izkušnje in se seznanijo z metodami izboljševanja kakovosti.

3.1.3 Zbornice

Zbornice različnih strok zaposlenih v zdravstvu igrajo pomembno vlogo pri izvajanju strokovnega nadzora, dodiplomskega, podiplomskega in stalnega strokovnega izobraževanja kadrov.

Zdravniška zbornica presoja usposobljenost zdravnikov s tem, da podeljuje, podaljšuje in odvzema licenco za opravljanje zdravniške dejavnosti (glej ⇒ Presoja kakovosti). Licenca je pomembna prvina zagotavljanja ustrezne strokovne usposobljenosti, ki naj zagotavlja tudi ustrezno raven kakovosti dela. Z določitvijo meril, kakšne oblike izobraževanja štejejo za podaljšanje licence, igra Zdravniška zbornica Slovenije pomembno vlogo pri stalnem strokovnem izobraževanju (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost). Stalno strokovno izobraževanje je podlaga spremembam, ki so potrebne za izboljševanje kakovosti.

Strokovni nadzor s svetovanjem (glej ⇒ Oblike sistematičnega izboljševanja kakovosti) naj bi sčasoma prerasel iz nadzora nad pogoji dela (oprema, usposobljenost) v nadzor nad obstojem in delovanjem sistemov kakovosti, ki omogočajo organizirano zagotavljanje in izboljševanje kakovosti (glej ⇒ Vzpostavitev in vzdrževanje sistema kakovosti, glej ⇒ Presoja kakovosti).

3.1.4 Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in druge zdravstvene zavarovalnice

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije igra pri izboljševanju kakovosti pomembno vlogo na dveh področjih:

- ⇒ z obsežno bazo podatkov omogoča primerjave na nekaterih področjih (npr. predpisovanje zdravil na recept);
- ⇒ z določeno upravno vlogo prevzema del upravnih odgovornosti za izboljševanje kakovosti na državni in območni ravni.

Čeprav je delovanje Zavoda za zdravstveno zavarovanje podvrženo prvenstveno obvladovanju stroškov, kot izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja skrbi tudi za nekatere vidike kakovosti sistema zdravstvenega varstva: dostopnost, dosegljivost, privoščljivost (ekonomsko zmožnost posameznika, privoščiti si storitve zdravstvene oskrbe) in enakost. S posameznimi projekti lahko nameni del razpoložljivih virov tudi drugim področjem kakovosti: ugotavljanju zadovoljstva bolnikov, sodelovanju med posameznimi ravnmi zdravstvene službe in za obravnavo posameznih izstopajočih težav pri oskrbi zavarovancev.

3.2 Območna raven

Kljub slabo razvitim območnim povezavam je smiselno spodbujati dejavnosti na tej ravni. Omogoča lažje primerjave in sodelovanje med posameznimi izvajalci. Med posebnimi nalogami so:

⇒ zbiranje podatkov v zvezi s kazalci kakovosti,
⇒ spremljanje uspešnosti posameznih ustanov,
⇒ sporočanje povratnih podatkov izvajalcem.

3.3 Krajevna raven

Poslovodniki ustanov so odgovorni za načrtovanje in uvajanje izboljševanja kakovosti. Zbirajo poročila o rezultatih dejavnosti na področju kakovosti in ustrezno ukrepajo. Omogočiti morajo sodelovanje med strokami in oddelki.

3.4 Izvajalci in strokovna združenja

Izvajalci so ključni člen izboljševanja kakovosti. Načelno si vsak posameznik prizadeva, da bi delal čim bolje, zato je izvajalce potrebno seznanjati o doseženi kakovosti, da se zavedo svojega dela odgovornosti in bodo tako še lažje dosegali boljše izide. Posamezniku je zato na osnovni ravni pomembna dostopnost do povratnih podatkov o svojem delu, ki omogoča primerjave z ostalimi (glej ⇒ Podatkovno podprto izboljševanje kakovosti). Že sami povratni podatki brez dodatnih ukrepov vplivajo na izvajalce, da izboljšajo svojo kakovost. Potreben je tak informacijski sistem, ki takšne primerjave ponuja na čim bolj enostaven in uporabniško prijazen način vsem izvajalcem.

Posameznik lahko ocenjuje svojo kakovost tudi s primerjanjem svojega dela s splošno veljavnimi standardi v njih (glej ⇒ Samocenjevanje kakovosti, glej ⇒ Uporaba smernic).

Lahko uporablja tudi vprašalnike za svoje bolnike, s katerimi ugotavlja njihovo zadovoljstvo s postopki in izidi. Pogledi in želje bolnika so mu koristno vodilo pri načrtovanju sprememb (glej ⇒ Vključevanje bolnikov).

Vsak posameznik lahko mnogo stori za izboljšanje kakovosti tudi s tem, da se stalno strokovno izobražuje, da upošteva znanstvene izsledke in da se skuša približati splošno sprejetim standardom postopkov oskrbe (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost, glej ⇒ Uporaba smernic).

Kljub temu je smiselno oblikovati skupine poklicnih kolegov na istem strokovnem področju, ki se dogovorijo za sistematičen in organiziran pristop k izboljševanju kakovosti. Med najprikladnejšimi in tudi najuspešnejšimi orodji so krožki kakovosti, ki omogočajo strukturiran, načrtovan in sistematičen pristop k vsem stopnjam izboljševanja kakovosti (glej ⇒ Krožek kakovosti). Mnogokrat je zaradi interdisciplinarnosti uspeh odvisen od sodelovanja med posameznimi strokami.

OBLIKE SISTEMATIČNEGA IZBOLJŠEVANJA KAKOVOSTI

1. Uspešnost izboljševanja kakovosti

Posamezni izvajalci si že po naravi prizadevajo, da bi svoje delo opravili čim bolje. Zaradi zapletenosti in edinstvenosti okolja, v katerem se odvija zdravstvena oskrba, je merjenje kakovosti težka naloga, zato je tudi težko primerjati kakovost oskrbe, ki jo izvaja posameznik ali ustanova. Vendar se da kakovost z nekaj pazljivosti tudi zadovoljivo meriti in primerjati. Torej ni več pomembno vprašanje, ali je kakovost potrebno izboljšati, temveč kako jo izboljšati. Če želimo, da bo izboljševanje kakovosti uspešno, se morajo na vseh ravneh vzpostaviti sistemi kakovosti. Naloge na posameznih ravneh se povezujejo in dopolnjujejo (glej ⇒ Ravni izboljševanja kakovosti, glej Vzpostavitev in vzdrževanje sistema kakovosti).

Vsi sistemi zdravstvenega varstva si prizadevajo za obvladovanje kakovosti zdravstvene oskrbe in delovanja celotnega sistema. Udeleženci sistema zdravstvenega varstva imajo pri tem lahko dokaj različne poglede in možnosti vplivanja na raven kakovosti (glej ⇒ Sooblikovalci kakovosti). Zgodovinski razvoj je prinesel štiri pomembnejše filozofije obvladovanja kakovosti, ki so v različnih kulturnih in delovnih okoljih doživele različen razmah:

- ⇒ nadzor kakovosti,
- ⇒ ocenjevanje kakovosti,
- ⇒ zagotavljanje kakovosti in
- ⇒ izboljševanje kakovosti.

Kljub zgodovinskemu zaporedju nekatere oblike ostajajo pomembne tudi danes, ker za določene namene popolnoma zadoščajo. Sistem kakovosti povezuje posamezne oblike v splet, ki omogoča celovito obvladovanje kakovosti (glej ⇒ Vzpostavitev in vzdrževanje sistema kakovosti)

1.1 Nadzor kakovosti

Nadzor kakovosti se naslanja na podmeno, da je z ustreznimi mehanizmi možno odkrivati odstopanja in različke ter jih odstranjevati. Posledica tega naj bi bila ustrezna kakovost.

> Primer: Če pri rednem letnem preverjanju (umerjanju) merilcev krvnega tlaka lahko govorimo o nadzoru kakovosti, je uporaba enakega izraza (in filozofije) neustrezna, predvsem pa malo uspešna pri preverjanju dela zdravnika v ambulanti. V prvem primeru je standard dogovorjen in popolnoma jasen in zato dopušča uporabo najpreprostejše oblike obvladovanja kakovosti: nadzor. Cilj seveda ni dosežen z odkritjem neumerjenega merilca, temveč šele, ko je merilec znova umerjen. Pri preverjanju dela zdravnika z nadzorom bi naleteli na kopico nepremostljivih ovir: od opredelitve, kaj je prav, do zapletov pri izvedbi nadzorovanj zaradi delovne intenzivnosti zdravstvene oskrbe.

Zlasti za tehnične vidike zdravstvene oskrbe in nekatere življenjsko pomembne postopke je nadzor kakovosti še vedno metoda izbire. Delovanje ventilov v reanimacijski enoti je tako pomembno, da jih je potrebno rutinsko preverjati. Odločitev o tem pač ne more biti prepuščena dobri volji posameznika. Za take dejavnosti, ki morajo biti nujno izvedene, mora biti izdelano pisno navodilo (protokol). Za zagotavljanje in izboljševanje kakovosti je določena stopnja nadzora nujno potrebna.

Nadzor delimo na notranji in zunanji glede na končnega uporabnika podatkov, pridobljenih med nadzorom,.

1.1.1 Notranji nadzor kakovosti

Čeprav se v različnih kulturnih okoljih ta pojem različno razlaga, vendarle obstajajo skupne značilnosti. Kadar so podatki pridobljeni med nadzorom, namenjeni izvajalcem samim, govorimo o notranjem nadzoru kakovosti. Notranji nadzor izvaja vsak izvajalec sam pri sebi v obliki samonadzora ali samoocenjevanja kakovosti, predpostavljeni v zdravstvenih ustanovah, sodelavci iste stroke v zdravstveni ustanovi ali kolegi iz iste stroke, ki prihajajo izven ustanove, kadar smo člani strokovnega združenja in ima to v svojem programu tudi tako obliko delovanja. Pomembno je, da rezultat te dejavnosti ostane znan samo izvajalcem samim in ni namenjen uporabi komu tretjemu (javnosti, plačniku). Med oblike notranjega nadzora lahko prištevamo samonadzor, samoocenjevanje kakovosti (glej ⇒ Samoocenjevanje kakovosti), pregled med kolegi, oziroma krožek kakovosti (glej ⇒ Krožek kakovosti) in vodstveni nadzor kakovosti (glej ⇒ Celovito obvladovanje kakovosti).

Z notranjim nadzorom se zagotavlja doseganje lastnih ciljev, ciljev zdravstvene ustanove (zdravstvenega doma) ali skupine kolegov (kolegij zdravnikov zdravstvenega doma), ali strokovnega združenja (npr. Sekcija za splošno medicino Slovenskega zdravniškega društva). Vsak nadzor je smiseln le takrat, kadar prispeva k izboljšanju oskrbe bolnikov ali ob racionalnejši porabi razpoložljivih virov zagotavlja enako raven kakovosti dela.

1.1.1.1 Samonadzor

Posameznik si pregledovanje lastnega dela lahko uredi na več načinov. Temelj pregleda nad delom je zbiranje podatkov, ki naj bo načrtovano z jasnim namenom in cilji. Rutinsko zbiranje podatkov ni pokazalo večje koristnosti za izboljšanje dela. V splošni medicini je v središču našega zanimanja bolnik kot član skupine bolnikov, ki so se nam zaupali v oskrbo. Seznam vpisanih bolnikov po starosti in spolu, seznam bolnikov po boleznih, letna evidenca opravljenih storitev in priložnostni obrazci zainteresiranemu zdravniku predstavljajo baze podatkov pogoje, na katerih lahko gradi ocenjevanje lastne kakovosti. Zdravstveni karton predstavlja nujno potrebno orodje za zbiranje podatkov (glej ⇒ Zdravstveni karton in kakovost).

1.1.1.2 Samoocenjevanje kakovosti

Samoocenjevanje kakovosti je organizirana oblika samonadzora (glej ⇒ Samoocenjevanje kakovosti, glej ⇒ Analiza izjemnih dogodkov).

1.1.1.3 Vodstveni nadzor kakovosti

Vodilni v zdravstveni ustanovi so dolžni izvajati notranji nadzor (glej ⇒ Celovito obvladovanje kakovosti). Rutinsko se izvaja za preverjanje izpolnjevanja dogovorjenih nalog. Vodstveni nadzor v imenu vodilnih lahko opravijo tudi kolegi sodelavci iz iste stroke. Največkrat je namen takega nadzora ugotoviti raven kakovosti oskrbe, kadar se pojavi pritožba v zvezi z delom. Predstavlja eno glavnih orodij za odkrivanje področij, kjer so potrebne izboljšave.

1.1.2 Zunanji nadzor kakovosti

Zunanji nadzor je zajet v številnih predpisih in ga po naročilu izvajajo Zdravniška zbornica Slovenije, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Ministrstvo za zdravstvo, številni inštituti, klinike, inšpekcijske službe in drugi po lastnem načrtu nadzorov ali po naročilu uradnih organov. Pri **zunanjem nadzoru kakovosti** je zbiranje podatkov o kakovosti dela namenjeno določeni javnosti izven kroga izvajalcev, ki jih je tak nadzor doletel.

1.1.2.1 Strokovni nadzor s svetovanjem

Pri nas je že leta uveljavljen **strokovni nadzor** s svetovanjem v splošni medicini in medicini dela. Ta oblika nadzora je večinoma usmerjena na pregled pogojev dela, vključno z usposobljenostjo izvajalcev. Izvaja se lahko rutinsko po programu, kot to predvidevajo predpisi ali kot izredni strokovni nadzor ob težavah, ki se pojavljajo pri nudenju oskrbe. Lahko ga smatramo kot metodo za odkrivanje področij v oskrbi, kjer bi bilo potrebno vpeljati spremembe (glej ⇒ Stopnje izboljševanja kakovosti). Pomemben namen nadzora s svetovanjem je namreč prav svetovanje zdravnikom, kako naj izboljšajo svoje delo.

Namen strokovnega nadzora s svetovanjem je predvsem odkrivanje težav v oskrbi. V mnogih državah so se odkrivanju prednostnih nalog pridružile tudi druge stopnje izboljševanja kakovosti (glej ⇒ Stopnje izboljševanja kakovosti), kar daje celotnemu početju večji smisel. Odkrivanje razlik, odstopanj in škodljivosti je konzervativni pristop k izboljševanju kakovosti, ki temelji na podmeni, da je mogoče z odkrivanjem in kaznovanjem (ali celo odstranjevanjem) slabih izvajalcev izboljšati kakovost (teorija gnilih jabolk). Teorija in praksa izboljševanja kakovosti je prerasla takšno zasnovo in poudarja odkrivanje najboljših in spodbujanje prevzema njihovega sloga dela tudi s strani drugih izvajalcev (teorija zdravih jabolk) (glej ⇒ Podatkovno podprto izboljševanje kakovosti).

Kljub povedanemu ima strokovni nadzor s svetovanjem svoj smisel predvsem zato, ker je to utečena oblika odkrivanja odstopanj z zagotovljenim financiranjem. Sistem kakovosti na ravni države ga lahko smiselno vključi v celovito obvladovanje kakovosti oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva.

1.1.2.2 Presoja (ocena) novih postopkov oskrbe

Pri uvajanju nove tehnologije in novih načinov zdravljenja opravijo pooblaščene institucije predhodno testiranje in oceno (glej ⇒ Presoja kakovosti). Naročnik ocene je praviloma Ministrstvo za zdravstvo. Potrjevanje postopka oskrbe omogoča izvajalcem, da uporabljajo preverjene metode dela. Bolniku daje gotovost, da bo deležen učinkovitih in varnih postopkov zdravstvene oskrbe.

1.1.2.3 Presoja (potrjevanje) zdravstvenih ustanov

Potrjevanje zdravstvenih ustanov oziroma verifikacija je uradni postopek za pridobitev dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti v določenih prostorih (glej ⇒ Presoja kakovosti). Včasih se nanaša tudi na ocenjevanje programov zdravstvene dejavnosti.

1.1.2.4 Upravni nadzor

Upravni nadzor izvaja Ministrstvo za zdravstvo in je predvsem namenjen ugotavljanju nepravilnosti pri organizaciji zdravstvenega varstva in pravilnosti nudenja storitev državljanom.

1.1.2.5 Finančni nadzor

Finančni nadzor izvaja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije oziroma njegovi nadzorni zdravniki. Poudarek tega nadzora je na izpolnjevanju pogodbenih obveznosti in nepravilnosti v zvezi z izpolnjevanjem Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja.

1.2 Ocenjevanje kakovosti

Ocenjevanje kakovosti je izpopolnjena oblika nadzora kakovosti in je bolj prilagojeno izvajanju postopkov. Mnogo postopkov je namreč preveč zapleteni in povezani s številnimi vplivi in jih zato ni mogoče zapisati v enostavno navodilo. Ocenjevalec ima diskrecijsko pravico, da po opravljenem postopku iz varne distance oceni, ali je bil določen postopek opravljen v skladu s pričakovanji (ocenjevalca). Pri nas poznamo različek ocenjevanja kakovosti v obliki strokovnega nadzora s svetovanjem (glej 1.1.2.1. ⇑ Strokovni nadzor s svetovanjem).

Z **ocenjevanjem** (merjenjem) **kakovosti** ugotavljamo stanje izvršene oskrbe. To je torej metoda, ki na podlagi doseženih izidov in izvedenih postopkov sklepa na slog dela v prihodnosti. Trenutno stanje lahko primerjamo z izbranimi standardi (II. stopnja v krogu kakovosti; glej ⇒ Stopnje izboljševanja kakovosti, glej ⇒ Uporaba smernic). Če teh nimamo, nam prva ocena služi za izhodišče primerjav pri spremembi (glej ⇒ Zgledovanje, glej ⇒ Analiza izjemnih dogodkov, glej ⇒ Podatkovno podprto izboljševanje kakovosti, glej ⇒ Samoocenjevanje kakovosti). Gibanje okoli ocenjevanja kakovosti se je zlasti razmahnilo v Združenih državah Amerike. Svoj vrh je doseglo z oblikovanjem organizacij, ki se ukvarjajo z ocenjevanjem kakovosti izvajalcev in z obdobno presojo kakovosti. Ocenjevanje kakovosti naj bi predvsem zagotavljalo, da bi se pri oskrbi uporabljala preverjeno učinkovita sredstva in postopki (glej ⇒ Presoja kakovosti). Podatki o kakovosti naj bi služili predvsem javnosti (strokovni in tudi laični), da bi zase izbirala kakovostne izvajalce zdravstvene oskrbe. Da bi to dosegli, potrebujemo nedvoumne, znanstveno dokazane in strokovno sprejemljive standarde na eni strani (glej ⇒ Uporaba smernic), in neodvisne, zanesljive in objektivne presojevalce na drugi strani (glej ⇒ Presoja kakovosti). V tako obsežnem in dinamičnem okolju, kot je zdravstveno, je to Sizifovo delo. Kljub temu je vsaj za del zdravstvene oskrbe potrebno uporabiti tudi to metodo: presoja zdravstvenih ustanov, posameznikov, sredstev in postopkov oskrbe (glej ⇒ Presoja kakovosti). Želji po ocenjevanju in razvrščanju izvajalcev na boljše in slabše se je zelo težko upreti.

Pri nas je že opisani odpljusk tega gibanja strokovni nadzor s svetovanjem, ki gre za korak dlje kot samo ocenjevanje kakovosti. Poleg ocene, ki sicer temelji na osebnih merilih ocenjevalca, ocenjevalna skupina izdela tudi predloge za potrebne spremembe.

> Žal gre pri tem za pomemben razkorak v tem, kdo je ocenjevan in kdo lahko izpelje te spremembe. Večina ugotovljenih različkov in odstopanj je na področju pogojev dela, za katere je odgovorno vodstvo. Vodstvo je le redko motivirano za spremembe, saj ocena strokovnega nadzora za zdravstveno ustanovo nima nobenih posledic. Izjema je le izredni strokovni nadzor, ki ga naroči Ministrstvo za zdravstvo zaradi preverjanja okoliščin nekega izjemnega dogodka, ki je razburkal javnost.

Ocenjevanje kakovosti je doseglo pomemben napredek, ko so za ocenjevanje začeli uporabljati zbire veljavnih (dogovorjenih, objavljenih) meril. Sprožil se je vzporedni plaz oblikovanja smernic (glej ⇒ Uporaba smernic). Odločilna dilema ocenjevanja kakovosti je postalo vprašanje, kakšno težo ima upoštevanje ali neupoštevanje določene zahteve v smernicah. Trditve v smernicah imajo namreč različno težo, pač glede na razpoložljivost dokazov v strokovni literaturi in/ali soglasnost strokovnjakov določenega področja. Prevladalo je spoznanje, da vsega ne bo moč nikoli predpisati. Podobno kot

nadzor kakovosti je tudi ocenjevanje kakovosti zasnovano na odkrivanju najslabših in njihovem odstranjevanju ali kaznovanju (filozofija gnilih jabolk).

Zamisel o popolnem nadzoru in ocenjevanju se vedno bolj umika zamisli o obvladovanju kakovosti. Pri tem naj bi najpomembnejši delež prispevali vsi zaposleni s svojim spremenjenim odnosom do dela. Vodilni ostajajo še naprej odgovorni za kakovost, ki jo morajo zagotavljati in izboljševati z zagotavljanjem ustreznih pogojev za delo in s stalnim spodbujanjem zaposlenih za vedno kakovostnejše delo. Iz ocenjevanja kakovosti izhaja tudi zamisel o zagotavljanju kakovosti in filozofija stalnega izboljševanja kakovosti.

1.3 Zagotavljanje kakovosti

Zagotavljanje kakovosti v razvoju idej o kakovosti predstavlja pomemben preobrat. V zdravstveno okolje so vedno bolj začele prodirati zamisli o vodenju zaposlenih in izkoriščanju njihovega potenciala za doseganje ciljev kakovosti. Izoblikovala se je zamisel o štiristopenjskem modelu reševanja nastalih težav (glej ⇒ Stopnje izboljševanja kakovosti, glej ⇒ Obvladovanje sprememb). Danes skoraj ni zdravstvenega politika in vodilnega v zdravstveni ustanovi, da ne bi poznal in se ogreval za zagotavljanje kakovosti dela. Pomanjkljivost filozofije o zagotavljanju kakovosti je predvsem v tem, da predpostavlja vnaprej znane cilje kakovosti (standarde).

Zapletenost zdravstvene dejavnosti (glej ⇒ Kakovost oskrbe: slika 1) postavlja uporabnika (bolnika) zdravstvene oskrbe na nek način v ozadje. Njegov glas je praviloma šibek (glej ⇒ Vključevanje bolnikov). Na drugi strani pa tudi samo bolnikovo mnenje brez ciljev drugih udeležencev v sistemu zdravstvenega varstva ne more biti edini cilj, ki ga želimo doseči z izboljšanjem zdravstvene oskrbe (glej ⇒ Sooblikovalci kakovosti). Medtem ko se cilji zdravstvene politike praviloma gibljejo v okvirih zagotavljanja pravičnosti in obvladovanja stroškov (želena kakovost), so cilji stroke navadno postavljeni zelo visoko (najboljša možna kakovost) (glej ⇒ Kakovost oskrbe: slika 4). Dokler so standardi postavljeni više od trenutne ravni kakovosti, prinaša vsako naprezanje napredek, da bi jih dosegli. Kaj potem, ko jih dosežemo? To predvsem načelno oviro presega filozofija stalnega izboljševanja kakovosti.

Kaže se tudi etična razsežnost med možnostjo doseganja standardov, ki jih postavljajo posamezne strokovne skupine (najboljša možna oskrba) in med pripravljenostjo zdravstvene politike, koliko sredstev je pripravljena nameniti za doseganje teh standardov (še sprejemljiva raven). Težnja izvajalcev je doseči najboljšo možno kakovost oskrbe in še več, iščejo možne rešitve tudi

preko teh meja (glej ⇒ Kakovost oskrbe: slika 4, slika 7). Zdravstvena politika posega v to zapleteno okolje predvsem zaradi omejenih možnosti financiranja drage zdravstvene tehnologije. Vendar izvajalcem "omejitve", ki jih postavlja v sistem zdravstvenega varstva zdravstvena politika, predstavljajo znatno oviro pri uresničevanju zastavljenih ciljev. Poti se kompromisno srečujeta nekje med obema skrajnima ciljema - pri dogovorjeni ravni kakovosti (glej ⇒ Kakovost oskrbe: slika 6, slika 7).

Pri deklarativnem sklicevanju na to, da morajo izvajalci zagotoviti kakovost oskrbe, vidimo, da cilje postavlja predvsem tisti, ki razpolaga z viri. Če izhajamo iz tega, so veljavni cilji standardi plačnika, ker ta omogoča (finančno) njihovo uresničevanje, in ne standardi strokovnih teles, ki predvidevajo večji dotok (predvsem svežega) denarja v sistem zdravstvenega varstva. Neprestano pretirano poudarjanje pomena standardov je lahko v določenem okolju neproduktivno in škodi širjenju zamisli o kakovosti. Izboljševanje kakovosti se prav zato skuša ogniti vnaprejšnji in absolutni opredelitvi ravni kakovosti.

1.4 Izboljševanje kakovosti

Izboljševanje kakovosti je sistematičen pristop k odkrivanju težav pri oskrbi, ocenjevanju dosežene ravni kakovosti, postavljanju ciljev kakovosti ter načrtovanju, vpeljavi in spremljanju učinkov sprememb (glej ⇒ Stopnje izboljševanja kakovosti, glej ⇒ Ravni izboljševanja kakovosti, glej ⇒ Sooblikovalci kakovosti, glej ⇒ Oblike sistematičnega izboljševanja kakovosti). Podlago stalnega izboljševanja kakovosti pogosto imenujejo filozofija zdravih jabolk.

Oblike (sistemov) izboljševanja kakovosti imajo na posameznih ravneh nekaj posebnosti. V prejšnjih poglavjih smo se seznanili, zakaj je potrebna kakovost (glej ⇒ Kakovost oskrbe), kakšna je pot do večje kakovosti (glej ⇒ Stopnje izboljševanja kakovosti), kdo (glej ⇒ Sooblikovalci kakovosti) in na katerih ravneh sistema zdravstvenega varstva je odgovoren za kakovost (glej ⇒ Ravni izboljševanja kakovosti). Odgovoriti moramo še na vprašanje, kako izgledajo oblike izboljševanja kakovosti na posameznih ravneh.

2. Posameznik

Posamezni izvajalec je ključen za zagotavljanje in izboljševanje kakovosti, zato se je dolžan vključiti v izboljševanje kakovosti. K temu ga silijo poklicni, etični in zakonski razlogi.

2.1 Stalno strokovno izobraževanje

Največ, kar lahko posameznik stori na področju izboljševanja kakovosti, je stalno strokovno izobraževanje. Pri delu si sicer naberemo obilico izkušenj, ki pa jih moramo nujno oplemenititi z ustrezno povezavo s teorijo. Stalno strokovno izobraževanje je edini način, da izvajalec obnavlja in dopolnjuje potrebno znanje in spretnosti za kakovostno delo. Oblike stalnega strokovnega izobraževanja so (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost):

- ⇒ samoučenje (uporaba pisnih, elektronskih in drugih virov),
- ⇒ izkušnje (učenje ob lastnih primerih),
- ⇒ skupinsko učenje (medsebojno obiskovanje, diskusijske skupine, krožki kakovosti),
- ⇒ učenje na daljavo (nekateri strokovni časopisi, internet),
- ⇒ strokovna srečanja (učne delavnice, tečaji, seminarji, kongresi)

Pri stalnem strokovnem izobraževanju za kakovost naletimo na tri težave:

1. Bistveni pogoj za uspešnost stalnega strokovnega izobraževanje je motiviranost izvajalcev za sodelovanje. Na motiviranost vplivajo lastnosti izvajalca samega in dejavniki okolja (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost, glej ⇒ Obvladovanje sprememb). Pomembna spodbuda za nekatere oblike stalnega strokovnega izobraževanja v Sloveniji je sistem podaljševanja licenc, ki od izvajalcev zahteva določen obseg prisostvovanja organiziranim oblikam stalnega strokovnega izobraževanja. V stalno strokovno izobraževanje je potrebno vključiti tudi izobraževanje s področja kakovosti.

2. Pomanjkanje časa je obči slogan današnjega časa. Za stalno strokovno izobraževanje si mora vsakdo rezervirati potrebni čas. Predpisi nam omogočajo, da za izobraževanje namenimo tudi del delovnega časa in tudi udeležbo na strokovnih srečanjih. Del časa je smiselno nameniti izobraževanju in dejavnostim, povezanih z izboljševanjem kakovosti.

3. Večini izvajalcev (pa tudi organizatorjem strokovnih srečanj) manjkajo znanja in spretnosti za uspešno stalno strokovno izobraževanje, pa tudi znanja s področja kakovosti.

2.2 Samonadzor in samoocenjevanje kakovosti

Posameznik se lahko dejavno vključi v izboljševanje kakovosti, tako da stalno spremlja, ocenjuje, zagotavlja in izboljšuje kakovost svojega dela. S stalnim nadzorom nad postopki svojega dela in izidi zdravljenja je vsak posameznik najbolje usposobljen, da ocenjuje svoje delo in uvaja potrebne

spremembe. Organizirane oblike so mu pri tem v dodatno pomoč in spodbudo (glej ⇒ Samoocenjevanje kakovosti, glej ⇒ Analiza izjemnih dogodkov, glej ⇒ Krožek kakovosti)

3. Skupine izvajalcev

Skupine izvajalcev se lahko prostovoljno povezujejo po različnih ključih. Skupina lahko izhaja iz iste ustanove ali različnih ustanov, lahko jo sestavljajo člani iste stroke ali različnih strok. Tudi oblike delovanja skupine so lahko različni:

- ⇒ krožek kakovosti (glej ⇒ Krožek kakovosti),
- ⇒ diskusijske skupine (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost),
- ⇒ medsebojno obiskovanje,
- ⇒ samoocenjevanje kakovosti (glej ⇒ Samoocenjevanje kakovosti),
- ⇒ svetovalci.

Ker je večina oblik obravnavana v posebnih poglavjih, se tu omejimo na nekatere skupne lastnosti dela v skupini. Prednosti dela v skupini so:

- ⇒ prostovoljnost sodelovanja,
- ⇒ možnost izražanja osebnih pogledov in izkušenj,
- ⇒ neposredna izmenjava izkušenj,
- ⇒ neposredni vpliv spoštovanih strokovnjakov,
- ⇒ obravnava aktualnih težav pri delu,
- ⇒ sistematično reševanje težav.

Kljub nekaterim pomanjkljivostim velja skupinsko izobraževanje za najbolj uspešen prenos novosti v vsakdanje delo. Ker sodelovanje pri skupinskih oblikah stalnega strokovnega izobraževanja pomembno prispeva k izboljševanju kakovosti, ga pogosto vključujejo v podaljševanje licence. Lahko pričakujemo, da bo tudi pri nas Zdravniška zbornica storila korake v tej smeri.

Skupine izvajalcev so pomembna oblika izboljševanja kakovosti, ker pritegnejo širok krog izvajalcev, ki so ključni za izboljšanje kakovosti. Strokovna združenja, zdravstvene ustanove, plačnik in zdravstvena politika so dolžna podpirati njihova prizadevanja.

4. Zdravstvene ustanove

Zdravstvene ustanove so pravzaprav tisto mesto, kjer naj bi se odvijalo največ dejavnosti na področju zagotavljanja in izboljševanja kakovosti. Poslovanje, ki se tržnih odnosov dotika le pri nabavi surovin in nekaterih storitev, poteka v nekakšnem hermetičnem okolju, ki vodstvu zdravstvene

ustanove odvzema glavni motiv zanimanja za kakovost. Zdravstvena ustanova ima močno omejene možnosti za ustvarjanje dobička. Predpisi preprečujejo prosto oblikovanje cene in obsega storitev. Ker ni dovoljeno širjenje dejavnosti, je izključena možnost konkurence na trgu zdravstvenih storitev. Kot motiv zanimanja za kakovost ostaja predvsem racionalizacija poslovanja ob zagotavljanju še dopustnega obsega in ravni kakovosti pogodbenih storitev. Oblike izboljševanja kakovosti na ravni zdravstvene ustanove so:

- ⇒ notranji nadzor kakovosti,
- ⇒ presoja (sistema kakovosti) zdravstvene ustanove (glej ⇒ Presoja kakovosti),
- ⇒ kolegiji, odbori, srečanja,
- ⇒ celovito obvladovanje kakovosti (glej ⇒ Celovito obvladovanje kakovosti).

Za kakovost (tako poslovanja kot nudene zdravstvene oskrbe) v zdravstveni ustanovi je odgovorno vodstvo. Svoja prizadevanja mora strniti v poslovnik kakovosti kot glavni dokument sistema kakovosti (glej ⇒ Vzpostavitev in vzdrževanje sistema kakovosti). Zaposlene mora seznaniti s cilji ustanove in jih vključiti v njihovo uresničevanje. Razdelitev odgovornosti nujno pripelje tudi do prestrukturiranja organizacije.

5. Državna raven

5.1 Predpisi

Zdravstvena politika (Ministrstvo za zdravstvo, Zdravniška zbornica idr.) vplivajo na kakovost s sprejemom zakonov in drugih predpisov, ki zagotavljajo kakovost sistema zdravstvenega varstva na eni strani, in omogočajo izboljševanje kakovosti na vseh ravneh. Z upravnim nadzorom Ministrstvo za zdravstvo nadzoruje izvajanje vladnih zakonov in predpisov. Zdravniška zbornica v okviru javnih pooblastil opravlja pomembno nalogo na področju kakovosti s podaljševanjem licence in strokovnim nadzorom s svetovanjem. Hkrati pripravlja in sprejema številne predpise, ki so povezani s kakovostjo. Med najpomembnejšimi je Kodeks medicinske deontologije. Sistem podaljševanja licenc vpliva na obseg in kakovost nekaterih oblik stalnega strokovnega izobraževanja. Strokovni nadzor s svetovanjem se še razvija in lahko pričakujemo, da bo sčasoma postal oblika presoje sistemov kakovosti na ravni posameznika, skupine izvajalcev in zdravstvene ustanove. Potreben bo tudi kakovostni premik pri uporabi meril ocenjevanja kakovosti in doslednejši uporabi vnaprej znanih meril.

5.2 Pritožni sistem

Uvedba pritožnega sistema je sicer dolžnost vsakega izvajalca, vendar glavna odgovornost za to leži v rokah zdravstvene uprave (Ministrstva za zdravstvo), ki je dolžna povezati pritožne sisteme posameznih izvajalcev in zdravstvenih ustanov v območno in državno mrežo (glej ⇒ Vključevanje bolnikov). Z odkrivanjem odstopanj in kaznovanjem, ki vznemirjajo uporabnike zdravstvenih storitev, v nasprotju s splošnim prepričanjem ne prispevamo bistveno k izboljšanju kakovosti. Pritožni sistem opravičuje svoje delovanje na dva načina. Prvi je pravočasno odkrivanje odstopanj in izpeljava popravnih ukrepov. Bistvo pritožnega sistema je možnost ugotavljanja vzrokov za nastanek odstopanja. Posamezno večje odstopanje je namreč vedno splet okoliščin. Upoštevaje Demingovo pravilo 80 : 20, je jasno, da je večina vzrokov za odstopanje sistemske narave in kot takim se jim je v prihodnje možno izogniti le z ukrepi na sistemski in osebni ravni (glej ⇒ Kakovost oskrbe). Samo kaznovanje posameznika, razen potešitve prizadetega, ne koristi izboljševanju kakovosti.

5.3 Smernice

Smernice, oblikovane na znanstvenih dokazih in ob sistematičnem soglasju sestavljavcev, so dobra podlaga izboljševanju kakovosti v več pomenih:

- ⇒ Izvajalci se lahko seznanijo s pogoji in postopki najboljše možne oskrbe.
- ⇒ Skupine izvajalcev iz njih lahko izberejo merila za samoocenjevanje.
- ⇒ Bolniki se seznanijo z možnostmi oskrbe.
- ⇒ Izvajalci stalnega strokovnega izobraževanja prilagodijo svoja strokovna srečanja potrebam udeležencev.
- ⇒ Izvajalci stalnega strokovnega nadzora lahko uporabijo merila pri strokovnem nadzoru.
- ⇒ Raziskovalci se lahko lotijo raziskovanja področij, ki so se v smernicah pokazala za premalo raziskana.

5.4 Informacijski sistem

Vzpostavitev in delovanje informacijskega sistema mora podpirati zbiranje, obdelavo in pošiljanje povratnih podatkov izvajalcem.

5.5 Presoja, ocenjevanje in zunanji nadzor kakovosti

Presoja kakovosti je oblika dejavnosti, ki ocenjuje skladnost sistema kakovosti ali zdravstvene ustanove (zasebnika) s standardi (glej ⇒ Presoja). Ocenjevanje in nadzor kakovosti sta obliki preverjanja skladnosti postopkov oskrbe. Večinoma se uporabljajo znotraj posameznih ustanov ali znotraj strokovnih združenj za presojo posameznikov. Presojo, ocenjevanje in nadzor kakovosti naj opravljajo neodvisne organizacije (od države), po možnosti iz iste stroke.

5.6 Dostopnost, dosegljivost, privoščljivost in pravičnost zdravstvene oskrbe

Kakovost sistema zdravstvenega varstva merimo po dostopnosti, dosegljivosti, privoščljivosti in pravičnosti zdravstvene oskrbe, ki jo sistem omogoča. Družinska/splošna medicina, kot večji del osnovne zdravstvene dejavnosti, je v Sloveniji dobro **dostopna**, saj ima vsak občan brez kakršnih koli omejitev možnost stika s svojim osebnim zdravnikom družinske medicine ali z njegovim namestnikom v dežurni službi 24 ur na dan 365 dni na leto. Praktično ne poznamo čakalnih list. Z razpršenostjo zdravstvenih ustanov, zdravstvenih postaj in zasebnih ambulant je kljub redko poseljenemu in razgibanemu ozemlju zagotovljena primerna prostorska **dosegljivost**. Zagotovljeno zdravstveno zavarovanje pokriva večino pravic v osnovnem zdravstvenem varstvu. Zavarovanje za doplačila uporabniku prikrijejo tudi delež sredstev, ki bi jih moral plačati iz lastnega žepa. Plačevanje prispevkov je vezano na zaposlitev. Za občane brez lastnih dohodkov prispevke plačujejo lokalne skupnosti, tako da si vsakdo lahko **privošči** zdravstveno oskrbo, če jo potrebuje. Predpisi določajo enoten program zdravstvenega varstva, kar onemogoča razlike (razen strokovno utemeljenih) med posameznimi uporabniki (**pravičnost**).

Ker je ta del kakovosti dosežen, je nadaljnja skrb posvečena zagotavljanju dosežene ravni in izboljševanju kakovosti izvajanja programov ob razumnem trošenju sredstev, ki jih je družba pripravljena nameniti za zdravstveno varstvo.

II. DEL

SISTEM KAKOVOSTI

Sistem kakovosti je sistem odgovornosti.

Bolnike, plačnika in družbo zanima kakovost obravnave bolnikov in zlasti njen vpliv na zdravstvene izide. Za izvajalce zdravstvene oskrbe pa je odločilnega pomena kakovost poslovanja in procesov v organizaciji, ki omogočajo izvajanje zdravstvene dejavnosti.

Kakovost se ustvarja v prepletanju vseh dejavnosti zdravstvenih ustanov. Posamezne službe se sistematično vključujejo v procese ustanove. Vodstvo mora podpirati izboljševanje kakovosti in se dejavno vključiti v načrtovanje, uvajanje, razvoj in presojo sistema kakovosti. Organizacija sistema kakovosti zdravstvene ustanove se zato začne prav pri vrhu, ki na podlagi svoje politike kakovosti izpelje ustrezne dejavnosti.

Vse dejavnosti v sistemu kakovosti se izvajajo zato, da bi preprečili in sproti odpravljali morebitne pomanjkljivosti, ki bi lahko vodile v nekakovostne storitve. Sistem kakovosti opredeljuje vlogo in naloge posameznikov v zdravstveni ustanovi in je zapisan v poslovniku kakovosti, ki je neke vrste "snemalna" knjiga ustanove.

V tem delu je prikazan oris vzpostavitve in delovanja sistema kakovosti, presoja kakovosti in celovito obvladovanje kakovosti.

VZPOSTAVITEV IN VZDRŽEVANJE SISTEMA KAKOVOSTI

1. Sistem kakovosti

Za **obvladovanje kakovosti** bodo morale ustanove same in v sodelovanju s plačnikom zdravstvenih storitev v prihodnje nameniti več **virov**. Nudenje zdravstvene oskrbe se mora oplemenititi z novimi znanji in tehnologijami iz medicine, informatike, ekonomije, uprave, managementa, izobraževanja, sociologije, psihologije in drugih strok (glej ⇒ Kakovost oskrbe). Odgovorni za kakovost bodo pri tem nastopali v vlogi katalizatorja pri združevanju potrebnih znanj za izboljšanje zdravstvene oskrbe.

Kakovost ima prihodnost, in še več, prihodnost je v kakovosti. **Sistem kakovosti** je pri tem sistem razdelitve nalog, odgovornosti, ki omogoča kakovostno delo in njegovo stalno preverjanje. Vsi udeleženci v sistemu zdravstvenega varstva bodo morali spoznati in prevzeti svoj del odgovornosti. Vodilni na vseh ravneh morajo poskrbeti za oblikovanje sistemov kakovosti, ki bodo podlaga razvoju kakovosti. Neposredni izvajalci bodo le v takih pogojih lahko s samoocenjevanjem in skupinskimi oblikami izboljševanja kakovosti prevzeli ključno vlogo zagotavljanja in izboljševanja kakovosti.

Sodobno podjetništvo, ki se vedno bolj širi tudi na področje zdravstvene dejavnosti, sloni na dveh strategijah:

1. **Necenovna strategija poslovanja** temelji na petih prvinah, ki se nanašajo na poglede uporabnikov:
   ⇒ kakovost postopkov oskrbe,
   ⇒ izpolnjevanje dostopnosti (24-urno pokrivanje), dosegljivosti (mreža delovnih mest), pravičnost (kratke čakalne dobe, upoštevanje nujnosti),
   ⇒ upoštevanje in reševanje pripomb in pritožb,
   ⇒ izboljševanje "ponudbe" oskrbe (npr. uvajanje naročanja, usmerjevalni napisi, pisno gradivo, nove oblike oskrbe, izboljševanje sporazumevanja in odnosov med zdravnikom in bolnikom),

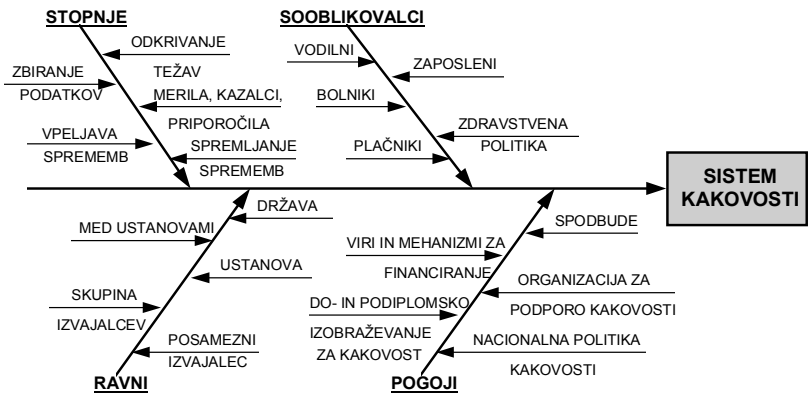
⇒ skrb za zadovoljstvo posameznih uporabnikov (stalnost delovne skupine, povezanost med zdravnikom in bolnikom).

2. **Strategija polne izrabe človeških virov** zahteva najboljše pogoje, ki omogočajo, da bodo človeški dosežki največji. Delovno okolje mora spodbujati ustvarjalnost, spodbujati samoocenjevanje kakovosti (ocenjevanje in izboljševanje lastnega dela) in nuditi tudi druge ustrezne spodbude za boljše delo.

Sistem kakovosti v tej podjetniški filozofiji predstavlja temelj stalnih izboljšav.

2. Razsežnosti sistema kakovosti

Sistem kakovosti je zbir medsebojno povezanih načrtnih dejavnosti in ukrepov na vseh ravneh v sistemu zdravstvenega varstva s ciljem stalnega zagotavljanja in izboljševanja kakovosti oskrbe bolnikov (slika 1).



Slika 1. *Razsežnosti sistema kakovosti na državni ravni.*

Razsežnosti (dimenzije) sistema kakovosti ponazorimo s prostorom, ki ga obdajajo posamezne prvine (stopnje izboljševanja kakovosti, sooblikovalci kakovosti, ravni izboljševanja kakovosti in oblike izboljševanja kakovosti) (slika 1). Izpolnjevanje vseh prvin sistema kakovosti nam je merilo uspešnosti (kakovosti) vzpostavitve in delovanja sistema. Na ravni zdravstvene ustanove tako upoštevamo

⇒ izpolnjevanje štirih stopenj izboljševanja kakovosti z dodatnim ponavljanjem istega kroga in odpiranjem novih krogov (glej ⇒ Stopnje izboljševanja kakovosti),

⇒ sodelovanje sooblikovalcev: vodstva, zdravnikov, ostalih zdravstvenih (so)delavcev, ostalih zaposlenih v zdravstvu in bolnikov (glej ⇒ Sooblikovalci kakovosti, glej ⇒ Ravni izboljševanja kakovosti),
⇒ uporabo vsaj štirih oblik izboljševanja kakovosti: notranji nadzor, samoocenjevanje kakovosti, strokovni nadzor s svetovanjem in celovito obvladovanje kakovosti (uporaba slednjega že vključuje prejšnje tri in delujoči sistem kakovosti) (glej ⇒ Oblike izboljševanja kakovosti, glej ⇒ Samoocenjevanje kakovosti, glej ⇒ Celovito obvladovanje kakovosti).

Dejavnosti in ukrepi predstavljajo izpolnjevanje vseh stopenj v postopku izboljševanja kakovosti (glej ⇒ Stopnje v postopku izboljševanja kakovosti) in izvajanja izboljševanja kakovosti ob upoštevanju pogojev (glej ⇒ Kakovost oskrbe, glej ⇒ Ravni izboljševanja kakovosti). Te dejavnosti morajo biti medsebojno povezane in načrtne v tem smislu, da se dopolnjujejo, imajo jasne cilje, so načrtovane in uporabljajo učinkovita sredstva. Sistem kakovosti se oblikuje na vseh ravneh v sistemu zdravstvenega varstva (glej ⇒ Ravni izboljševanja kakovosti). Stalnost postopka se nanaša na eni strani na stalno spremljanje podatkov o doseženi zdravstveni koristi (izidov zdravstvene oskrbe) (glej ⇒ Kakovost oskrbe), in na drugi strani na stalno izbiranje vedno novih področij oskrbe za izboljševanje kakovosti (glej ⇒ Stopnje izboljševanja kakovosti). Zagotavljanje in izboljševanje se nanašata na

⇒ vzdrževanje visoke ravni kakovosti,
⇒ stalno ocenjevanje, če oskrba dosega merila (standardov) kakovosti,
⇒ odkrivanje najboljših za zgledovanje,
⇒ spreminjanje sloga dela,
⇒ izboljševanje kakovosti, kjer je to možno in potrebno,
⇒ prenašanje preverjenih raziskovalnih rezultatov in novih postopkov v vsakdanje delo,
⇒ presojo novih postopkov in sredstev oskrbe,

ki jih dosežemo

⇒ *s stalnim ocenjevanjem, če oskrba dosega merila kakovosti (glej ⇒ Stopnje izboljševanja kakovosti),*
⇒ *z odkrivanjem najboljših izvajalcev (glej ⇒ Zgledovanje, glej ⇒ Podatkovno podprto izboljševanje kakovosti),*
⇒ *s presojo posameznikov, ustanov in postopkov oskrbe (glej ⇒ Presoja),*
⇒ *z vključevanjem pogledov bolnikov (glej ⇒ Vključevanje bolnikov),*
⇒ *z uporabo kazalcev kakovosti in informacijskega sistema (glej ⇒ Podatkovno podprto izboljševanje kakovosti),*
⇒ *z uporabo načrtne vpeljave in spodbujanja sprememb (glej ⇒ Obvladovanje sprememb),*
⇒ *s stalnim strokovnim izobraževanjem (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost, glej ⇒ Obvladovanje sprememb),*

⇒ *z uporabo smernic za delo (glej ⇒ Uporaba smernic).*

Nemogoče je izdelati tak vzorec sistema kakovosti, ki bi bil uporaben v vsaki ustanovi in za vsako raven. Sistem kakovosti je namreč povezan z naravo zdravstvene ustanove, njeno organizacijsko strukturo, poslovno vizijo in cilji. Vsaka ustanova si ga mora zato oblikovati sama, če želi, da bo zadovoljeval njene potrebe. Razlike so predvsem v dajanju prednosti različnim prvinam, ki jih vključimo v sistem. Razumljivo je, da bodo v urgentni ambulanti dajali večji poudarek strokovnosti opravljenih posegov, v primerjavi z laboratorijem, kjer bo večja teža na presoji sredstev in dela s strankami.

2.1 Cilj sistema kakovosti

Sistem kakovosti je sredstvo za **preureditev** ustanove, ki jo usposobi za normalno konkurenčnost na trgu zdravstvenih storitev in stabilizira njeno poslovno uspešnost. Sistem kakovosti sam ne ustvarja želene kakovosti, temveč omogoča polno izrabo človeških in drugih **virov** zdravstvene ustanove za doseganje večje kakovosti. Ustvarja pogoje za to, da posamezni zaposleni nemoteno opravlja svoje naloge in pri tem izpolnjuje svoje zahteve kakovosti. Omogoča mu, da lahko "dela" kakovost. Ne le da jo zagotavlja na določeni (dogovorjeni, doseženi) ravni, temveč da jo izboljšuje. Posamezniku omogoča, da je popolnoma odgovoren za kakovost svojega dela.

3. Odgovornost v sistemu kakovosti

Rutinsko opravljanje dela zdravnika, medicinske sestre ali drugega zaposlenega v zdravstveni službi danes ne zadošča več. Posamezni bolnik se praktično ne srečuje več le z enim samim izvajalcem, temveč z več in pri tem naleti na kulturo določene ustanove. Zdravstvena ustanova predstavlja zapleteno in prepleteno hierarhično razporeditev, v kateri je potrebno določiti odgovornost posameznih zaposlenih. Za vse službe mora biti določeno, kdo je odgovoren za dajanje nalog, kdo za njihovo izvajanje in kdo za odločanje. Naloge in način izvajanja oskrbe morajo biti določeni pisno. Odgovornost ni nič drugega kot neprestano prizadevanje posameznikov in celotne ustanove za izpolnjevanje poslanstva ustanove.

3.1 Odgovornost vodstva

Za kakovost v zdravstveni ustanovi je odgovorno najvišje vodstvo zdravstvene ustanove. Poslovanje zdravstvenih ustanov poteka v posebnem gospodarskem okolju, ki se nekoliko razlikuje od običajnih gospodarskih razmer. Od vodstva to zahteva stalno prilagajanje in vedno nove sistemske

ukrepe za obdržanje ravni kakovosti ob hkratnem obvladovanju stroškov. Vodstvo razpolaga s celotnimi viri ustanove, zato je odgovornost za kakovost oskrbe v zdravstveni ustanovi njegova naloga. Imajo vse možnosti, da ustanovo preuredijo skladno s potrebami sistema kakovosti. K eventualni nekakovosti 80 % prispeva sistem (zdravstvena organizacija) in s tem vodilni, ki upravljajo sistem. Neposredni izvajalci prispevajo nadaljnjih 20 %. Tudi prispevek k izboljšanju kakovosti je v istem razmerju, zato mora biti vodstvo pobudnik nenehnih prizadevanj zaposlenih za izboljšanje kakovosti.

To lahko dosežejo

⇒ z vpeljavo vseh bistvenih delov sistemov kakovosti (glej ⇒ Stopnje izboljševanja kakovosti):
- odkrivanje težav v oskrbi,
- sistematično zbiranje podatkov o nudenju oskrbe,
- oblikovanje smernic za kakovostno in uspešno oskrbo,
- vpeljava sprememb, kadar je potrebno, z uporabo učinkovitih mehanizmov.

⇒ Taki sistemi se morajo oblikovati na vseh ravneh zdravstvene službe (glej ⇒ Ravni izboljševanja kakovosti, glej ⇒ Sooblikovalci kakovosti):
- posamezni izvajalci,
- skupine izvajalcev,
- bolnišnice,
- druge zdravstvene ustanove.

⇒ Izvajalci sami naj glede na obliko svoje organizacije razvijejo, vpeljejo, vzdržujejo in omogočijo transparentnost sistemov kakovosti tudi drugim (glej ⇒ Presoja kakovosti).

⇒ Plačniki morajo od izvajalcev v svojih pogodbah zahtevati, da imajo take sisteme kakovosti (glej ⇒ Sooblikovalci kakovosti, glej ⇒ Ravni izboljševanja kakovosti).

⇒ Zdravstvena politika mora pripraviti ustrezne pogoje s politiko kakovosti, zakoni in drugimi predpisi. Vodilni v zdravstvu morajo prevzeti pobudo za oblikovanje sistemov kakovosti v svojih ustanovah (glej ⇒ Ravni izboljševanja kakovosti).

⇒ Smernice morajo biti oblikovane sistematično, učinkovito razpečana izvajalcem in bolnikom (glej ⇒ Uporaba smernic).

⇒ Zdravstveno oskrbo je treba izboljševati z uporabo znanstvenih izsledkov (evidence-based medicine) (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost, glej ⇒ Obvladovanje sprememb, glej ⇒ Uporaba smernic).

⇒ Informacijski sistem v zdravstvu mora uporabljati relevantne kazalce kakovosti in omogočati pravočasne povratne podatke in zanesljive primerjave o nudenju zdravstvene oskrbe (glej ⇒ Oblike izboljševanja kakovosti).

⇒ Z ustreznimi metodami je treba zbirati želje, potrebe, prednostne naloge in izkušnje bolnikov (glej ⇒ Vključevanje bolnikov).

⇒ Sistemi kakovosti morajo vsebovati učinkovite mehanizme in strategije za potrebne spremembe, ki morajo potekati načrtovano in usklajeno (glej ⇒ Obvladovanje sprememb).
⇒ Sistemi kakovosti morajo omogočati bolnikom, da lahko sodelujejo pri postopku zdravljenja in o njem poučeno soodločajo (glej ⇒ Vključevanje bolnikov).
⇒ Za oblikovanje in podporo sistemov kakovosti je potrebno zagotoviti naslednje pogoje:
  - ustrezne strukture, kot so agencije, inštituti, odbori in mreže (glej ⇒ Ravni izboljševanja kakovosti),
  - ustrezne vire in izdelane finančne mehanizme za izboljšanje kakovosti (glej ⇒ Sooblikovalci kakovosti, glej ⇒ Obvladovanje sprememb, glej ⇒ Ravni izboljševanja kakovosti),
  - dodiplomsko in podiplomsko izobraževanje o kakovosti za vse izvajalce, da si pridobijo znanja in veščine, potrebne za izboljševanje kakovosti (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost),
  - ustrezne spodbude (tudi finančne) za sodelovanje pri izboljševanju kakovosti (glej ⇒ Obvladovanje sprememb).
⇒ Javno odgovornost sistemov kakovosti je treba zagotoviti z objektivno presojo, ki jo opravljajo neodvisna telesa. Obseg podatkov, ki bodo dostopna javnosti, mora biti dogovorjen vnaprej (glej ⇒ Presoja kakovosti).
⇒ To ocenjevanje se mora uporabljati predvsem kot spodbuda stalnemu notranjemu nadzoru, ki služi stalnemu strokovnemu izobraževanju (glej ⇒ Oblike sistematičnega izboljševanja kakovosti, glej ⇒ Izobraževanje za kakovost, glej ⇒ Obvladovanje sprememb).
⇒ Zagotoviti je treba financiranje in programe raziskovanja izboljševanja kakovosti (glej ⇒ Kakovost oskrbe).
⇒ Pospeševati je treba izmenjavo in sodelovanje na področju izboljševanja kakovosti oskrbe med evropskimi državami.

Ker je zdravstvo zapletena dejavnost, za razliko od drugih organizacij, pogosto prihaja do povezovanja skupin izvajalcev preko meja posamezne zdravstvene ustanove. Skupinske oblike izboljševanja kakovosti (glej ⇒ Krožek kakovosti, glej ⇒ Samoocenjevanje kakovosti)) naj bi prežemali večino strokovnih dejavnosti. Na področju "spremljajočih" oziroma "storitvenih" dejavnosti zdravstvene ustanove pa je potrebno izpeljati notranji nadzor kakovosti, ki poleg pritožnega sistema lahko najbolje odkrije odstopanja od pričakovanj, in na podlagi rezultatov izpeljati ustrezne projekte. Npr. koliko direktorjev se sprašuje, koliko časa morajo bolniki čakati v čakalnici, kolikokrat zazvoni telefon, preden nekdo na drugi strani dvigne slušalko, kakšna je dostopnost zdravstvene ustanove (parkirni prostori) ipd. Takih problemov pač ne more rešiti sprejemna sestra ali zdravnik v ambulanti. Mnogo rešitev je že znanih, le poiskati jih je potrebno. Pri tem si lahko pomagamo z zgledovanjem (glej ⇒ Zgledovanje, glej ⇒ Analiza izjemnih dogodkov). V organizaciji s podobnimi problemi (ki ga je

že rešila) lahko vodilni poiščejo zgled za reševanje svojih težav s kakovostjo. Če je zgledovanje izpeljano sistematično, prinaša korist obema udeleženkama.

3.1.1 Upravljanje s človeškimi viri

Od vodstva in njihovih spodbud je odvisno, koliko bodo zaposleni motivirani za izboljševanje kakovosti, ki temelji predvsem na necenovni strategiji in strategiji polne izrabe človeških virov. S tem se v marsičem spreminja tudi vloga direktorjev, ki morajo bolj kot upravljavci sistema (zdravstvene ustanove) postati upravljavci človeških virov. Sistem kakovosti v zdravstveni ustanovi tako predstavlja temeljni kamen celovitega obvladovanja kakovosti (glej ⇒ Celovito obvladovanje kakovosti).

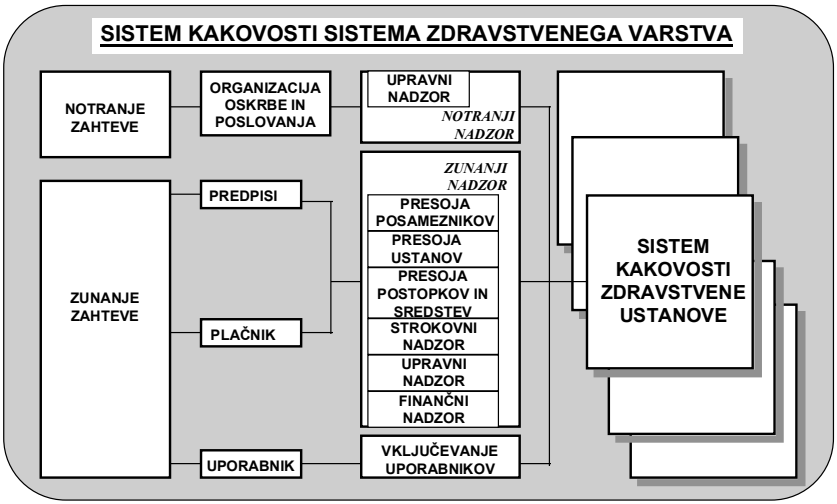
3.2 Vloga zaposlenih

Zaposleni v tem sistemu delajo in lahko izpolnjujejo samo naloge, ki so jim poverjene. Zato so ključni za doseganje dogovorjene ravni kakovosti.

4. Zgradba sistema kakovosti

4.1 Sistem kakovosti sistema zdravstvenega varstva

Sistem kakovosti sistema zdravstvenega varstva je krovni sistem, ki vključuje in povezuje sisteme kakovosti izvajalcev, plačnika in drugih v enovito zgradbo (glej ⇒ Sooblikovalci kakovosti). Zagotavlja uravnoteženo razmerje med notranjimi zahtevami po kakovosti in zahtevami po razvidnosti in javnosti dela (slika 2). Čeprav je zdravstvo eno največjih podjetij v državi, mu njegova razdrobljena lastniška in organizacijska struktura onemogoča organizacijo, ki bi se ujemala z organizacijo klasičnega podjetja, zato morajo biti mehanizmi za vzpostavitev in delovanje sistema kakovosti občutljivejši in zelo raznoliki. Na eni strani uravnavajo kakovost predpisi in različne oblike nadzora, ki naj bi zagotavljali dogovorjeno raven kakovosti, na drugi strani pa obstajajo številne ustanove z lastno organizacijsko strukturo, ki izvajajo neposredno oskrbo. **Javnost dela** v izvajalskih ustanovah je moč doseči le posredno preko različnih oblik presoj (glej ⇒ Presoja kakovosti) in vključevanje bolnikov (glej ⇒ Vključevanje bolnikov).



Slika 2. *Sistem kakovosti v sistemu zdravstvenega varstva sestavljajo sistemi kakovosti posameznih zdravstvenih ustanov in dejavnosti, ki te sisteme podpirajo.*

4.1.1 Predpisi

Na mednarodni ravni je država podpisala številne dokumente, ki urejajo to področje. 31. cilj strategije Svetovne zdravstvene organizacije Zdravje za vse do leta 2000 je izhodišče mnogih drugih dokumentov. Svet Evrope zahteva od vlad, da ustvarijo ustrezne pogoje za vzpostavitev, delovanje in vzdrževanje sistemov kakovosti.

V Sloveniji je bil predstavljen predlog politike kakovosti, ki naj bi povezal obstoječe oblike zagotavljanja kakovosti, jim dodal manjkajoče člene in vse povezal v enovit sistem. Najpomembnejši dokument na tem področju bi bil zakon o zagotavljanju in izboljševanju kakovosti v sistemu zdravstvenega varstva, ki bi ključne naloge državne (nacionalne) politike kakovosti predpisal. Zaenkrat je to področje še razdrobljeno po številnih predpisih in za uporabnika nepregledno.

4.1.2 Organizacije in strukture za podporo kakovosti

Čeprav kakovost ni dodatna dejavnost, je za povezovanje, spodbujanje in spremljanje dela na področju kakovosti potrebno vzpostaviti ustrezno organiziranost. Posamična prizadevanja na državni ravni lahko obrodijo sadove, če bodo predstavljala del skupne politike. Sistem zdravstvenega

varstva v Sloveniji ima upravne naloge razdeljene med neposredno zdravstveno politiko (na državni in lokalni ravni), izvajalce (zdravstvene ustanove) in plačnika (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije). Za spremljanje kakovosti je pristojen vsak po svoji plati. Celovito oceno je potrebno iskati torej v združevanju poročil vseh udeležencev. Inštitut za varovanje zdravja in regionalni zavodi za zdravstveno varstvo predstavljajo bazo, na kateri bi bilo mogoče dograditi ustrezen informacijski sistem in znanje za podporo izboljševanja kakovosti na krajevni ravni (glej ⇒ Sooblikovalci kakovosti, glej ⇒ Ravni kakovosti, glej ⇒ Oblike sistematičnega izboljševanja kakovosti).

4.1.3 Spodbude za kakovost

Predpisi in strukture so odskočna deska, ki omogoča zagotavljanje in izboljševanje kakovosti. Čeprav so vodilni odgovorni za kakovost v svoji ustanovi, so le neposredni izvajalci tisti, od katerih je kakovost v končni fazi odvisna. Ključnega pomena je zgraditi takšen sistem spodbud, ki bo zaposlene pritegnil k sodelovanju in prinesel koristi vsem udeležencem (glej ⇒ Kakovost oskrbe, glej ⇒ Obvladovanje sprememb). Udeleženci se morajo vnaprej dogovoriti o uporabi eventualnih prihrankov izboljševanja kakovosti. Neposrednemu izvajalcu mora biti jasno, ali bo npr. zaradi zmanjšanja stroškov pri predpisovanju zdravil ta sredstva lahko uporabil za izpopolnitev diagnostike, ki bo nadalje lahko pripomogla k ustreznejšemu predpisovanju.

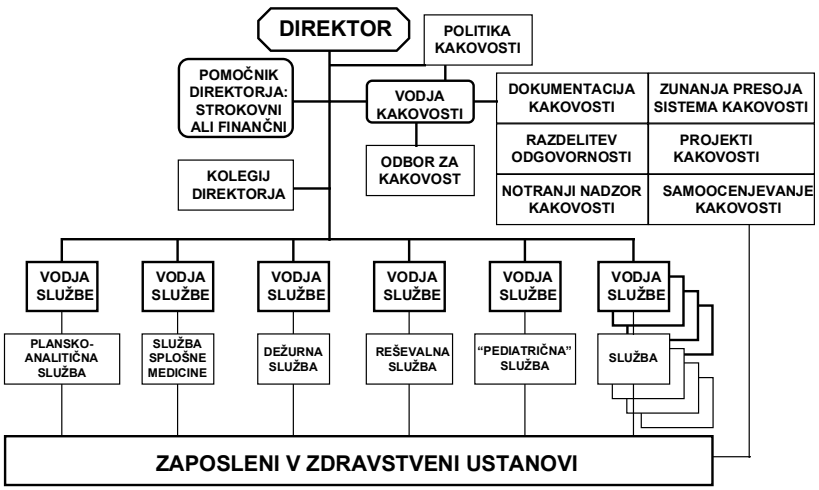
4.1.4 Presoja

V zdravstvu so v veljavi različne oblike presoj z namenom zagotoviti kakovostne storitve (varne). Tudi pri nas poznamo presojo sredstev in postopkov (npr. preizkušanje zdravil) in presojo posameznikov (npr. podeljevanje in podaljševanje licence zdravnikom) (glej ⇒ Presoja kakovosti). Zaradi zapletenosti zdravstvenega okolja so take, na videz zunanje, presoje nujne, čeprav naj bi s presojo sistemov kakovosti zdravstvenih ustanov pokrili vse vidike presoje kakovosti. Presoja sistema kakovosti je pri nas novost, ki bo verjetno slej ko prej postala del stvarnosti.

4.2 Sistem kakovosti zdravstvene ustanove

Sistem kakovosti zdravstvene ustanove poleg jasne (pisne) razdelitve odgovornosti omogoča preglednost nalog. Direktor (vodilni) je dolžan začeti politiko kakovosti in izpeljati program preoblikovanja organizacije, da bo v skladu s sodobnimi pogledi filozofije stalnega izboljševanja kakovosti in polni izrabi vseh razpoložljivih virov organizacije (slika 3). Odgovornost za

izvajanje nalog delegira v okviru predvidenih pooblastil podrejenim, vendar končno odgovornost za kakovost obdrži sam. V primeru nekakovosti se ne more izgovoriti z odgovornostjo posameznega izvajalca. Kot že omenjeno, je za 80 in več odstotkov nepravilnosti treba iskati vzroke v sistemu, za katerega pa je odgovoren vodilni.



Slika 3. *Organizacijska struktura zdravstvene ustanove v osnovnem zdravstvu.*

4.2.1 Vodja kakovosti

Ena prvih nalog direktorja je imenovanje **vodje kakovosti**, ki operativno izvaja politiko kakovosti. V odboru za kakovost poleg njega sodelujejo še odgovorni za kakovost v posameznih službah. Ti morajo imeti v organizaciji moč odločanja, zato je pogosto potrebno preoblikovati vodenje znotraj služb in zdravstvene ustanove v celoti. Nedopustno je, da se o projektu dogovarjajo ljudje, ki kasneje na delovnem mestu tega ne morejo (zaradi omejenih pooblastil) izpeljati. Odbor za kakovost sicer organizira tudi pritožni sistem (glej ⇒ Vključevanje bolnikov), vendar njegova naloga ni nadzor nad delom posameznih zaposlenih, temveč povezovanje dejavnosti posameznikov (glej ⇒ Oblike sistematičnega izboljševanja kakovosti, glej ⇒ Samoocenjevanje kakovosti), skupin posameznikov (glej ⇒ Krožek kakovosti, glej ⇒ Analiza izjemnih dogodkov, glej ⇒ Samoocenjevanje kakovosti, glej ⇒ Uporaba smernic) in služb na ravni zdravstvene ustanove (glej ⇒ Celovito obvladovanje kakovosti)) in povezovanje z zunanjimi oblikami zagotavljanja in izboljševanja kakovosti (glej ⇒ Zgledovanje, glej ⇒ Presoja kakovosti, glej ⇒ Analiza izjemnih dogodkov, glej ⇒ Vključevanje bolnikov).

4.2.2 Informacijski sistem

Brez učinkovitega zbiranja, obdelave in posredovanja podatkov zaposlenim si ni mogoče predstavljati uspešnega sistema. Pri oblikovanju informacijskega sistema je pomembno poznati cilje zdravstvene ustanove v celoti in s tem povezane cilje kakovosti. Iz različnih razlogov se pri nas zbira kopica podatkov, tako da to že močno obremenjuje zaposlene, zato je smotrno poiskati možnosti in poti za uporabo rutinsko zbranih podatkov za izpeljavo projektov kakovosti. Kljub temu se ni mogoče izogniti dograjevanju informacijskega sistema.

Bistvena naloga vsakega informacijskega sistema je zagotavljanje povratnih podatkov zaposlenim. Vsak zaposleni mora imeti možnost, da lahko vsak trenutek dobi podatke o svojih dosežkih in se primerja z ostalimi. Povratni podatki so lahko že sami po sebi močan pobudnik sprememb (glej ⇒ Podatkovno podprto izboljševanje kakovosti, glej ⇒ Analiza izjemnih dogodkov, glej ⇒ Obvladovanje sprememb).

4.2.3 Dokumenti kakovosti

Dokumenti kakovosti predstavljajo vez med zamislijo in izvedbo, vez med številnimi izvajalci nalog in omogočajo razvidnost ter javnost dela. Vsaka zdravstvena ustanova si mora na osnovi svoje politike kakovosti pripraviti dokumente, ki popisujejo naloge in odgovornost zaposlenih, način notranjega nadzora, presoj in zunanje presoje. Politika podjetja pomeni trajno in ustvarjalno dejavnost, s katero se iščejo cilji in usmerjajo ustanovo k njihovemu doseganju. Temeljni dokument zdravstvene ustanove je poslovnik kakovosti. Poleg njega morajo biti sprejeti še organizacijski predpisi in navodila za izvajanje. Smernice za delo je pred uporabo potrebno prilagoditi potrebam ustanove. Kazalci, merila in standardi kakovosti morajo biti usklajeni med zaposlenimi in objavljeni. Cilj dokumentiranja sistema kakovosti je čimbolj natančno popisati tiste točke delovanja ustanove (določenega postopka), na katerih je mogoče presojati kakovost in jo izboljševati.

4.2.3.1 Obvladovanje dokumentov

V zdravstvu ravnamo s tako številnimi dokumenti, da jih pogosto spregledamo. Ravnanje z dokumenti (tako dokumenti, ki zadevajo organizacijo, kot medicinska dokumentacija) je pogosto najbolj občutljiv del vsake organizacije. Prvine obvladovanja dokumentov so:

⇒ Izdelava dokumentov.
⇒ Odobritev dokumentov s strani pooblaščene osebe.

⇒ Razpečevanje dokumentov.
⇒ Spreminjanje dokumentov.

S tem mora biti zagotovljeno, da v ustanovi krožijo samo veljavni dokumenti, da je znan njihov izvor, njihova trajnost in pooblaščena oseba za njihovo spreminjanje.

Posebno občutljivo je ravnanje z medicinsko dokumentacijo, na kar moramo biti pozorni pri njihovi uporabi pri različnih projektih (glej ⇒ Zdravstveni karton in kakovost).

4.2.4 Kultura (vzdušje) ustanove

Vodilni morajo ustvariti v svoji organizaciji tako vzdušje, da bo prizadevanje za boljše delo postalo nekaj vsakdanjega, predvsem je potrebno demistificirati t.i. napake. Napake, če so spoznane, so neizčrpen vir izobraževanja in izboljševanja kakovosti (glej ⇒ Kakovost oskrbe, glej ⇒ Obvladovanje sprememb, glej ⇒ Izobraževanje za kakovost). Kultura ustanove odločilno vpliva na motiviranost za kakovostno delo. Nanjo pa imajo neposredni vpliv vodilni s svojim slogom upravljanja človeških virov in uporabe različnih spodbud. Spremembe so sicer sestavni del našega življenja, vendar imamo ljudje raje stabilnost. Za vsako spremembo preži bojazen pred ekonomsko ogroženostjo, pred zmanjšanjem prestiža in pred svojo zmožnostjo (usposobljenostjo), spoprijeti se z novim. Vodilni se morajo zato pripraviti na spremembe in jih načrtno obvladovati.

Pri načrtovanju sprememb lahko vodilni zmanjšajo strah pred neznanim s posredovanjem natančnih informacij o spremembah, ciljih, vlogi zaposlenih pri teh spremembah, metodah in načinih spreminjanja ter predvsem natančna merila ocenjevanja uspešnosti. Ljudi je potrebno pridobiti za soustvarjanje novega. Na ta način je zagotovljena njihova podpora skupnim ciljem. Pri uvajanju novosti ni dovolj, da zaposleni popustijo dirigiranemu uvajanju sprememb, temveč se morajo s spremembo poistovetiti in začutiti notranje zadovoljstvo, ker sprememba sovpada z njihovimi notranjimi vrednotami.

4.2.5 Pritožni sistem

Poslanstvo zdravstvene ustanove je v zadovoljevanju potreb prebivalstva po zdravstvenih storitvah, zato je nujno vključevanje pogledov bolnikov (glej ⇒ Vključevanje bolnikov). **Pritožni sistem** je temelj za vključevanje mnenja bolnikov in mora biti organiziran na vseh ravneh tako, da se vprašanja rešujejo na najnižji možni (dopustni) ravni. Uporabnikom zagotavlja, da bodo njihove pritožbe vzete "resno" in glede na njihovo težo rešene njim v

zadoščenje in izvajalcem v pomoč pri izboljševanju njihovega dela. Seznami pritožb omogočajo preglednost in javnost pritožnega sistema. Navpična povezava delovne skupine z odgovornim za pritožni sistem v zdravstveni ustanovi in naprej omogoča ustrezno obravnavo vlog. Same pritožbe pa nam lahko kažejo na področja zdravstvene oskrbe, ki jih je potrebno zajeti v programe izboljševanja kakovosti. Pritožni sistem je sestavni del sistema kakovosti vsake zdravstvene ustanove (glej ⇒ Vključevanje bolnikov). Oskrba je namenjena bolnikom, zato je potrebno njihovo mnenje upoštevati pri načrtovanju in izboljševanju dela ustanove. Bolnikom hkrati zagotavlja pravično reševanje njihovih pritožb in eventualno zadoščenje za škodljivosti, ki jih je mogoče pripisati pretirano tveganim odločitvam izvajalca, nestrokovnosti ali celo namerno povzročene škodljivosti (glej ⇒ Kakovost oskrbe).

4.2.5.1 Reševanje pritožb v zdravstveni ustanovi

V zdravstveni ustanovi je potrebno določiti odgovorne(ga) za obravnavo pritožb. V manjši zdravstveni ustanovi je lahko to kar vodja za kakovost. Ta oseba sprejema tudi ustne pritožbe in skrbi za to, da se poskuša nastalo težavo rešiti v najkrajšem možnem roku. Tri četrtine težav naj bi bilo mogoče rešiti že na krajevni ravni. Velikokrat za zadoščenje bolnikov zadošča že pripravljenost izvajalcev, da primer vzamejo resno, da ukrepajo hitro in so sočutni. Večino ustnih pritožb je zato mogoče rešiti že kar takoj ob vlogi. Pritožbe lahko rešuje v sodelovanju z vodji služb in po potrebi izbere skupino laikov ali medicinskih strokovnjakov, ki preuči primer in poda svoje mnenje. Uporabnik in izvajalec morata imeti možnost, podati svoje videnje postopka določene oskrbe. Posamezne primere, ki presegajo okvire zdravstvene ustanove ali zahtevajo širšo strokovno obravnavo, odgovorni zdravstvene ustanove posreduje naprej. Odgovorna oseba ali skupina ne sme nastopati, kot bi šlo za pravni spor, temveč kot razsodišče, ki ocenjuje utemeljenost pritožbe, zato pri pogovorih ne smejo biti prisotni pravni zastopniki.

Nekaterih pritožb ni mogoče rešiti na krajevni ravni, zato se pritožbo posreduje naprej na višjo raven. S posebno pozornostjo je potrebno obravnavati pritožbe, ki se nanašajo na strokovnost oskrbe. Potrebno je omogočiti tudi neodvisno oceno, ki jo poda strokovno telo na območni ali državni ravni. Kadar je vsebina pritožbe predvsem strokovno medicinske narave, naj bi podala svoje mnenje vsaj dva neodvisna strokovnjaka izven okolja, kjer se je primer zgodil. Pri nas bi bilo potrebno območno raven še izoblikovati, če bi se izkazalo, da je pritožb toliko, da jih Ministrstvo za zdravstvo na današnji način ne bi moglo več obravnavati.

Za organizacijo pritožnega sistema je potrebno nekaj dodatnih virov in poveritev odgovornosti za reševanje pritožb, zahteva pa tudi nekaj dodatnega časa od že zaposlenih kadrov.

4.2.5.2 Popravni ukrepi pri pritožbah

Poleg zadoščenja uporabnika in javnosti dela je uporaba pritožb za izboljšanje kakovosti temeljni preventivni cilj vsakega pritožnega sistema. Popravni ukrepi so možni na dveh področjih: pri neposrednih izvajalcih zaradi odstopanj in pri pogojih oskrbe zaradi različkov.

Pri neposrednih izvajalcih je potrebno vplivati na spremembo odnosa, sporazumevanja, sporočanja in sloga dela. Namen zdravstvene ustanove naj bi bil povečati zadovoljstvo bolnikov in plačnika z boljšo seznanjenostjo bolnika in njegove družine na predvidene postopke, z bolj tekočim delom in celostno oskrbo. Izvajalcem je zato potrebno omogočiti stalno strokovno izobraževanje na področjih, kjer se kažejo pripombe in uporabiti različne oblike spodbud za izboljšanje dela.

4.2.6 Merjenje zadovoljstva

Mnenje bolnikov predstavlja pomembno sredstvo za načrtovanje sprememb in izboljšav pri izvajanju zdravstvene oskrbe. Njihovo vključevanje med samo oskrbo pomembno vpliva na sodelovanje pri zdravljenju, kar izboljša tako zdravstvene izide (zdravstveno stanje, urejenost kroničnih bolezni), kot tudi družbene izide (večje zadovoljstvo). Zadovoljstvo bolnikov je pomembno, vendar ne edino merilo kakovosti oskrbe. Posamezni izvajalci, zdravstvene ustanove in celotni sistem zdravstvenega varstva so dolžni sistematično in organizirano vključevati poglede, izkušnje in mnenja bolnikov v načrtovanje in spremljanje svojega dela (glej ⇒ Vključevanje bolnikov). Zadovoljstvo bolnikov lahko opazujemo posredno s tem, da analiziramo obiskanost zdravnika, zamenjave osebnega zdravnika ipd. Neposredno merimo zadovoljstvo bolnikov z različnimi vprašalniki, ki so lahko del pritožnega sistema, ali pa ločene raziskave. Raziskave zadovoljstva so pomembno sredstvo, s katerim v sistemu zdravstvenega varstva zbiramo mnenja uporabnikov o kakovosti oskrbe (glej ⇒ Vključevanje bolnikov).

4.2.6.1 Zadovoljstvo

Zadovoljstvo je izraženo uporabnikovo dojemanje lastne izkušnje z zdravstveno oskrbo, posameznim postopkom, posameznim izvajalcem, zdravstveno ustanovo v celoti ali njenim delom in s sistemom zdravstvenega varstva (glej ⇒ Vključevanje bolnikov). V zdravstveni oskrbi uporabniki kakovost pogosto povezujejo s človeškim dejavnikom in vedenjskimi lastnostmi, kot so prijaznost, pravočasnost, stalnost, odnos med zdravnikom

in bolnikom in z dojemanjem izvajalčeve strokovnosti. To poleg dobrega sporazumevanja največ prispeva k bolnikovemu zadovoljstvu in njegovi oceni kakovosti oskrbe. Zadovoljstvo kot družbeni izid zdravstvene oskrbe je (subjektivno obarvano) merilo kakovosti oskrbe. Kljub svoji pomembnosti in uporabi v drugih proizvodnih in storitvenih dejavnostih zadovoljstvo samo ne more biti edino merilo kakovosti oskrbe.

Bolj ko je ponudba zdravstvene oskrbe prepuščena tržnim zakonitostim, večji pomen ima merjenje zadovoljstva uporabnikov za poslovanje. Zato raziskovalce, izvajalce in plačnike zanima povezava med uporabo in zadovoljstvom z določeno oskrbo ali izvajalcem. Odločitev za "nakup" določene storitve namreč lahko sloni na lastnostih, kot so možnost iskanja, izkustva ali zaupanja. Tudi posamezni izvajalci so dolžni spremljati zadovoljstvo svojih uporabnikov.

4.2.7 Notranji nadzor (presoja) kakovosti

Notranji nadzor kakovosti je poleg samonadzora (samoocenjevanja) kakovosti osnovno orodje zagotavljanja kakovosti v zdravstveni ustanovi (glej ⇒ Oblike izboljševanja kakovosti, glej ⇒ Celovito obvladovanje kakovosti). Notranji nadzor kakovosti po pooblastilu vodje za kakovost izvajajo kolegi iz stroke na mestih v delovnem postopku, ki so predvidena s poslovnikom kakovosti in drugimi dokumenti kakovosti (smernice). Namen nadzora je odkriti odlične dosežke, od katerih se lahko naučijo tudi ostali (glej ⇒ Kakovost oskrbe, glej ⇒ Podatkovno podprto izboljševanje kakovosti). Nadzor pomaga pri odkrivanju težav pri delu, ki bi jih bilo potrebno odpraviti (glej ⇒ Stopnje izboljševanja kakovosti).

4.2.8 Spremembe in popravni ukrepi

Ko ugotovimo neskladje s pričakovano kakovostjo, zahteva krog kakovosti spremembo. Sprememba sloga dela je možna za prihodnje obravnave bolnika, medtem ko so za zadoščenje bolnika potrebni takojšnji popravni ukrepi (glej ⇑ 4.2.5.2. Popravni ukrepi pri pritožbah). Javnost je za ta del dejavnosti zdravstvene ustanove zelo občutljiva in uspešnost sistema kakovosti ocenjuje prav po hitrosti in zmožnosti obravnavanja ter upoštevanja pritožb (glej ⇒ Vključevanje bolnikov).

4.2.9 Usposabljanje za kakovostno delo

Sistem kakovosti mora predvideti potrebe in načrt usposabljanja zaposlenih za svoje delo. Stalno strokovno izobraževanje mora postati spodbuda in vir kakovostnega dela. Čeprav je odobritev izobraževanja že neke vrste nagrada (ali vsaj izraz razumevanja), je pri tem potrebno izbirati take vsebine, ki prinašajo koristi vsem udeležencem oskrbe (glej ⇒ Kakovost oskrbe). Izogibati bi se morali masovnih izobraževanj, kjer ni jasnega sporočila in povezave s potrebami zaposlenih (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost). K usposabljanju in s tem k stalnemu strokovnemu izobraževanju vsekakor sodijo organizirana in vodena srečanja zaposlenih, kjer lahko izmenjajo izkušnje, ocenijo svoje delo, se primerjajo z ostalimi. Posebej velja poudariti izobraževalno moč krožkov kakovosti (glej ⇒ Krožek kakovosti) in tudi drugih oblik izboljševanja kakovosti (glej ⇒ Samoocenjevanje kakovosti).

5. Vzdrževanje sistema kakovosti

Za vzdrževanje sistema kakovosti je poleg rutinskih dejavnosti, ki jih predvideva sam sistem (presoje) potrebno zagotoviti uspešnost sistema. Uspešnost sistema kakovosti zagotavlja izpolnjevanje petih načel:

- ⇒ uporaba ustreznih spodbud,
- ⇒ ustrezna politika vodstva,
- ⇒ osredotočenje na bistvene probleme,
- ⇒ uporaba ustreznih metod,
- ⇒ spremljanje kakovosti sistema samega.

5.1 Spodbude

Spodbude naj bodo naravnane pozitivno. Pospešujejo naj osebno in strokovno rast zaposlenih (glej ⇒ Obvladovanje sprememb, glej ⇒ Izobraževanje za kakovost). Prednost ima odkrivanje najboljših izidov (glej ⇒ Podatkovno podprto izboljševanje kakovosti, glej ⇒ Zgledovanje) pred iskanjem "gnilih jabolk".

5.2 Politika vodstva

Vodstvo, ki skrbi za upravljanje z viri, naj jih v ustrezni meri namenja za izboljševanje kakovosti. Kakovost kot kultura poslovanja dolgoročno povrne vlaganje in zagotavlja preživetje. Za kakovost morajo sprejeti odgovornost vsi zaposleni. Predanost spremembam mora biti pomembnejši cilj kot zgolj

ocenjevanje kakovosti zaposlenih. Vodstvo mora zato v politiki kakovosti zdravstvene ustanove postaviti jasne cilje v zvezi s poslanstvom in doseganjem kakovosti storitev. Nujno je vlaganje v izboljšave kakovosti. Notranji nadzor kakovosti se mora osredotočiti na najnujnejše, na teži pa naj pridobijo druge oblike zagotavljanja in izboljševanja kakovosti. Razmišljati je potrebno dolgoročno in se izogibati odločitvam na kratki rok. Stalno izboljševanje kakovosti mora postati stalnica vseh zaposlenih. Neprestano usposabljanje zaposlenih je pot, ki omogoča porajanje novih zamisli in prevzemanje novosti. Vodilni sicer delegirajo odgovornost za kakovost na nižje ravni vodenja, vendar morajo obdržati pobudo. Zaskrbljenost zaradi odstopanj, različkov in napak je potrebno čim bolj zmanjšati. Prav napake so neizčrpen vir za bodoče izboljševanje kakovosti. Zaposleni imajo zato pravico do informacij. Številke o dosežkih lahko med zaposlene vnašajo nemir, zato jih je potrebno uporabljati konstruktivno. Med ljudmi je treba odstraniti pregrade, ker jim zmanjšujejo polet in ponos. Potrebno je spodbujati

⇒ sodelovanje med različnimi strokami zaposlenih,
⇒ vse oblike stalnega strokovnega izobraževanja in
⇒ različne oblike samonadzora kakovosti.

Za uspeh celotne ustanove je potrebno vključiti in izkoristiti sposobnosti ter zmožnosti vseh zaposlenih.

5.3 Srž delovanja

Ocenjevanje kakovosti naj se osredotoči na bistvene težave pri nudenju zdravstvene oskrbe. Pri tem naj upošteva potrebe in dejavnosti izvajalcev in uporabnikov (glej ⇒ Vključevanje bolnikov). Vseh problemov zdravstvene ustanove nikoli ni mogoče rešiti naenkrat. Vire je potrebno usmeriti na reševanje ključnih problemov in v ta namen tudi preoblikovati organizacijo ustanove, če je potrebno.

5.4 Načini izboljševanja kakovosti

Uporabljati je treba ustrezne načine izboljševanja kakovosti, ki ustrezajo naravi težav in razmeram v okolju, kjer se rešujejo. Mnogokrat je moč uporabiti že preizkušene modele (glej ⇒ Analiza izjemnih dogodkov, glej ⇒ Zgledovanje, glej ⇒ Krožek kakovosti, glej ⇒ Samoocenjevanje kakovosti, glej ⇒ Uporaba smernic), pogosteje pa bo potrebno metode in orodja izbrati glede na potrebe reševanja določenega problema. Med najpogostejšimi orodji so:

⇒ tabele (glej ⇒ Stopnje izboljševanja kakovosti: slika 4);

- ⇒ diagram ribje kosti (Ishikawa) ali diagram vzrokov in posledic (glej ⇒ Analiza izjemnih dogodkov: slika 4);
- ⇒ časovni diagram, ki opisuje spremenljivko v časovnem poteku (glej ⇒ Obvladovanje sprememb: slika 6);
- ⇒ diagram razpršitve (scatter), ki prikazuje povezanost med dvema spremenljivkama;
- ⇒ drevo odločanja, ki prikazuje zaporedje dejavnosti (glej ⇒ Obvladovanje sprememb: slika 10);
- ⇒ Paretov diagram, ki prikazuje posamezne enote od pogostejšega k manj pogostemu. (glej ⇒ Analiza izjemnih dogodkov: slika 7).

V uporabi in razvoju so še številne druge metode in orodja, ki pa imajo skupno značilnost: za njimi stojijo zainteresirane skupine ljudi, ki bi radi izboljšali svoje delo. Voljnost izboljšati svoje delo odtehta najsodobnejša orodja, ki jih bo taka skupina že našla, ko jih bo potrebovala.

5.5 Spremljanje sistema kakovosti

Če želimo doseči večje koristi, kot so stroški delovanja sistema kakovosti, je potrebno njegovo delovanje stalno **spremljati** in izboljševati. Notranja presoja delovanja sistema kakovosti pravočasno odkriva odstopanja in vpelje popravne ukrepe. Eventualna zunanja presoja sistema v bistvu povzema ugotovitve notranjih presoj in je po svoje predvsem spodbuda za vzdrževanje sistema oziroma njegove skladnosti s sprejetimi standardi (ki jih za to področje v Sloveniji še nimamo) (glej ⇒ Presoja kakovosti). Pričakovati je, da se presoja po merilih Mednarodnega združenja za standarde (ISO) še dolgo ne bo zasidrala v zdravstvenih ustanovah. Pridobitev potrdila o skladnosti sistema kakovosti zdravstvene ustanove z zbirom meril Združenja zaenkrat še ne predstavlja nikakršne kompetitivne prednosti. Poleg tega se pri nas že izvajajo nekatere oblike presoj (nadzora). Pritisk javnosti in zdravstvene politike po razvidnosti in javnosti dela bo še bolj utrdil že uveljavljene oblike presoj in spodbudil nastajanje novih. Pri tem bi veljalo posnemati filozofijo Združenja in manj različne oblike akreditiranja.

Sistem kakovosti tako predstavlja šele temeljni kamen, na katerem je mogoče graditi ostale dejavnosti zagotavljanja in izboljševanja kakovosti (glej ⇒ Celovito obvladovanje kakovosti, glej ⇒ Zgledovanje, glej ⇒ Podatkovno podprto izboljševanje kakovosti, glej ⇒ Analiza izjemnih dogodkov, glej ⇒ Uporaba smernic, glej ⇒ Krožek kakovosti). Bistveni cilj oblikovanja sistema kakovosti je, poleg same organizacije sistema, vzbuditi zanimanje zaposlenih in jih spodbuditi k ustvarjalnosti (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost, glej ⇒ Obvladovanje sprememb). Ključ do uspeha so namreč posamezni izvajalci, njihova osveščenost pri samoocenjevanju kakovosti (glej ⇒ Samoocenjevanje kakovosti).

PRESOJA KAKOVOSTI

1.Kaj je presoja?

Presoja je sistem ugotavljanja in spremljanja skladnosti presojevančeve zmožnosti za kakovostno opravljanje oskrbe v primerjavi z izbranimi (dogovorjenimi) standardi. Skladnost s standardi naj bi zagotavljala, da presojevanec uporablja pogoje dela in sistem kakovosti za tako izvajanje postopkov oskrbe, ki omogoča dogovorjeno raven izidov. Zamisel je usmerjena v zagotavljanje določene ravni organizacije pogojev, ki je lahko podlaga za zagotavljanje in izboljševanje kakovosti.

1.1 Načela izvajanja presoje

Temeljno načelo vsake presoje je, da naj bi skladnost s standardi zagotavljala pričakovano raven kakovosti.

1.1.1 Izhodiščna presoja

Sistemi presoj predvidevajo izhodiščno presojo, na podlagi katere dobi presojevanec (prvo) potrdilo. Potrdilo o opravljeni presoji predstavlja za izvajalca nekakšno dovoljenje, da svoje delo lahko opravlja. Pomen potrdila je odvisen od tega, ali je presoja prostovoljna ali predpisana. Pri predpisani presoji potrdilo predstavlja uradno dovoljenje, brez katerega ne more izvajati svoje dejavnosti, pri prostovoljni presoji pa daje izvajalcu predvsem neke vrste tekmovalno prednost pred drugimi, ki takega potrdila nimajo. Sčasoma postane potrdilo nujno tudi v sistemu prostovoljnih presoj, ker brez njega enostavno ni več mogoče poslovati.

1.1.2 Obdobna presoja

Vsako potrdilo ima določeno veljavnost. Po določenem obdobju je potrebno presojo ponoviti in znova preveriti skladnost presojevanca s presojevalnimi merili. Obdobne presoje se vršijo v vnaprej določenih časovnih razmikih, ki so lahko dolgi od pol leta do več let.

1.2 Cilj presoje

Vsakdo, ki se želi vključiti v sodelovanje s to (presojevano) organizacijo (ki ima potrdilo kakovosti), ima tako zagotovilo, da bo pri tem naletel na določeno raven kakovosti (kot jo predpisuje zbirka standardov). Kakovosti posameznih izdelkov in storitev mu zato ni potrebno preverjati. Na ta način se zaradi opustitve nadzora kakovosti pri vstopnih storitvah in izdelkih poenostavi in hkrati poceni poslovanje organizacije, ki sodeluje s presojevancem. Na drugi strani potrdilo kakovosti presojevani organizaciji omogoča enostavnejše vključevanje v delitev dela, ker ji ni potrebno vedno znova dokazovati in plačevati preverjanja kakovosti posameznih izdelkov in storitev. Presoja organizacije zagotavlja uporabniku (ali kupcu), da bo dobil pričakovano raven kakovosti storitve (ali proizvoda). Vidimo, da presoja ne more biti cilj, temveč samo obcestni kamen, ki nam odmerja korak k boljši kakovosti.

2. Sistem presoje

Sistem presoje sestavljajo zbir standardov, presojevalno telo (presojevalec) in zanimanje organizacije (presojevanec) za pridobitev potrdila o uspešno opravljeni presoji.

2.1 Zbir standardov

Zbiri standardov so pogosto predmet razprav, ker se jim pripisuje (neupravičeno) veliko vlogo pri izboljševanju kakovosti. Standardi so le del trenutnega znanja o tem, kakšne razmere lahko organizacija ustvari za doseganje želenih izidov. Same po sebi so torej konzervativne, saj so privlačne in spodujajoče za presojevanca samo toliko časa, dokler jih ne doseže. Od trenutka, ko so standardi doseženi, organizacija zaradi standardov samih ni več motivirana za izboljševanje svoje ravni kakovosti, ker bi to zanjo pomenilo nepotrebno trošenje dodatnih virov. Delovanje se prilagodi vzdrževanju te ravni, kar imenujemo zagotavljanje kakovosti. Seveda pa se v času preoblikovanja organizacije vodstvo in zaposleni navzamejo zamisli o stalnem izboljševanju kakovosti, kar je gonilo nadaljnjega izboljševanja kakovosti.

V okolju, kjer je ugotovljeno, da velik del oskrbe ne dosega standardov, delujejo zbiri standardov in presoja v smeri izboljševanja kakovosti. Tega se moramo zavedati ob uvajanju katerega koli sistema presoj, da ne bi v dirki razvoja stroke stavili na zanesljivega in počasnega delovnega konja

(zagotavljanje kakovosti), spregledali pa iskrega kasača (izboljševanje kakovosti). Napredek namreč prinašajo predvsem tisti, ki mislijo in delajo nekoliko drugače kot večina. Filozofija stalnega izboljševanja kakovosti jim omogoča, da svoja znanja in izkušnje vtkejo v izboljšave oskrbe. Resnici na ljubo se je v medicini vse to vedno dogajalo, vendar na načrten in organiziran način predvsem v akademskih krogih in na omejenem delu strokovnega področja. Proizvod tega so številne raziskave in objavljeni članki, ki so kakovostno oskrbo predvsem opisovali. Spreminjanje sloga dela posameznih izvajalcev je bilo prepuščeno naključju. V upanju, da bodo izvajalci nova znanja hitro in brez ovir prenesli v svoje vsakdanje delo, so strokovna združenja organizirala številna izobraževanja. Izkazalo se je, da zgolj kozmetski popravki v slogu dela ne prinašajo zadovoljivega uspeha. Potrebna je bila nova, sveža zamisel neprestanega izboljševanja kakovosti, ki je usmerjena v neprestano ocenjevanje lastnega dela, izbiro ciljev in vpeljavo sprememb vseh izvajalcev ter vključuje vse udeležence sistema zdravstvenega varstva, ne samo raziskovalce v redkih zdravstvenih ustanovah. Spreminjanja se loteva sistematično, saj je posamezni izvajalec večinoma nemočen, če odgovorni za razpolaganje z viri pri tem ne sodelujejo in če ni splošne pripravljenosti za prestrukturiranje delov ali celotnega sistema zdravstvenega varstva.

V javnosti je najbolj znana zbirka ISO standardov, ki jo pripravlja Mednarodna organizacija za standardizacijo (International Standardisation Organisation). Razširjeni so v vseh razvitih državah. ISO standardi iz serije 9000 so primerne za vse oblike sistemov kakovosti v proizvodnih in storitvenih organizacijah. Prednost je v skladnosti vseh posameznih delov in celotne organizacije z drugimi organizacijami doma in po svetu. Računovodski standardi, tehnični standardi, standardi za servisne dejavnosti idr. se ujemajo ne glede na tip organizacije. Pomen ISO standardov za nezdravstveni del organizacije bi bila nesporna, če bi se osredotočili predvsem na obvladovanje stroškov in gospodarno poslovanje zdravstvene ustanove. Uporaba ISO standardov za zdravstvene postopke je nekoliko težja zaradi drugačnega okolja izvajanja storitev v zdravstveni službi v primerjavi z "enostavnim" gospodarskim okoljem drugih storitvenih dejavnosti. Na kratko, zdravstvene oskrbe ne moremo enostavno povečevati, ji dvigati ali spuščati cene, opuščati določene oblike oskrbe, zapreti zdravstveno ustanovo ipd., kar je značilno za druge dejavnosti. Zdravstvena ustanova, ki bi se odločila za uporabo ISO standardov, bi morala vložiti dodatne napore za obvladovanje kakovosti v zdravstvenem delu svojega poslovanja. Sama zgradba in zahteve standardov ISO pa so lahko podlaga pri načrtovanju, oblikovanju in izvedbi sistema kakovosti v zdravstveni ustanovi (glej ⇒ Vzpostavitev in vzdrževanje sistema kakovosti).

Poleg te zbirke so znane tudi zbirke za pridobitev posameznih nagrad za kakovost, ki imajo isti namen: na osnovi presoje razvrstiti organizacije na tiste, ki se skladajo s standardi, in tiste, ki se ne skladajo. Na osnovi vnaprej

znanih meril in izbranih standardov iz takih zbirk se ugotavlja skladnost delovanja celotne organizacije, kar naj bi zagotavljalo določeno raven kakovosti.

2.2 Kdo opravlja presojo?

Presojo navadno opravi zunanje preosojevalno telo, ki nudi podporo in storitve, da presojevanec lahko zadovolji izbranim standardi. V splošni ihti po pridobitvi potrdila kakovosti (zlasti v gospodarskih organizacijah) je postalo presojevanje kakovosti prestižen in donosen posel. Po svetu so številne mednarodne presojevalne organizacije. Domači presojevalci navadno sodelujejo kot posredniki ali izpostave tujih presojevalnih organizacij. Imajo različna merila in pristope, vendar navadno uporabljajo nekaj v svetu razširjenih zbirk standardov. Med najpogostejšimi je zbirka standardov iz serije ISO 9000.

Presojo navadno opravi neko zunanje ocenjevalno telo (presojevalna organizacija) na osnovi svojih meril, na katere presojevanec nima vpliva. Presojevančeva naloga je, da svojo dejavnost prilagodi zahtevam presojevalca. Ko presojevalec ugotovi skladnost presojevanca s standardi, mu podeli potrdilo kakovosti, da njegova kakovost ustreza zahtevam. Za potrdilo kakovosti se uveljavlja tudi izraz certifikat kakovosti. S potrdilom kakovosti postane raven kakovosti presojevanca razvidna in javna.

2.2.1 Presojevalec

Presojo opravlja presojevalec. To je posameznik ali skupina ljudi, ki jih določajo predpisi v primeru obvezne presoje, ali pa so se sami imenovali za presojevalce, kadar je presoja prostovoljna. Za "presojo presojevalcev" navadno skrbi krovna organizacija. V primeru presojevalcev po ISO standardih je to centralna organizacija International Standardisation Organisation. Presojanje je tudi donosen posel. V želji po pridružitvi klubu z opravljeno presojo in potrdilom kakovosti se vedno več organizacij odloča za presojo. Prva presoja predstavlja znaten zalogaj, vendar tudi ponovne presoje (na pol leta do tri leta) zahtevajo dodatne vire. Najbolj opazna so sredstva za presojevalno organizacijo in različne svetovalne organizacije v času priprave sistema kakovosti. Ogromno virov pa se potroši tudi za **preoblikovanje organizacije** in pripravo sistema za oceno znotraj organizacije. Marsikdo si zastavlja vprašanje o stroškovni upravičenosti naložbe v presojo.

2.3 Odločitev za presojo

2.3.1 Razlogi za presojo

Globalizacija svetovne trgovine z vedno hujšo konkurenco na trgu sta sprožili potrebi po:

- ⇒ standardih za presojo sistemov kakovosti ter standardih kakovosti proizvodov in storitev z mednarodno veljavo,
- ⇒ presoji kakovosti sistemov kakovosti ter kakovosti proizvodov in storitev izvajalcev s strani tretjega neodvisnega telesa.

Potrebo torej "začuti" organizacija, ki se želi vključiti v mednarodno delitev dela. Večja kot je konkurenca, večja je tudi verjetnost, da se bo organizacija skušala prilagoditi zahtevam določenih meril kakovosti in si pridobiti **potrdilo kakovosti**. Zaenkrat se temu lahko izognejo le tiste organizacije, ki imajo relativno monopolni položaj na trgu.

Organizacija z opravljeno presojo in izdanim potrdilom o kakovosti ima v rokah vizitko, ki je splošno sprejemljiva pri vseh poslovnih partnerjih, ki uporabljajo isti sistem presoje. S tem se izogne stroškom, ki bi nastali, če bi morali vsakemu poslovnemu partnerju posebej pripravljati različno tehnično in drugo dokumentacijo o proizvodih, storitvah in sistemu kakovosti, ki bi bili predmet trgovanja. Prav tako pa je pomemben prihranek v organizaciji, ki želi v taki organizaciji kupljen proizvod (ali storitev) vgraditi v svoj izdelek, saj jim ni potrebno opraviti lastne presoje podizvajalca. Potreba je enostavno izražena v zmanjšanju stroškov poslovanja, ki sledijo pridobitvi potrdila o kakovosti.

2.3.2 Prostovoljna presoja

Presoja je praviloma prostovoljna izbira presojevanca, čeprav je pogosto lahko tudi predpisana. Organizacije sili k presoji predvsem boj za obstanek na zahtevnem tržišču. To je gonilo presoj zdravstvenih ustanov v Združenih državah Amerike. Brez potrdila o kakovosti zdravstvene ustanove vedno težje konkurirajo za sredstva številnih zdravstvenih zavarovalnic.

2.3.3 Predpisana presoja

V sistemu zdravstvenega varstva so nekatere oblike presoje lahko predpisane. Presoja novih postopkov, sredstev in opreme za oskrbo je obvezna praktično v vseh sistemih zdravstvenega varstva in tudi pri nas. Posebno pozorno se vrši presoja zdravil.

Presoja zdravstvenih ustanov (akreditiranje, certificiranje) in presoja posameznikov (podaljševanje licence) sta predpisani le v nekaterih državah.

2.4 Presoja v sistemu zdravstvenega varstva

Za razliko od drugih proizvodnih in storitvenih organizacij, kjer ponavadi s presojo ocenjujemo skladnost sistema kakovosti organizacije in njegovo delovanje v praksi s standardi, lahko v sistemu zdravstvenega varstva vršimo presojo:

- ⇒ izvajalca posameznika (licensiranje, podeljevanje in podaljševanje licence),
- ⇒ izvajalske zdravstvene ustanove (akreditiranje in reakreditiranje (podelitev certifikata kakovosti), verifikacija zdravstvene ustanove),
- ⇒ posameznega (novega ali že uveljavljenega) načina oskrbe, posameznega (novega ali že uveljavljenega) sredstva in opreme za izvajanje oskrbe (ocena medicinskih tehnologij, kontrola zdravil).

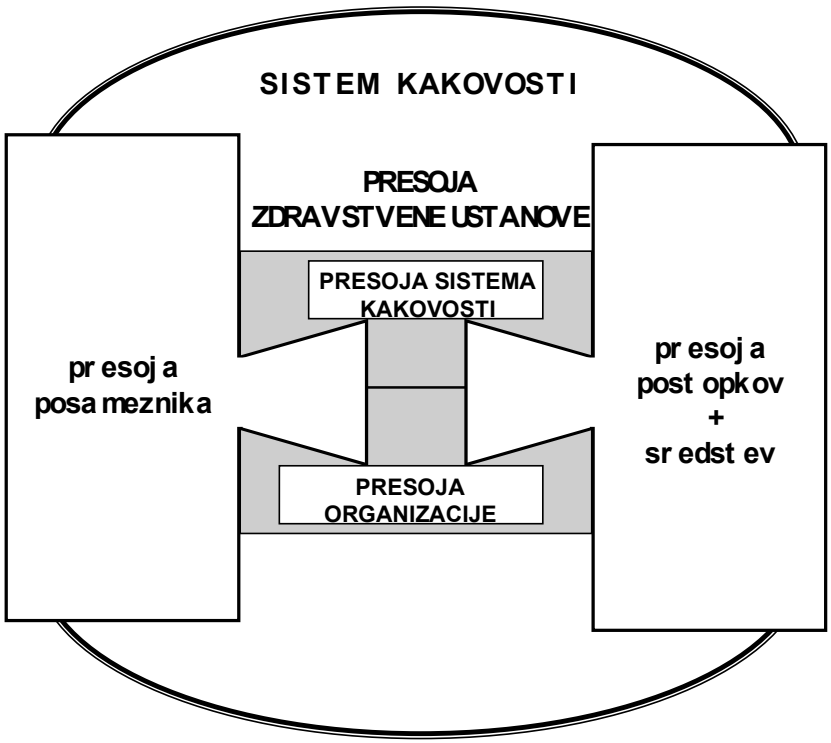
K razdrobljenosti presoj prispeva zapletenost in zahtevnost izvajanja zdravstvenega varstva. Pomena kakovosti nekaterih delov se je zdravstvena politika začela zavedati zelo zgodaj, zato že dolgo poznamo različne sisteme za ocenjevanje zdravil in tehničnih sredstev, ki bi utegnili tudi kvarno vplivati na zdravje uporabnikov in izvajalcev. Namen presoje je preprečevanje takega kvarnega vpliva. Zaradi hitrega dotoka novega znanja se je pokazalo, da brez stalnega strokovnega izobraževanja izvajalci niso sposobni obdržati ravni kakovosti. Vedno bolj so se zato začeli uveljavljati različni vzorci presoje usposobljenosti posameznih izvajalcev. Z uveljavljanjem tržnih mehanizmov, predvsem konkurence med posameznimi zdravstvenimi ustanovami, in z razvojem zdravstva pa so se začele kazati potrebe tudi po presoji načina "razdeljevanja" zdravstvene oskrbe.

Tabela 1 prikazuje prvine sistema presoj v zdravstveni ustanovi.

Tabela 1. *Prvine sistema presoj. Če želi zdravstvena ustanova pridobiti potrdilo o kakovosti, morajo biti izpolnjeni pogoji za presojo in opraviti mora določene postopke.*

Pogoji	Postopki	Izidi
* *presojevalna organizacija* * *zbirka standardov* * *presojevalec (presojevalno telo)*	* *odločitev za presojo* * *priprava na presojo* * *presoja* * *vzdrževanje sistema kakovosti* * *ponovna presoja*	* *vzpostavitev sistema kakovosti* * *potrdilo kakovosti* * *(ponovno) potrdilo kakovosti*

2.4.1Sistem presoj v sistemu zdravstvenega varstva



Slika 1. *Presoje v sistemu zdravstvenega varstva.*

Presoje so nujni del sistema kakovosti tudi v sistemu zdravstvenega varstva. V primerjavi z drugimi proizvodnimi in storitvenimi dejavnostmi pa opazimo nekaj razlik. Če je v drugih dejavnostih glavni poudarek na presoji organizacije, je presoja zdravstvene ustanove le ena izmed treh presoj. Presoja zdravstvene ustanove (akreditiranje) je vkleščena med presojo posameznikov (licensiranje) in presojo postopkov ter sredstev oskrbe (ocena tehnologij) (slika 1).

3.Presoja zdravstvenih ustanov

V zdravstvu je posebno odmevno prostovoljno presojanje zdravstvenih ustanov v Združenih državah Amerike. Presojevalec (Joint Organisation on Accreditation of Hospitals) vsako leto objavi zbirko meril (HEDIS), na osnovi katerih bo presojal ustanove in pogoje, ki jih mora ustanova izpolniti, da bo potrjena (accreditated). Presoja je pravzaprav prostovoljna nujnost, saj zdravstvena ustanova brez nje ne more enakovredno nastopiti na trgu ponudbe zdravstvenih storitev. Vsako leto objavijo seznam zdravstvenih ustanov, ki so uspešno prestale presojo, in obdobje, ko si morajo znova pridobiti potrdilo. Na seznamu se znajdejo tudi zdravstvene ustanove, ki niso dobile potrdila o uspešno opravljeni presoji. Zgoščena merila, ki jih uporabljajo v Združenih državah Amerike za presojo zdravstvenih ustanov, so našteta v tabeli 2.

Tabela 2. *Zgoščen seznam meril, ki jih uporablja presojevalec zdravstvenih ustanov v Združenih državah Amerike. Vsako merilo je dodatno razdelano in ima določene cilje (standarde), npr. polno oceno za izpolnjevanje 4. točke (reševanje pripomb in pritožb uporabnikov na učinkovit in hiter način) dobi ustanova, ki v tekočem letu reši 90 % vloženih pritožb.*

Zdravstvena ustanova
1. mora imeti zapisano politiko kakovosti.
2. ima vzpostavljen sistem kakovosti, ki določa odgovornost posameznih zaposlenih.
3. ima vzpostavljen pritožni sistem.
4. rešuje pripombe in pritožbe na učinkovit in hiter način.
5. redno seznanja uporabnike s svojo dejavnostjo.
6. uporablja pisno gradivo za seznanjanje uporabnikov.
7. zagotavlja zaupnost podatkov in zdravstvenih kartonov.
8. mora imeti pregled nad kakovostjo druge ustanove za tisti del nalog, ki jih ji poveri (npr. laboratorijske preiskave).

V Veliki Britaniji so v zelo socializiran sistem zdravstvenega varstva uvedli nekaj tržnih mehanizmov na strani izvajalcev. Zdravstveno zavarovanje bi približno lahko primerjali z našim “sisovskim”. Osnovno zdravstvo je

organizirano pretežno na zasebni način; zdravstvene ustanove na sekundarni ravni pa so v rokah njihovih "sisov", ki so podaljšana roka državne zdravstvene uprave, ki razpolaga tudi s sredstvi za zdravstveno varstvo. **Obvladovanja stroškov** so se lotili na ta način, da so sredstva za financiranje zdravstvenega varstva prenesli na skupine zdravnikov družinske medicine. Te skupine razpolagajo s celotnimi sredstvi, namenjenimi za zdravstveno varstvo pri njih opredeljenih bolnikov, in samostojno odločajo o tem, v katero zdravstveno ustanovo na sekundarni ravni bodo pošiljali svoje bolnike. Zdravniki družinske medicine v teh skupinah naj bi predpisovali manj zdravil, naročali manj preiskav, vodili več bolnikov sami, pošiljali manj bolnikov v bolnišnice in predvsem v boljše (cenejše). Namen ukrepa je zmanjšanje stroškov predvsem na sekundarni ravni, ker naj bi prišlo do zapiranja bolnišnic. Te spremembe na organizacijskem področju so sprožile številne razprave o nujnosti presoje posameznikov in zdravstvenih ustanov (tako na osnovi, kot na sekundarni ravni), ki naj bi bila v prihodnje kar zakonsko predpisana. Zdravstvena politika rada poudarja odgovornost izvajalcev. Na ta način naj bi postalo izvajanje zdravstvene oskrbe razvidno in javno.

Presoja zdravstvenih ustanov v Veliki Britaniji je v razmahu. Poleg ocene delovanja sistema kakovosti se naslanja na "klasične" prvine nadzora. Presojevalec si ogleda tudi prostore, opremo in si ustvari vtis delovanja zdravstvene ustanove "v živo".

Zdravstvene ustanove v našem sistemu zdravstvenega varstva zaenkrat še uživajo zaščito pred tujo in domačo konkurenco glede tržnega deleža. Predpisi izvajalcem zdravstvene dejavnosti in Zavodu za zdravstveno zavarovanje določajo monopolen položaj na trgu zdravstvenih storitev, ki se opravljajo na račun javnih financ, zato je potreba in s tem tudi zanimanje za potrdilo kakovosti (in s tem za presojo sistema kakovosti) s strani zdravstvenih ustanov zelo majhno. Zdravstvene ustanove verjetno tudi v prihodnje ne bodo sodelovale pri mednarodni delitvi dela (razen posameznih ozkih delov, ki pa bodo svojo kakovost lahko dokazovali na ustaljen način s posameznimi visoko usposobljenimi in uveljavljenimi strokovnjaki) niti ne bodo vključene v pravi konkurenčni boj na tržišču zdravstvenih storitev znotraj države. Slednje je značilno za sistem zdravstvenega varstva v Združenih državah Amerike, kjer obstajajo številne konkurenčne zdravstvene zavarovalnice in številne konkurenčne zdravstvene ustanove, ki svojo dejavnost prilagajajo potrebam tržišča, in se vedejo enako kot druge storitvene dejavnosti. Širjenje zdravstvene ustanove, širjenje območja in področja delovanja je prav tako vsakdanji pojav kot krčenje poslovanja in celo propad. Poleg gospodarnega poslovanja je potrdilo o kakovosti v takem okolju nujnost za možnost sklepanja pogodb z zavarovalnicami. V Sloveniji se je poizkus s povečanim pritiskom zasebne zdravstvene dejavnosti na račun izključno zasebnih zdravstvenih sredstev zapletel v obstoječo mrežo zdravstvene dejavnosti in še vedno bogato ponudbo obveznega zdravstvenega

zavarovanja. Pričakovanega pritiska zasebništva (tistega dela, ki dela za zasebna sredstva občanov) na dvig kakovosti zdravstvenih ustanov v javni mreži tako skoraj ni opaziti. Obe obliki zdravstvene dejavnosti delujeta prej vzporedno in dopolnjevalno, kot pa konkurenčno, kot je to npr. v Združenih državah Amerike. Predpisi pri nas zdravstvene ustanove v javni mreži omejujejo pri bistvenih prvinah tržnega sistema poslovanja: preprečujejo ustvarjanje dobička z mrežo zdravstvenih kadrov, obsegom dela in ceno storitev. S potrdilom kakovosti se zdravstvena ustanova pri nas, razen prestiža v strokovnih krogih, ne more nadejati drugih koristi. Zaenkrat ni pričakovati, da bi se zdravstvene ustanove množičneje odločale za pridobitev takega potrdila.

Težko bi bilo govoriti o prednostih in pomanjkljivostih posameznih oblik presoj zdravstvenih ustanov. Zavedati se moramo, da so praviloma obarvana s tradicijo in kulturo okolja. Bolj kot poudarek na doseganju določenih splošnih "standardov" higienskega minimuma naj bi bil poudarek na oceni sistema kakovosti zdravstvene ustanove, ki zagotavlja vse potrebne pogoje za delo in daje ustrezno podlago za stalno izboljševanje kakovosti.

4. Presoja posameznika

Presoja posameznikov je sistematičen način ocenjevanja posameznika. Pozitivna ocena presoje zagotavlja ocenjenemu izvajalcu in ostali strokovni ter širši javnosti, da presojevani zdravnik na svojem strokovnem področju zna delati in dela v skladu s splošnimi usmeritvami trenutno veljavne medicinske znanosti. Rezultat presoje posameznika je zato javno znan in pogosto visi potrdilo o uspešno opravljeni presoji v prostorih zdravnikove ordinacije. Cilj presoje posameznika je zagotoviti pričakovano (dogovorjeno) raven kakovosti izvajanja postopkov oskrbe, zlasti v tistem delu, ki je odvisen od prispevka posameznega (presojevanega) izvajalca. Namen presoje je tako spodbuditi izvajalca k stalnemu strokovnemu izobraževanju, ki naj bi prispevalo tudi k spremembam sloga dela, kadar je to potrebno (glej $\Rightarrow$ Izobraževanje za kakovost, glej $\Rightarrow$ Obvladovanje sprememb). Presoja posameznika namreč temelji na podmeni, da bo presojevanec svoje znanje in spretnosti pri svojem vsakdanjem delu vedno in pravilno uporabljal ter na ta način prispeval k pričakovani kakovosti. Vidimo, da je, tako kot presoja zdravstvene ustanove, tudi presoja posameznika pot (način) k večji kakovosti, ne pa njen končni cilj.

Presoja posameznikov je dosegla različno pozornost. Kjer imajo razvito presojo zdravstvenih ustanov, dajejo tej glavno težo. Presoja posameznih izvajalcev je kot del presoje vključena v presojo ustanove. Ponekod pa se presoja posameznikov vrši ločeno v okviru poklicnih ali stanovskih združenj. Presoja posameznikov je pogosto prostovoljna in povezana le s članstvom v določenem združenju. Posamezniku prinaša predvsem prestiž.

Naša zakonodaja predvideva obvezno presojo usposobljenosti (podeljevanje licence) zdravnika ob vstopu v zdravstveno dejavnost in redne ponovne presoje (podaljševanje licence) vsakih sedem let. Zakonodaja to (ne)hvaležno nalogo prepušča stanovski organizaciji - Zdravniški zbornici Slovenije - v okviru javnih pooblastil. Zdravniška zbornica ima tudi pristojnost postavljati merila, na osnovi katerih se vrši presoja. Posameznik se presoji ne more izogniti, prav tako ne more samostojno izbrati presojevalca.

4.1 Vsebina presoje posameznika

Ne glede na podlago in obseg presoje posameznih izvajalcev nam mora biti jasno, kaj je vsebina presoje posameznika v določenem presojevalnem sistemu. Na podlagi tega lahko presoji posameznika pripišemo ustrezno mesto v sistemu kakovosti zdravstvene ustanove in v državnem merilu. Pri posamezniku je možno opravljati presojo naslednjih prvin:

⇒ sodelovanje pri stalnem strokovnem izobraževanju:
- udeležba na organiziranih strokovnih srečanjih,
- sodelovanje pri organiziranih oblikah izboljševanja kakovosti,
- samoizobraževanje;

⇒ znanje:
- sveže pridobljeno znanje (po določenem strokovnem srečanju),
- obseg znanja na določenem ožjem področju (npr. nujne medicinske pomoči),
- obseg celotnega (strokovnega) znanja s področja presojevanca;

⇒ usposobljenost:
- preteklo usposobljenost (s stalnim strokovnim nadzorom ugotovljena kakovost),
- trenutna usposobljenost (neposredno opazovanje),
- predvidena usposobljenost (opazovanje ob simuliranih primerih in bolnikih);

⇒ izide (koristi zdravstvene oskrbe):
- zdravstveno stanje obravnavanih bolnikov (zdravstvena korist),
- zadovoljstvo bolnikov (družbena korist),
- poraba zdravil, naročanje preiskav, odsotnost z dela (zavarovancev), število napotitev (gospodarske koristi).

Presojevalno telo ima na razpolago široko paleto možnosti, katere prvine bodo našle mesto v njegovem presojevalnem sistemu. Naš sistem presoj upošteva predvsem dve prvini: udeležbo na organiziranih (potrjenih) strokovnih srečanjih in preverjanje celotnega presojevančevega znanja, če se v zahtevanem roku ne udeleži zadostnega števila srečanj.

Udeležba na določenem številu izbranih strokovnih srečanj, kot je pogoj za podaljšanje licence pri nas, gradi na podmeni, da razširjanje novega znanja s posameznimi oblikami stalnega strokovnega izobraževanja že zagotavlja tudi

njegov prenos v vsakdanje delo in ustrezne spremembe (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost). Zanemarjene so številne enako ali celo bolj uspešnejše oblike izobraževanja, ki z večjo verjetnostjo pospešujejo spremembe (glej ⇒ Obvladovanje sprememb, glej ⇒ Izobraževanje za kakovost). Organizirano stalno strokovno izobraževanje vsekakor predstavlja pomemben vir podatkov o novostih, ki prispevajo k večji pripravljenosti izvajalcev zdravstvene oskrbe za spremembe. Kljub temu je pomembno vprašanje o razmerju med koristmi in stroški takšnega načina spodbujanja sprememb. Poleg neposrednih stroškov tovrstnega stalnega strokovnega izobraževanja so pomembni tudi stroški zaradi številnih odsotnosti z dela. Pridobivanje znanja z udeležbo na organiziranih strokovnih srečanjih se da delno nadomestiti in dopolniti z izobraževanjem v majhnih skupinah, predvsem pa s skupinskimi oblikami izboljševanja kakovosti (glej ⇒ Krožek kakovosti). Te so se izkazale kot uspešen prenašalec novosti (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost), kot tudi velika spodbuda za spreminjanje sloga dela (glej ⇒ Obvladovanje sprememb).

Nekateri sistemi presoje postavljajo v ospredje preverjanje znanja. Preverjanje znanja je zasnovano na isti podmeni kot udeležba na strokovnih srečanjih - da bodo izvajalci svoje znanje uporabljali pri vsakdanjem delu v splošno korist uporabnikov zdravstvenih storitev. Žal je ta podmena enako zmotna. Dodatne težave povzroča izbira načina preverjanja znanja. Danes so modne različne oblike testov, ki preverjanje znanja ob bolniku potiskajo v ozadje. Velja splošno prepričanje, da je papir objektivnejši od izpraševalcev, vendar se pri tem pozablja na suhoparnost in omejenost testnih vprašanj, ki ne morejo zajeti raznolikosti dela z bolnikom. Tak način presoje zahteva še več sredstev kot prejšnji. Ogromno časa in s tem sredstev je potrebnih za oblikovanje in preverjanje zanesljivosti, veljavnosti in sprejemljivosti vprašanj.

Preverjanje usposobljenosti je nadgradnja preverjanja znanja. Usposobljenost izvajalcev se preverja v namišljenih okoliščinah, ki so na las podobna dejanskim razmeram, vendar standardizirana. Na ta način se vsakdo preizkusi ob enaki zdravstveni težavi. Poleg znanja mora prikazati tudi spretnosti s področja jemanja anamneze, pregleda, sporazumevanja, načrtovanja preiskav, zdravljenja in ukrepanja. Tako preverjanje je povezano s še večjo porabo sredstev in časa.

Presoja na podlagi opravljanja vsakdanjega dela je v svoji zasnovi najpravičnejši način preverjanja izvajalca. Žal pa je vezana na določene ovire. Zdravstvena dejavnost je izrazito delovno intenzivna storitvena dejavnost, zato je zelo težko najti ustrezen način za zbiranje ustreznih podatkov o tem, kako so se ti postopki izvajali. Uveljavile so se različne oblike preverjanja v obliki pregleda med kolegi, ki se je pri nas uveljavil kot strokovni nadzor s svetovanjem (glej ⇒ Oblike sistematičnega izboljševanja kakovosti). Kot vir podatkov pregledovalci uporabljajo zdravstveni karton.

Zdravstveni karton ima kljub svoji razširjenosti uporabe in enostavnem ravnanju ob nadzoru številne pomanjkljivosti (glej ⇒ Zdravstveni karton in kakovost). O nudenju zdravstvene oskrbe lahko da le delno podobo, predvsem pa ne more biti edino sredstvo za ocenjevanje vseh vidikov kakovosti. V zadnjem času uporablja Zavod za zdravstveno zavarovanje podobne oblike nadzora za finančni nadzor, kar ima z zagotavljanjem in izboljševanjem kakovosti kaj malo skupnega.

Neposredno opazovanje ali posredni pregled posnetkov dejanskih posvetov sta zanesljivejši in verodostojnejši odraz kakovosti. Primerna sta zlasti za ocenjevanje kakovosti sporazumevanja, sporočanja in odnosov med zdravnikom in bolnikom. Njihova pomanjkljivost so veliki stroški, vdiranje v zasebnost izvajalca in uporabnika. Med pomembnimi omejitvami je dejstvo, da zajamejo le droben izsek iz dolgoletnega odnosa med zdravnikom in bolnikom in ne morejo prikazati njune povezanosti.

Presoja na podlagi izidov oskrbe posameznega izvajalca je deležna vedno večje pozornosti. V svetu daje zdravstvena politika vedno večji poudarek izidom (koristim) zdravstvene oskrbe, kar je v tesni povezavi z obvladovanjem stroškov. Že skromno poznavanje statističnih metod nam daje vedeti, da zdravnik družinske medicine ob obravnavi tako raznolikih zdravstvenih težav ne more v zadovoljivem času nabrati dovolj enovrstnih (stratificiranih) primerov, da bi bilo statistično sklepanje v krajšem času kolikor toliko zanesljivo. Ocenjevanje kakovosti na podlagi izidov ostaja izziv in možnost za določene oblike oskrbe.

4.2 Oblike presoje posameznika

Določeni obliki presoje posameznih izvajalcev se ni moč izogniti. Pri tem pa je potrebno paziti, da se cilj (izboljšanje koristi (kakovosti) zdravstvene oskrbe zaradi sprememb, ki nastanejo pod vplivom stalnega strokovnega izobraževanja zaradi sistema presoje posameznikov) doseže ob čim ugodnejšem razmerju med koristjo in stroški presoje. Predvsem ne sme postati presoja sama sebi namen, temveč le predpisan (neprostovoljen) način spodbujanja sprememb (glej ⇒ Obvladovanje sprememb).

Glede na naštete možne vsebine presoje posameznika obstajajo tudi različne oblike presoj posameznika:

- ⇒ preverjanje (različnih delov) znanja,
- ⇒ preverjanje usposobljenosti,
- ⇒ udeležba pri različnih oblikah stalnega strokovnega izobraževanja,
- ⇒ pregled opravljenega dela,
- ⇒ neposredno opazovanje pri delu.

Presojevalno telo navadno izbere tako obliko presoje, ki je sprejemljiva v določenem kulturnem okolju in predstavlja najmanjši strošek v primerjavi s koristmi, ki jih prinaša.

5. Presoja postopkov in sredstev za zdravstveno oskrbo

5.1 Presoja novih postopkov in sredstev

Nad **presojo novih postopkov oskrbe in novih sredstev oskrbe** bdi država, ki tudi izbira presojevalno organizacijo med zdravstvenimi in drugimi organizacijami. S pridobitvijo potrdila o ustreznosti se lahko uporablja v naši državi nov način oskrbe ali novo sredstvo oskrbe. S tem potrdilom si izvajalci skušajo pridobiti tudi priznavanje plačila iz obveznega zavarovanja s strani plačnika zdravstvenih storitev. Presoja obstoječih postopkov in sredstev pri nas ni posebej urejena, zato ni uradno predvidene poti, po kateri bi bilo možno preverjati ustreznost in potrebnost obstoječih zdravstvenih postopkov.

5.2 Presoja obstoječih postopkov in sredstev oskrbe

Postopek presoje navadno poteka v naslednjih stopnjah:

- ⇒ Izvajalec se odloči, da želi pridobiti potrdilo kakovosti. (Pri obvezni presoji mora izvajalec zgolj paziti, da v predvidenem času opravi vse dejavnosti, ki mu omogočajo pridobitev potrdila.)
- ⇒ Izbere presojevalca in z njim sklene pogodbo.
- ⇒ Presojevalna organizacija predloži merila, poskrbi za navodila, vodenje in osnovno podporo pri pripravi (notranja presoja) na presojo.

6. Koristi in stroški presoje

Vsaka presoja nekaj stane. Najočitnejši strošek predstavljajo izdatki, namenjeni presojevalni organizaciji in zunanjim svetovalcem, ki pomagajo pri oblikovanju sistema kakovosti. Zlasti pa je pomemben tisti tel stroškov, ki jih na prvi pogled ni videti. To so stroški, ki so povezani z dodatno porabo časa zaposlenih

- ⇒ pri preoblikovanju organizacije,
- ⇒ za seznanjanje in navduševanje zaposlenih za kakovost,
- ⇒ za izobraževanje zaposlenih za kakovost,
- ⇒ za zbiranje in obdelavo podatkov.

Podobno velja za stroške, povezane s presojo posameznikov.

Za smotrno izrabo virov organizacije sta pomembni dve stvari:
- ⇒ izbira vodje in delovne skupine za notranjo presojo in
- ⇒ organizacija časa za postopek presoje.

Pred odločitvijo o uvedbi presoje si moramo razjasniti, kaj hočemo doseči in če bodo stroški spremembe prinesli pričakovane koristi. Zavedati se moramo, da nekakovost stane največ.

CELOVITO OBVLADOVANJE KAKOVOSTI

1. Načela celovitega obvladovanja kakovosti

Celovito obvladovanje kakovosti označuje organizacijski pristop k stalnemu izboljševanju kakovosti. Zdravstvena ustanova uporabi to metodo, kadar želi doseči odličnost na področju kakovosti, zanesljivosti in obvladovanju stroškov. Metoda izhaja iz industrijskega vodenja, kjer se je tudi že dobro uveljavila. Podlaga celovitega obvladovanja kakovosti je zamisel o stalnem izboljševanju kakovosti. Iz Demingovega nauka, ki je Japonce učil, kako se streže kakovosti, lahko izvedemo deset pravil stalnega izboljševanja kakovosti:

- ⇒ Spoznaj zahteve in pričakovanja strank (bolnikov, plačnika, oblasti).
- ⇒ Razumi in izboljšuj odnose med izvajalcem in bolnikom.
- ⇒ Delaj prave stvari.
- ⇒ Naredi prav že prvič.
- ⇒ Ocenjuj uspešnost izvajanja dejavnosti.
- ⇒ Smoter je neprestano izboljševanje kakovosti.
- ⇒ Vodstvo mora imeti pobudo.
- ⇒ Stalno strokovno izobraževanje in usposabljanje je nujno.
- ⇒ Sporazumevaj se učinkovito.
- ⇒ Uspešne primere prikaži drugim.

Bistvo celovitega obvladovanja kakovosti lahko opišemo s štirimi načeli:

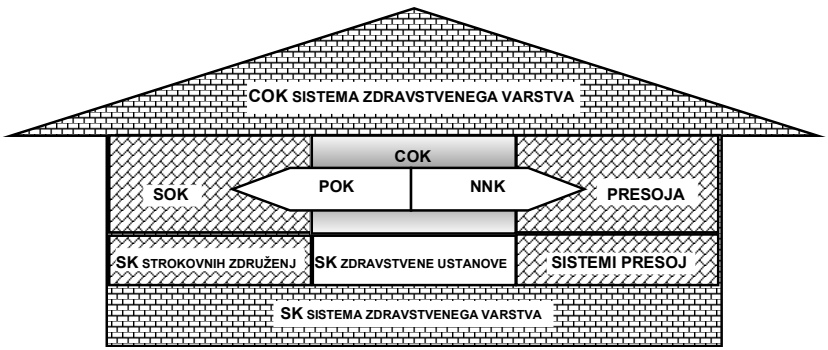
- ⇒ Organizacijski uspeh celovitega obvladovanja kakovosti je prvenstveno odvisen od zadovoljevanja potreb tistih, ki jim je dejavnost namenjena (to so uporabniki, kupci, stranke).
- ⇒ Kakovost (opredeljena kot zmožnost zadovoljiti potrebe strank) je učinek postopka (v industriji proizvodnje), v katerem so vzročne povezave zapletene, pa vendar s prizadevanjem lahko razložljive.
- ⇒ Večina ljudi, vpletenih v postopek dela, ima notranje spodbude, da se z vsemi močmi potrudijo in uspejo izboljšati postopek.
- ⇒ S preprostimi statističnimi metodami, vestnim zbiranjem podatkov in obdelavami podatkov o delovnih postopkih lahko dobimo pomemben vpogled v vzročne povezanosti znotraj teh postopkov, kar omogoča tudi načrtovanje in vpeljavo izboljšav.

Pri nas celovito obvladovanje kakovosti radi povezujejo zgolj z doseganjem standardov ISO 9000, ki se, razen ISO 9004, nanašajo na industrijsko dejavnost (glej ⇒ Presoja kakovosti). V zdravstveni dejavnosti je mogoče uporabiti predvsem standard ISO 9004, ki so namenjene obvladovanju kakovosti v storitvenih dejavnosti. Neposredno se nanaša pretežno na "nezdravstveni" del postopkov oskrbe, ki označuje prostore, opremo, nabavo, fakturiranje, obračunavanje in odnos do bolnika kot uporabnika. Uspešna uvedba celovitega obvladovanja kakovosti ni tudi samoumevno nujno povezana z večjo kakovostjo zdravstvene oskrbe. Medosebnih odnosov med zdravnikom in bolnikom ter postopkov neposredne zdravstvene oskrbe samo s tem standardom ni moč opredeliti. Za "zdravstveni" del celovitega obvladovanja kakovosti moramo uporabiti še dodatne metode (glej ⇒ Samoocenjevanje kakovosti, glej ⇒ Podatkovno podprto izboljševanje kakovosti, glej ⇒ Uporaba smernic, glej ⇒ Analiza izjemnih dogodkov, glej ⇒ Vključevanje bolnikov).

2. Zasnova celovitega obvladovanja kakovosti

Teoretična zasnova celovitega obvladovanja kakovosti izhaja iz industrijskega inženiringa, teorije sistemov, socialne psihologije, statistike in drugih strok. Pomembna pridobitev tega gibanja je spremenjena miselnost v organizaciji, ki spodbuja sistematično ukvarjanje s kakovostjo kot posebno vrednoto v vseh dejavnostih in delih organizacije.

Celovito obvladovanje kakovosti se vedno nanaša na določen sistem (npr. zdravstvena ustanova, zavarovalnica, sistem zdravstvenega varstva). Temu sistemu je prilagojeno tudi celovito obvladovanje kakovosti, zato ni mogoče predstaviti obče uporabnega modela.



Slika 1. *Celovito obvladovanje kakovosti zdravstvene ustanove v sodelovanju s skupinskim obvladovanjem kakovosti in s sistemom presoj v okviru sistema zdravstvenega varstva. COK = celovito obvladovanje kakovosti, SOK =*

skupinsko obvladovanje kakovosti, POK = posameznikovo obvladovanje kakovosti, NNK = notranji nadzor kakovosti, SK = sistem kakovosti.

Nujna podlaga za celovito obvladovanje kakovosti je delujoč sistem kakovosti (slika 1). Sistem kakovosti zdravstvene ustanove je lahko zasnovan na standardih ISO ali na drugih temeljih, vendar le delujoč sistem kakovosti omogoča vključevanje drugih dejavnosti, ki prinašajo stalno izboljševanje kakovosti. Ključna prvina celovitega obvladovanja kakovosti je posameznikovo obvladovanje kakovosti. Vodstvo mora prevzeti odgovornost za ustvarjanje pogojev in spodbujanje obvladovanja kakovosti posameznikov. Notranji nadzor kakovosti je pri tem predvsem sredstvo za odkrivanje prednostnih področij, kjer je potrebno izboljšati kakovost. Skupinsko obvladovanje kakovosti presega okvire zdravstvene ustanove in sistema kakovosti ustanove, vendar bistveno dograjuje sistem kakovosti sistema zdravstvenega varstva in dopolnjuje celovito obvladovanje kakovosti zdravstvene ustanove.

2.1 Posameznikovo obvladovanje kakovosti

Kot del svojega vsakdanjega dela naj bi vsak posameznik stalno spremljal in ocenjeval kakovost svojega dela. To imenujemo posameznikovo obvladovanje kakovosti (POK), vendar to ne odvezuje vodstva in poslovodnika od njegovega dela odgovornosti. Poudarja le, da so zaposleni (neposredni izvajalci) tisti, ki najbolje poznajo svoje delo in so zato tudi najbolj usposobljeni, da delovno okolje (pogoje) in svoje delo (postopek) spremenijo tako, da bo prišlo do izboljšanja kakovosti pri izvajanju postopkov in pri izidih oskrbe. Zaposlenim to dviga samozavest, daje večje zadovoljstvo z lastnim delom in jim omogoča razvijanje lastnih sposobnosti. Posledica tega je notranja spodbuda za še boljše delo, kar je glavna gonilna sila izboljševanja kakovosti v okviru celovitega obvladovanja kakovosti. Vsakdo si namreč stalno prizadeva

- ⇒ za izboljšanje lastnega dela,
- ⇒ da dela prave stvari,
- ⇒ da dela stvari prav,
- ⇒ da dela prave stvari prav.

Posameznik si pregledovanje lastnega dela lahko uredi na več načinov. Temelj pregleda nad delom je zbiranje podatkov, ki naj bo načrtovano z jasnim namenom in cilji. Rutinsko zbiranje podatkov ni pokazalo večje koristnosti za izboljšanje dela. V splošni medicini je v središču našega zanimanja bolnik, kot član skupine bolnikov, ki so se nam zaupali v oskrbo. Seznam vpisanih bolnikov po starosti in spolu, seznam bolnikov po boleznih, letna evidenca opravljenih storitev in priložnostni obrazci zainteresiranemu zdravniku predstavljajo baze podatkov, na katerih lahko gradi ocenjevanje lastne kakovosti. Zdravstveni karton predstavlja nujno potrebno orodje za

zbiranje podatkov (glej ⇒ Zdravstveni karton in kakovost). Poleg zbiranja podatkov je ena večjih ovir pri samonadzoru osamljenost izvajalca in s tem težje primerjanje lastnega dela in negotovost pri oblikovanju lastnih standardov.

Preko POK se posameznik vključuje tudi v skupinske oblike obvladovanja kakovosti.

2.2 Naloge vodstva pri celovitem obvladovanju kakovosti

Ugotovili so, da je do 25 % stroškov oskrbe povzročenih z neučinkovitostjo, odstopanji in izvajanjem nepotrebnih postopkov. Posamezni izvajalec brez sistematičnega pristopa celotne zdravstvene ustanove lahko le malo pripomore k spremembi, zato mora vodstvo uporabiti eno izmed metod, primernih za večje organizacije. Poslovodniki razpolagajo z viri zdravstvene ustanove in imajo zato vse možnosti preoblikovanja organizacije in preusmerjanje virov. Celovito obvladovanje kakovosti je odločitev, ki prinaša dolgoročne rešitve. Poslovodniki in vodstvo zdravstvene ustanove morajo prvi pridobiti nove navade in svoja prizadevanja preusmeriti predvsem v vodenje in upravljanje s človeškimi viri, ki so največje bogastvo za izboljšanje kakovosti. Naloga vodstva je, da vzpostavijo sistem kakovosti (glej ⇒ Vzpostavitev in vzdrževanje sistema kakovosti) in da vsakega posameznega zaposlenega oborožijo z

- ⇒ vedenjem, da je del delovne skupine in da prispeva tudi neločljiv del kakovosti izidov svoje delovne skupine;
  in mu dajo
- ⇒ možnost, da izboljša kakovost svojega dela.

To lahko dosežejo z izobraževanjem za kakovost in razpoložljivostjo orodij, ki jih posameznik ali skupine lahko uporabijo za izboljševanje kakovosti. Ustvariti morajo sproščeno in neobtožujoče ozračje, v katerem bo lahko vsak posameznik razvijal svoje sposobnosti. Poslovodniki se morajo zavedati, da se bodo zaposleni prizadevali za izboljševanje kakovosti le, če bodo zadovoljni s svojim delom in se bodo prihranki, ki bi nastali zaradi učinkovitejšega dela na tak ali drugačen način, porabili za spodbujanje izboljševanja kakovosti. Največja grožnja uspehu celovitega obvladovanja kakovosti je uporaba načinov izboljševanja kakovosti za racioniranje poslovanja.

Pomembno je, da posamezne dejavnosti postanejo del celotnega sistema kakovosti in da posamezni izvajalec lahko začuti pripadnost ustanovi ter svoj prispevek k povečanju koristi zdravstvene oskrbe (izboljšanju kakovosti) tako na ravni države kot tudi na ravni zdravstvene ustanove. Ker se rezultati

celovitega obvladovanja kakovosti pokažejo šele v dveh ali treh letih, je potrebno pospeševati prizadevnost posameznikov za izboljšanje kakovosti z različnimi nagradami kakovosti, npr. za najboljšega zaposlenega meseca, najboljšega delavca določene službe ipd. Potrdilo uspešnosti je najboljša spodbuda za dobitnika in vzor sodelavcem.

2.2.1 Notranji nadzor kakovosti

Čeprav se v različnih kulturnih okoljih pojem nadzor kakovosti različno razlaga, vendarle obstajajo skupne značilnosti (glej ⇒ Kakovost oskrbe, glej ⇒ Oblike sistematičnega izboljševanja kakovosti). Kadar so podatki pridobljeni med nadzorom namenjeni izvajalcem samim (na ravni zdravstvene ustanove to pomeni zaposlene v zdravstveni ustanovi), govorimo o **notranjem nadzoru kakovosti**. Notranji nadzor opravljajo:

- ⇒ vsak izvajalec sam (posameznikovo obvladovanje kakovosti),
- ⇒ predpostavljeni v zdravstvenih ustanovah (nadzor kakovosti, vodstveni nadzor),
- ⇒ sodelavci iste stroke (krožek kakovosti).

Pomembno je, da rezultat nadzora ostane znan samo izvajalcem samim in ni namenjen uporabi nekomu tretjemu. Vsak nadzor je smiseln le takrat, kadar prispeva k izboljšanju oskrbe bolnikov ali ob racionalnejši porabi razpoložljivih virov zagotavlja enako kakovost dela.

Z notranjim nadzorom se zagotavlja doseganje ciljev zdravstvene ustanove (zdravstvenega doma) ali skupine kolegov (kolegij zdravnikov zdravstvenega doma, zadruga zdravnikov, skupinska praksa). Ocenjujemo kakovost dela, odkrivamo dobre rešitve in odstopanja, ki bi utegnila pripeljati do neželenih izidov. Zato nadzora ne moremo smatrati kot metode, ki bi sama po sebi zagotavljala ali prinesla izboljšanje kakovosti, temveč predvsem kot metodo za odkrivanje področij, kjer naše delo potrebuje izboljšave. V zdravstveni ustanovi je vodstvo samo ali preko vodij in kolegijev posameznih služb v odličnem položaju, da stalno spremlja in ocenjuje kakovost zaposlenih. Izsledke nadzora nato uporabi za izbiro prednostnih nalog za izboljšanje kakovosti (glej ⇒ Stopnje izboljševanja kakovosti).

Med oblike notranjega nadzora prištevamo posameznikovo obvladovanje kakovosti, samoocenjevanje kakovosti (glej ⇒ Samoocenjevanje kakovosti), pregled med kolegi, krožek kakovosti (glej ⇒ Krožek kakovosti) in vodstveni nadzor kakovosti, ki ga izvajajo vodilni sami ali s strani vodilnih imenovani kolegi iz stroke.

Notranji nadzor kakovosti zajema spremljanje kakovosti predvsem "tehnoloških" prvin delovanja zdravstvene ustanove. Z vodstvenim nadzorom

se npr. preverja kakovost opreme, prostorov, natančnost merilne tehnike, računovodsko poslovanje in izvajanje drugih dogovorjenih dejavnosti. Strokovne vidike dela lahko ocenjujejo enako ali bolje usposobljeni strokovnjaki iz stroke, ki jih pooblasti vodstvo ustanove, ali pa je ocenjevanje kakovosti del medsebojnega dogovora skupine kolegov.

2.3 Skupinsko obvladovanje kakovosti

Zaradi zapletenosti zdravstvene dejavnosti mora za razliko od drugih proizvodnih in storitvenih dejavnosti posamezni izvajalec poleg obvladovanja kakovosti, ki ga izvaja sam, in notranjega nadzora kakovosti, ki ga izvaja vodstvo zdravstvene ustanove, sodelovati tudi pri različnih skupinskih oblikah obvladovanja kakovosti (SOK). Kljub strokovni specializaciji namreč vsak neposredni izvajalec zdravstvene oskrbe opravlja široko paleto storitev, zato o pravi specializaciji v sodobnem pomenu ne moremo govoriti. Specializacija svetovnega gospodarstva namreč pomeni, da vrhunsko usposobljeni strokovnjaki opravljajo določene posebne storitve, medtem ko druge storitve opravlja druga skupina. Z globalizacijo svetovnega tržišča je postalo to tudi izvedljivo in donosno. Potrebe po zdravstveni oskrbi pa imajo to "nevšečno" lastnost, da zahtevajo takojšnjo zadovoljitev čim bliže mesta nastanka potrebe. Izvajalci so zato prisiljeni opravljati tudi redke storitve ne glede na to, da za izvedbo te storitve poznamo bolje usposobljenega izvajalca. Skupinsko obvladovanje kakovosti posameznim izvajalcem omogoča, da ocenjujejo svoje delo in ga primerjajo z izkušnjami strokovnjakov istega področja tako znotraj zdravstvene ustanove, kot tudi zunaj nje. To jim omogoča združevanje izkušenj in kakovostnejše delo. S tem v zvezi sta bili že omenjeni obliki samoocenjevanje kakovosti (glej ⇒ Samoocenjevanje kakovosti) in krožek kakovosti (glej ⇒ Krožek kakovosti).

3. Kako do celovitega obvladovanja kakovosti?

Bistvena naloga celovitega obvladovanja kakovosti v zdravstveni ustanovi je seznanitev vseh članov osebja, da so sestavni del kakovosti oskrbe in da imajo vsi možnost in sposobnost izboljšanja kakovosti. Celovito obvladovanje kakovosti, kot najbolj kompleksna oblika izboljševanja kakovosti, ima pet načel:

⇒ Bistvo stalnega izboljševanja kakovosti je izkoriščanje najboljših uspehov oskrbe v nepretrganem postopku, ki obsega:
- postavljanje ciljev kakovosti,
- ocenjevanje kakovosti in odkrivanje najboljših izidov,

- izboljševanje kakovosti s pomočjo analiziranja in uporabe "know-how", da bi dosegli čim boljše uspehe,
- spremljanje (nepretrgano odvijanje postopka).

⇒ V tem postopku bi morali aktivno sodelovati tudi bolniki.
⇒ Dejavnosti na osnovni ravni so temelj stalnega izboljševanja kakovosti in morajo biti sestavni del vsakdanjega dela pri vseh zaposlenih.
⇒ Izvajalci imajo pri tem najpomembnejšo vlogo. Vsak posameznik, vpleten v oskrbo, je odgovoren za pravilno izvajanje svojega dela nalog, vendar imajo zadnjo skrb predvsem vodilni.
⇒ Uspešnost stalnega izboljševanja kakovosti je bolj odvisna predvsem od samoocenjevanja in lastnega postavljanja ciljev, kot pa od nadzora in predpisov.

3.1 Priprava na celovito obvladovanje kakovosti

Celovito obvladovanje kakovosti zahteva pozorno in natančno načrtovanje, ker nameravamo z njo znatno spremeniti ozračje, organizacijo in sistem zdravstvene ustanove. V celovito obvladovanje kakovosti je potrebno pritegniti tudi zunanje uporabnike in izvajalce.

Celovito obvladovanje kakovosti mora biti zasnovano na poznavanju potreb zdravstvene ustanove.

Načelo celovitega obvladovanja kakovosti je, da kakovost vodijo uporabniki, zato so potrebni pozorni pogovori z zaposlenimi, uporabniki in drugimi vplivnimi.

Celovito raziskovanje in zgledovanje potem vodi do dobro oblikovanih in dokumentiranih strategij za vpeljavo sprememb z jasnimi nameni, cilji in načrti. Določeno mora biti spremljanje in ocenjevanje vpeljanih sprememb.

3.2 Nujnost delovne povezanosti vodilnih in zaposlenih

Vodilni in zaposleni morajo razumeti različne oblike celovitega obvladovanja kakovosti. Predanost vodstva mora biti jasno razvidno tudi po njihovih dejanjih, ne samo v besedah. Vodilni morajo poleg navduševanja zaposlenih za načela kakovosti ta uporabljati pri svojem delu.

Poslovodniki in vodilni v stroki se morajo vprašati naslednje:
⇒ Ali sem ugotovil, kdo so moji notranji in zunanji uporabniki?
⇒ Ali vem, kaj pričakujejo/zahtevajo od mene?

⇒ Ali za to, da bi ugotovil, kaj pričakujejo/zahtevajo od mene, uporabljam veljavna in zanesljiva merila?
⇒ Ali sem se o zahtevah pogodil s svojimi notranjimi in zunanjimi uporabniki?
⇒ Ali sem ugotovil, kaj je moj osebni prispevek k zadovoljevanju teh zahtev (poleg prispevka zaposlenih in zdravstvene ustanove kot celote)?
⇒ Ali sem te zahteve izbral kot svoje osebne cilje kakovosti?
⇒ Ali sem izbral standarde za svoje delo ali cilje izboljšanja kakovosti za svojo nalogo?
⇒ Kako bom ocenjeval izvajanje teh svojih nalog?
⇒ Ali sem svoje delo že začel ocenjevati?
⇒ Če že, ali dosegam svoje standarde in cilje?
⇒ Kaj ukrenem, če ne dosežem svojih standardov in ciljev?
⇒ Če jih dosežem, ali sem se odločil, kako zaostriti standarde (kadar je smiselno)?
⇒ Ali sem seznanil svoje notranje in zunanje uporabnike s svojimi nalogami?
⇒ Ali lahko od podrejenih pričakujem, da bodo delali na ta način, če sam zase ne morem na vsa našteta vprašanja odgovoriti pritrdilno?

Na poslovodnikih je, da to dejavnost med svojimi zaposlenimi podpirajo in jo vpletejo v celovito obvladovanje kakovosti. Notranji nadzor kakovosti je le prvi korak k vsesplošnemu kakovostnemu vodenju, ki ga mora opraviti vsak poslovodnik. Zagotavljanje kakovosti kot dejavnost, ki je izrazito povezana s strokovnim delom posameznika in osebnim angažmajem izvajalcev, se ne sme nikoli izkoriščati za zunanji nadzor kakovosti. To je eno izmed načel evropskega združenja za kakovost v splošni medicini. Zagotavljanje kakovosti nima in ne more imeti take vloge, čeprav v nekaterih sistemih zdravstvenega varstva razmišljajo tudi o vključevanju nekaterih meril iz smernic v pogodbe med plačnikom in izvajalcem. Prav tako pomembno načelo zagotavljanja kakovosti zahteva, da se zdravniku omogoči strokovno odločanje na podlagi smernic.

Celovito obvladovanje kakovosti je eden izmed številnih izrazov, ki opredeljujejo nadgradnjo združitve zagotavljanja kakovosti (udeleženi so izvajalci) in kakovostnega vodenja (udeleženi so poslovodniki, pri načrtovanju pa tudi upravljavci in snovalci zdravstvene politike). Način je prenesen iz industrijskega vodenja in je zasnovan tako, da omogoča hkratno reševanje težav pri vodenju in izvajanju oskrbe. Pri tem prihaja do usklajenega delovanja poslovodnikov (pristop od zgoraj) in izvajalcev (pristop od spodaj). Le skupna prizadevanja zdravnikov, medicinskih sester, drugih profilov, zaposlenih v zdravstvu, in poslovodnikov zagotavljajo uspeh (glej ⇒ Sooblikovalci izboljševanja kakovosti, glej ⇒ Ravni izboljševanja kakovosti).

3.3 Organizacija celovitega obvladovanja kakovosti

Poslovodniki morajo imenovati **vodjo kakovosti**, ki skrbi za celovito obvladovanje kakovosti. Potrebuje odlične sposobnosti in spretnosti za sporazumevanje, biti mora karizmatičen in prepričljiv. Imeti mora neposreden in enostaven dostop do direktorja in poročati tistemu v poslovodnem odboru, ki je določen za področje kakovosti. Vloga vodje za kakovost se povezuje z vlogo odgovornega za sklepanje pogodb.

Odgovornost za stalno izboljševanje kakovosti je v rokah vodij oddelkov in posameznih služb ter zaposlenih v njih. Vendar mora vsaj v začetku skrbeti za podporo skupina, ki jo oblikuje vodstvo. Pri 500 zaposlenih je potreben en polno zaposlen pospeševalec za kakovost.

Sestanki, namenjeni kakovosti, se najbolje obnesejo, če so združeni z ostalimi sestanki zaposlenih.

3.4 Vključevanje zdravnikov

Ker je celovito obvladovanje kakovosti prvenstveno poslovna oblika izboljševanja kakovosti, ki sama po sebi daje večji poudarek družbenemu (zadovoljstvo uporabnikov) in gospodarskemu vidiku kakovosti (racionalno poslovanje, ugodno razmerje med vložki in izložki), kot pa strokovnemu vidiku kakovosti, je nujno, da poslovodniki pritegnejo k sodelovanju čim več zdravnikov kot nosilcev dejavnosti. Brez vključitve neposrednih izvajalcev celovito obvladovanje kakovosti ne more doživeti uspeha. Zdravniki morajo biti vključeni v načrtovanje v obliki delavnic in izobraževanja za kakovost.

Za celovito obvladovanje kakovosti je nujna sprememba ozračja v organizaciji.

Ena pomembnih nalog celovitega obvladovanja kakovosti je odstranjevanje ovir med različnimi dejavnostmi in povečanje zaupanja ter sodelovanja. Za spremembo je potrebno več nagrad kot kazni. Zbiranje in vračanje podatkov o razlikah pri delu vzpodbudi zdravnike, kar je pomembna spodbuda, da jih pridobimo za spremembo njihovega sloga dela.

III. DEL

NAČINI IZBOLJŠEVANJA KAKOVOSTI

Kaj lahko storim, da bi drugim olajšal delo?

Zdravstvena oskrba je zapletena storitvena dejavnost. Klasičen nadzor v takem okolju ni niti smiseln niti možen. Kontrola "izdelka" po končanem postopku oskrbe bi bila namreč izredno draga, ker bi zahtevala ogromno število enako ali bolje usposobljenih strokovnjakov, od onih, ki delajo v zdravstveni službi. Nesmiselna pa je iz enostavnega razloga, da pri zdravljenju ne moremo zavreči "izdelkov" slabe kakovosti. Edini možni izhod je vgradnja mehanizmov "nadzora" v pogoje in postopke oskrbe. Čeprav se napakam ne moremo popolnoma izogniti, s tem zmanjšujemo možnost slabega izida oskrbe na najmanjšo možno raven. Pogoje (opremo, izobrazbo, usposobljenost, sistem kakovosti) je možno in potrebno nadzorovati od zunaj z različnimi načini potrjevanja in presojanja. S tem zagotovimo dogovorjeno (standardno) raven možnosti za izvajanje oskrbe. Odgovornost za izvedbo posameznega postopka ob zagotovljenih standardnih pogojih leži v rokah izvajalca samega. Pri oskrbi posameznega bolnika se lahko zvrsti večje število izvajalcev, kar še oteži možnost zunanjega nadzora. Ne glede na uporabljeno metodo in vpletenost vodilnih je samoocenjevanje kakovosti s strani posameznega izvajalca ključni mehanizem, ki zagotavlja ustrezno raven oskrbe. Če želimo svoje delo izboljšati, moramo biti pripravljeni na potrebne spremembe. Vsako izboljševanje kakovosti namreč zahteva določeno spremembo, čeprav vsaka sprememba ne prispeva nujno k boljši kakovosti. Dobro vemo, kako težko je spreminjati vsakdanje navade pri delu, ker zahteva spremembo vedenja.

V tem delu so opisani nekateri sistematični načini izboljševanja kakovosti, ki temeljijo na sodobnih spoznanjih in izkušnjah. Nekatere načine je možno uporabiti na vsaki ravni in ob skromnih virih, drugi so odvisni od voljnosti vodilnih na vseh ravneh sistema zdravstvenega varstva. Uporabljene metode se na posameznih ravneh med sabo razlikujejo, npr. samoocenjevanje kakovosti na ravni posameznika; krožki kakovosti, medsebojno obiskovanje na krajevni ravni pri skupini izvajalcev; celovito obvladovanje kakovosti na krajevni ravni v zdravstveni ustanovi; presoja posameznikov, ustanov, postopkov in sredstev oskrbe na državni ravni.

PODATKOVNO PODPRTO IZBOLJŠEVANJE KAKOVOSTI

1. Povratni podatki

Povratni podatki so se izkazali kot močna spodbuda spreminjanja sloga dela (glej ⇒ Obvladovanje sprememb). Izvajalci v svojem naravnem prizadevanju, da bi dosegli odličnost, poskušajo posnemati najboljše na svojem področju. Kadar imajo na razpolago povratne podatke o svojem delu, ki jih lahko primerjajo s podatki o delu drugih iz svoje stroke ali s splošno veljavnimi in sprejetimi standardi, se jim bodo poskušali približati. To dejstvo je podlaga številnim metodam, ki uporabljajo povratne podatke za spodbujanje sprememb.

Povratni podatki so oblika poročila o postopku in/ali izidu opravljenega dela njegovemu izvajalcu. Ker je zasledovanje celotne zdravstvene oskrbe določene skupine bolnikov v praksi nemogoče, izberemo le tiste postopke, dele postopka ali izide, za katere menimo, da zadosti natančno pojasnjujejo kakovost (glej ⇒ Stopnje izboljševanja kakovosti).

1.1 Podatki o postopkih in izidih

Kadar je na razpolago večje število podatkov o izidih več izvajalcev, je mogoče opraviti primerjavo med njimi. Na eni strani opazujemo tiste izvajalce, ki dosegajo tako slabe izide, da jih je potrebno izločiti, na drugi pa izvajalce, ki dosegajo nadpovprprečne (odlične) izide, od katerih bi se lahko učili tudi drugi (glej ⇒ Zgledovanje). Do nedavnega je prevladovala filozofija iskanja slabih izvajalcev, njihovo kaznovanje in izločanje. Za tak pristop je pogosto zadostoval en slab primer ali mnenje ocenjevalca, ki se je zanašal predvsem na domnevna "doktrinarna" stališča. Veljala je obče sprejeta domneva, da bo kakovost zagotovljena z izločanjem tistih izvajalcev, ki so sodelovali pri ugotovljenih odstopanjih. Važneje je bilo najti "krivca", kot pa ugotoviti vzroke, ki so prispevali k slabemu izidu. To pogosto imenujemo teorijo "**gnilih jabolk**". Izkazalo se je, da se s tem kakovost ostalih izvajalcev ni nič popravila. Večina uporabnikov zdravstvenih storitev je odvisna prav od teh "ne slabih" izvajalcev, katerih izidi se kažejo na večini uporabnikov zdravstvene službe. Kopičenje drobnih odstopanj, ki sama po

sebi ne povzročajo takšne škodljivosti, privede do oskrbe, ki ne dosega več pričakovane ravni kakovosti (glej ⇒ Kakovost oskrbe, glej ⇒ Spodbujanje sprememb).

1.2 Zbiranje podatkov

1.2.1 Rutinski podatki

Pomembna ovira spremljanja kakovosti v večjem obsegu je omejena možnost in cena opazovanja zdravstvene oskrbe, zato se večinoma zanašamo na **rutinsko** zbrane **podatke** (glej ⇒ Zdravstveni karton in kakovost). Pri storitvenem načinu plačevanja zdravstvene oskrbe je podatkov, ki jih je možno uporabiti za ocenjevanje kakovosti in povratne podatke, relativno mnogo. Izvajalci so na zahtevku za plačilo dolžni relativno natančno opisati opravljene storitve. V "proračunskem" načinu je takih podatkov precej manj. Pri nas npr. poznamo avtomatsko obdelavo izdanih receptov. Zdravnik lahko dobi prerez svojega predpisovanja in ga primerja s povprečjem. Drugi podatki so sicer zbrani, vendar je njihova obdelava namenjena predvsem zdravstveni politiki. Rutinsko zbrani podatki so lahko dostopni, pokrivajo celotno oskrbo in so zato tudi poceni. Poleg prednosti imajo zaradi "neraziskovalnega" načina zbiranja tudi številne pomanjkljivosti, ki omejujejo njihovo uporabnost. Težnja izvajalcev je, da pri proračunskem načinu plačevanja storitev poskušajo plan doseči predvsem količinsko, pri storitvenem pa celo preseči. Zato so podatki o obsegu in kakovosti oskrbe lahko deloma nenatančni. Kakovost rutinsko zbranih podatkov moramo zato nujno preverjati z drugimi načini zbiranja in z raziskavami zdravstvenega stanja ter zadovoljstva uporabnikov.

1.2.2 Priložnostno zbiranje podatkov

Za osnovni pregled so zanimivi že rutinsko zbrani podatki, ki kažejo predvsem na odstopanja, manj pa nam povedo o možnih vzrokih zanje. Za ugotavljanje vzrokov pri odstopanjih v izvajanju zdravstvene oskrbe navadno potrebujemo še dodatne podatke. Te zbiramo s priložnostnimi obrazci in na druge načine (glej ⇒ Analiza izjemnih dogodkov, glej ⇒ Samoocenjevanje kakovosti). S priložnostnimi obrazci zbiramo vnaprej dogovorjene skupine podatkov, ki na podlagi raziskav in soglasja strokovnjakov kažejo na kakovost oskrbe. Za take podatke se je uveljavil izraz kazalci kakovosti. Na podlagi teh kazalcev je možno spremljati in ocenjevati pogoje, postopek in izide določene oskrbe. Z njimi je mogoče ocenjevati posameznega izvajalca, zdravstveno ustanovo, območje ali celotno državo (njen sistem zdravstvenega

varstva). Na mednarodni ravni je že več let uveljavljen zbir kazalcev kakovosti perinatalnega zdravstvenega varstva (Continuous quality development in perinatal care using quality indicators – the OBSQUID project Regionalnega urada za Evropo Svetovne zdravstvene organizacije). Izbira ustreznih kazalcev je najpomembnejši korak za takšno zbiranje podatkov (glej ⇒ Stopnje izboljševanja kakovosti).

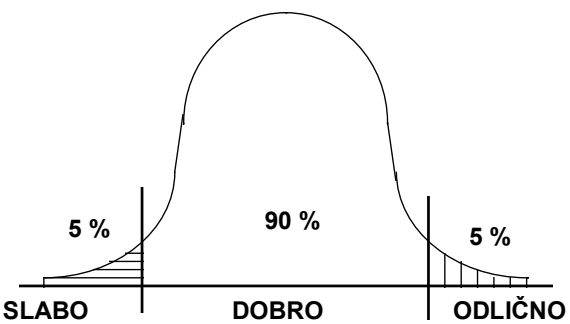
Drug način zbiranja povratnih podatkov so raziskave zdravstvenega stanja in zadovoljstva bolnikov. Raziskave so drag način zbiranja podatkov in so namenjene predvsem potrjevanju kakovosti na druge načine zbranih podatkov. Nujno zajamejo samo omejen izsek iz celotne zdravstvene oskrbe.

Sodobna elektronika dodatno podpira razpoložljivost, dosegljivost in uporabnost povratnih podatkov, ker v marsičem olajša njihovo zbiranje, obdelavo, prikazovanje in sporočanje. Pri tem je seveda najpomembnejša odločitev, kateri podatki so toliko pomembni za kakovost oskrbe, da opravičujejo stroške zbiranja. Danes leži neizkoriščena kopica zbranih podatkov. Vanje so izvajalci vložili ogromno časa in sredstev, njim in družbi pa ne prinašajo pričakovane koristi. Ob ekranu računalnika je prepozno razmišljati o neuresničljivosti sanj posameznikov o popolnem nadzoru, zato je potrebno vnaprej izbrati tiste dele postopka oskrbe ("storitve"), ki nam lahko pomagajo pri spremljanju, zagotavljanju in izboljševanju kakovosti.

2. Pravilo "zdravih jabolk"

Teoretično podlago stalnega izboljševanja kakovosti pogosto imenujemo kar teorija "**zdravih jabolk**". Cilj izboljševanja kakovosti je namreč prav v odkrivanju najboljših izidov oskrbe in njihova uporaba pri izboljševanju celotne oskrbe.

2.1 Razporeditev izvajalcev glede na slog dela



Slika 1. *Približna razporeditev predpisovalcev zdravil na "varčne", "povprečne" in "drage" predpisovalce.*

Ko opazujemo določeno področje oskrbe, se izidi teoretično razporedijo pod krivuljo, kjer je 5 % izidov odličnih, 90 % dobrih in 5 % slabih (slika 1). Pri predpisovanju zdravil to predstavlja 5 % tistih, ki ob normalno obremenjeni ambulanti predpišejo najmanjšo količino (ali najmanjšo vrednost) zdravil na eni strani in 5 % tistih, ki ob podobnih pogojih predpišejo največ zdravil.

2.1.1 Odkrivanje najboljših

V naslednjem koraku odkrijemo najboljše izide in preverimo postopek in pogoje, ki so pripeljali do tako dobrih izidov.

> Dosedanja politika omejevanja predpisovanja je bila usmerjena predvsem na odstranjevanje "slabih jabolk". Odstranitev "slabih" izvajalcev ima svoj smisel, vendar je strošek praviloma nesorazmeren z uspehom. 90 % izvajalcev namreč ohrani svoj slog dela in po teoriji "zdravih jabolk" se največ možnosti za izboljšave skriva prav v tej veliki skupini.

2.1.2 Primerjanje lastnega dela z drugimi

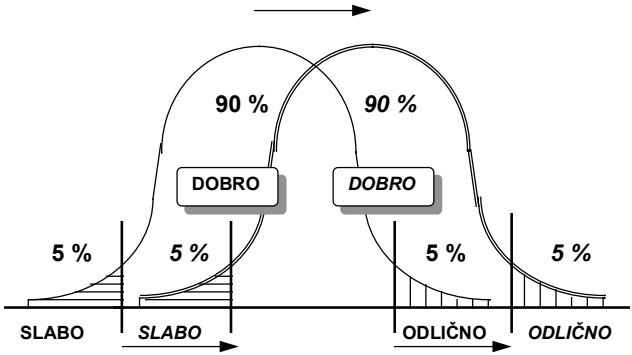
Naravna težnja vsakega posameznika je, da bi se približal najboljšim. To predstavlja osnovno gonilo izboljševanja kakovosti pri podatkovno podprtih oblikah izboljševanja kakovosti. Izvajalci, ki se seznanijo s povratnimi podatki, lahko primerjajo svoje dosežke z drugimi. To je poleg ostalih (predvsem zunanjih) spodbud temelj vsakega izboljšanja kakovosti (glej ⇒ Obvladovanje sprememb).

Poleg tega je najboljšim treba dati možnost, da predstavijo slog svojega dela. Na osnovi analize lahko oblikujemo smernice za delo, ki se lahko široko uporabljajo. Na ta način s stalnim postavljanjem in doseganjem vedno višjih ciljev premikamo krivuljo izidov proti visoki kakovosti (slika 2).

Metoda je zasnovana na stalnem zbiranju podatkov, kar je v primeru predpisovanja zdravil v Sloveniji doseženo in na stalnem pozitivnem "feedbacku" vsem izvajalcem. Iz izkušenj je znano, da z izmenjavo izkušenj in pozitivno stimulacijo bolj uspešno izboljšamo kakovost kot s kaznovanjem slabih izidov.

Na podlagi kazalcev in po primerjavi izidov najdemo ustanove, kjer zdravniki odlično delajo. Tam se lahko izvaja pouk in usposabljanje tistih, ki se zanimajo za izboljšanje svojega dela. Metodo lahko uporabljamo na vseh ravneh. Najspodbudnejša sta projekta na meddržavni ravni Svetovne

zdravstvene organizacije na področju oralnega zdravja in perinatalnega zdravstvenega varstva. V oba je vključena tudi Slovenija.



Slika 2. Približna razporeditev predpisovalcev zdravil na "varčne", "povprečne" in "drage" predpisovalce po ustreznih intervencijah (po posredovanju povratnih podatkov o predpisovanju vsem zdravnikom; po seminarjih, kjer o predpisovanju "poučujejo" odlični predpisovalci; po uporabi svetovalcev, kot to dela farmacevtska industrija; po drugih oblikah spodbujanja spremembe sloga dela in po samoocenjevanju kakovosti predpisovanja). Dvojna črta predstavlja novo krivuljo, ki se je pomaknila v želeno območje predpisovanja. Vidimo, da kar je danes dobro, jutri lahko ni več dobro in danes odlično bo jutri le še komaj dobro.

Kljub temu, da ima prednost iskanje dobrih rezultatov, je potrebno odkrivati tudi slabe izide in jih po možnosti odpraviti, ali vsaj približati povprečju, kadar je to tudi strokovno škodljivo.

3. Sklep

Poleg poznavanja lastnih uspehov pri delu je nujno postavljanje ciljev, kakšno kakovost želimo doseči. Izvajalci se morajo med seboj dogovoriti, kaj je optimalna kakovost in pri tem upoštevati tudi izkušnje ter želje bolnikov. Cilje postavimo v dialogu med izvajalci oskrbe, zdravstvenimi politiki in upravljavci zdravstvenega sistema (skladov). Cilje kakovosti imenujemo tudi standardi. S standardi potegnemo mejo med sprejemljivo in nesprejemljivo kakovostjo v določenih pogojih. Dogovorimo se, do katere mere bomo dosegali merila oskrbe, ki so znanstveno in strokovno opredeljena. Vnaprej mora biti jasno, kolikšna je količina predpisanih zdravil in kaj se pri tem uporablja kot imenovalec. Zagotovo sta samo celotno število predpisanih receptov in njihova celotna vrednost le zelo groba kazalca kakovosti predpisovanja.

ZGLEDOVANJE

1. Opredelitev zgledovanja

V vsaki zdravstveni ustanovi se odvijajo številni medicinski in podporni (nemedicinski) postopki, ki se med seboj dopolnjujejo in skupaj prispevajo k uspešnemu izpolnjevanju poslanstva ustanove - izvajanju zdravstvene oskrbe. Celovito obvladovanje kakovosti in druge metode izboljševanja kakovosti so podlaga za spremembe znotraj sistema organizacije (glej ⇒ Vzpostavitev in vzdrževanje sistema kakovosti, glej ⇒ Celovito obvladovanje kakovosti). Pogosto tudi te spremembe ne zadoščajo za doseganje najboljših izidov. Medtem ko se določena organizacija otepa z določenimi težavami, so jih drugje že rešili. Iskanje najboljših izidov, preučevanje načina organizacije dela, ki pripelje do takih izidov, in preoblikovanje lastne organizacije dela imenujemo zgledovanje. V medicini je ustaljena praksa, da se učimo drug od drugega. Vendar je to učenje prepuščeno vnemi posameznika in slučajnim možnostim izboljšav. K uspešnosti izvajanja zdravstvene oskrbe pa poleg same medicinske stroke znatno prispevajo tudi podporne (nemedicinske) dejavnosti. Slednje se navadno odvijajo zelo rutinsko. Resničen napredek je možen le, če se v učenje na zgledu drugih sistematično vključijo zaposleni na vseh področjih zdravstvene ustanove.

Zgledovanje je oblika izboljševanja kakovosti, ki ga označuje stalen sistematičen postopek za ocenjevanje in primerjanje delovanja zdravstvenih ustanov ali njenih delov, za katere velja, da so najboljša na svojem področju z našimi, da bi s preoblikovanjem naših postopkov izboljšali kakovost svojega dela. Primerno je predvsem za zdravstvene ustanove, katerih končni cilj je celovito obvladovanje kakovosti in želijo doseči odličnost na čim več področjih svojega delovanja (glej ⇒ Celovito obvladovanje kakovosti). Za uspeh je nujna vključitev vodstvenih delavcev in nosilcev odločanja v postopek zgledovanja od samega začetka. Vendar je zamisel možno uporabiti tudi na ravni posameznika kot orodje za primerjanje pri samoocenjevanju (glej ⇒ Samoocenjevanje kakovosti, glej ⇒ Krožek kakovosti). Zgledovanje nam podobno kot podatkovno podprto izboljševanje kakovosti (glej ⇒ Podatkovno podprto izboljševanje kakovosti) odkrije najboljše izvajalce, ki nam služijo kot zgled (standard, cilj), ki ga želimo doseči in po možnosti preseči.

1.1 Začetki zgledovanja

Začetki zgledovanja segajo v pozna sedemdeseta leta v Združenih državah Amerike, ko so se pri podjetju Xerox odločili, da izboljšajo organizacijo svojega poslovanja. Ugotovili so, da nekatere poslovne enote delajo podpovprečno, druge pa izjemno uspešno. Med svojimi poslovnimi enotami so izbrali najboljše in način njihovega dela prenesli tudi na preostale enote. Dosegli so izjemen uspeh. Metoda je našla mnogo privržencev in se je kmalu razširila tudi med zdravstvene ustanove.

2. Načela zgledovanja

V neprestani tekmi za izboljšanjem svoje ponudbe so mnoga podjetja dosegla neslutene dosežke. Podobno se dogaja tudi z zdravstvenimi ustanovami. Da ne bi bilo potrebno vedno znova trošiti energije za ponovno odkrivanje že znanih rešitev, se je smiselno zateči k iskanju zgledov pri vodilnih ustanovah določenega področja. Zgledovanje ni enostavno posnemanje drugih organizacij, temveč postopek stalnega primerjanja izdelkov, storitev in delovanja v primerjavi z vodilnimi organizacijami svojega področja. Pri drugih oblikah izboljševanja kakovosti se celotna dejavnost dogaja znotraj ene same ustanove, v skupini izvajalcev ali celo pri posameznem izvajalcu. Zgledovanje se odvija med dvema ustanovama.

V zdravstvu so bistveni trije vzroki za zgledovanje:

- ⇒ potreba po osredotočenju na bolnika kot najvažnejše osebe v postopku;
- ⇒ potreba po osredotočenju na postopke oskrbe (Sem sodijo merila ocenjevanja tistih postopkov ali delov postopka, ki so pomembni za bolnika. Vodje se lahko sproti odločajo na podlagi zbranih podatkov o ključnih postopkih v svoji organizaciji. Podatki obenem služijo za izboljševanje postopkov.);
- ⇒ potreba po nadomeščanju nekaterih dejavnosti in postopkov, ki zavirajo napredek ustanove (S preoblikovanjem ali z zamenjavo postopkov je mogoče doseči mnogo večji napredek, kot zgolj z izboljševanjem že obstoječih.).

Zgledovanje najlaže izpeljejo izvajalci nekega postopka sami, ker so njegovi "lastniki" in ga tudi najbolje poznajo. Pri zgledovanju lahko odkrijemo znatne razlike med posameznimi organizacijskimi deli iste zdravstvene ustanove, zato je pomembno, da ima zgledovalna skupina možnost vplivanja na vsako organizacijsko enoto. K reševanju težav v oskrbi lahko pristopi tako z dajanjem najboljših organizacijskih delov za zgled, kot tudi s preusmerjanjem sredstev. Zgledovalno skupino morajo sestavljati vsi ključni člani

zdravstvene ustanove s primerno zastopanostjo neposrednih izvajalcev in vodilnih. Za uspešnost sta pomembna zbiranje in uporaba objektivnih podatkov.

3. Oblike zgledovanja

Poznamo štiri oblike zgledovanja:

⇒ notranje zgledovanje,
⇒ tekmovalno zgledovanje,
⇒ primerjalno zgledovanje in
⇒ splošno zgledovanje.

Pri **notranjem zgledovanju** odkriva zgledovalna skupina najboljše organizacijske enote in njihove najboljše dejavnosti ter postopke v lastni ustanovi. Izvedba notranjega zgledovanja naj bi čimprej postala sestavina kakovostnega vodenja vsake zdravstvene ustanove. Izkušnje prenesejo na ostale organizacijske enote.

Največje možnosti napredka nudi **tekmovalno zgledovanje** med sorodnimi zdravstvenimi ustanovami v isti "panogi". V zdravstveni ustanovi, ki je znana po svoji odličnosti, raziščemo način delovanja, posamezne postopke in dejavnosti, ki pripeljejo do najboljših izidov. Visoka kakovost storitve nas usmerja k iskanju poti, po kateri jo zgledovanka doseže.

Kadar za določene dele poslovanja ustanove ne moremo najti zgledov v okviru zdravstvene dejavnosti, jih moramo poiskati zunaj zdravstva v proizvodni in storitvenih dejavnostih. S **primerjalnim zgledovanjem** se mnogokrat laže pridobi znanje in podatke, ker si organizacije iz različnih vej niso konkurenčne. Za zdravstvene ustanove je ta oblika zgledovanja primerna zlasti za t.i. servisne dejavnosti: sprejem telefonskih klicev, naročanje bolnikov, obračunavanje storitev, hotelski del storitev v bolnišnicah ipd.

Splošno zgledovanje je nadgradnja celovitega obvladovanja kakovosti, ki se začenja z odkrivanjem in razvrščanjem poslovnih postopkov, nadaljuje pa z iskanjem najboljših izvajalcev in prevzemanjem zgledov ne glede na sorodnost dejavnosti. Nekaj prednosti in slabosti posameznih oblik je naštetih v tabeli 1.

Tabela 1. *Nekatere prednosti in slabosti posameznih oblik zgledovanja.*

Oblika	Kraj dogajanja	Prednost	Slabost	Viri
Notranje	primerjanje med različnimi oddelki, ambulantami znotraj ustanove	• preprosto zbiranje podatkov • dobri izidi zaradi različno razvitih služb	• omejeno področje služb • pristranost zaradi omejene možnosti primerjav	potrebni so le viri za obvladovanje informacij-skega sistema in sodelujočih; dodatni čas na račun osnovne dejavnosti
Tekmo-valno	primerjanje s sorodnimi ustanovami v zdravstveni dejavnosti	• primerljivi postopki • podoben način zbiranja podatkov • neposredno primerjanje	• nasprotova-nje zaradi bojazni pred tekmecem • težja dostopnost podatkov	potrebni dodatni viri za zbiranje in obdelavo podatkov: čas, osebje, denar, svetovalci
Primer-jalno	primerjanje posamičnih postopkov z enakimi postopki izven zdravstvene dejavnosti	• široko področje organizacij, kjer je možno odkriti odličnost za posamezni del dejavnosti • dobri izidi, ki spodbujajo • enostavno prenosljiva tehnologija • sprejemljiv obseg podatkov	• omejitev le na manjši del celotne organiza-cije • velika poraba časa • vprašljiv prenos v drugo okolje	potrebni dodatni viri za zbiranje in obdelavo podatkov ter za iskanje najboljših na drugem gospodarskem področju: čas, osebje, denar, svetovalci
Splošno	primerjanje celotne organizacije zdravstvene ustanove z najboljšo znano organizacijo	• dobri izidi, ki spodbujajo • enostavno prenosljiva tehnologija • sprejemljiv obseg podatkov	• velika poraba časa • težave pri prenosu tehnologije • različni pogoji gospodar-jenja	potrebni dodatni viri za zbiranje in obdelavo podatkov ter za iskanje najboljših na drugem gospodarskem področju: čas, osebje, denar, svetovalci

Pri iskanju zgledov moramo upoštevati naslednja ključna izhodišča:

- ⇒ Osredotočiti se moramo na bistvene storitve in postopke.
- ⇒ Biti moramo pripravljeni, da se bomo učili.
- ⇒ Privzeti moramo najboljše dejavnosti, ki se skladajo z našo organizacijo dela.
- ⇒ Izboljšati moramo oskrbo bolnikov.
- ⇒ Najvišji cilj zgledovanja je izboljšanje zdravstvenega stanja celotnega prebivalstva.

Za zdravstvo je ključni del projekta strategija vpeljave sprememb. Spremembe so nujno potrebne zaradi spreminjajočih družbenih, gospodarskih in strokovnih razmer. Prvenstveno so združene v vodstvenem, medicinskem in nemedicinskem segmentu. Ker je zgledovanje navadno spodbujeno in vodeno "od zgoraj", je potrebno paziti, da se pri vnašanju sprememb ne opiramo samo na spremembo v opravljanju administrativnih in vzporednih (nemedicinskih) dejavnosti. Najpomembnejša je vsekakor oskrba bolnikov, ki mora imeti prednost pri vseh izboljšavah v zdravstvu. S tem ciljem je potrebno nastopiti kljub spreminjajočim se razmeram v našem sistemu zdravstvenega varstva. Vodstveni in nemedicinski segment zdravstvenih ustanov je vsekakor pomemben in prikladen za izboljšave, vendar večji del obrata sredstev predstavlja medicinski segment.

4. Izvedba zgledovanja

4.1 Pogoji za izvedbo zgledovanja

Za zgledovanje so,poleg volje in motivacije potrebna tudi sredstva, ustrezen informacijski sistem, organizacijske možnosti in strokovnjaki. Na uspešnost zgledovanja vplivajo naslednji dejavniki:

- ⇒ Vnetost in daljnovidnost vodstva
- ⇒ Zagotovitev časa in drugih virov, potrebnih za izvedbo
- ⇒ Obstoječi mehanizmi stalnega izboljševanja kakovosti, stalnega strokovnega izobraževanja in vpeljave izboljšav
- ⇒ Dobro poznavanje notranjih postopkov pred obiskom zgledovanke
- ⇒ Osredotočenje na najboljši način dela; primerjava na osnovi kazalcev je drugotnega pomena
- ⇒ Pripravljenost za izmenjavo podatkov
- ⇒ Pripravljenost za spremembe, ki izhajajo iz zgledovanja
- ⇒ Razumevanje zgledovanja kot stalne naloge

Zaradi izdatkov za izvedbo projekta izboljševanja kakovosti s pomočjo zgledovanja se zanj odločajo predvsem večje organizacije. Manjše

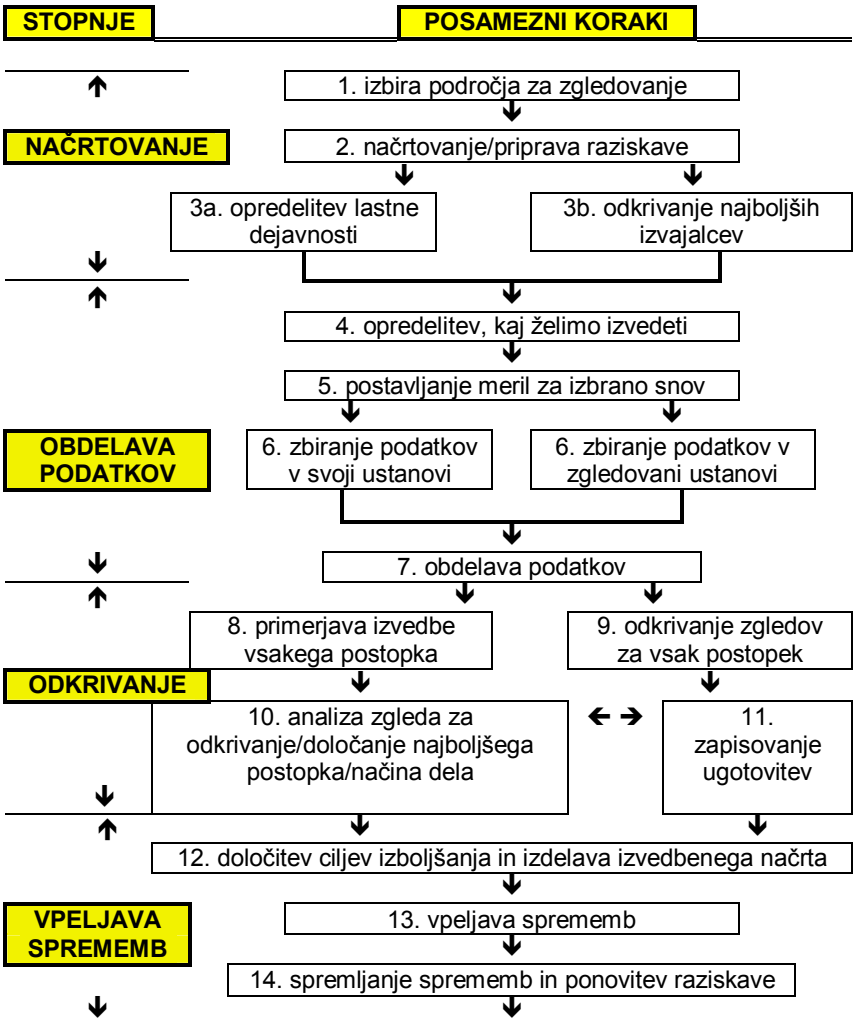
zdravstvene ustanove si težko privoščijo dodatne stroške, zato morajo izkoristiti prednosti svoje majhnosti, kar znatno zmanjša stroške. V njih je lažji dostop do podatkov, odločitve se sprejemajo preprosteje, sporazumevanje je olajšano in tudi osebje je navadno bolj prilagodljivo.

Z zgledovanjem mobiliziramo najboljše izvajalce in njihove metode prenašamo na druge. Zgled primerjamo s podatki o našem lastnem delu. Pri kateri koli obliki zgledovanja je pomembna izbira zgledovane organizacije, v kateri najdemo zglede za tiste dejavnosti, ki bi jih radi izboljšali v naši (zgledovalni) organizaciji. Pri notranjem zgledovanju iščemo zglede na sosednjem oddelku, v drugi ambulanti, pri drugi službi itd. Pri tekmovalnem zgledovanju izberemo vodilno organizacijo iz iste panoge, pri primerjalnem pa odvisno od postopka ali dejavnosti, ki jo želimo izboljšati, iščemo zglede pri organizacijah izven naše panoge. Splošno zgledovanje je oblika tekmovalnega zgledovanja s poudarkom na vsesplošni vpletenosti izvajalcev celotne organizacije, večine postopkov in dejavnosti te organizacije. Za vse oblike veljajo enake stopnje izvedbe zgledovanja.

4.2 Postopek zgledovanja

Za zgledovanje se praviloma odloči ena ustanova (**zgledovalka**), ki za sodelovanje zaprosi drugo ustanovo, pri kateri se želi zgledovati (**zgledovanka**). Zgledovalka navadno zaprosi izbrano zgledovanko za sodelovanje in skupaj se sporazumeta o pogojih sodelovanja. Gre za nekakšno "prijateljsko tekmovanje" med ustanovami (ali deli iste ustanove), ki pripelje na osnovi dogovorjenega sodelovanja do boljših uspehov v zgledovalni pa tudi v zgledovani ustanovi. Zgledovalna ustanova prevzame od zgledovane tiste postopke ali dele postopka, ki ji omogočajo izboljšanje poslovanja. Zgled je lahko kateri koli primerljiv proizvod, postopek ali dejavnost. Za uspeh zgledovanja (izboljšanje kakovosti) so nujni: motiviranost zaposlenih, ustrezen informacijski sistem in viri.

Ko se vodstvo odloči za zgledovanje, mora izbrati zgledovalno skupino po omenjenih načelih. Skupina skrbi, da delo poteka načrtno od stopnje do stopnje in ima moč izpeljati potrebne spremembe. K zgledovanju je potrebno pritegniti ljudi, ki so neposredno povezani z določenim postopkom. Pri teh ljudeh so namreč prisotne najboljše zamisli o izboljšavah. Načrtovanje, obdelava podatkov, oblikovanje ukrepov in vpeljava sprememb so štiri temeljne stopnje zgledovanja, ki jih delimo še na korake in naprej na podrobnejše dejavnosti (glej ⇒ Stopnje izboljševanja kakovosti). Stopnje in korake prikazuje slika 1. Podrobne dejavnosti presegajo namen in obseg tega prispevka.



Slika 1. *Stopnje in posamezni koraki zgledovanja. Stopnje so enake kot v (Demingovem) krogu kakovosti: načrtuj, stori, preveri in ukrepaj. Posamezni koraki podrobneje popisujejo vzorec dejavnosti pri zgledovanju.*

Za izbiro postopka za zgledovanje moramo upoštevati naslednja merila:

- ⇒ postopek je možno opredeliti in je skupen številnim organizacijam;
- ⇒ postopek se pojavlja v več organizacijskih delih neke ustanove;
- ⇒ postopek se pogosto ponavlja in tako vpliva na oskrbo številnih bolnikov;
- ⇒ postopek mora prispevati k uspehu ali neuspehu ustanove;
- ⇒ postopek je merljiv;

⇒ nanaša se na strateške načrte ustanove.

Poleg izbire zgledovane ustanove je ključna tudi izbira kazalcev in meril za zgledovane postopke. Med kazalci so zadovoljstvo bolnikov, stroški postopka ali dejavnosti, stopnja napak, čas postopka in dohodek.

4.3 Možnosti zgledovanja

Razlogi za zgledovanje so številni in odvisno od posamezne ustanove, predvsem pa od sistema financiranja, ki je običajno glavna gonilna sila izboljšav. Pri zgledovanju je nujno upoštevanje razlik v oskrbi, ki nastajajo zaradi različnih kulturnih vplivov. Med najpomembnejše pogoje za uspešen začetek zgledovanja sodi odločenost vodilnih za izboljšanje dela v svojih ustanovah. Za izpeljavo je zaželeno nekaj znanja in izkušenj na področju stalnega razvijanja kakovosti. Po oblikovanju zgledovalne skupine sledi izbira ključnih postopkov. Ključni postopki so tiste dejavnosti, ki jih je potrebno učinkovito izvesti za zadovoljevanje potreb bolnikov. K uspešnosti zgledovanja prispevajo voljnost do sprejemanja novosti, poznavanje bolnikov in variacij v nudenju oskrbe ter potrebni viri (kadri, sredstva, čas).

Pri iskanju primerne zgledovane ustanove si pomagamo tako, da sestavimo seznam potencialnih ustanov. Telefonično skušamo pri njih ugotoviti zanimanje za sodelovanje. Na ta način zožimo krog eventualnih partnerjev. Zainteresiranim pošljemo podroben vprašalnik, ki smo ga uporabili tudi za zbiranje podatkov o našem delu. Včasih lahko že na podlagi izpolnjenega vprašalnika izpeljemo nadaljnje postopke in obisk pri zgledovanki ni niti nujno potreben.

Ob obisku zgledovane organizacije si moramo postaviti naslednja vprašanja:

⇒ Katere dejavnosti izvajajo, da dosežejo določen rezultat?
⇒ Kdaj so začeli s tako dejavnostjo?
⇒ Zakaj so začeli s tako dejavnostjo? Kaj ni bilo v redu s prejšnjo dejavnostjo?
⇒ Kakšne koristi (npr. čas, denar, druge koristi) imajo, odkar izvajajo to dejavnost?

Če sledimo krogu izboljševanja kakovosti in zgledovanju, vidimo, da imata obadva enake stopnje. Zgledovanje navadno poteka v organizacijsko kompleksnejših razmerah in zato zahteva tudi podrobnejše načrtovanje celotnega postopka. Pomembna razlika je zlasti v tem, da so v zgledovanje praktično vpleteni vsi izvajalci neke dejavnosti. Naloga vodstva je, da motivira vse izvajalce in jih pritegne k sodelovanju. Z odkritjem zgleda lahko prilagodimo našo dotedanjo dejavnost, ki s tem postane uspešnejša. Vendar prinaša popravljanje obstoječega postopka le postopen napredek. Za kakovostni preskok je navadno potrebno obstoječi postopek, na podlagi

zbranih podatkov, popolnoma preoblikovati ali zamenjati z drugim postopkom. Vodilni morajo prevzeti odgovornost za iskanje boljših rešitev in poučevanje. Poiskati morajo najuspešnejše izvajalce znotraj zdravstvene ustanove v sorodnih ustanovah ali drugih organizacijah s podobnim postopkom oziroma dejavnostjo, ki lahko pripomorejo k napredku.

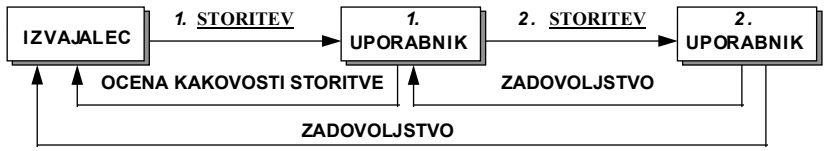
Zgledovanje je metoda izboljševanja kakovosti, ki združuje izboljševanje kakovosti in prizadevanja za obvladovanje stroškov. Pritegnitev bolnikov - uporabnikov zdravstvenih storitev – je verjetno še zahtevnejša, vendar v dobi množičnih občil ne neizvedljiva. Na potezi so vodilni delavci zdravstvenih ustanov, ki lahko sprožijo zahtevnejše oblike izboljševanja kakovosti.

ANALIZA IZJEMNIH DOGODKOV (AID)

1. Izjemni dogodki

1.1 Uporabniki in izvajalci

Pri izvajanju zdravstvene oskrbe lahko govorimo o številnih uporabnikih posameznih storitev (glej ⇒ Kakovost oskrbe). Posamezne postopke izvaja več izvajalcev. Izvajalec, ki nadaljuje postopek oskrbe, lahko ob tem ocenjuje kakovost opravljenega dela do takrat. Skoraj vsako naše delo na ta način dobi oceno kolegov, zdravstvenih sodelavcev in drugih udeležencev v sistemu zdravstvenega varstva (slika 1).



Slika 1. *Ocena kakovosti našega dela v poteku izvajanja določene oskrbe. Medtem ko končni uporabnik naše storitve ocenjuje naše delo predvsem v obliki zadovoljstva (izpolnitve pričakovanj in potreb), lahko strokovni uporabniki dajo oceno strokovne kakovosti naše storitve. Prva storitev je namenjena izvajalcu nadaljnje oskrbe, ki je uporabnik prve storitve. Pri tem lahko naleti na določene težave, ki jih dojema kot izjemne dogodke.*

1.2 Pogled uporabnika na kakovost našega dela

Mnenja drugih o našem delu (in nas o delu drugih) so neizčrpen vir ocen kakovosti. Ker pa je praktično nemogoče spremljati kakovost vseh storitev, se je smiselno osredotočiti predvsem na tiste, ki odstopajo od dogovorjene ravni. Pogosto gre za drobne dele postopkov, ki sami po sebi niti ne predstavljajo nujno pomembnega odstopanja, njihovo stalno ponavljanje pa

vendarle povzroča težave pri izvajanju oskrbe, zato v tem primeru o odstopanjih raje govorimo kot o izjemnih dogodkih.

Npr. pri odpustu iz bolnišnice dobi bolnik odpustnico in naročilo, naj si priporočena zdravila priskrbi pri osebnem zdravniku družinske medicine. Tako navodilo samo po sebi ne predstavlja odstopanja od sprejemljivih navad, če ne bi bilo izdano na petek, ko se konča delovni teden. V petek popoldne in za konec tedna bo zato bolnik obremenjeval dežurnega zdravnika, ki bolnika ne pozna in ne pričakuje, da bo svoj čas namenjal vodenju bolnikov. Obisk dežurne ambulante ali celo hišni obisk zaradi predpisovanja priporočenih zdravil predstavlja za zdravnika družinske medicine nepotrebno dodatno delo, bolniku in svojcem pa pogosto povzroča neprijetnosti. Izvajalec, v tem primeru odpustni zdravnik v bolnišnici, o tem ne ve ničesar in svoje delo v dobri veri opravlja na enak način.

Podobno se dogaja na oddelku, ko naslednja izmena naleti na težave pri nadaljevanju oskrbe.

1.3 Zbiranje podatkov o izjemnih dogodkih

	ŠIFRA PRIMERA
	DATUM PREGLEDA
	URA
	NAPOTIL (ZD/SM, PEDIATER, DRUGO)
	DATUM NAPOTITVE
	DIAGNOZA OB PREGLEDU (šifra)
	NEPOTREBNO
	PREPOZNO
	NEPOP. DOKUMENTACIJA
	NEUSTREZNO
	NEPRIMEREN ČAS
	NAPAČNA
	ZAMUJENA
	NEOSNOVANA
	NAPAČNA TERAPIJA
	PREMAJHEN ODMEREK
	PREVELIK ODMEREK
	NAPAČNA APLIKACIJA
	PREPOZNO
	NEPOTREBNO

																PREZGODAJ
																OPOMBE

Slika 2. *Primer obrazca za zbiranje podatkov o izjemnih dogodkih pri napotitvah na pregled k bolnišničnim specialistom.*

Vsak dan se pri našem delu zgodijo številni dogodki, ki nas ovirajo pri boljšem delu. Jezimo se na "krivce", pri tem pa pozabljamo na izjemno vrednost "napak" samih. Take "napake" so namreč neizčrpen vir podatkov, ki nam lahko služijo pri izboljševanju kakovosti našega dela. Izboljšanje kakovosti je nemogoče, če nimamo na razpolago ustreznih podatkov. Danes se ti dragoceni podatki praviloma izgubijo. Kolegi praviloma reagirajo le na posebno izstopajoča odstopanja od pričakovanj, manjša odstopanja pa povzročajo predvsem nejevoljo uporabnikov. Izvajalec tako praktično nima možnosti, da bi se seznanil s težavami, ki tarejo uporabnika njegovih storitev, zato je zbiranje podatkov o odstopanjih od pričakovanj nujni pogoj za spremembo sloga dela, ki bo prispevala k izboljšanju kakovosti. Slika 2 prikazuje primer obrazca za zbiranje podatkov o izjemnih dogodkov pri napotitvah na neodložljive preglede k bolnišničnim specialistom.

Zbiranje podatkov je torej osnova, na kateri temelji analiza izjemnih dogodkov.

2. AID – analiza izjemnih dogodkov

AID (**analiza izjemnih dogodkov**, aid = angl. pomoč) je orodje izboljševanja kakovosti, ki omogoča sistematično

- ⇒ zbiranje podatkov o neustrezni, nepotrebni in napačni oskrbi,
- ⇒ seznanjanje širše strokovne javnosti o ugotovitvah,
- ⇒ načrtovanje ustreznih posegov (izobraževanje, svetovanje, preoblikovanje organizacije, vaje ipd.) za odpravo pomanjkljivosti,
- ⇒ preverjanje uspešnosti dela in
- ⇒ hkrati eno izmed zanesljivih meril kakovosti dela zdravnikov družinske medicine in drugih.

2.1 Uporaba analize izjemnih dogodkov

Analiza izjemnih dogodkov je zlasti primerna za ocenjevanje kakovosti dela na prehodu iz osnovne na sekundarno raven, čeprav se lahko uporablja kot metoda zasledovanja kritičnih dogodkov tudi na posameznih oddelkih ali v zdravstvenih ustanovah. Celotni postopek analize izjemnih dogodkov mora slediti krogu kakovosti (glej ⇒ Stopnje izboljševanja kakovosti), da ne ostanemo zgolj pri zbiranju podatkov, ki kažejo predvsem na področja, kjer bi bile potrebne spremembe.

2.2 Načela analize izjemnih dogodkov

Orodje kljub svoji navidezni preprostosti zahteva od posameznika nekaj dodatnega dela, od organizatorja izboljševanja kakovosti pa veliko potrpljenja, prizadevanj in spodbujanja kolegov. Zdravnik, ki bo ocenjeval kakovost oskrbe, se mora držati treh načel:

- ⇒ Upošteval bo dogovorjene standarde.
- ⇒ Zapisal bo vsako opazno odstopanje, ki po dogovorjenih merilih vplivajo na kakovost oskrbe.
- ⇒ Metoda zagotavlja anonimnost in ne more biti povezana z disciplinskimi in drugimi postopki.

Do dogovora o skupnih merilih in standardih se upoštevajo standardi ali doktrina ustanove, kjer dela zdravnik, ki ocenjuje. Zbiranje podatkov omogoča oceno kakovosti dela zdravnikov do tega trenutka in načrtovanje ustreznih ukrepov za izboljšanje dela.

Pomemben je podatek o celotnem številu pregledov in o deležu pregledov, kjer se pojavlja "slabša kakovost". Po ustreznih posegih naj bi se delež napak zmanjševal. Kopičenje napak na določenem področju nas poleg tega usmerja k iskanju sistemskih razlogov za nastale težave.

Opazovalno obdobje je odvisno od pripravljenosti sodelujočih in problemov, ki se bodo pojavljali. Idealno bi bilo trajno zbiranje podatkov o kritičnih dogodkih.

3. Primer analize izjemnih dogodkov

3.1 Priprava projekta, ocena izhodiščnega stanja in sprememba

Za pripravo projekta uporabimo model kroga kakovosti (glej ⇒ Stopnje izboljševanja kakovosti). Izberemo prednostno nalogo. Glede na naravo težav, ki jih želimo opazovati in spremeniti, se odločimo za način zbiranja podatkov.

Projekt izboljševanja kakovosti vodenja bolniškega staleža nad 30 delovnih dni v OE Kranj ZZZS

Moto: Kaj lahko storim, da bo uporabniku moje storitve, pri kateri je odvisen od mene, laže opraviti delo?

3.1.1 Cilj projekta

Cilj mora biti konkreten, merljiv in mora prispevati k izboljšanju izidov. Odgovoriti moramo na vprašanje, kaj hočemo s projektom spremeniti in katere spremembe bodo prinesle izboljšanje.

> Cilj projekta je z edukativnim materialom vplivati na zdravnike družinske medicine, da bi svoje delo spremenili tako, da bi se zmanjšalo celotno število težav, s katerimi se sooča zdravniška komisija pri podaljševanju bolniškega staleža. Zmanjšala naj bi se potreba po osebni predstavitvi zaradi pomanjkanja podatkov v predloženi dokumentaciji in s tem povezanim čakanjem na mnenje. S tem bi se izboljšalo tudi zadovoljstvo zavarovancev in osebnih zdravnikov.

3.1.2 Predstavitev težave

Kadar se lotevamo projekta izboljšanja kakovosti, je pomemben razlog, zakaj smo se zanj odločili. Navesti moramo, kaj gre v določenem postopku narobe.

> Kakovost izvajalca pride do izraza vedno, kadar je uporabnik (stranka) v določenem procesu odvisna od odločitev in dela izvajalca. V primeru podaljševanja bolniškega staleža nad 30 delovnih dni ima zdravnik družinske medicine vlogo izvajalca, člani zdravniške komisije Zavoda za zdravstveno zavarovanje pa vlogo uporabnika. Neustrezna kakovost izvajalca se kaže v klicanju bolnikov na osebno predstavitev, ki bi se ji dalo (pogosto)

izogniti, v problemih pri dolžini podaljšanja bolniškega staleža in s tem povezanim nezadovoljstvom zavarovancev pa tudi zdravnika.

3.1.3 Pregled trenutnega stanja

V situacijski analizi določimo tok celotnega postopka, udeležence v postopku in njihovo vlogo. Določimo izvajalca in uporabnika za posamezne korake v postopku, da vemo, kdo je odvisen od odločitev drugega. Nato izdelamo ribjo kost vzrokov, ki prispevajo k opazovani težavi. Vzroke (najpomembnejše) vnesemo na obrazec za vnos podatkov. V opazovanem času zbiramo podatke in jih obdelamo. Rezultate prikažemo na Paretovem diagramu, ki je kombinacija stolpičastega diagrama, ki prikazuje pogostost problema od največjega k najmanjšemu, in črtnega diagrama, ki kaže kumulativno frekvenco. S slednjo prikažemo prispevek posameznega vzroka k celotnemu obsegu težav. Navadno eden ali nekaj vzrokov prispeva največji delež k težavam. Svoja nadaljnja prizadevanja usmerimo v reševanje najpogostejših vzrokov, ker imajo največji vpliv na težave.

3.1.3.1 Potek postopka podaljševanja bolniškega staleža nad 30 delovnih dni

zavarovanec > 30 delovnih dni zdravstveno opravičeno *odsoten* z dela

⇓ **A**

osebni zdravnik oceni potrebnost in napiše *predlog* za podaljšanje

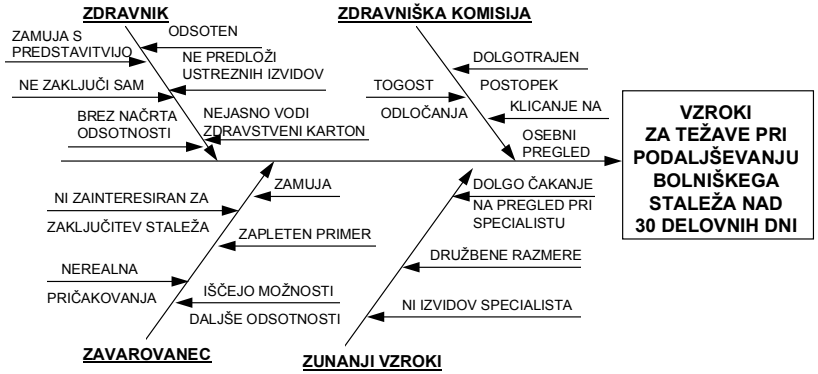
⇓ **B**

zdravniška komisija oceni upravičenost do podaljšanja in poda svoje *mnenje*

⇓ **C**

zavarovanec za svojo odsotnost dobi *nadomestilo osebnega dohodka*, ki ga delodajalec refundira od ZZZS

Slika 3. *Potek postopka podaljševanja bolniškega staleža pri odsotnosti, daljši od 30 delovnih dni.*



Slika 4. *Vzroki za težave za podaljševanje bolniškega staleža nad 30 delovnih dni lahko nastajajo pri osebnem zdravniku, ki je dolžan zavarovanca pravočasno predstaviti zdravniški komisiji I. stopnje, pri zavarovancu, pri zdravniški komisiji sami in drugih razlogov, na katere ti trije udeleženci nimajo neposrednega vpliva.*

Korak A je le redkokdaj sporen, ker je zdravnik dolžan bolnika predstaviti tudi, če to zahteva bolnik. Tudi korak C ne povzroča težav, ker ZZZS vedno izplačuje nadomestilo, kadar je njegova strokovna komisija ugotovila upravičenost in to potrdila s svojim mnenjem. Več zapletov se dogaja v koraku B, kjer na odločanje zdravniške komisije in s tem povezane težave vplivajo številni vzroki na strani zavarovanca, osebnega zdravnika, zunanjih dejavnikov in zdravniške komisije same (slika 4).

3.1.4 Metode dela (zbiranje podatkov)

Uporabili smo priložnostni obrazec, na katerega je član zdravniške komisije zapisal težavo, ki je komisijo oviral pri podaljševanju bolniškega staleža. Obrazec je prikazan na sliki 5.

V prvem delu smo izvedli analizo trenutnega stanja. Analiza je potekala v času od 15. 11. 1996 do 15. 12. 1996 v OE ZZZS Kranj.

Zdravnike družinske medicine smo seznanili z rezultati analize. Na osnovi ugotovitev smo pripravili tudi smernice za preglednejše vodenje zdravstvenega kartona in sodelovanja zdravnikov družinske medicine z zdravniško komisijo, ki jih bodo prejeli vsi zdravniki družinske medicine na Gorenjskem (glej ⇒ Zdravstveni karton in kakovost).

Pričakujemo, da bodo povratni podatki o kakovosti dela in smernice vplivala na spremembo pri vodenju bolniškega staleža.

Po treh mesecih bomo z istim obrazcem preverili, kakšen je bil učinek naših prizadevanj.

Skupina za kakovost Sekcije za splošno medicino in Kolegij za splošno medicino Osnovnega zdravstva Gorenjske

Projekt izboljševanja kakovosti vodenja bolniškega staleža nad 30 delovnih dni

Pri vodenju bolniškega staleža nad 30 delovnih dni sodeluje osebni zdravnik z zdravniško komisijo I. stopnje. Pri tem lahko prihaja do najrazličnejših problemov predvsem zaradi neusklajenega sodelovanja. Pri tem procesu je zdravniška komisija I. stopnje "uporabnik" storitev zdravnika družinske medicine, ko dobi v obravnavo predlog za podaljšanje zdravniško opravičene odsotnosti, in obratno je zdravnik družinske medicine "uporabnik" zdravniške komisije I. stopnje, ko mora aplicirati mnenje zdravniške komisije I. stopnje. Temelj izboljšanja kakovosti je ugotovitev problemov, ki so najbolj pogosti in ki najbolj motijo proces sodelovanja.

Primer: Če se ti pri določenem podaljšanju zdi, da je bistvena težava zamujena predstavitev, označi to s pokončno črtico:

zamujena predstavitev	~~IIII~~ I		

OBKROŽI KRAJ KOMISIJE:
KR) Kranj, ŠL) Škofja loka, RA) Radovljica, JE) Jesenice
DATUM OBRAVNAVE: _____
ŠTEVILO VSEH PRIMEROV: _____

PROBLEMI PRI PODALJŠEVANJU BS

PROBLEM	ŠTEVILO PRIMEROV	Σ	%
skupno število			
− ni ustreznih izvidov			
− ni opisa stanja ob začetku BS			
− ni opisa stanja ob predstavitvi ZK			
− nejasen datum začetka BS			
− čakanje na specialistične izvide			
− zamujena predstavitev (>7 dni)			
− nerazvidno vpisovanje v karton			
− manjka plan dolžine BS			
− zdravnik bi lahko sam zaključil BS			
− ni podatka o delovnem mestu			
− nejasen vzrok odsotnosti			
− ni podatkov o izvajanju terapije			
− zapleten primer			
− osebni zdravnik je že sam naročil osebno predstavitev			
− osebni zdravnik bi zavarovanca lahko napotil osebno			
− drugo			

Hvala za sodelovanje!

Slika 5. *Obrazec za zbiranje izjemnih dogodkov, ki povzročajo težave pri podaljševanju bolniškega staleža (zdravniško opravičene odsotnosti z dela).*

3.1.5 Izhodiščni rezultati

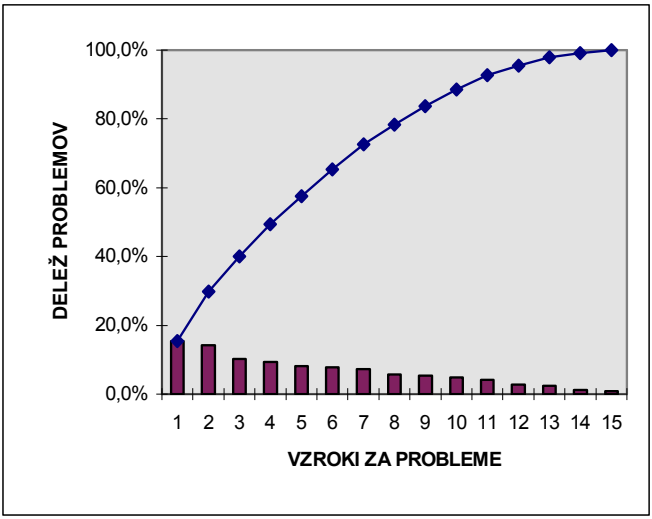
Prikaz rezultatov naj bo tak, da omogoča enostaven in hiter pregled nad najpogostejšimi težavami. Te so pogosto tudi najpomembnejše, če ne zaradi drugega, zaradi svojega števila. Prizadeti izvajalci se tako laže usmerijo na reševanje najpomembnejših težav, ker za vse pogosto zmanjka časa in drugih virov.

Tabela 1 in slika 6 prikazujeta vzroke za probleme pri podaljševanju bolniškega staleža v opazovanem obdobju po posameznih upravnih enotah in

skupno. V tem času je bilo na zdravniški komisiji I. stopnje na območju OE Kranj ZZZS obravnavanih 443 predlogov za podaljšanje bolniškega staleža. V 245 primerih so bili različni vzroki krivi za probleme, ki jih je imela zdravniška komisija pri podaljševanju bolniškega staleža (tabela 1). Največji delež težav povzroča pomanjkanje ustreznih izvidov, in to, da ni vpisanega podatka o delovnem mestu.

Tabela 1. *Vsi vzroki za težave pri podaljševanju bolniškega staleža (okrajšave za izpostave zdravniške komisije I. stopnje: KR = Kranj, ŠL = Škofja Loka, RA = Radovljica, JE = Jesenice).*

		KR	ŠL	RA	JE	Skupaj	Delež (%)	Kum. (%)
−	Ni ustreznih izvidov	13	5	15	5	38	15,5	15,5
−	Ni podatka o delovnem mestu	14	8	8	5	35	14,3	29,8
−	**Čakanje na specialistične izvide**	**6**	**3**	**10**	**6**	**25**	**10,2**	40,0
−	Manjka načrt dolžine BS	11	8	0	4	23	9,4	49,4
−	> 7 dni zamujena predstavitev	5	1	6	8	20	8,2	57,6
−	Ni opisa stanja ob predstavitvi ZK	5	8	4	2	19	7,8	65,3
−	Lahko bi zaključil sam	6	2	8	2	18	7,3	72,7
−	**Zapleten primer**	**14**	**0**	**0**	**0**	**14**	**5,7**	78,4
−	Nerazvidno vpisovanje v zdravstveni karton	4	7	1	1	13	5,3	83,7
−	Ni opisa stanja ob začetku BS	3	6	1	2	12	4,9	88,6
−	Nejasen začetek BS	1	5	1	3	10	4,1	92,7
−	**Osebni zdravnik je sam naročil osebno predstavitev**	**1**	**1**	**3**	**2**	**7**	**2,9**	95,5
−	Ni podatkov o izvajanju terapije	4	0	1	1	6	2,4	98,0
−	Osebni zdravnik bi lahko napotil osebno	1	0	1	1	3	1,2	99,2
−	Nejasen vzrok odsotnosti	0	0	2	0	2	0,8	100,0
SKUPAJ		**88**	**54**	**61**	**42**	**245**	**100,0**	



Slika 6. *Paretov diagram vseh vzrokov za težave pri podaljševanju bolniškega staleža. 1 = Ni ustreznih izvidov, 2 = Ni podatka o delovnem mestu, 3 = Čakanje na specialistične izvide, 4 = Manjka načrt dolžine BS, 5 = > 7 dni zamujena predstavitev, 6 = Ni opisa stanja ob predstavitvi ZK, 7 = Lahko bi zaključil sam, 8 = Zapleten primer, 9 = Nerazvidno vpisovanje v zdravstveni karton, 10 = Ni opisa stanja ob začetku BS, 11 = Nejasen začetek BS, 12 = Osebni zdravnik je naročil osebno predstavitev, 13 = Ni podatkov o izvajanju terapije, 14 = Osebni zdravnik bi lahko napotil osebno in 15 = Nejasen vzrok odsotnosti.*

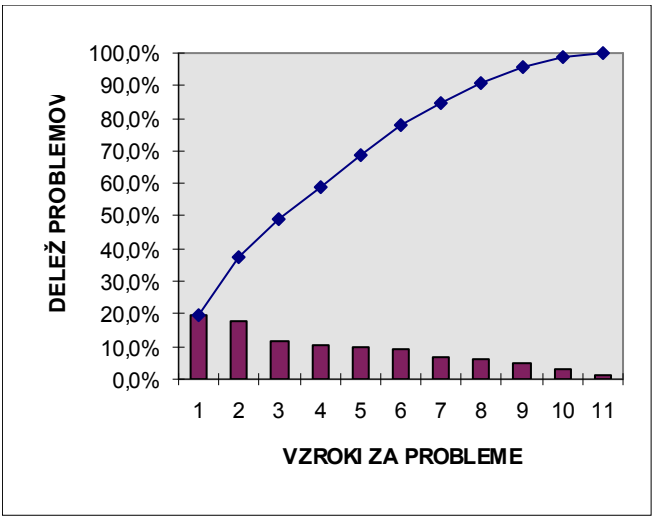
5,7 % je bilo zapletenih primerov, v 2,9 % je osebni zdravnik zaradi zapletenosti zavarovanca že sam naročil na osebno predstavitev. Dobrih 10 % težav je povzročalo čakanje na specialistične izvide. Včasih je to predstavljalo čakanje na pregled pri specialistu, včasih na izvid, pogosto pa zavarovanec ni bil seznanjen, naj izvid specialističnega pregleda, ki ga je opravil v času od posveta pri osebnem zdravniku do predstavitve zdravniški komisiji, prinese s seboj. Po izločitvi teh treh je ostalo še enajst težav (tabela 2 in slika 7), ki so predstavljale 44 % vseh obravnavanih primerov.

Paretov diagram ima to dobro lastnost, da združuje stolpičast in črtni diagram. Stolpci so razvrščeni v padajoči velikosti od največjega do najmanjšega.

V našem primeru tako na Paretovem diagramu vidimo, da največ težav povzroča to, da zdravniška komisija ne razpolaga z ustreznimi izvidi, kar prispeva 20 % vseh težav zaradi podaljševanja bolniškega staleža. Črtni diagram na drugi strani prikazuje kumulativno frekvenco. Z njegovo pomočjo npr. v našem primeru vidimo, da prve tri težave prispevajo 50 % težav.

Tabela 2. *Vzroki za težave pri podaljševanju bolniškega staleža, ki bi jih bilo mogoče izboljšati s smernicami za zdravnike družinske medicine (okrajšave za izpostave zdravniške komisije I. stopnje: KR = Kranj, ŠL = Škofja Loka, RA = Radovljica, JE = Jesenice).*

		KR	ŠL	RA	JE	Skupaj	Delež (%)	Kum. (%)
–	Ni ustreznih izvidov	13	5	15	5	38	19,4	19,4
–	Ni podatka o delovnem mestu	14	8	8	5	35	17,9	37,2
–	Manjka načrt dolžine BS	11	8	0	4	23	11,7	49,0
–	> 7 dni zamujena predstavitev	5	1	6	8	20	10,2	59,2
–	Ni opisa stanja ob predstavitvi ZK	5	8	4	2	19	9,7	68,9
–	Lahko bi zaključil sam	6	2	8	2	18	9,2	78,1
–	Nerazvidno vpisovanje v zdravstveni karton	4	7	1	1	13	6,6	84,7
–	Ni opisa stanja ob začetku BS	3	6	1	2	12	6,1	90,8
–	Nejasen začetek BS	1	5	1	3	10	5,1	95,9
–	Ni podatkov o izvajanju terapije	4	0	1	1	6	3,1	99,0
–	Nejasen vzrok odsotnosti	0	0	2	0	2	1,0	100,0
SKUPAJ		**66**	**50**	**47**	**33**	**196**	**100,0**	



Slika 7. *Paretov diagram vzrokov za težave pri podaljševanju bolniškega staleža, ki bi jih bilo mogoče izboljšati s smernicami za zdravnike družinske medicine. 1=ni ustreznih izvidov, 2=ni podatka o delovnem mestu, 3=manjka*

načrt dolžine bolniškega staleža, 4=>7 dni zamujena predstavitev, 5=ni opisa stanja ob predstavitvi zdravniški komisiji, 6=osebni zdravnik bi lahko bolniški stalež zaključil sam, 7=nerazvidno vpisovanje v zdravstveni karton, 8=ni opisa stanja ob začetku bolniškega staleža, 9=nejasen datum začetka bolniškega staleža, 10=ni podatkov o izvajanju zdravljenja, 11=nejasen vzrok odsotnosti.

3.1.6 Razprava in načrt sprememb

Postavimo si cilje, ki jih želimo doseči s spremembo. Določimo časovni načrt. Ugotovimo možne ovire in načrtujemo potrebne spremembe. Sledi **vpeljava sprememb**. Po določenem času opravimo ponovno opazovanje in ocenimo učinek sprememb.

Za skoraj polovico težav pri podaljševanju bolniškega staleža nad 30 delovnih dni prispevajo trije vzroki: ni ustreznih izvidov, ni podatka o delovnem mestu, manjka načrt dolžine bolniškega staleža. Ostali trije vzroki prispevajo še nadaljnjo četrtino težav: >7 dni zamujena predstavitev, ni opisa stanja ob predstavitvi zdravniški komisiji, osebni zdravnik bi lahko bolniški stalež zaključil sam. Med enajstimi vzroki jih znaten delež sodi v okvir vodenja zdravstvenega kartona: ni ustreznih izvidov (19,4 %), ni podatka o delovnem mestu (17,9 %), manjka načrt dolžine staleža (11,7 %), ni opisa stanja ob predstavitvi (9,7 %), nerazvidno vpisovanje v zdravstveni karton (6,6 %), ni opisa ob začetku bolniškega staleža (6,1 %), iz zapisa ni mogoče razbrati začetka bolniškega staleža (5,1 %), ni podatkov o izvajanju zdravljenja (prejemanju injekcij, jemanju zdravil, fizioterapiji idr.) (3,1 %), v 1 % pa celo ni jasnega vzroka za odsotnost z dela. Iz tega sledi, da lahko dobrih 80 % k težavam pri podaljševanju bolniškega staleža nad 30 delovnih dni prispeva kakovost vodenja zdravstvenega kartona (slika 7).

Druga skupina, od zdravnika družinske medicine odvisnih težav, je povezanih z napotovanjem na zdravniško komisijo. Po Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja naj bi bil bolniški stalež odobren vnaprej, torej pred iztekom 30 delovnih dni, ali roka, ki ga je določila zdravniška komisija. Kar v 10,2 % primerov je bil zavarovanec predstavljen z več kot enotedensko zamudo. Po mnenju članov zdravniške komisije bi osebni zdravnik v 9,2 % bolniški stalež zaključil že sam, ne da bi zavarovanca zato poslal na zdravniško komisijo.

V tretji skupini težav, ki so z zdravnikom družinske medicine povezani le delno, je zlasti čakanje na specialistične izvide (10,2 % med vsemi težavi). Iz izkušnje gre tu za trojno problematiko: na eni strani gre za čakanje na pregled pri specialistu, čeprav naj bi bil zavarovanec, ki je v staležu bolnih pregledan najkasneje v 14 dneh po napotitvi; na drugi strani gre za čakanje na izvide po že opravljenem pregledu pri specialistu; na tretji strani za kratek stik, ko zdravnik družinske medicine zavarovancu ne naroči, naj izvide nese s seboj na pregled pri zdravniški komisiji.

1. Zdravnike družinske medicine je potrebno seznaniti s sklepi učnih delavnic in sodobnimi pogledi na vodenje zdravstvenega kartona (glej ⇒ Zdravstveni karton in kakovost) (1, 2, 3). Čeprav je SOAP metoda ena najprikladnejših, bi opozorili predvsem na to, da naj bo iz zapisanega jasno, kaj je izjava bolnika (bolje se počutim, manj boli ipd.) in kaj objektivno opazovanje (prosta gibljivost, aktivna gibljivost zavrta, rana še ni zarasla ipd.). Prednost SOAP metode je v tem, da vedno navedemo pozitivne ugotovitve in le najpomembnejše negativne. Ni nam potrebno pisati esejev o številnih pregledih v toku ene epizode bolezni (2). Pregled celotne serije posvetov pa naj bi le dajal pregled nad tem, kaj se je dogajalo z zavarovancem (glej ⇒ Zdravstveni karton in kakovost). Pri skromnih opisih ali pri zdravstvenem kartonu brez vpisov je žal edini način, da se komisija seznani s potekom zdravljenja ta, da zavarovanca kliče osebno. Za oceno potrebnosti bolniškega staleža so pomembne naslednje prvine:

⇒ opis zdravstvenega stanja ob začetku bolniškega staleža, zaradi katerega je bil bolniški stalež odprt (vključno z diagnozo),
⇒ datum odprtja bolniškega staleža in s katerim dnem je bil bolniški stalež odprt,
⇒ opis zdravstvenega stanja ob pošiljanju na zdravniško komisijo zaradi podaljšanja, ki utemeljuje potrebo po podaljšanju,
⇒ vpisani datumi kontrolnih pregledov z eventualnimi spremembami v zdravstvenem stanju,
⇒ opis zdravljenja: jemanje zdravil, injekcije, fizioterapija, opis zdravstvenega stanja (če je stanje enako, pač vpišemo enako kot zadnjič, idem) ipd.,
⇒ kadar ni priložen zdravstveni karton v celoti, naj bodo ti podatki na napotnici za zdravniško komisijo,
⇒ na napotnici je zelo pomemben podatek o delovnem mestu, ker delovno mesto lahko odločilno vpliva na dolžino bolniškega staleža,
⇒ na napotnici je zelo koristen podatek o načrtu dolžine bolniškega staleža (Osebni zdravnik zavarovanca ponavadi najbolje pozna, pozna delo in druge okoliščine, ki bi lahko vplivale na delovno zmožnost in se velikokrat z njim pogovarja o dolžini. Če predvidevanje ni vpisano na napotnici, komisija pa eventualno odredi drugačen datum, lahko po nepotrebnem pride do nezadovoljstva na strani bolnika in tudi zdravnika.).

2. Bolniški stalež mora biti podaljšan preden, se izteče 30 delovnih dni ali predhodno podaljšanje, ker v nasprotnem primeru delodajalec nima zakonske osnove za izplačilo nadomestila osebnega dohodka, ki ga tudi ne more refundirati. Če zaradi objektivnih razlogov pride do zamude, je v veliko pomoč, da zdravnik to navede na napotnici ali se poveže s članom zdravniške komisije. Kadar je iz izvidov in zdravstvenega stanja razvidno, da zavarovanec lahko začne z delom, lahko osebni zdravnik zaključi bolniški stalež, čeprav zdravniška komisija tega v zadnjem mnenju ni eksplicitno navedla.

3. Kadar zavarovanec opravi specialistični pregled v času med obiskom pri osebnem zdravniku in pregledom pri zdravniški komisiji, mu je potrebno naročiti, naj poleg zdravstvene knjižice nese s seboj tudi izvide in kartonček s fizioterapije.

Kakovost oskrbe se kaže povsod tam, kjer je delo enega izpostavljeno očem drugega, zato je kakovost mogoče izboljšati le ob sodelovanju vseh sooblikovalcev sistema zdravstvenega varstva.

3.2 Spremljanje učinka sprememb

Ker je cilj vsakega izboljševanja kakovosti sprememba sloga dela v skladu s pričakovanji, je za oceno uspešnosti projekta potrebno **spremljanje sprememb**. Učinek sprememb se kaže pri zmanjšanju težav, ki jih je imel uporabnik zaradi dela izvajalca (slika 1). V primeru analize izjemnih dogodkov naj bi se zmanjšalo število izjemnih dogodkov, ki uporabniku (zdravniški komisiji) povzročajo težave pri svojem delu (podaljševanju bolniškega staleža nad 30 delovnih dni). Za primerjavo potrebujemo podatke o delu po predvideni spremembi, ki jih zberemo na enak način (z istim obrazcem), kot smo zbrali izhodiščne podatke. Prikažemo jih primerjalno z izhodiščnimi.

Kadar novi podatki kažejo na pričakovano spremembo sloga dela, poskušamo z različnimi spodbudami vplivati na vzdrževanje spremembe (glej ⇒ Obvladovanje sprememb).

V primeru, da nismo dosegli želene spremembe, moramo znova razmisliti o načrtu sprememb in o uvedbi dodatnih spodbud za spremembe (glej ⇒ Obvladovanje sprememb).

Učinke sprememb preverjamo obdobno glede na potrebe in možnosti.

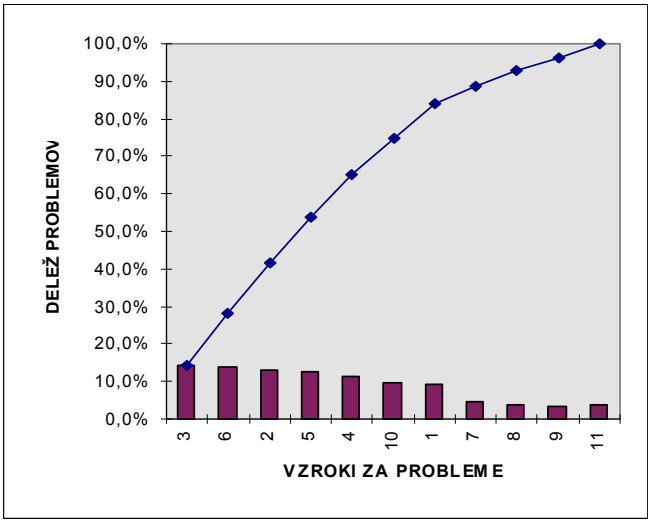
> V času od 6. 5. do 28. 5. 1997 smo izvedli ponovno zbiranje podatkov z enakim obrazcem in na enak način, kot smo zbirali izhodiščne podatke (slika 5).

3.2.1 Rezultati spremljanja sprememb

> V skladu s pričakovanji se je zmanjšal delež predstavitev, pri katerih so imeli člani zdravniške komisije težave pri podaljševanju bolniškega staleža zaradi pomanjkljivosti pri predstavitvi s 44 % na 26 %. Spremenil se je tudi vrstni red vodilnih problemov. Najbolj se je zmanjšal delež problemov prav na račun zmanjšanja dveh vodilnih: *ni ustreznih izvidov* (z 19,4 % na 9,2 %) in *ni podatka o delovnem mestu zavarovanca* (s 17,9 % na 13,2 %) (tabela 3, slika 8). Zmanjšanje je očitno tudi pri deležu problemov v celotnem številu predstavitev (slika 9).

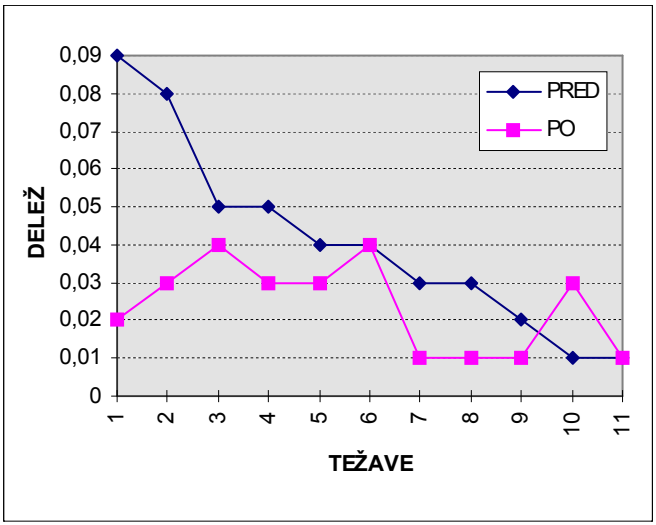
Tabela 3. *Vzroki za težave pri podaljševanju bolniškega staleža tri mesece po posredovanju povratnih podatkov in smernic za vodenje zdravstvenega kartona, za katere smo predvidevali, da bi jih bilo mogoče izboljšati.*

	KR	ŠL	RA	JE	Skupaj	Delež (%)	Kum. (%)
3. Manjka načrt dolžine BS	9	10	3	0	22	14,5	14,5
6. Lahko bi zaključil sam	7	7	6	1	21	13,8	28,3
2. Ni podatka o delovnem mestu	5	15	0	0	20	13,2	41,4
5. Ni opisa stanja ob predstavitvi ZK	8	10	0	1	19	12,5	53,9
4. > 7 dni zamujena predstavitev	3	9	4	1	17	11,2	65,1
10. Ni podatkov o izvajanju terapije	0	14	0	1	15	9,9	75,0
1. Ni ustreznih izvidov	0	12	2	0	14	9,2	84,2
7. Nerazvidno vpisovanje v ZK	0	7	0	0	7	4,6	88,8
8. Ni opisa stanja ob začetku BS	0	6	0	0	6	3,9	92,8
9. Nejasen začetek BS	0	5	0	0	5	3,3	96,1
11. Nejasen vzrok odsotnosti	0	4	2	0	6	3,9	100,0
SKUPAJ	32	99	17	4	152	100,0	



Slika 8. *Paretov diagram vzrokov za težave pri podaljševanju bolniškega staleža tri mesece po posredovanju povratnih podatkov in smernic za vodenje zdravstvenega kartona, za katere smo predvidevali, da bi jih bilo mogoče izboljšati. 1=ni ustreznih izvidov, 2=ni podatka o delovnem mestu, 3=manjka načrt dolžine bolniškega staleža, 4=>7 dni zamujena predstavitev, 5=ni*

opisa stanja ob predstavitvi zdravniški komisiji, 6=osebni zdravnik bi lahko bolniški stalež zaključil sam, 7=nerazvidno vpisovanje v zdravstveni karton, 8=ni opisa stanja ob začetku bolniškega staleža, 9=nejasen datum začetka bolniškega staleža, 10=ni podatkov o izvajanju zdravljenja, 11=nejasen vzrok odsotnosti.



Slika 9. *Primerjava deležev posameznih problemov pri podaljševanju bolniškega staleža pred intervencijo (PRED) in po intervenciji (PO). 1=ni ustreznih izvidov, 2=ni podatka o delovnem mestu, 3=manjka načrt dolžine bolniškega staleža, 4=>7 dni zamujena predstavitev, 5=ni opisa stanja ob predstavitvi zdravniški komisiji, 6=osebni zdravnik bi lahko bolniški stalež zaključil sam, 7=nerazvidno vpisovanje v zdravstveni karton, 8=ni opisa stanja ob začetku bolniškega staleža, 9=nejasen datum začetka bolniškega staleža, 10=ni podatkov o izvajanju zdravljenja, 11=nejasen vzrok odsotnosti.*

3.2.2Ocena sprememb in načrt spremljanja kakovosti

Med 590 obravnavanimi predlogi za podaljšanje bolniškega staleža je bilo 159 (26 %) primerov takih, pri katerih so se še vedno pojavljale večje ali manjše težave pri odločanju o opravičenosti do podaljšanja bolniškega staleža. Zmanjšanje števila predstavitev, ki povzročajo težave pri podaljševanju bolniškega staleža, s 44 % na 26 % je statistično značilno ($p < 0,001$). Odstotek predstavitev, ki povzročajo težave, niha med posameznimi sedeži komisije. Največji odstotek težav je bil 88 %, najmanjši 3 %. Vzrokov za razlike ni moč pojasniti brez dodatne analize. Vodilni vzroki za težave, ki so prispevali več kot 50 % (ni ustreznih izvidov, ni podatka o delovnem mestu, manjka načrt dolžine bolniškega staleža), so se zmanjšali. Spremenil se je tudi

vrstni red vzrokov. Najbolj se je zmanjšal delež težav, ker zdravniška komisija ni imela na razpolago ustreznih izvidov (prej v 38 primerih (19,4 %), potem le 14 primerov (9,2 %)) (p = 0,02). Zdrsnil je na 7. mesto. Ostale spremembe so manjše in niso statistično značilne.

Analiza izjemnih dogodkov (vzrokov za težave pri podaljševanju bolniškega staleža) s preprostim in poceni posegom (povratni podatki s smernicami za vodenje zdravstvenega kartona) se je pokazala kot uspešna metoda spreminjanja sloga dela zdravnikov družinske medicine. Doseženo je bilo zmanjšanje deleža predstavitev, kjer so se pojavljale težave in zmanjšanje deleža vzrokov, ki so največ prispevali k težavam. Trend ni splošen pri vseh vzrokih. Razlike med posameznimi skupinami zdravnikov ostajajo nepojasnjene in zahtevajo drugačne in verjetno dražje posege. Odprto ostaja tudi vprašanje vzdrževanja dosežene spremembe. Da bi obdržali doseženo stanje, bo potrebno zdravnike družinske medicine obdobno seznanjati z doseženim stanjem.

3.2.3 Literatura

1. *Kersnik J. Zdravstveni karton in zagotavljanje kakovosti. V. Kersnik J. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1994:71-7.*
2. *Kersnik J. Problemsko usmerjena dokumentacija v splošni medicini. Med Razgl 1994;33:223-240.*
3. *Kersnik J, Švab I. Predlog novega zdravstvenega kartona. Zdrav Var 1996;35:193-9.*

4. Uporabnost analize izjemnih dogodkov

Pogosto lahko z razmeroma enostavno in cenovno sprejemljivo strategijo (v našem primeru posredovanje povratnih podatkov o kakovosti dela in smernice za vodenje zdravstvenega kartona) uspešno spodbudimo spreminjanje sloga dela (glej ⇒ Obvladovanje sprememb).

Dosežene spremembe je potrebno spremljati z oceno sprememb enkrat letno in z rednim posredovanjem povratnih podatkov zdravnikom družinske medicine.

5. Sodelovanje med izvajalci v različnih ustanovah

Pri sodelovanju med primarno in sekundarno ravnijo zdravstvene službe ter med njimi in drugimi organizacijami, prav tako kot znotraj zdravstvenih ustanov, prihaja do težav s kakovostjo storitev (slika 1). Ker izvajalci delajo v različnih zdravstvenih ustanovah, sodelovanje med njimi presega domet sistema kakovosti posamezne zdravstvene ustanove oziroma ti še niso vpeljani. Sistem kakovosti zdravstvene ustanove bi zagotovo rešil večino težav v zvezi s sodelovanjem, če bi bila hkrati vpeljana praksa presoj (sistemov kakovosti) zdravstvenih ustanov (glej ⇒ Vzpostavitev in vzdrževanje sistema kakovosti, glej ⇒ Presoja kakovosti), vendar bi tudi v teh dveh primerih potrebovali metodo medsebojnega ocenjevanja kakovosti.

Analiza izjemnih dogodkov predstavlja prikladen način odkrivanja in odpravljanja številnih drobnih odstopanj pri vsakdanjem delu, kot spremljanje izjemnih (kritičnih) dogodkov v določeni službi sami (nujna medicinska služba, bolnišnični oddelek). Preprosto rečeno: metoda omogoča, da je vsak izvajalec na sistematičen način seznanjen z vsemi izjemnimi dogodki službe, kjer dela. Primerna je za oceno sodelovanja med dvema različnima izvajalcema znotraj iste zdravstvene ustanove (med oddelki) in še posebno primerna za izboljševanje sodelovanja med dvema (ali več) zdravstvenima ustanovama in/ali drugimi organizacijami. Oceni stanja morajo slediti ukrepi, ki spodbujajo spremembo sloga dela v želeno smer (glej ⇒ Obvladovanje sprememb).

KROŽEK KAKOVOSTI

1. Pomen krožka kakovosti

Zdravnik, še posebno pa zdravnik družinske medicine, je pri svojem delu pogosto osamljen. Le redko ima možnost, da se o strokovnih vprašanjih pogovori s svojimi kolegi. Izmenjava izkušenj navadno poteka na oddelčnih sestankih, raportih, v diskusijskih skupinah in drugih bolj ali manj formaliziranih oblikah strokovnih srečanj. Stalno strokovno izobraževanje odraslih ima svoje posebnosti in zahteve (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost). Potrebi po izmenjavi praktičnih izkušenj, izkustvenem učenju iz prakse za prakso in dejavnejšem sodelovanju udeležencev sledijo tudi učne delavnice za zdravnike družinske medicine.

Z večanjem števila zasebnih zdravnikov v posamični ordinaciji se bo strokovna osamljenost še povečala. Zdravniki družinske medicine se bodo znašli v položaju podobnem kot nemški, belgijski, nizozemski, francoski in švicarski kolegi, kjer je delo zdravnika družinske medicine tradicionalno vezano na posamično ordinacijo. Krožki kakovosti so zato najbolj razširjeni prav v Nemčiji in Belgiji, kjer je večina zdravnikov družinske medicine zasebnikov posameznikov. Širjenje in delovanje krožkov kakovosti v Nemčiji močno podpira združenje zdravnikov, ki pogodbeno delajo za zdravstvene zavarovalnice. Zato se ni čuditi, da so jih že pred dvema letoma našteli preko 1000 in nastajajo vedno novi. Krožek kakovosti je oblika študijske skupine (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost), ki ima za cilj izboljšati kakovost dela udeležencev krožka. Izvajalcu posamezniku daje možnost

- ⇒ izmenjave izkušenj,
- ⇒ spremljanja in ocenjevanja lastnega dela,
- ⇒ primerjanja svojih dosežkov s sodelujočimi kolegi in
- ⇒ privzemanja novih spoznanj (tabela 1).

Krožki kakovosti so zanimivi tudi za naše okolje iz naslednjih razlogov:

- ⇒ Vedno več zdravnikov družinske medicine dela kot zasebnik posameznik brez čvrstejše formalne organizacijske povezave s kolegi zasebniki in zaposlenimi v javnih zavodih.
- ⇒ Splošna/družinska medicina se vedno bolj uveljavlja kot samostojna stroka v medicini.
- ⇒ Vodstva zdravstvenih zavodov, Združenje zdravstvenih zavodov, Zdravniška zbornica Slovenije, Zavod za zdravstveno zavarovanje

Slovenije in zdravstvena politika ne čutita prevelike potrebe po sistematičnem in organiziranem izboljševanju kakovosti, ki bi vključevalo zdravnike posameznike.

Tabela 1. *Možnosti, ki jih zdravniku družinske medicine ponuja krožek kakovosti v primerjavi s sedanjimi oblikami izmenjave izkušenj.*

KROŽEK KAKOVOSTI	SEDANJE MOŽNOSTI
⇒*stalna izmenjava izkušenj s kolegi*	⇒*občasna srečanja v zdravstveni ustanovi in na učnih delavnicah*
⇒*izobraževanje iz dela za delo*	⇒*izobraževanje iz bolnišničnega vidika*
⇒*upoštevanje celostnega pristopa k reševanju zdravstvene težave*	⇒*biomedicinski model obravnave posameznih bolezenskih stanj*
⇒*strokovna in čustvena razbremenitev ob medsebojnem nadzoru in v sproščenem ozračju*	⇒*delo pod pritiskom, da bi utegnil narediti strokovno napako, brez podpore kolegov*
⇒*osamosvajanje in vrednotenje družinske medicine kot samostojne stroke*	⇒*občutek drugorazrednosti, nezadostne usposobljenosti in strokovne podrejenosti*
⇒*prikaz pomena družinske medicine za obvladovanje stroškov, zadovoljstvo bolnikov in družbeno kakovost*	⇒*občudovanje visokih tehnoloških dosežkov na posameznih področjih z omejeno koristjo za družbo*
⇒*pristop od spodaj z lastnimi standardi in ocenjevanjem kakovosti*	⇒*nadzor kakovosti s strani države in njenih institucij z ad hoc postavljenimi standardi*
⇒*skupinsko učenje iz izkušenj za potrebe vsakdanjega dela*	⇒*odpor proti klasičnemu načinu izobraževanja ex katedra o redkih primerih*
⇒*izboljšanje oskrbe ob upoštevanju možnosti povprečnega okolja*	⇒*vztrajanje pri rutini*
⇒*osebna zagretost za spreminjanje sloga dela*	⇒*odpor proti spremembam, vsiljenih od zunaj*

Tako so zdravniki družinske medicine pri svojih prizadevanjih bolj ali manj osamljeni in se morajo nasloniti predvsem na lastne moči. Uporaba krožka kakovosti za spreminjanje sloga dela je zato zelo primerna metoda tudi za naše razmere (glej ⇒ Obvladovanje sprememb).

Krožek kakovosti je torej način izboljševanja kakovosti, ki temelji na izmenjavi izkušenj in sistematičnem vnosu novih (skupini še neznanih) spoznanj. S krožkom kakovosti skupina izvajalcev zdravstvene oskrbe, ki obravnava isto skupino zdravstvenih težav, želi izboljšati svojo raven kakovosti. Z metodo raziskovalnih študijskih krožkov si član krožka pridobiva nova znanja in spretnosti (inovacijsko izobraževanje) (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost). Je tipičen primer izboljševanja kakovosti od spodaj navzgor. Osnovna spodbuda za spremembo sloga dela je osebni razvoj. Primerna je zlasti v okolju, ki teh izvajalcev ne povezuje v isto zdravstveno ustanovo ali kjer vodstvo ne želi sodelovati pri izboljševanju

kakovosti. Privlačna je tudi zato, ker prevladuje pridobivanje novega znanja in izkušenj ob dejavni lastni udeležbi v krogu sebi enakih kolegov.

Krožek kakovosti predstavlja delo v skupini ob uporabi kroga kakovosti kot načina reševanja zastavljenih vprašanj. Poleg zamisli stalnega izboljševanja kakovosti (glej ⇒ Kakovost oskrbe, glej ⇒ Stopnje izboljševanja kakovosti) je pomembno poznati probleme in dinamiko skupinskega dela ter način, kako sestaviti in voditi krožek. Kot vsak način izboljševanja kakovosti ima tudi ta metoda poleg naštetih dobrih plati tudi slabosti, ki jih moramo poznati, preden poskušamo organizirati tak krožek:

- ⇒ dodatni čas za izobraževanje in sodelovanje v krožku,
- ⇒ stroški, povezani z udeleževanjem in zaradi odsotnosti,
- ⇒ izpostavljenost kritiki kolegov,
- ⇒ dvom o pravilnosti lastnega dela,
- ⇒ pogum za samokritiko,
- ⇒ dodatni napori zaradi dodatnega zapisovanja opravljenega dela,
- ⇒ spornost smernic, ki jih skupina uporablja za ocenjevanje dela udeležencev.

2. Povabilo h krožku kakovosti in sestava skupine

Mnogo kolegov se zanima za skupinsko obravnavo težav, ki se jim pojavljajo pri vsakdanjem delu. Krožek kakovosti ne nastane sam od sebe, prav tako ga ni mogoče sklicati na ukaz ali kako drugače, razen z enakopravno in prostovoljno udeležbo posameznih članov (krožkarjev). Seveda mora pri tem nekdo prevzeti pobudo in povabiti kolege k sodelovanju. Pobudnik je lahko eden izmed kolegov zdravnikov družinske medicine. Za raziskovalne namene lahko skliče krožek kakovosti tudi drug strokovnjak z družboslovnega področja (andragog, psiholog, sociolog).

Potencialne udeležence moramo za tako delo ustrezno spodbuditi in po možnosti osebno povabiti k sodelovanju. Najenostavneje je, če pobudnik pozna kolege, ki jih sodelovanje v krožku zanima. Druga pot pa je objava sporočila o oblikovanju krožka kakovosti v strokovnem časopisju.

Poudariti jim moramo, da se bo delo odvijalo v ozračju, ki ga lahko primerjamo z vzdušjem na učnih delavnicah. Tudi kadar v ozadju pobude stoji strokovno združenje ali druga institucija (npr. Zavod za zdravstveno zavarovanje), je sodelovanje v krožku kakovosti prostovoljno in ne more predstavljati nadzora nad delom. Zbrani podatki morajo biti zaupne narave, namenjeni zgolj delu v skupini in izboljševanju dela. Aktivna udeležba in izmenjava izkušenj sta temeljna cilja takega krožka.

Delo v skupini je potrebno voditi tako, da lahko vsak član pride do izraza, zato ne smemo sestaviti prevelike skupine. V premajhni skupini pa grozi nevarnost, da bi zaradi občasne odsotnosti ostalo premalo članov. Za posamezni krožek zberemo od 6 do 12 članov. Člani skupine so navadno iz iste stroke (zdravniki družinske medicine), lahko pa tudi iz različnih strok (npr. zdravniki družinske medicine, ambulantne sestre, patronažne sestre, socialni delavec). Taka multidisciplinarna skupina je zlasti primerna, kadar gre za obravnavo področja zdravstvene oskrbe, ki vpleta sodelujoče v krožku (npr. oskrba na domu). Lažje je voditi skupine z udeleženci iste stroke, vendar ima tudi raznolikost svoj prispevek k izboljšanju kakovosti.

3. Izpeljava krožka kakovosti

3.1 Prvo srečanje

Za delo skupine, ki sestavlja krožek kakovosti, je potrebno zagotoviti nekatere osnovne pogoje. Za zbiranje je potreben prostor, čas zbiranja mora biti prikladen za čim več udeležencev, organizirati je potrebno tehnično podporo in manjši prigrizek ali vsaj osvežitev med odmorom. V soglasju s prijavljenimi kolegi določimo kraj in čas prvega srečanja. Nekaterim ustreza domače okolje in znani kolegi, drugi se raje zatečejo v anonimnost bolj oddaljenega kraja in manj znanih kolegov. Pri sestavi skupine skušamo upoštevati želje udeležencev. Pošljemo jim tudi pismeno vabilo.

Za srečanja potrebujemo papir in pisala za udeležence. Po potrebi še

- ⇒ fotokopije vložnih listov za ocenjevanje kakovosti na podlagi zapisov v zdravstvenem kartonu,
- ⇒ magnetofon za snemanje razprave,
- ⇒ videorekorder in televizor za videoseminar,
- ⇒ tablo in druge možnosti zapisovanja pred skupino,
- ⇒ grafoskop, prosojnice in pisala za prosojnice.

Na prvem srečanju je potrebno izbrati vodjo skupine, ki naj bi skrbel za vodenje skupine in povezovanje med člani. Včasih bo v skupini zaradi lažjega dela tudi zunanji član - svetovalec, ki bo skrbel predvsem za čim bolj tekoče delo. Na prvem srečanju se je smiselno držati preverjenega urnika:

- ⇒ pozdrav,
- ⇒ predstavitev, pričakovanja, želje in bojazni članov,
- ⇒ razprava o namenih in ciljih krožka kakovosti,
- ⇒ izbira področja,
- ⇒ način zbiranja podatkov in ocenjevanja kakovosti,
- ⇒ razprava o prvem primeru,
- ⇒ določitev kraja in časa naslednjih rednih srečanj,

⇒ vloga vodje,
⇒ vodenje zapisnika.

Po pozdravu sledi predstavitev članov, njihovih pričakovanj, želja in bojazni v zvezi s krožkom. Predstavitev lahko opravimo tako, da vsak govori o sebi ali pa predstavitev v dvojicah. Članom damo deset minut časa, da se predstavijo sosedu (ali npr. nekomu v skupini, ki ga doslej še niso imeli priložnosti spoznati). Nato ga predstavijo ostalim članom skupine.

Najprej je potrebno pojasniti pričakovanja posameznih udeležencev. Skupina mora na podlagi posameznih določiti skupne cilje, s katerimi se morajo vsi udeleženci krožka strinjati. Opredeliti mora tudi prednostne naloge v okviru svojega delovanja.

V nadaljevanju se morajo člani skupine dogovoriti za redna srečanja enkrat ali dvakrat mesečno. Srečanje naj bi trajalo dve do tri ure. Določiti je potrebno kraj in datum nadaljnjih srečanj, vlogo vodje in vodenje zapisnika. Za spodbudo mora pobudnik že za prvo srečanje pripraviti primer iz klinične prakse, ki ga obravnavajo skupaj.

Kadar se dejavnosti odvijajo v zdravstveni ustanovi, je zaželena tudi naklonjenost vodilnih.

3.2 Primerna področja za obravnavo na krožku

Ko so cilji in osnovne organizacijske zadeve znani, skupina izbere področje svojega dela. Poleg pogojev, omenjenih v prejšnjih poglavjih, je prikladno upoštevati še naslednje značilnosti:

⇒ najbolje je izbrati pogosto (v začetku telesno) zdravstveno težavo;
⇒ težava mora biti enostavno opredeljiva;
⇒ v večini primerov jo zdravnik družinske medicine obravnava od začetka do konca (le izjemoma je bolnik s tako težavo napoten k drugemu zdravniku);
⇒ težava se pojavlja tako pogosto, da je obravnava opravičljiva;
⇒ v začetku je smotrno izbrati lažje opredeljive zdravstvene težave.

Med množico zdravstvenih težav ne bo težko izbrati take, ki zanimajo večino udeležencev medsebojnih pregledov.

V začetku je priporočljivo začeti z enostavnejšimi, kot so odkrivanje hipertonikov, predpisovanje antibiotikov pri določeni skupini bolezni, infekcija sečil, razjeda na dvanajstniku, sinusitis, migrena, tonzilitis, sladkorna bolezen tipa II, infekcija zgornjih dihal, zaprtje, driska, kontracepcija in druge.

3.3 Nadaljnja srečanja

Skupina nadaljuje z rednimi srečanji približno eno leto do leta in pol. Prevladujeta dve možnosti zbiranja podatkov, ki določata tudi način dela. Prva možnost je zbiranje podatkov s pomočjo zdravstvenega kartona in priložnostnih obrazcev, druga pa snemanje posameznih posvetov. V slednjem poteka delo v skupini podobno kot pri "ročnem" zbiranju podatkov in v obliki videoseminarjev. Videoseminarji so zlasti primerna oblika za spreminjanje odnosa do bolnika in spreminjanje sloga sporazumevanja (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost). Vsem oblikam dela krožka kakovosti pa je skupno zaporedje posameznih korakov:

⇒ opazovanje prikazane oskrbe,
⇒ primerjanje prikazane oskrbe (zapisov, videoposnetkov),
⇒ izdelava skupnih izhodišč in meril,
⇒ iskanje dodatnih znanj in spretnosti,
⇒ izbira ali oblikovanje smernic,
⇒ ocenjevanje in spremembe,
⇒ nov krog (ponovitev na istem ali izbira drugega področja).

3.3.1 Opazovanje prikazane oskrbe (1. korak)

Kadar se skupina zdravnikov odloči za izvedbo krožka zagotavljanja kakovosti, lahko najprej uporabi kratek vprašalnik, ki ga udeleženci tega krožka izpolnjujejo med delom. Smisel takšnega načina je v poenotenju zapisovanja. Usmerjen zapis v marsičem olajša pogovor o zapisu, ker izhaja iz enotne zasnove, vendar še vedno lahko prihaja do bistvenih razlik v pojmovanju zapisa v zdravstvenem kartonu (glej ⇒ Zdravstveni karton in kakovost). Vsak zdravnik ima drugačno predstavo o zapisu o trenutnih zdravstvenih težavah bolnika. Nekdo se osredotoči na vzrok prihoda k zdravniku, drugi na to, kaj je zdravnik ukrenil, tretji želi zaznati iz zapisa miselni tok lečečega zdravnika ob izpostavljeni zdravstveni težavi bolnika. V izogib takšnim temeljnim nesoglasjem je priporočljivo uporabiti takšen obrazec, ki te poglede razlikuje. Na sliki 1 je prikazan vzorec obrazca za zbiranje podatkov o oskrbi.

PREGLED DELA MED KOLEGI **VPRAŠALNIK ZA PREGLED**
Ime bolnika: _____ Starost: _____ M/Ž • Izjemni podatki in posebno pomembna dejstva iz anamneze: • Bolnikov razlog za obisk pri zdravniku: • Katere navedbe iz bolnikove anamneze si še posebej obdelal/a? • Pomembni podatki iz te anamneze:
• Začasen opis primera:
• Ali si bolnika tudi pregledal/a (status)? • Pomembni podatki dobljeni ob pregledu: • Ali si naročil/a tudi kakšen drug pregled? • Pomembni podatki iz ostalih pregledov:
• Nadaljnji opis primera:
• Tvoji načrti za naprej:

Slika 1. *Primer enotne predloge za obravnavo prikazanega dela v skupini kolegov. Ko se skupina dogovori o obsegu in vsebini potrebnih podatkov za zbiranje, lahko uporabi tudi bolj strukturirane obrazce (glej ⇒ Analiza izjemnih dogodkov).*

3.3.2 Primerjanje zapisov v zdravstvenem kartonu ali videoposnetkov (2. korak)

Pogovor na tem srečanju sloni na zapisih v zdravstvenih kartonih oziroma na obrazcih, ki jih sodelujoči izpolnijo pri svojem delu. Skupina si ogleda prinesene videoposnetke. Namen tega koraka je dvojen. Na ta način izmenjamo praktična znanja in izkušnje. Slišimo, kako drugi ocenjujejo naš način dela. Pri tem si lahko izmenjamo izkušnje in nasvete za delo pri

določenih zapletenih primerih. Več zapisov preberemo na glas, ostali člani skupine jih pokomentirajo na tak način, da pri tem povedo:

⇒ kaj je pri tem primeru naredilo vtis nanje;
⇒ kaj odobravam in bi tudi sam naredil podobno; in
⇒ kaj delam drugače.

Skozi primerjavo udeleženci jasno povedo, kako delajo, kaj menijo o svojem delu in delu drugih. Pri kritiki moramo upoštevati načela dela v skupini (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost).

3.3.3Izdelava skupnih izhodišč in meril (3. korak)

V prvih dveh korakih se prikažejo podobnosti in razlike pri delu. Še posebno odstopanja je potrebno pozorno predelati in poiskati vzroke (glej ⇒ Kakovost oskrbe). Različna mnenja o postopkih lahko strnemo v tri skupine:

⇒ razlike v usposobljenosti (znanju in spretnostih);
⇒ razlike v pojmovanju vsebine dela; in
⇒ razlike v vrednotah.

Pri diskusiji moramo upoštevati strokovno samostojnost vsakega posameznika in se držati načel dela v skupini (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost).

3.3.4Osvežitev in dopolnitev znanja ter spretnosti (4. korak)

Znanje v skupini često ne zadošča za odgovor na vsa porajajoča vprašanja. Za "domačo nalogo" med dvema srečanjima eden ali več udeležencev poišče odgovore v literaturi ali pri strokovnjaku ustreznega področja. Gre za obliko samoizobraževanja - delo s pisanimi viri (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost). O svojih spoznanjih poroča skupini, ki prilagodi in oblikuje sklepe (glej ⇒ Obvladovanje sprememb).

3.3.5Oblikovanje smernic (5. korak)

Na osnovi znanja in izkušenj skupine je potrebno izdelati najboljša možne smernice za področje, ki ga skupina obravnava. **Oblikovanje smernic** je izhodišče ocenjevanja in najpomembnejša naloga pri pregledu med kolegi (glej ⇒ Uporaba smernic). Ker je oblikovanje smernic na krajevni ravni zamudno, drago in povezano s številnimi strokovnimi zagatami, je mnogokrat najbolje izbrati že oblikovane smernice in ga prilagoditi potrebam skupine.

Skupina iz razpoložljivega znanja postavi tudi standarde oskrbe, ki jo je izbrala kot prednostno nalogo. Standardi predstavljajo skupini dogovorno mejo med sprejemljivo in nesprejemljivo kakovostjo. Na podlagi tega cilja tudi ocenjuje lastno oskrbo.

Izbrani standardi v smernicah so lahko bolj ali manj obvezujoče (vsak sam se odloči, ali se bo držal navodil za delo ali ne) ali obvezne (udeleženci so se obvezali, da bodo izpolnjevali navodila za delo). Poudariti velja, da so standardi lahko obvezni le za udeležence krožka in s tem sestavljavce konkretnih standardov. Kadar želijo udeleženci uporabiti standarde iz drugega vira, imajo možnost ne glede na veljavnost in zanesljivost razpoložljivih standardov le-te prilagoditi svojim ciljem kakovosti.

3.3.6Ocenjevanje dela in oblikovanje odločitev (6. korak)

Namen tega koraka je, da ugotovimo skladnost ravnanja vsakega posameznika s postavljenimi standardi. Čeprav **standardi** niso pravila, temveč izhodišča za delo v obliki smernic, se jih mora udeleženec takega krožka vseeno držati.

Izluščiti je treba, kaj namerava določeni udeleženec spremeniti in čemu bo v prihodnje dajal večji poudarek. Vsi člani prispevajo pri oblikovanju izhodišč za spremembe, vendar je le osebno sodelovanje pri oblikovanju smernic zagotovilo sprememb (glej $\Rightarrow$ Obvladovanje sprememb).

3.3.7 Nov krog (7. korak)

V nekaterih skupinah bi radi pregledali čim več različnih področij, vendar je bolje, da se najprej temeljito obdela eno. Sedmi korak predstavlja nov krog pregledovanja v primerjavi s postavljenimi standardi. Namen je enak kot pri šestem koraku: skladnost ravnanja s standardi, kot jo vidijo udeleženci skupine. Skupina mora obdelati ponovno vse korake. Nekatere korake opravijo lahko hitreje, zlasti tretjega in četrtega, ker so že v prvem krogu opravili veliko dela. Izkušnje prvega kroga pomagajo, da je delo v drugem bolj popolno in poglobljeno. Sklenitev enega kroga vzame skupini eno leto časa. S sedmim korakom se krog dviga v vijačnico zagotavljanja kakovosti.

4. Metode opazovanja v krožku kakovosti

Poleg opisanega pregledovanja zdravstvenih kartonov in posebnih obrazcev ima skupina na razpolago še več drugih metod:

⇒ neposredno opazovanje,
⇒ simulirani bolniki,
⇒ igranje vlog,
⇒ snemanje z video kamero,
⇒ pogovor z bolniki,
⇒ igranje vlog,
⇒ rutinsko zbrani podatki idr.

Ob dobro izbranih kazalcih kakovosti za opazovano področje oskrbe se bo v naših razmerah verjetno kmalu uveljavilo podatkovno podprto zbiranje podatkov o kakovosti dela (glej ⇒ Podatkovno podprto izboljševanje kakovosti). Mnogim rutinsko zbranim podatkom je potrebno opredeliti strokovno težo in pomen pri ocenjevanju kakovosti. Posplošena uporaba rutinsko zbranih podatkov zaenkrat ne more biti splošen in brez pridržkov uporaben način ocenjevanja kakovosti. Na njihovo zbiranje namreč poleg načina zdravnikovega dela vplivajo tudi drugi dejavniki, med katerimi so pomembni: sestava populacije obravnavanih bolnikov, razlike v delu, ki se ne nanašajo na kakovost, različni pogoji dela in nespecifičnost kazalcev kakovosti.

5. Delo v skupini

Delo v skupini ima vse lastnosti skupinskega izobraževanja (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost).

6. Vodenje skupine

Vodja krožka je lahko eden izmed sodelujočih kolegov ali pa (vsaj začasno) povabljeni kolega. Vodja skrbi za premagovanje začetnih zadreg in reševanje zapletov ob različnih pogledih. Skrbi za tekoče delo, da se izognemo nejasnostim in brezciljnim razpravam. Pomaga pri reševanju sporov in težav pri delovanju skupine (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost). Po svetu organizirajo usposabljanja za vodje skupin - krožkov kakovosti. Pri nas se je delo v skupinah močno uveljavilo zlasti na učnih delavnicah za zdravnike družinske medicine. Za bodoče zdravnike pa je pomembna izkušnja študij družinske medicine, ki prav tako poteka z metodo študijske skupine.

7. Učinek krožka kakovosti

Med pomembnimi prednostmi krožka kakovosti na izboljševanje kakovosti dela moramo omeniti predvsem vpliv kolegov na vpeljavo sprememb (glej ⇒ Obvladovanje sprememb) in na občutek pripadnosti sprejetim odločitvam. Delo v skupini izpolnjuje večino zahtev izobraževanja odraslih (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost):

- ⇒ Udeleženec lahko neobremenjeno preverja ustreznosti svojega trenutnega sloga dela. Vsakdanje delo nudi številne izkušnje in postavlja pred odraslega številna vprašanja, ki jih želi preveriti in primerjati z drugimi. Prostovoljnost in zaupnost podatkov onemogočajo kakršno koli kaznovanje ali druge negativne posledice.
- ⇒ Skupina je prezaposlenemu posamezniku v pomoč pri usvajanju novega znanja, za kar bi sam porabil preveč časa. Predvsem mu pomaga pri izbiri potrebnih in ustreznih vsebin razpoložljivega znanja. Vsakdanje delo posameznika se bogati s teoretičnimi spoznanji cele skupine in oblikuje v izkustvo, ki je podlaga boljšemu delu.
- ⇒ Kot končna posledica in cilj tako stalnega strokovnega izobraževanja, stalnega izboljševanja kakovosti, kot samega krožka kakovosti je pomoč pri spreminjanju sloga dela. Spreminjanje navad in vedenja je zahtevna naloga, pri kateri vsak posameznik potrebuje številne spodbude. Podpora in zgled skupine je ena močnejših spodbud za spreminjanje sloga dela (glej ⇒ Obvladovanje sprememb).

Krožek kakovosti je primerno sredstvo za spreminjanje sloga dela na tistih področjih dela, ki jih lahko spremeni posameznik v okviru svojih zmožnosti. Prevladujejo strokovna vprašanja, ki zahtevajo preoblikovanje delovnih postopkov znotraj ožje skupine izvajalcev oskrbe in ne zahtevajo večjih dodatnih virov. Med najpomembnejšimi področji, ki so primerna za obravnavo v krožku kakovosti, je sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom, kjer je skupina izvrsten način za spreminjanje odnosa in navad. Pri širših projektih kakovosti ali v celovitem obvladovanju kakovosti je krožek kakovosti lahko sredstvo za vpeljavo tudi večjih sprememb, če vodilni poskrbijo za vire, ki omogočajo potrebne spremembe (glej ⇒ Celovito obvladovanje kakovosti, glej ⇒ Obvladovanje sprememb).

SAMOOCENJEVANJE KAKOVOSTI

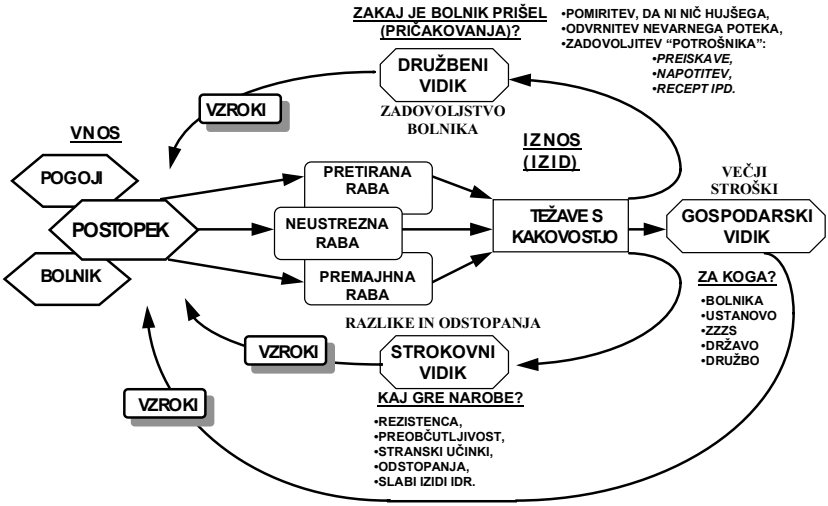
1. Ocenjevanje kakovosti lastnega dela

Čeprav je končna odgovornost za celovito kakovost zdravstvene oskrbe v rokah poslovodnikov zdravstvenih ustanov in izvršilnega dela zdravstvene politike, so neposredni izvajalci (zdravniki, zdravstveni delavci in ostali zaposleni v zdravstvu) ključni za zagotavljanje in izboljševanje kakovosti. Slednje vključuje stalno spremljanje, ocenjevanje in izboljševanje lastne kakovosti. Samoocenjevanje (samonadzor) kakovosti je tako temelj vsem drugim oblikam izboljševanja kakovosti. Brez osveščenih in prizadevnih izvajalcev, ki si stalno prizadevajo za kakovost, si ni mogoče predstavljati resničnega napredka. Za zbiranje, obdelavo in sporočanje podatkov se pri samoocenjevanju kakovosti lahko uporabljajo omenjene in številne druge metode (glej ⇒ Stopnje izboljševanja kakovosti, glej ⇒ Oblike sistematičnega izboljševanja kakovosti, glej ⇒ Analiza izjemnih dogodkov, glej ⇒ Podatkovno podprto izboljševanje kakovosti, glej ⇒ Zdravstveni karton in kakovost). Podobno velja za spodbujanje sodelovanja in spreminjanja sloga dela (glej ⇒ Spodbujanje sprememb, glej ⇒ Izobraževanje za kakovost, glej ⇒ Krožek kakovosti, glej ⇒ Uporaba smernic). Samoocenjevanje kakovosti mora najti svoje mesto tudi v sistemu kakovosti zdravstvene ustanove (glej ⇒ Odgovornost v sistemu kakovosti). Metoda je predstavljena na primeru samoocenjevanja kakovosti predpisovanja antibiotikov pri akutnem respiratornem infektu.

2. Primer samoocenjevanja kakovosti: predpisovanje antibiotikov pri akutnem respiratornem infektu

Akutni respiratorni infekti (v našem primeru: prehlad, vnetje srednjega ušesa, vnetje obnosnih votlin, lakunarna angina, nestreptokokno vnetje žrela, akutni bronhitis, pljučnica idr.) so med pogostejšimi vzroki za posvet pri zdravniku družinske medicine, saj predstavljajo petino ugotovljenih diagnoz pri prvih obiskih. Pogosto je tudi predpisovanje antibiotikov pri akutnem respiratornem infektu. V zvezi s tem se pojavljajo številna vprašanja v zvezi s povečano rezistenco povzročiteljev, naraščajočimi stroški za

porabljena zdravila in laboratorijske preiskave ter nezadovoljstva bolnikov (slika 1). Za neposredne izvajalce je to področje po strokovni plati še posebno zanimivo predvsem zaradi predpisovanja antibiotikov pri boleznih, ki jih povzročajo virusi. Področje je primerno za sistematično izboljšanje kakovosti, ker je v treh do štirih tednih opazovanja mogoče zbrati primerno število primerov akutnih respiratornih infektov (trideset ali več), kar omogoča osnovno obdelavo podatkov in primerjavo z ostalimi.



Slika 1. *Prikaz postopkov in izvidov zdravstvene oskrbe pri obravnavi bolnika z akutnim respiratornim infektom.*

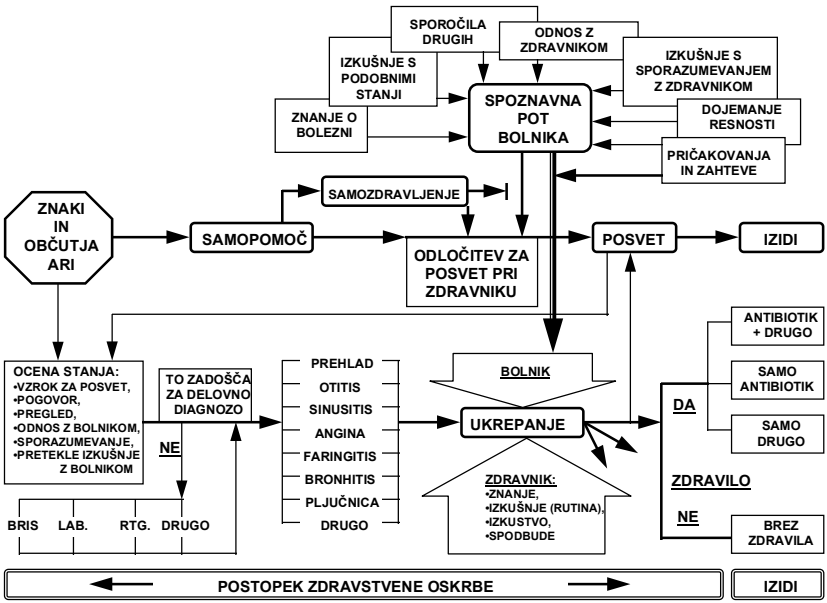
2.1 Uvod

Akutni respiratorni infekti (ARI) so pogost vzrok za posvet pri zdravniku. Nekatere ARI povzročajo bakterije, zato se za zdravljenje pogosto uporabljajo tudi antibiotiki. Uporaba antibiotikov prinaša poleg dobrih tudi nekaj slabih strani:

⇒ v svetu se veča odpornost mikroorganizmov na antibiotike (ekološki problem),
⇒ veča se število predpisanih receptov z antibiotiki (količinski problem),
⇒ stroški za zdravila strahovito naraščajo (finančni problem),
⇒ antibiotiki se predpisujejo tudi pri virusnih infektih (kakovostni problem).

Razumljivo vsak od naštetih problemov zanima drugega udeleženca pri oblikovanju kakovosti. Zdravstvena politika in zdravstvene zavarovalnice se zanimajo predvsem za obvladovanje naraščajočih stroškov. Del rešitve naraščajoče porabe zdravil vidijo tudi v večji ponudbi zdravil preko pulta, ki ima poleg pozitivnih lahko tudi negativne posledice. Oženje problema na

stroške za zdravila na račun javnih sredstev pomeni odvračanje pozornosti od ostalih vidikov predpisovanja. Družinski zdravnik mora biti zainteresiran tudi za ekološke probleme predpisovanja. K izboljšanju kakovosti in reševanju ostalih problemov lahko namreč največ prispevamo prav zdravniki, ki neposredno predpisujemo zdravila (slika 2).



Slika 2. *Diagram obravnave akutnega respiratornega infekta.*

2.1.1 Problemi pri predpisovanju antibiotikov v splošni medicini

ARI kljub pogostosti večinoma ne potrebujejo subspecialistične obravnave. To je verjetno eden izmed razlogov, da v medicinskih krogih zanje ni pretiranega zanimanja. Nekaj več ga je nastalo z razvojem družinske medicine. Tako Hansen in sodelavci ugotavljajo, da je v splošni medicini na Danskem diagnoza sinusitis postavljena prepogosto. S tem je vprašljivih tudi 16% predpisanih antibiotikov za zdravljenje sinusitisa v danski splošni medicini. V obsežni raziskavi projekta izboljševanja kakovosti predpisovanja antibiotikov pri pogostih otroških boleznih so dosegli 10% zmanjšanje predpisanih antibiotikov. V Združenih državah Amerike se zlasti ubadajo s problemom predpisovanja antibiotikov pri vnetju srednjega ušesa. Obsežni projekti zmanjševanja uporabe antibiotikov in tetraciklinov pa so že uspešna preteklost.

2.1.2 Spremljanje predpisovanja antibiotikov

Ker v večini sistemov zdravstvenega varstva predstavljajo zdravila, izdana na recept posebej zaračunljive stroške za zdravstvena zavarovanja, so, poleg akademskih krogov, za predpisovanje antibiotikov močno zainteresirani tudi plačniki zdravstvenega varstva. Oblikujejo različne oblike spremljanja porabe zdravil. Po svojem zajemu podatkov sodi naš sistem verjetno med najbolj izpopolnjene, saj praktično zajema vsa predpisana zdravila na recept. V nekaterih državah to počnejo le na vzorcu zdravnikov ali z občasnimi raziskavami. Pri univerzalnem zajemanju podatkov o predpisovanju, žal, ne moremo povezovati predpisanega antibiotika z vzrokom za posvet ali z ugotovljeno diagnozo. Za primerjavo med kolegi je poznavanje ugotovljenih diagnoz in predpisanega zdravila nujno.

2.1.3 Spreminjanje sloga predpisovanja zdravil

Ugotavljanje sloga predpisovanja je le prvi korak k izboljševanju kakovosti predpisovanja. Največjo pozornost moramo posvetiti oblikovanju smernic in vpeljavi sprememb. Zdravnikom je potrebno omogočiti dostop do neodvisnih informacij o zdravilih. Med številnimi načini za izobraževanje o uporabi zdravil je pomembno tudi posvetovanje s kolegi. Domnevajo celo, da imajo spoštovani strokovnjaki na določenem strokovnem področju najmočnejši vpliv na slog predpisovanja. Aktivna udeležba pri oblikovanju smernic in načrtovanju sprememb pomembno prispeva k izboljšanju kakovosti. Pomembno vlogo igra tudi izobraževanje potrebnih veščin pri predpisovanju, ko se zdravnik znajde pod pritiskom sloga drugih zdravnikov in bolnika samega.

2.2 Zbiranje podatkov za samoocenjevanje kakovosti

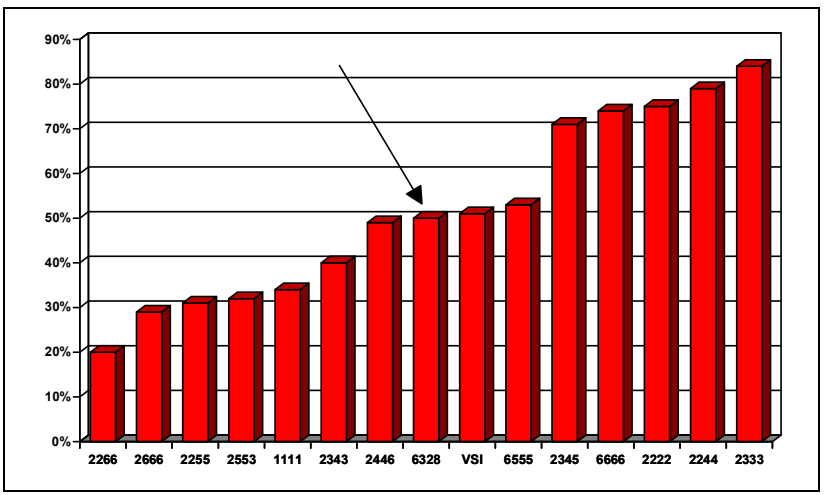
Za uspešno primerjavo je potrebno zbirati relevantne in primerljive podatke. Administrativno rutinsko zbrani podatki ne ustrezajo popolnoma temu namenu.

Skupina za kakovost pri Sekciji za splošno medicino Slovenskega zdravniškega društva je pripravila projekt izboljševanja kakovosti na podlagi samoocenjevanja kakovosti. Predstavljen je obrazec za zbiranje podatkov o predpisovanju antibiotikov pri akutnem respiratornem infektu (Priloga 1). Razvili so ga v okviru projekta Audit project Odense na Danskem in ga uporabljajo v skandinavskih deželah. Prirejen je našim specifikam in načinu dela. Primeren je za ocenjevanje svojega dela in tudi za primerjavo z drugimi. Obrazce smo razposlali zainteresiranim zdravnikom družinske medicine, ki jih izpolnjujejo ob svojem rednem delu. Trideset zaporednih posvetov zaradi ARI vnesejo na strukturiran obrazec (Priloga 1).

2.3 Rezultati

Metoda je primerna za opazovanje tistih postopkov, ki jih opravimo vsaj okoli trideset v približno štirih tednih. Izkazalo se je, da je v času pogostejših infekcij za izpolnitev obrazca potrebno en teden, drugače pa do tri tedne. Za osvetlitev metode je prikazan le del rezultatov.

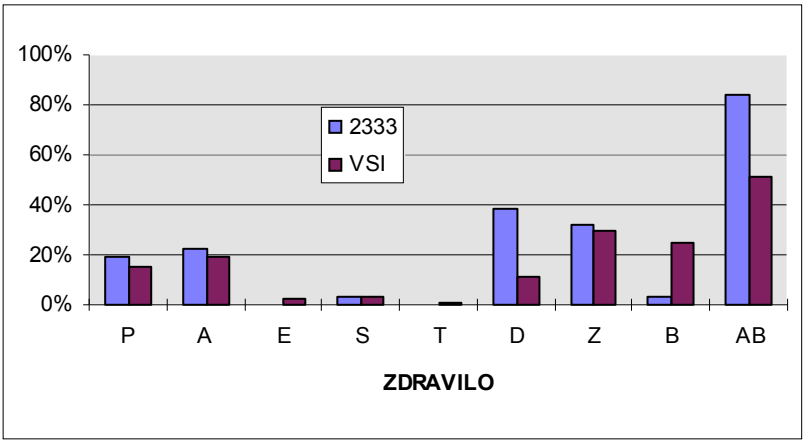
V zelo kratkem času je obrazce izpolnilo štirinajst kolegov. Razlike v deležu posvetov zaradi akutnega respiratornega infekta, kjer je bil predpisan antibiotik, prikazuje slika 3. Rezultati prikazujejo znatne razlike.



Slika 3. *Delež posvetov pri akutnem respiratornem infektu, ki so se končali s predpisanim antibiotikom. Puščica kaže "povprečnega" predpisovalca antibiotikov pri akutnih respiratornih infektih. Sodelujoči zdravniki so zaradi anonimnosti označeni s številčno kodo.*

Namen metode je vsakemu udeležencu projekta pokazati na njegove dosežke v primerjavi z ostalimi. Po pričakovanjih naj bi to vplivalo na spremembe v slogu dela ali ga vsaj spodbudilo k večji pripravljenosti za spremembe (glej ⇒ Obvladovanje sprememb). Vsakemu udeležencu je zato potrebno posredovati njegove lastne podatke skupaj s povprečjem.

V ta namen dobi vsak udeleženec poleg skupnega grafa še presek svojega predpisovanja (slika 4).



Slika 4. *Primer zdravnika, ki antibiotike pri posvetih zaradi akutnega respiratornega infekta predpisuje nad povprečjem. Zdravilo: P = penicilin, A = amoksicilin ali ampicilin, E = eritromicin, S = azitromicin, T = tetraciklin, D = druga oblika antibiotika (kombinacije ipd.), Z = zdravilo za "prehlad", ki ni antibiotik (antitusiki, ekspektoransi, antipiretiki idr.), B = brez kakršnegakoli predpisanega zdravila, AB = delež posvetov, pri katerih je bil predpisan katerikoli antibiotik.*

2.4 Oblikovanje smernic

V naslednji fazi sledi srečanje udeležencev projekta in nekaterih strokovnjakov s področja zdravljenja akutnih respiratornih infektov v splošni medicini, kjer naj bi oblikovali osnutek smernic za predpisovanje antibiotikov pri akutnih respiratornih infektih. Smernice bomo preverili v praksi po predvidenem postopku (gej ⇒ Uporaba smernic).

2.5 Spremljanje sprememb

Po enem letu bomo ponovili zbiranje podatkov. Ob ponovitvi samoocenjevanja eno leto po prvem samoocenjevanju pričakujemo 10 % zmanjšanje obsega predpisanih antibiotikov za akutne respiratorne infekte in zmanjšanje predpisovanja neustreznih preparatov. Odvisno od rezultatov in pripravljenosti za sodelovanje se bodo ponovitve ponavljale v krajših ali daljših časovnih obdobjih.

2.6 Cilji projekta

Predpisovanje antibiotikov v družinski medicini je zaenkrat še relativno neznano področje našega dela. Če želimo izboljšati kakovost predpisovanja antibiotikov, mora pri tem projektu sodelovati čimveč neposrednih predpisovalcev. Vlogo ostalih sooblikovalcev kakovosti vidim predvsem v ustvarjanju ustreznih pogojev za izvedbo projektov in stimulacijo udeležencev v obliki priznavanja sodelovanja za podaljšanje licence in finančno podporo pri sodelovanju na strokovnih srečanjih, povezanih s tem projektom. Hkrati pa ni zaželena tesnejša povezava z državnimi institucijami, ker bi projekt s tem lahko izgubil na kredibilnosti. Posledično bi se zmanjšal tudi pričakovani uspeh. Najpomembnejši element zaupanja pri takem načinu izboljševanja lastnega dela je prav anonimnost in hkrati možnost objektivnega primerjanja z ostalimi kot referenčno skupino.

Predlagani model je bil v praksi preizkušen v skandinavskih deželah in je primeren za pogoste probleme v družinski medicini: vodenje kroničnih bolezni, obravnavo poškodb, predpisovanje določenih skupin zdravil idr. Pomembna je ustrezna koordinacija in spodbujanje samoizobraževanja skozi povratne podatke in skupno oblikovanje smernic Uporaba samoocenjevalnih obrazcev bi bila primerna tudi za študente, ki bi med prakso lahko zbirali podatke o svojih odločitvah in jih v skupini med seminarji obdelali.

Priloga 1. *Obrazec za samoocenjevanje kakovosti v splošni medicini: akutni respiratorni infekti.*

SAMOOCENJEVANJE KAKOVOSTI V SPLOŠNI MEDICINI: AKUTNI RESPIRATORNI INFEKTI

ZDRAVNIK:				oblika st.		narava st.		bolezen								diagnoza					zdravljenje						kontrola		razlog za odločitev				
Datum:				samo 1x		samo 1x		samo 1x								min. 1x					min. 1x max. 6x						samo 1x		min. 1x max. 5x				
			Spol	posvet v ambulanti ali hišni obisk	nasvet po telefonu	nova epizoda	ponovni) med epizodo	Prehlad	Akutni otitis media	Akutni sinusitis	Angina (streptokokna)	Tonzilitis, Pharingitis, Laryngitis	Akutni bronhitis	Pljučnica	Drugo	klinično	bris (lasten laboratorij)	bris (poslan)	navaden penicilin (Ospen,...)	ampicilin, amoksicilin (Hiconcil,..)	eritromicin	Sumamed	Tetraciklin	drug antibiotik	drugo zdravilo za "prehlad"	brez zdravila	naročena kontrola	kontrola ni naročena	laboratorijsko potrjena diagnoza	klinično jasna slika	strah pred zapleti	pritisk bolnika	drugo/nič
št.	leto		M	Ž	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1																																
2																																
3																																
4																																
5																																
6																																
7																																
8																																
9																																
10																																
11																																
12																																
13																																
14																																
15																																
16																																
17																																
18																																
19																																

IV. DEL

DODATEK

UPORABA SMERNIC

1. Smernice

Smernice so sistematično zbrano in oblikovano gradivo (navodilo, doktrina, klinični protokol) o ustrezni oskrbi (pogojih, postopkih in želenih koristih zdravstvene oskrbe) na določenem področju dela. Lahko se nanaša na obravnavo celotne zdravstvene *težave (npr. A/ Odkrivanje nezdravljenih hipertonikov med vpisanimi bolniki pri zdravniku družinske medicine, B/ Zdravljenje sladkorne bolezni tipa II)* ali samo na obravnavo določenega vidika neke bolezni *(npr. C/ Uporaba antibiotikov pri akutnih respiratornih infektih pri otrocih do 12 let, D/ Napotitve na diagnostične preiskave pri bolnikih z boleznimi gibal v splošni medicini)*. Namenjeno je za pomoč izvajalcem pri načrtovanju, izvajanju, spremljanju, ocenjevanju in spreminjanju sloga svojega dela. Drugi udeleženci v sistemu zdravstvenega varstva in izven njega (sodstvo) jih lahko uporabljajo le ob ustrezni razlagi strokovnjaka (izvedenca). Nikakor si jih ne smemo predstavljati kot pravila s pravno podlago.

Temeljne misli, ki nas vodijo pri spodbujanju **uporabe smernic** pri vsakdanjem delu, so naslednje:

- ⇒ Z uporabo smernic pri vsakdanjem delu naj bi se zmanjšale opazovane razlike pri delu posameznih izvajalcev oskrbe. Raziskovalci so ugotovili, da pri delu posameznih izvajalcev nastajajo razlike pri delu, ki jih ni moč pripisati samo teži bolezni in posebnostim bolnika, temveč so velikokrat odvisne od lastnosti izvajalca in okolja, v katerem dela. Če bi vsi izvajalci uporabljali enak vir podatkov o oskrbi na določenem področju, se njihovi postopki oskrbe in tudi izidi ne bi smeli razlikovati. S tem bi bila zagotovljena raven kakovosti, kot jo "predpisujejo" smernice.
- ⇒ Uporaba smernic naj bi zmanjšala negotovost pri odločanju. Negotovost pri odločanju o postopkih oskrbe bolnikov ima številne vzroke in vodi v neodločnost pri sprejemanju odločitev. "Za vsak primer" izvajalci opravijo več preiskav in pregledov, kar povečuje stroške, navadno ne prispeva k večji kakovosti, temveč obratno, zaradi različnih iatrogeno povzročenih težav lahko celo k slabši kakovosti. Smernice naj bi izvajalcu nudile neke vrste zaščito, da bi se laže odločal.

⇒ Smernice naj bi olajšale prenos novega znanja na širok krog izvajalcev. Znanje vedno hitreje zastara in vedno nove in nove količine znanja se pojavljajo v strokovnem časopisju. Teh sprememb posameznik ne more več spremljati. V smernicah združeno znanje predstavlja bistveno znanje z določenega področja dela. Izvajalcu se ni potrebno truditi niti z iskanjem ustreznih člankov niti preverjati njihove verodostojnosti, ker ima s smernicami zagotovljeno kakovostno čtivo.

⇒ Smernice naj bi zagotavljale uporabo najboljšega razpoložljivega znanja. V sistematično oblikovanih smernicah avtorji uporabijo samo tisto gradivo, ki temelji na strogih raziskovalnih merilih in vključijo sistematično pridobljena soglasna mnenja strokovnjakov za tista področja, kjer ni zadosti strokovno tehtnega gradiva.

⇒ Iz smernic naj bi lahko izluščili veljavne in zanesljive kazalce, merila in standarde za ocenjevanje kakovosti na tem področju oskrbe. Ocenjevalci oskrbe se pogosto znajdejo v dvomu, kateri deli oskrbe na določenem področju so pomembni za izid. Izbira kazalcev, meril in še posebno standardov je zato zelo zahtevna naloga. Gradivo v smernicah omogoča enostavnejšo izbiro ustreznih in z dokazi podkrepljenih delov oskrbe, ki jih je moč uporabiti kot kazalce in merila, na podlagi katerih lahko ocenjujemo izvedbo celotnega postopka. Tudi za želeno raven dosegljive koristi (standarda) se je ob znanstveno podkrepljenem in zbranem gradivu mnogo laže dogovoriti.

⇒ Smernice lahko predstavljajo primerjalno (referenčno) raven kakovosti za nadzor in ocenjevanje kakovosti. Nadzor in ocenjevanje kakovosti se navadno vršita brez vnaprej znanih meril in standardov . Postavijo si jih ocenjevalci sami oziroma se domneva, da so splošno veljavna, čeprav niso nikjer objavljena niti proglašena za standard. Ocenjevalec navadno kot primerjalno raven uporablja lasten slog dela ali nek domnevni najboljši možni slog dela. Nadzorovanec ali ocenjevanec se lahko sklicuje na smernice kot na primerjalno raven kakovosti, kar mora ocenjevalec tudi upoštevati.

⇒ Izvajalcu omogočajo smernice tudi pravno varnost. V spornih primerih se izvedenec znajde v vlogi ocenjevalca in najpogosteje uporablja domnevne standarde najboljšega možnega sloga dela v določenem primeru. Jasno je, da so mnenja lahko tudi različna. Izvajalec bi se pri tem lahko skliceval na ravnanje v skladu z veljavnimi priporočili v smernicah. Hkrati pa vzbujajo smernice pri izvajalcih tudi strah, da bi se lahko povečalo število pritožb prav zaradi javno znanih smernic. Laiki in predvsem sodstvo bi utegnilo smernice razlagati kot zlato pravilo (zlati standard) in ne bi dopuščalo nikakršnih odstopanj.

⇒ Bolniku bi smernice (posebna izdaja v njemu razumljivem jeziku) omogočale laže sodelovanje pri zdravljenju. Zapletene postopke zdravstvene oskrbe je mnogokrat težko pojasniti tudi ob najboljšem sporazumevanju. Napisano besedilo o postopku oskrbe bi nekateri

bolniki lahko v miru laže preučili in se posvetovali v zvezi z nadaljnjimi postopki. Hkrati pa bi to zdravniku omogočalo, da bi se laže držal veljavnih strokovnih usmeritev.

⇒ Smernice omogočajo javnost dela. Državljani lahko primerjajo dejansko oskrbo s priporočeno.

2. Zgradba smernic

Smernice so strokovno besedilo z značilno zgradbo:

⇒ Naslov smernic kaže področje oskrbe, ki ga obravnava.

⇒ Opredelitev področja oskrbe in najpomembnejših pojmov natančneje opisuje obravnavano področje.

⇒ V opisu najnovejših spoznanj s tega področja so našteti tudi razlogi, zakaj se je pokazala potreba po prav teh smernicah. V uvodnem delu je potrebno

- podati razloge za oblikovanje konkretnih smernic,
- našteti sestavljavce smernic,
- razložiti strokovni pomen smernic,
- razložiti dobre in slabe plati citirane in uporabljene literature,
- našteti področja, za katera ni zadostnih znanstveno potrjenih izsledkov,
- opisati način in oblikovanje doseženega soglasja o sklepih, navedenih v smernicah in
- pokazati na odprta strokovna vprašanja in na področja, kjer so potrebna nadaljnja raziskovanja.

⇒ Sledi pregled obravnavanega področja, ki je podoben preglednemu članku. Od preglednega članka se razlikuje po tem, da o različnih izsledkih ne polemizira, temveč podaja dokončne sklepe. Kadar razpoložljiva literatura tega ne dopušča, se sestavljavci zatečejo k soglasnim sklepom. Razložene so opredelitve, ki jih uporabljajo sestavljavci. V smernicah mora biti opisano tudi, na kakšen način so sestavljavci prišli do posameznega sklepa. Besedilo mora dati enoumne odgovore tudi na tista vprašanja, kjer je možnih več različic.

⇒ Sledi navedba, komu so smernice namenjene.

⇒ Nato sledi opis pogojev za kakovostno oskrbo:

- Našteta je ustrezna oprema, usposobljenost kadrov in dostopnost določene dejavnosti ter potrebni viri, ki omogočajo uporabo smernic.
- Opredeljena je tudi skupina bolnikov, za katero smernice veljajo, obravnavani del oskrbe in katere stroke izvajalcev naj bi jih uporabljali.
- Navedeni so namen in cilji uporabe smernic.

⇒ Sledijo merila in standardi (cilji) za kakovostno delo.

⇒ Predlagani so kazalci kakovosti, na podlagi katerih je možno ocenjevati kakovost dela.

⇒ Naveden je način in pogostost preverjanja (ocenjevanja) doseženih ciljev.
⇒ Potrebno je navesti literaturo, odkoder smo črpali podatke, način izbora literature in način doseganja soglasja ter avtorje smernic.
⇒ Za praktično uporabo so smernicam lahko dodani drevo odločanja, opomnik ali preglednica (glej ⇓ Primer smernic, nastalih na krajevni ravni: tabela 1).

2.1 Primer smernic, nastalih na krajevni ravni

Smernice za priložnostno merjenje krvnega tlaka v ambulanti zdravnika družinske medicine v ZD Jesenice

Opredelitev: *Priložnostno merjenje krvnega tlaka je merjenje krvnega tlaka obiskovalcem ambulante zdravnika družinske medicine, ki niso znani hipertoniki, in ga obiščejo zaradi kakršne koli (tudi druge) zdravstvene težave.*

Razlog: S priložnostnim merjenjem krvnega tlaka zgodaj odkrivamo ljudi s povečanim krvnim tlakom, ki za ta bolezenski znak sploh ne vedo, ker nimajo nobenih težav, ki bi jih povezovali s povečanim krvnim tlakom.

Zakaj te smernice?

Ob analizi vzorca zdravstvenih kartonov bolnikov, ki se zdravijo v ZD Jesenice (vključno z obema zdravstvenima postajama), se je pokazalo, da več kot polovici obiskovalcem ambulante zdravnika družinske medicine (če odštejemo 16 % hipertonikov, ki se jim dokaj redno meri krvni tlak, je bil izmerjen le v 33 %) v zadnjih petih letih ni bil izmerjen krvni tlak niti enkrat.

Preventivna dejavnost v splošni medicini pridobiva na pomenu. Odkrivanje hipertonikov s tako enostavno metodo presejevanja (sekundarna preventiva) vsekakor sodi k delu zdravnika družinske medicine.

Število obiskovalcev s priložnostno izmerjenim krvnim tlakom je nesporno merilo kakovosti dela v splošni medicini.

Komu so smernice namenjene?

Smernice so namenjene:
⇒ zdravniku družinske medicine pri rednem delu v ambulanti;
⇒ medicinski sestri, ki se mora vključiti v merjenje krvnega tlaka (in drugih pomembnih parametrov);
⇒ zdravniku - mentorju pri delu s študentom;
⇒ študentu in drugim praktikantom.

Pogoji za delo:

⇒ Običajni delovni prostori za opravljanje družinske medicine

⇒ Osebje: zdravnik družinske medicine, medicinska sestra
⇒ Oprema: zdravstveni karton za vpisovanje izmerjenih vrednosti, aparat za merjenje krvnega tlaka

Merilo (komu in koliko?):

Vsakemu bolniku, ki v tekočem letu obišče ambulanto zaradi česar koli, izmeri zdravnik ali medicinska sestra krvni tlak v sedečem položaju, po kratkem počitku z ustrezno manšeto ali s korekcijo in vrednost vpiše v zdravstveni karton bolnika.

1 X LETNO IZMERIMO KRVNI TLAK VSAKEMU BOLNIKU

Standard: (Koliko obiskovalcem naj bi izmerili krvni tlak, da lahko rečemo, da delamo dobro?)

Ker približno 80 % vpisanih bolnikov obišče svojega zdravnika vsako leto in je verjetno nemogoče vsem izmeriti poleg ostalega tudi krvni tlak (naglica, odklanjanje, pozabljanje...), je zaenkrat smiselni cilj 70 % vseh bolnikov oziroma približno 90 % tistih, ki so bili v tekočem letu na pregledu. To predstavlja dvig doseženega rezultata s 33 % na 70 %.

90 % BOLNIKOM BOMO V TEKOČEM LETU IZMERILI KRVNI TLAK.

Ocenjevanje kakovosti

Smernice naj bi vplivale na izboljšanje kakovosti našega dela (več bolnikov s priložnostno izmerjenim krvnim tlakom, kar pomeni več zgodaj odkritih hipertonikov, in ob domnevi, da se ustrezno zdravijo, manjša morbidnost in umrljivost zaradi posledic hipertenzije).

Kakovost bo ocenjeval lahko vsak zdravnik za svojo ambulanto sam (samoocenjevanje). V ta namen si lahko izbere vzorec zdravstvenih kartonov in ugotovi, če dosega zastavljene cilje. V dogovoru se lahko naredi tudi skupna ocena.

Literatura

1. *Dolenc P. Merjenje krvnega tlaka in ugotovitev hipertenzije. V: Jezeršek P, Dobovišek J (ured.). Arterijska hipertenzija. Ljubljana: Med Razgl, 1992:11-15.*
2. *Dobovišek J. Arterijska hipertenzija. V: Kocijančič A, Mrevlje F. Interna medicina. Ljubljana: EWO & DZS, 1993:177-204.*
3. *Žemva A. Farmakoterapija arterijske hipertenzije. Novo mesto: Krka, 1993:7-24.*
4. *WHO Expert Committee. Hypertension control. WHO Technical Report Series. Geneva: World Health Organization 1996:1-87.*

Tabela 1. *Smernice za ukrepanje pri različni višini KT, ki ga ugotovimo ob priložnostnem merjenju (prirejeno po 4, str. 32).*

Sistolični KT	Diastolični KT	Ukrep*
< 130	< 85	Naslednje merjenje čez 2 leti
130 -139	85 - 89	Naslednje merjenje čez 1 leto
140 - 179	90 - 104	Trikratno merjenje v naslednjih 3 mesecih
180 - 209	105 - 119	Potrdi in oceni takoj; zdravljenje začni v nekaj tednih.
≥ 210	≥ 120	Oceni in zdravi takoj.

**V primeru, da pade ena izmed vrednosti v višjo skupino, se ravnamo po standardu za višjo skupino.*

3. Merila za kakovostne smernice

Tabela 2. *Razlaga posameznih lastnosti meril, uporabljenih v smernicah.*

Lastnost	Razlaga
veljavnost	Smernice so veljavne, kadar njihovo izpolnjevanje vedno pripelje do takšnega zdravstvenega stanja in takih stroškov, kot predvidevajo smernice.
moč dokazov	Smernice morajo vsebovati tudi razlage dokazov, prevzetih iz literature in mnenje strokovnjakov o njih.
ocena izidov	Smernice morajo predvideti tudi oceno zdravstvenega stanja in stroškov, ki jih prinaša uporaba smernic v primerjavi z drugačnim načinom dela.
zanesljivost/ ponovljivost	Smernice so zanesljive/ponovljive: 1. če druga skupina strokovnjakov na podlagi istih podatkov iz literature pripravi identične trditve; 2. če izvajalci v enakih delovnih pogojih tolmačijo in uporabljajo smernice na enak način.
sprejemljivost za vsakdanje delo	Smernice morajo biti uporabne za pravilno opredeljeno skupino bolnikov; skupina strokovnjakov mora jasno opredeliti skupino bolnikom, za katero veljajo smernice.
prilagodljivost vsakdanjemu delu	Smernice morajo upoštevati znane izjeme in odstopanja od postavljenih navodil in opredeliti, kako se upošteva bolnikovo mnenje.
jasnost	Jezik smernic mora biti jasen in razumljiv.
multidisciplinarnost	Smernice je potrebno oblikovati ob soudeležbi vseh vpletenih z možnostjo posredovanja mnenja skupini strokovnjakov in pregleda osnutka smernice.
načrt preverjanja smernic	V smernicah mora biti določen rok, ko se ugotavlja, če je potrebno smernice popraviti.
dokumentacija	Vse postopke, sooblikovalce, uporabljeno literaturo in metode moramo dokumentirani.

Smernice morajo biti zasnovana na najboljših dosegljivih dokazih v literaturi in podkrepljena s soglasjem ustreznih strokovnjakov. Zaenkrat še ni uveljavljen enotni način za oblikovanje smernic. Tako so nekatere smernice

pripravljena na osnovi čvrstih dokazov iz znanstveno raziskovalnega dela, druga na osnovi znanja skupine strokovnjakov in spet tretja na osnovi mnenja izvedencev določene stroke. Oblikovane smernice se morajo nanašati na rezultate randomizirnih kliničnih raziskav, ki jih je možno prenesti v vsakdanje delo ambulante. Pri tem morajo upoštevati okolje ambulante, lastnosti skupine bolnikov, ki jih oskrbuje, razpoložljivost virov in obremenjenost ambulante. Tabela 2 prikazuje razlage lastnosti, ki jih morajo imeti merila v smernicah.

Merila v smernicah morajo biti natančna, enostavna, razumljiva, uporabna, izvedljiva in sprejemljiva za zdravnike, ki so jim namenjena.

3.1 Prikaz meril

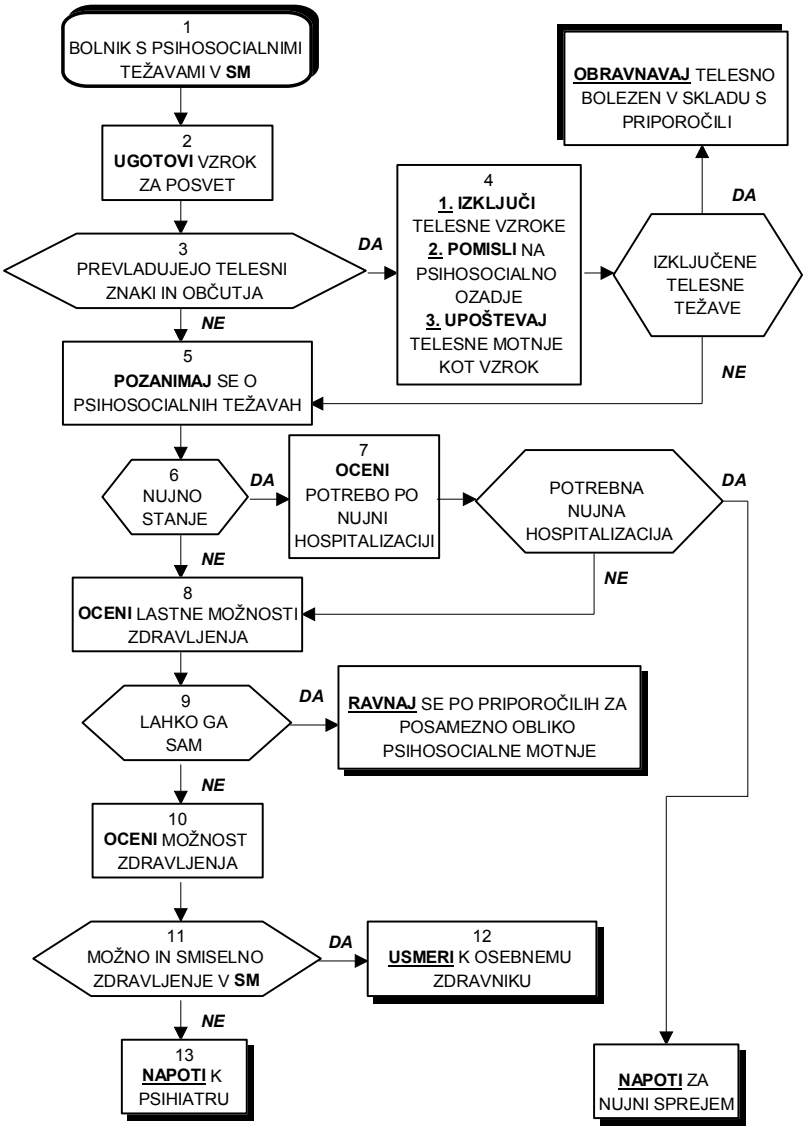
Tabela 3. *Zbir meril, ki jih uporabljamo za ocenjevanje nudene oskrbe pri vnetju srednjega ušesa. Iz zapisa v zdravstvenem kartonu je potrebno ugotoviti, ali so vse zajete točke izpolnjene ali ne. Seštejemo vse negativne odgovore, ki nam dajo obseg odstopanja od izhodišč kakovostne zdravstvene oskrbe.*

Zbir meril
Pomembne navedbe za dobro oskrbo iz **anamneze**:
1. trajanje bolezni,
2. pogostost ponavljanja,
3. znaki pridružene bolezni,
4. perforacija.
Pomembne navedbe za dobro oskrbo iz **pregleda**:
5. ali je označena stran: levo uho, desno uho, obojestransko?
6. opazovana pordelost bobniča,
7. opazovana izbočenost bobniča,
8. opazovana perforacija bobniča,
9. pri perforaciji narejena drenaža.
Pomembne navedbe za dobro oskrbo iz **posebnih postopkov**:
10. Ali je vzet bris pri dolgotrajnem izcedku pri ponovnem pregledu?
Pomembne navedbe za dobro oskrbo iz **predpisovanja zdravil**:
11. Sistemski antibiotik za 7 do 10 dni (penicilin, eritromicin...).
12. Nesprejemljiv antibiotik (tetraciklin pri otroku, kloramfenikol).
Pomembne navedbe za dobro oskrbo iz **spremljanja bolnika**:
13. Naročen na ponovni pregled po 1 do 2 tednih.
14. Napotitev k otologu pri:
- nepozdravljenem ali ponavljajočem vnetju (3 krat v 6 mesecih),
- kronično serozno vnetje srednjega ušesa,
- izguba sluha.

Prikaz meril je zelo raznolik in sega od opisa merila preko zbira meril do dreves odločanja (algoritmov). **Zbir meril** je bil in je še vedno razširjen način

prikaza meril. Primer preprostega zbira meril prikazuje tabela 3. Osnovno težavo pri zbiru meril je predstavljalo ocenjevanje, saj ni bilo rešeno vprašanje strokovne teže izpolnjevanja oziroma neizpolnjevanja posameznega merila v končni oceni kakovosti. *Seštevek enot, kjer je ugotovljeno odstopanje, predstavlja obseg odstopanja od predvidene kakovosti zdravstvene oskrbe za opazovani postopek.* Ker pri različnih postopkih za opazovane bolezni v zbiru nimamo vedno enakega števila točk, moramo rezultate za primerjavo standardizirati. To dosežemo tako, da dobljeno število točk delimo s celotnim številom točk v zbiru za ta postopek. Na ta način lahko med seboj primerjamo tudi postopke oskrbe pri različnih zdravstvenih težavah. Ta način predstavlja pomembno stopnjo v razumevanju zagotavljanja kakovosti. Kadar želimo izpeljati (notranji) nadzor kakovosti za jasno opredeljene postopke, ki imajo omejeno število nespornih meril, je ta način uporaben tudi danes.

Če želimo spremljati zapletenejše postopke (takih je večina v medicini), nas zbir meril lahko razočara. Le malokateri postopek poteka enosmerno in vsebuje samo nesporna merila. Zbiri meril so pri nekaterih lahko izredno dolgi in včasih se dogaja, da se pri pregledu ne ve več, ali je pomembnejše upoštevanje posameznih enot iz seznama ali kakovostna oskrba. Za te postopke se je izkazala za boljši način uporaba **dreves odločanja** (algoritmov), ki mnogo bolj ustrezajo razvejanosti sprejemanja logičnih odločitev pri reševanju zdravstvenih. S to metodo ni potrebno zajemati tako velikega števila bolnikov z določeno zdravstveno težavo, ker se zdravnik drži meril skozi razvejitev logičnih odločitev; hkrati s postavljanjem diagnoze in zdravljenjem namreč izpolnjuje tudi zahtevana merila. Drevesa odločanja se zadnje čase pojavljajo tudi pri nas, vendar predvsem kot sredstvo za posredovanje doktrine in predstavitev učne snovi. Oblikovanje smernic v obliki dreves odločanja samo po sebi še ne zagotavlja izboljšanja dela zdravnikov, ki so jim namenjena. Predvsem moramo biti pozorni na to, da morajo drevesa odločanja obsegati celotno zdravstveno težavo, od anamneze do spremljanja uspeha zdravljenja, in biti primerna za izvedbo na določeni ravni zdravstvenega varstva. Na sliki 1 je prikazan primer takšnega zdravnikovega razmišljanja in odločanja ob pogosti zdravstveni težavi. Marsikomu takšen prikaz ni sprejemljiv način prikazovanja. Zato in zaradi omejenega prostora v samem drevesu odločanja se je uveljavilo, da so ob drevesu odločanja napisane tudi opombe, ki pojasnjujejo in razširjajo prikazano miselno pot odločanja.



Slika 1. Drevo odločanja pri bolniku s prikrito ali izrazito psihosocialno simptomatiko pri zdravniku družinske medicine.

3.2 Teža meril in standardov v smernicah

Posamezni deli besedila smernic imajo za izvajalce večji pomen, kot ostali. Pomembni so zlasti tisti deli, na podlagi katerih je možno ocenjevanje kakovosti in primerjanje lastnega dela s prejšnjimi obdobji ali z drugimi izvajalci. Oblikovalci smernic za vsako ožje področje izberejo merljivi del postopka, ki ga v tem primeru imenujemo kazalec kakovosti, za katerega menimo, da nam njegovo odstopanje (variiranje) lahko kaže na kakovost oskrbe (npr. raven krvnega sladkorja, izmerjenega na tešče pri bolnikih s sladkorno boleznijo tipa II). Razdelitev celotnega postopka omogoča logično ocenjevanje in izboljševanje posameznih delov postopka. Izberemo več kazalcev, vendar se skušamo osredotočiti na pomembne dele postopka. Skrbeti moramo, da zbir kazalcev ni preobsežen in da upoštevamo tudi klinično pomembnost opazovanega kazalca za samo okolje, kjer se bo uporabljal. Z razdelitvijo postopka na posamezne dele, ki jih lahko opazujemo, se zmanjša neželeno odstopanje. Vodi v standardizacijo dela in storitev. S tem se zmanjšajo možnosti za odstopanja (napake), nepotrebno delo, stroške in s tem izboljšanje kakovosti oskrbe.

Pogosto nas bolj kot kazalec zanima vrednost kazalca. Merilo je opredeljeno zaželeno ali nezaželeno stanje kazalca zdravstvene oskrbe (npr. raven krvnega sladkorja, izmerjenega na tešče pri bolnikih s sladkorno boleznijo tipa II naj bo < 5,6 mmol/L). Merila morajo biti veljavna, zanesljiva, nanašati se morajo na klinično delo, uporabna v praksi, celostna, specifična, prilagodljiva, v jasnem in natančnem jeziku, v poučnem in privlačnem slogu.

Glede na utemeljenost nekega postopka, posega ali ukrepa, ki ga zasnujemo na dokazih, zbranih v literaturi, so merila lahko obvezna, priporočljiva, na izbiro zdravniku in bolniku, ker so nedokazana. Ker pri vsakdanjem delu ne moremo računati z absolutnimi stanji in možnostmi, moramo določiti tudi standarde (cilje) za izbrano merilo, do katere mere mora biti določeno merilo izpolnjeno, da lahko smatramo prikazano oskrbo za sprejemljivo. Vnaprej postavljene standarde so nekaj, kar pri zagotavljanju kakovosti razumemo kot nekaj samega po sebi. Oskrba, ki ne dosega postavljenih standardov, ni sprejemljiva, oziroma bolje rečeno: *pri oskrbi, ki ne dosega standardov, so potrebne spremembe*. Standard je vrednost merila, ki kaže mejo med sprejemljivo in nesprejemljivo kakovostjo.

Včasih lahko vsaj v začetku shajamo brez vnaprejšnjega standarda. Kadar za določeno oskrbo ni ustreznih podatkov v literaturi niti se strokovnjaki ne morejo dogovoriti o želeni ravni kakovosti, lahko najprej izvedemo opazovanje dejanskega načina dela. Cilje (standarde) pa si zastavimo šele v naslednjem krogu. Pri postavljanju standardov si lahko pomagamo tudi z zbranimi podatki o doseganju meril (izhodiščni podatki). Ob oceni izhodiščnega stanja določimo dosegljive cilje (standarde), ki so navadno višje

od doseženih, vendar večinoma še ne dokončno visoke. Tako zagotovimo, da so postavljeni standardi izvajalcem sprejemljivejši in laže dosegljivi (pri pregledu zdravstvenih kartonov moramo npr. najti 95 % izmerjenih vrednosti ravni krvnega sladkorja izmerjenih tešče pri bolnikih s sladkorno boleznijo tipa II nižjih od 5,6 mmol/L, pri 80 % bolnikov z urejeno sladkorno boleznijo morajo biti redne meritve ponovljene na 3 mesece). To omogoča počasno prilagajanje oskrbe želeni kakovosti, ki ga izvajalci laže sprejmejo. Standardi so tako občutljiv vzvod izboljševanja kakovosti.

Za ocenjevanje kakovosti izberemo iz zbira meril navadno tista merila, ki so po znanstveni in strokovni oceni bistvena za postopek in predvsem za izid oskrbe. Vsi dokazi in trditve v literaturi, ki jih uporabimo za merila, nimajo enake teže. Nekateri dokazi so pridobljeni v randomiziranih kliničnih raziskavah, drugi v opazovalnih, tretji predstavljajo mnenje skupine strokovnjakov. Popolnoma jasno je, da neizpolnjevanje enega ali drugega merila nima iste teže. Razločevanje teže posameznih trditev je zelo pomembna pri ocenjevanju kakovosti oskrbe, zato oblikovalci smernic merila pogosto razvrščajo glede na težo dokazov, ki stojijo za določenimi merili. Poznanih je več razdelitev, najpogosteje pa se njihova uporaba deli na tri skupine:

- ⇒ obvezna uporaba,
- ⇒ priporočljiva uporaba,
- ⇒ neobvezna uporaba.

Za ocenjevanje in primerjanje kakovosti je smotrno uporabljati predvsem merila, za katera je predvidena obvezna uporaba.

4. Oblikovanje smernic

Oblikovanje smernic je zamudno in drago ter tako sodi med zahtevnejše naloge izboljševanja kakovosti. Postopek oblikovanja je nekoliko odvisen od ravni, kjer smernic nastajajo, in od tega, komu so namenjena, vendar ima nekaj skupnih lastnosti (tabela 4). **Oblikovanje smernic** je najbolje opraviti postopno:

- ⇒ Izbira področja v zdravstveni oskrbi, za katerega smo ugotovili, da se pojavljajo težave (npr. priložnostno merjenje krvnega tlaka izvajajo nekateri zdravniki družinske medicine preveč poredko).
- ⇒ Določiti je potrebno ožjo skupino strokovnjakov, ki bo oblikovala smernice. Delovno skupino sestavimo iz predstavnikov stroke, ki so ji smernice namenjene. Člani delovne skupine so lahko tudi iz različnih strok, ki se ukvarjajo z obravnavo določenega področja. Pridružijo se jim lahko tudi uporabniki in drugi udeleženci v sistemu zdravstvenega varstva (npr. pri oblikovanju smernic za zdravljenje bolečine v križu lahko sodelujejo zdravniki družinske medicine, ortopedi, nevrokirurgi, fiziatri, fizioterapevti, bolniki, zdravniki športne medicine, zdravniki

zdravniških in invalidskih komisij idr.). Pri sestavljanju skupine je v ospredju učinkovitost dela pri pripravi smernic, torej doseganje zastavljenih smotrov. Če želimo pripraviti smernice, ki bodo pretežno namenjene zdravnikom družinske medicine, je tako heterogena skupina prej ovira, kakor pomoč. Izvedence drugih strok je v takem primeru bolje, kot v oblikovanje samo, vključiti v preverjanje smernic.

⇒ Zbrati moramo razpoložljivo ustrezno literaturo o zadevanem področju (npr. članki, ki govorijo o pomenu zgodnjega odkrivanja hipertonikov, o škodljivih učinkih nezdravljene hipertenzije, o epidemiologiji hipertenzije in o praksi zdravnikov družinske medicine) in mnenja strokovnjakov določene stroke (npr. internisti, ki se ukvarjajo z zdravljenjem hipertenzije se zavzemajo za priložnostno merjenje krvnega tlaka). Oceniti je potrebno znanstveno vrednost literature in možnost uporabe izsledkov za razjasnitev obravnavane snovi. Zbrano literaturo predstavimo delovni skupini, ki bo oblikovala osnutek smernic.

⇒ Skupina na podlagi zbrane literature oblikuje osnutek. Vrzeli v strokovni literaturi zapolni s soglasnimi stališči strokovnjakov določenega področja. **Soglasje** je možno doseči z različnimi tehnikami (tehnika nominalne skupine, Delphi tehnika, konsenzus konferenca). Soglasje pri sprejemanju smernic je potrebno zaradi zmanjševanja nepotrebnega odstopanja v oskrbi, ki bi lahko nastalo, če smernice ne bi dale dokončnega odgovora na vprašanja, ki še niso do potankosti raziskana. Pri iskanju soglasja v delovni skupini morajo prevladati celostni pogledi ob upoštevanju enostavnosti, sprejemljivosti, obvladovanja stroškov, učinkovitosti, uspešnosti in ekonomskih zmožnosti skupnosti.

⇒ Preverjanje smernic pri vsakdanjem delu. Pri preverjanju smernic (za zdravnike družinske medicine) pri vsakdanjem delu sodelujejo zdravniki družinske medicine in tudi specialisti ustrezne stroke. S preverjanjem želimo ugotoviti sprejemljivost in uporabnost smernic pri vsakdanjem delu.

⇒ Dokončno oblikovanje smernic.

V tabeli 4 so naštete posamezne stopnje oblikovanja smernic in možni nosilci nalog v naših razmerah. Sam postopek oblikovanja smernic za izbrano snov traja od petnajst do dvajset mesecev. Izvajalci na krajevni ravni si lahko pomagajo s številnimi že oblikovanimi smernicami. Proces oblikovanja smernic je zelo močan v Združenih državah Amerike in v Veliki Britaniji. Glavno gibalo za oblikovanje je želja po zmanjšanju razlik v slogu dela pri izvajanju oskrbe, ki na nekaterih področjih povzročajo velike razlike v stroških. Na Nizozemskem je zlasti dejavno Strokovno združenje zdravnikov družinske medicine, ki je doslej pripravilo smernice za več kot petdeset različnih področij dela zdravnika družinske medicine.

Tabela 4. *Postopek oblikovanja smernic za družinsko medicino.*

Dejavnost		Izvajalec
Izbira prednostne naloge za oblikovanje smernic	1.	*Odbor za pripravo smernic Združenja zdravnikov družinske medicine*
Odobritev snovi	2.	*Razširjeni strokovni kolegij za družinsko medicino*
Priprava projekta	3.	*Odbor za pripravo smernic Združenja zdravnikov družinske medicine*
Sestava delovne skupine zdravnikov	4.	*Institucija ali organizacija (nosilka projekta)*
Odobritev projekta	5.	*Razširjeni strokovni kolegij za družinsko medicino*
Osnutek smernic	6.	*Delovna skupina za pripravo smernic*
Nasveti	7.	*Svetovalci - strokovnjaki za obravnavano področje*
Popravki osnutka	8.	*Institucija (nosilka projekta)*
Zbiranje pripomb	9.	*Vzorec zdravnikov, ki preizkusijo smernice*
Oblikovanje predloga smernic	10.	*Delovna skupina za pripravo smernic*
Pregled smernic	11.	*Svetovalci - strokovnjaki za obravnavano področje*
Končno oblikovanje smernic	12.	*Institucija (nosilka projekta)*
Recenzija smernic	13.	*Recenzentska skupina*
Odobritev smernic	14.	*Razširjeni strokovni kolegij za družinsko medicino*
Potrditev	15.	*Kongres zdravnikov družinske medicine*
Objava	16.	*Institucija (nosilka projekta)*

4.1 Oblikovalci smernic

4.1.1 Posameznik

Oskrba, ki jo opravljamo rutinsko, so neke vrste lastne smernice. Vsak zdravnik se pri svojem delu drži določenega sloga, ki se navadno sklada s pridobljenim znanjem in izkušnjami. To npr. velja za vodenje bolniškega staleža. Ko zdravnik "odpre" bolniški stalež, vloži medicinska sestra avtomatično zdravstveni karton v register bolnikov v bolniškem staležu (poseben predal). Tak način dela uporablja večina zdravnikov in medicinskih

sester, ne da bi sploh opazili, da gre pri tem za nekakšen predpis o dobrem delu (smernice).

4.1.2Krajevna raven

Za uporabo smernic se lahko odločijo v skupini izvajalcev, v delu zdravstvene ustanove ali v celotni zdravstveni ustanovi. Smernic si lahko oblikujejo na novo sami ali pa si za krajevne potrebe priredijo že oblikovane smernice. Oblikovanje smernic je zamudno in drago opravilo, zato je primernejše prirediti že obstoječa.

Raven ustanove ali oddelka je najprimernejše jedro, okoli katerega se splete prizadevanje za izboljšanje kakovosti, ki spodbuja uporabo smernic. Okolje je toliko obvladljivo, da so mogoče primerjave in spremljanje izidov, ki so posledica uporabe smernic. Slabost krajevnih smernic je poleg velike porabe časa in virov ta, da lahko poveča razlike v slogu dela med posameznimi ustanovami ali skupinami izvajalcev.

4.1.3 Državna in mednarodna raven

V nekaterih državah je oblikovanje smernic zelo živahno. Lotevajo se ga različna strokovna združenja pa tudi državne organizacije. Vedno bolj pa se v oblikovanje smernic vključujejo tudi mednarodna strokovna in politična združenja. Prednost oblikovanja smernic na državni in mednarodni ravni je v tem, da je lažje pridobiti zadostne vire in ustrezne strokovnjake za obravnavano področje. Takšne smernic so dostopna širšemu krogu izvajalcev, kar zmanjšuje razlike v slogu dela. Pomembna slabost na tej ravni oblikovanih smernic je relativno šibka moč vplivanja na tako želene spremembe. Za uspešno spreminjanje sloga dela s pomočjo smernic jih je zato nujno oblikovati na državni ravni in uporabljati na krajevni ravni.

5. Uporaba smernic

Bistveni namen smernic in cilj oblikovanja je spreminjanje sloga dela izvajalcev. Samo oblikovanje še ne zagotavlja, da bodo izvajalci pri vsakdanjem delu tudi redno uporabljali smernice in s tem dosegli želene spremembe. Pomembno vlogo pri tem ima način, kako se izvajalci seznanijo s smernicami, kakšen odnos imajo do uporabe smernic in na kakšne načine je spodbujena njihova uporaba. Zavedati se moramo, da je uporaba smernic prostovoljna odločitev posameznega izvajalca, zato se ne smemo zatekati k “obvezni” uporabi in predpisani uporabi smernic, ker tako izgubijo svojo privlačnost, da so v pomoč izvajalcu. Izvajalec tak način prisilne uporabe

dojema kot grožnjo svobodi strokovnega odločanja. Z uporabo smernic pri vsakdanjem delu naletimo tudi na številne druge ovire, ki se jim da ob skrbnem načrtovanju večinoma izogniti ali vsaj zmanjšati njihov vpliv.

5.1 Razpečevanje smernic

Razpečevanje smernic je naslednji pomembni korak na poti k uspešni uporabi v praksi. Strokovno ozadje smernic je navadno objavljeno v strokovnem glasilu v obliki obširnejšega preglednega članka. Končne smernice mora biti izdano kot posebna publikacija, dostopna vsem izvajalcem, ki jim je namenjeno. Sama objava ne zadošča. Smernice je izvajalcem potrebno predstaviti na strokovnem izobraževanju. Povezava prizadevanja za kakovost z izobraževanjem in s tem pridobivanje novega znanja predstavlja močno spodbudo za uporabo smernic (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost). Najučinkovitejši način pospeševanja uporabe smernic je obisk posebnega svetovalca, ki z izvajalcem na štiri oči prediskutira prednosti uporabe smernic in poskuša razrešiti možne ovire za njegovo uporabo (glej ⇒ Obvladovanje sprememb).

5.2 Odnos do uporabe smernic

Ob uporabi omenjenih načinov razpečevanja smo lahko prepričani, da bodo izvajalci seznanjeni s smernicami. Pri izvajalcu je potrebno oblikovati tudi pozitiven **odnos do uporabe smernic**. Na odnos vplivajo naslednji dejavniki:

- ⇒ **Vir smernic:** Smernice, ki jih je oblikovalo in jih razpečuje spoštovano neodvisno strokovno telo, bo med izvajalci naletelo na veliko večjo podporo (in s tem uporabo), kot smernice, ki bi ga oblikovala in razpečevala organizacija, ki skrbi za nadzor ali financiranje zdravstvene službe. Mnogokrat že sama strokovno pripravljene smernice brez dodatnih dejavnosti zagotavljanja kakovosti izboljšajo kakovost oskrbe, ker imajo izvajalci na razpolago nedvoumno opisane postopke izdelane in potrjene v svoji stroki.
- ⇒ **Način oblikovanja smernic:** Smernice, ki so sestavljene na osnovi čvrstih dokazov in jasnega načina sklenjenega soglasja, bo doživelo večjo podporo, kot smernice, ki bi jih sestavili posamezni strokovnjaki (celo izven strokovnega področja, ki naj bi ga uporabljalo) na osnovi lastnih mnenj.
- ⇒ **Način razpečevanja smernic:** Bolj ko je seznanjanje izvajalcev smernic naravnano izobraževalno, večja je možnost, da se bodo odločili za njegovo uporabo. Smernice, namenjene za nadzorovanje in ocenjevanje izvajalcev, in tudi na tak način predstavljena javnosti, imajo majhne možnosti za uspeh.

⇒ **Zanimanje izvajalcev (notranja motivacija) za izboljševanje kakovosti:** Če se posamezni izvajalci ali skupine izvajalcev (krožki kakovosti) zanimajo za ocenjevanje lastnega dela in vpeljavo sprememb, bodo zelo verjetno sprejeli in tudi uporabljali smernice pri svojem delu. Dobro oblikovane smernice so tudi prikaz dobrega dela in prispevajo k zmanjšanju zlasti nepotrebnih in škodljivih odstopanj v obsegu storitev, ki jih opravlja posamezni zdravnik. Omogočajo razmejitev odgovornosti in nalog med zdravnikom družinske medicine in drugimi specialnostmi, ki so zlasti v obdobju sprememb zabrisane ali celo sporne. Če so smernice sestavljene na osnovi znanstvenih spoznanj, sprejeta s splošnim soglasjem, razumljiva vsem izvajalcem in jih vsi člani skupine tudi uporabljajo, so odličen pripomoček za delovanje zapletenih skupin izvajalcev oskrbe, kot so timi v osnovnem zdravstvu.

⇒ **Spodbude (zunanja motivacija):** Različni projekti znotraj zdravstvene ustanove širše pritegnejo nekatere izvajalce k sprejemanju novosti, ki jih ponujajo smernice. Različne oblike nagrajevanja in upoštevanje doseganja določenih ciljev kakovosti spodbujajo izvajalce k uporabi smernic. Obisk svetovalca je najmočnejša spodbuda, da bo izvajalec spremenil slog svojega dela v skladu s smernicami.

⇒ **Povratni podatki:** Posredovanje povratnih podatkov o lastnem delu in primerjava z merili iz smernic je ena najučinkovitejših metod za večjo uporabo smernic tudi v primeru, da se izvajalec ne strinja v celoti z vsebino smernic. Povratni podatki o posameznih kazalcih oskrbe ga spodbujajo, da bo svoje delo spremenil vsaj na nekaterih področjih.

Za ustvarjanje ustreznega odnosa do smernic je potrebno izvesti številne načrtne dejavnosti, za katere so potrebni izdatni viri. Te smernice še dodatno podraži.

5.3 Uporabniki smernic

Poleg izvajalcev, kot bistvenih uporabnikov, se za smernice zanimajo tudi poslovodniki, plačnik zdravstvenih storitev, zdravstvena politika, bolniki in javnost.

Poslovodniki lahko s pridom uporabljajo merila iz smernic za merjenje učinkovitosti poslovanja ustanove in za notranji nadzor. Takšna uporaba smernic za nadzor praviloma ne more biti sporna, saj poslovodniki skrbijo za ustrezno informiranost svojih zaposlenih in merila uporabljajo v skupnem interesu izboljšanja kakovosti ustanove.

Učinkovitost izrabe omejenih sredstev za zdravstvo zahteva oblikovanje smernic tudi s strani zdravstvenih skladov. Zanje so zanimive težave v tisti

oskrbi, ki zahteva veliko virov, ali se še ne ve, katere oblike oskrbe so najprimernejše. Plačnik lahko v soglasju z ostalimi pogodbenimi stranmi vnese v pogodbe z izvajalcem doseganje posameznih standardov iz smernic.

Za merila kakovosti (iz smernic) se zanimajo tudi zbornice in druge organizacije, ki skrbijo za presojo posameznikov, ustanov, postopkov in opreme (podaljševanje licence, akreditiranje (verifikacija) ustanove, ocena (verifikacija) medicinskih tehnologij (postopkov in opreme)). Uporaba znanstveno preverjenih meril olajša in poenoti ocenjevalne postopke presoje.

Za javnost in bolnike so smernice pisni dokument o obljubljeni storitvi (glej ⇒ Kakovost oskrbe). Na njih lahko gradijo svoja pričakovanja (pričakovano storitev) in jim omogočajo primerjavo z dobljeno storitvijo. Zagotovljeni sta javnost in razvidnost dela.

5.4 Ovire za uporabo smernic

Mnogi so gojili velike upe, da bodo smernice spremenile slog dela zdravnikov, ki odstopajo od standardov. Vendar se je izkazalo, da uporaba smernic ni taka, kot se je pričakovalo. Številne ovire preprečujejo uspešnost smernic. Lahko bi jih razdelili na štiri skupine ovir, ki so povezane z

- ⇒ oblikovanjem,
- ⇒ razpečevanjem,
- ⇒ okoljem in
- ⇒ uporabniki smernic (izvajalci oskrbe).

6. Prenavljanje smernic

Zavedati se moramo, da so smernice že ob nastanku lahko rahlo zastarele in da so standardi samo prehodnega značaja. S časom se spreminjajo. Vzrok spremembam je hiter razvoj medicinske znanosti. Ta se lahko odraža v zamenjavi kazalcev in v spremembi meril kakovosti. Še pogostejši vzrok je prilagajanje (zaostrovanje) standardov iz kroga v krog, kar lahko opravijo udeleženci konkretnega projekta izboljševanja kakovosti. Organizacija, ki je oblikovala določene smernice, mora spremljati razvoj stroke na področju (ki ga pokrivajo smernice) in skrbeti za stalno dopolnjevanje besedila. Popravki in dodatki naj bi se pojavljali od enega do dveh let.

Smernice naj bi izvajalcem zdravstvene oskrbe olajšale delo. Oblikovanje smernic je zamudno, zahtevno in drago. Za izboljšanje kakovosti je pomembna njihova uporaba pri vsakdanjem delu in njihov vpliv na spremembo sloga dela v želeno smer.

ZDRAVSTVENI KARTON IN KAKOVOST

1. Vloga zdravstvenega kartona pri ocenjevanju kakovosti

Zdravstveni karton ima kljub svojim omejitvam pomembno vlogo pri ocenjevanju kakovosti. Ocenjevanje kakovosti dela, ki je zelo razširjeno v Združenih državah Amerike, se popolnoma naslanja na uporabo zdravstvenih kartonov oziroma druge medicinske dokumentacije v primeru bolnišničnega zdravljenja. Neodvisni pregledovalci iz iste stroke podajo mnenje o kakovosti opravljenega dela na osnovi pregleda zapisov v zdravstvenem kartonu. Tudi strokovni nadzor s svetovanjem pri nas uporablja zdravstveni karton za oblikovanje ocene "strokovnosti" posameznega izvajalca (glej ⇒ Oblike sistematičnega izboljševanja kakovosti).

1.1 Prednosti zdravstvenega kartona

Zdravstveni karton je obrazec, ki ga uporabljamo ob vsakem bolniku. Vsak posvet z bolnikom pusti "sled" v zdravstvenem kartonu, zato je s tega gledišča idealno sredstvo za zbiranje podatkov o zdravstveni oskrbi.

Zdravstveni karton ima pri ocenjevanju kakovosti naslednje prednosti pred ostalimi viri:

- ⇒ Praviloma je v zdravstvenem kartonu zapis o vsakem stiku bolnika z zdravstveno službo.
- ⇒ Podatki v zdravstvenem kartonu so lahko dostopni.
- ⇒ Zbiranje podatkov je rutinski del oskrbe.
- ⇒ Podatki so poceni.

1.2 Omejitve zdravstvenega kartona

Prav zaradi zelo pogoste uporabe zdravstvenih kartonov za ocenjevanje kakovosti so raziskali njegovo zanesljivost in veljavnost ocene, ki jo naredi

pregledovalec na osnovi pregleda zapisa o oskrbi. Zdravstveni karton je zanesljiv vir informacij o oskrbi, če upoštevamo naslednje omejitve:

- ⇒ Prevladujejo podatki o anamnezi in statusu, ni pa podatkov o miselnem procesu oblikovanja diagnoze; pogosto ni mogoče najti jasnega načrta zdravljenja.
- ⇒ Iz zdravstvenega kartona ni mogoče razbrati odnosa med bolnikom in zdravnikom.
- ⇒ Skrito je tudi sporočanje in način sporazumevanja med zdravnikom in bolnikom.
- ⇒ Zaradi rutinskega načina vnašanja podatkov (ne raziskovalnega), so podatki neenotni in lahko njihova kakovost niha tudi pri istem zdravniku.
- ⇒ Pogosto manjka zapis o delu, ki ga opravi ambulantna ali patronažna sestra.

Omejitve so lahko povezane tudi z naravo zdravstvene težave. Pri psihosocialnih težavah je zapis navadno še bolj boren kot pri telesnih težavah. Vse to omejuje možnost sklepanja o resničnem postopku oskrbe. Za ocenjevanje obravnave psihosocialnih težav in sporazumevanja med zdravnikom in bolnikom so natančnejše metode neposrednega in posrednega opazovanja (snemanje) (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost).

Zavedati se moramo, da slab zapis ni nujno odraz slabe oskrbe, čeprav bi moral vsak zdravnik, ki da kaj nase, skrbeti, da bi imel čim bolj urejen zdravstveni karton.

Težavam pri razvozlavanju zapisov v zdravstvenem kartonu se lahko rešimo na ta način, da udeleženci krožka kakovosti naredijo izpis sami (glej ⇒ Krožek kakovosti).

2. Predlog novega zdravstvenega kartona

Na osnovi teh izhodišč mednarodne učne delavnice o vodenju medicinske dokumentacije in rezultatov dela delovne skupine, ki jo je imenoval Strokovni kolegij za splošno medicino, je bil pripravljen prvi osnutek zdravstvenega kartona.

2.1 Izhodišča novega zdravstvenega kartona

Zdravstveni karton je najpogosteje uporabljen obrazec, ki nam služi pri delu z bolniki. Sedanji karton je bil zasnovan pred mnogimi leti, ko je v Sloveniji prevladovala povsem drugačna epidemiološka situacija. S spremenjenim epidemiološkim stanjem populacije, ki išče zdravniško pomoč, so se

spremenile zahteve, ki jim mora ustrezati tudi vsebina zdravstvenega kartona (npr. vodenje bolnikov s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi, preventivna dejavnost). Spremembe v organizaciji zdravstva so prisilile zdravnika, da med drugim spremlja tudi kakovost lastnega dela. Nove tehnologije, predvsem uvedba računalnikov, omogočajo možnosti, ki jih snovalci kartona pred desetletji niso mogli niti slutiti.

Pri pripravi novega zdravstvenega kartona so bila upoštevana naslednja izhodišča:

1. Zdravstveni karton mora izpolnjevati naslednje funkcije:
   - ⇒ Predstavlja arhiv zbrane medicinske dokumentacije o bolniku.
   - ⇒ Predstavlja sodnomedicinski dokument.
   - ⇒ Predstavlja dokument finančnega in strokovnega nadzora.
   - ⇒ Predstavlja zbir osebnih podatkov (socialnih, vedenjskih, zdravstvenih) o bolniku.
   - ⇒ Predstavlja nepretrgan zapis težav, povezanih z zdravjem.
   - ⇒ Je zdravnikov notes pri obravnavi zdravstvenih težav.
   - ⇒ Je seznam kroničnih bolezni.
   - ⇒ Je seznam stalnih zdravil.
   - ⇒ Je seznam predpisanih zdravil, ortopedskih pripomočkov, napotitev.
   - ⇒ Je strokovni in pravni dokument o opravljenih pregledih, preiskavah, posegih in terapiji.
   - ⇒ Je seznam zdravniško upravičene odsotnosti z dela.
   - ⇒ Je pripomoček za samoocenjevanje kakovosti dela.
   - ⇒ Je pripomoček za pedagoško in raziskovalno delo.

2. Papirnate oblike zdravstvenega kartona zaenkrat še ne bo mogoče popolnoma nadomestiti z elektronskim (računalniškim). Ob tem velja povedati, da so načela oblikovanja zdravstvenega kartona enaka načelom izdelave ustreznega računalniškega programa.
3. Prehod iz ene oblike v drugo mora biti čim lažji. To pomeni, da naj bi nov zdravstveni karton omogočal uporabo čim večjega števila obstoječih obrazcev in kartotečnih omar. Zdravstveni karton mora biti zato priročne oblike. Danes je zato najprimernejša oblika mape take velikosti, da se v njej lahko hranijo dokumenti v velikosti formata A4.
4. Zapisovanje naj bo čimbolj poenoteno, t.j. strukturirano tako, da omogoča enostaven in hiter pregled relevantnih vsebin vsakemu uporabniku (zdravniku samemu, nadomestnemu zdravniku, izvedencu, zdravniku pri nadzoru in drugim pooblaščenim osebam). To bo olajšalo spremljanje kakovosti lastnega dela in ocenjevanje kakovosti, ki se izvaja v okviru strokovnega nadzora s svetovanjem.
5. Obrazci, ki sodijo v karton sam, morajo biti prirejeni tako, da jih je moč vanj vpeti. Vpenjanje omogoča uporabo priložnostnih obrazcev za samoocenjevanje kakovosti.

6. Karton mora biti enoten, obenem pa mora posameznemu zdravniku dopuščati, da glede na potrebe populacije in lastnih strokovnih usmeritev nemoteno uporablja dodatne obrazce.

2.2 Oblika novega zdravstvenega kartona

Novi zdravstveni karton ima naslednje dele:

- ⇒ ovitek (plastična srajčka, kot je v uporabi tudi danes, in je posebej ne opisujemo),
- ⇒ mapa (kartonasti zunanji del),
- ⇒ vpenjala (plastična ali kovinska) za vpenjanje
  - stalnih obrazcev,
  - vložnih listov,
  - izvidov,
- ⇒ žep (v katerem se hranijo nespeti izvidi ipd.),
- ⇒ obrazci (predloge, na katerih se zbirajo določeni podatki),
- ⇒ metodologija uporabe obrazcev.

Zdravstveni karton je podrobneje opisan v dostopni medicinski literaturi. Nekoliko podrobneje je opisan samo SOAP način vodenja zapisa na vložnem listu.

2.2.1 SOAP način vodenja zapisa na vložnem listu v zdravstvenem kartonu

Vložni list (imenovan tudi evidenca bolezni) je tisti del zdravstvenega kartona, ki ga trenutno največ uporabljamo. To so dvostranski obrazci z odtisnjenimi več rubrikami v velikosti formata A3, ki se na sredini pregibajo. Večina zdravnikov upošteva le del predloženih rubrik. Levo stran uporabljamo za datum, anamnezo in objektivne podatke, desno pa za diagnozo in različne postopke zdravljenja. Obsežnost zapisa je odvisna predvsem od osebnega pristopa zdravnika k zapisovanju opažanj v zdravstveni karton. Sedanja razporeditev omogoča nizanje posameznih sklopov procesa srečanja med bolnikom in zdravnikom z leve na desno. Tudi za vložne liste velja priporočilo o velikosti formata A4. Vložni list je osnova tudi za zajem dela podatkov za statistično in finančno poročilo. Problemsko voden zapis (angleški sinonim: problem oriented medical record - POMR) srečanja med bolnikom in zdravnikom upošteva praktično iste sklope, kot so že predvideni na dosedanjem vložnem listu. Vendar zapisovanje poteka le na eni strani in sklopi si sledijo navpično. Ker pa so v obsegu anamneze, statusa z izvidi, oceni oziroma diagnozi, predvidenih diagnostičnih postopkih, zdravljenju in izobraževanju bolnika znatna odstopanja, je smotrneje, da si zdravnik sam postavlja meje teh sklopov. Po angleških začetnicah

poimenovanja teh sklopov dobimo oznako za usmerjeno vodeni zapis srečanja med bolnikom in zdravnikom - SOAP (angleški sinonimi: subjective, objective, assessement, plan) (slika 1). Posamezne črke postavljamo tudi na začetek vsakega sklopa.

S - subjektivni podatki, ki jih izvemo od bolnika - **vzrok za posvet**
O - objektivne najdbe, ki jih dobi zdravnik s pregledom, izvidi, preiskavami ipd. - **pregled**
A - zdravnikova ocena razloga za obisk ali diagnoza ugotovljenega stanja - **diagnoza**
P - načrt (ima lahko še podsklope) - **načrt zdravljenja**
D - načrt za potrditev ali postavitev diagnoze
E - nasveti bolniku
T - načrt (predpisovanje) zdravljenja

Slika 1. *SOAP - postopek zapisovanja srečanja med bolnikom in zdravnikom: S - oporne točke, iz tistega, kar nam bolnik o zadevi pove; bolnikov razlog obiska; anamnestični podatki; O - vse pozitivne ugotovitve in za zadevo bistvene negativne ugotovitve iz našega pregleda, testov, izvidov; A - zdravnikova ocena razloga za obisk ali diagnoza bolezni; P - načrt, ki zajema tri razločljive dele: D - načrt nadaljnje diagnostike; E = svetovanje bolniku in T - predpisano in svetovano zdravljenje.*

SOAP - postopek pri zapisu sledi štirim sklopom, ki se delno prilagajajo analogiji anamneza, status, diagnoza, zdravljenje, so pa v svojem delovnem pomenu le nekoliko različni. Predvsem je **namen** te oblike zapisa **zmanjšati obseg zapisa, ga narediti bolj preglednega in sistematičnega**. Podatki morajo biti točni, natančni, berljivi in razumljivi vsakemu zdravniku.

- ⇒ Pod S (subjektivni podatki; angleški sinonim: subjective information) zapišemo bistvene besede iz bolnikove pripovedi o težavah, ki so ga pripeljale na pregled k zdravniku.
- ⇒ V zapisu pod O (objektivne najdbe; angleški sinonim: objective data) naj bodo vse pozitivne najdbe, pomembne negativne ugotovitve, značilnosti problema, rezultati preiskav, mnenja drugih zdravnikov in izvidi.
- ⇒ Oznaka A (zdravnikova ocena, diagnoza; angleški sinonim: assessement) je namenjena oceni razloga, zaradi katerega se je bolnik odločil za obisk zdravnika, zdravnikovi oceni težave, ki jo ima bolnik, oziroma diagnozi bolezni ali stanja, ki naj bi označila vsebino tokratnega obiska bolnika pri zdravniku.
- ⇒ Načrt (P: angleški sinonim: plan) je razdeljen na tri razdelke: predvideni diagnostični postopki, ki bodo pojasnili zdravstveno stanje bolnika (D: angleški sinonim: diagnostic planning), nasveti bolniku v

zvezi z boleznijo in zdravljenjem (E: angleški sinonim: patient education), načrt zdravljenja, predpisana zdravila, fizioterapija, čas zdravljenja, pričakovan izid zdravljenja (T: angleški sinonim: therapeutic planning).

VLOŽNI LIST

Št. 8

IME: *Janez Kranjski*_____ **ŠT. KARTONA:** *345*___

Datum	SOAP	Zapiski
2. 3. 93	**S**	2 dni bolečine v križu, sevajo v levo nogo, včeraj ni mogel v službo
K2/1	**O**	Lazarević levo 30 st., desno bp., antalgična hoja in drža, hoja po prstih in petah bp. parestezije po zunanji in zadajšnji strani goleni in stopala, predklon do kolen, Schober 12/10/9, refleksi simetrični.
	A	M54.4 Lumboishialgia sin.
	P	D/ kontrola čez 7 dni E/ navodila za razbremenitev, počitek T/ Ketonal forte tbl III 3 x 1, Tadol caps II 1-3 x 1, BS od 1.3.93
9. 3. 93	**S**	kontrola: nekoliko bolje
K3/1	**O**	enako kot 2.3.
	A	Eadem
	P	D/kontrola čez 14 dni E/ navodila za vaje za krepitev mišičnega steznika, zloženka T/ ista naprej + fth.: hidroterapija, TENS, BS dalje
12. 3. 93	**S**	predčasno zaradi neznosnih bolečin po fth
K3/1	**O**	enako kot 2.3., razen Lazarević 60, napeto mišičje hrbta
	A	Eadem
	P	D/ rtg L/S hrbtenice, kontrola z izvidom E/ počitek T/ ista, prekinitev fth., BS dalje
15. 3. 93	**S**	kontrola, nekoliko bolje, izvid
K3/1	**O**	rtg izvid L/S hrbtenice bp razen blagih degenerativnih sprememb, ostalo kot 12. 3.
	A	Eadem
	P	D/ kontrola čez 10 dni E/ počitek T/ Naklofen 1 amp. i.m. 10 x, per os enako dalje, BS dalje

Slika 2. *Primer izpolnjenega vložnega lista s problemsko usmerjenim zapisovanjem (SOAP) (podatki so izmišljeni). Prikazane so različne možnosti zapisovanja v SOAP - obliki pri nekaj izbranih posvetih. Ni nujno, da uporabimo vedno vse sklope. DATUM - vpišemo datum srečanja z bolnikom,*

OBISK - šifriramo obliko obiska in obseg uslug za izstavitev obračuna SOAP - posamezne črke vpišemo v tem stolpcu pred posameznim sklopom zapisa.

Primer zapisa v SOAP načinu prikazuje slika 2.

Da bi se izognili pretiranemu in nekoristnemu kopičenju zapisov v zdravstvenem kartonu, moramo izkoristiti prednosti, ki nam jih nudi usmerjeno vodeni zdravstveni karton. Najpomembnejše dogodke, stanja, kronične bolezni in težave vodimo na posebnem zbirniku (slika 3).

ZBIRNIK **1**

IME: *Janez Kranjski*_____ **ŠT. KARTONA:** *345*___

Šifra	Št.	Problem	Začetek	Pripombe
I10	1	Hypertensio arterialis	1984	
M53,1	2	Cervicobrachialgia	1990	
M10	3	Arthritis urica	1990	
F51	5	Insomnia	1992	
S79,9	4	Fractura colli femoris sin.	2. 3. 1992	4. 3. 1992: TEP coxae sin.

SEZNAM ZDRAVLJENJA

Št.	Št. problema	Zdravilo	Doziranje	Pripombe
1	1	Olivin 20mg	2x1	
2	1	Edemid	1/3dni	
3	2	Glissonova zanka		
4	3	Zyloric	1/d	
5	2, 3	Ketonal forte	3x1 ob bolečinah	
6	3	Cholchicin tbl	ob napadu putike	
7	5	Apaurin 5mg	pred spanjem	

Slika 3. *Primer obrazca, kjer sta združena zbirnik in seznam stalnega zdravljenja.*

Zdravstveni karton je zaradi družinske rabe primeren vir tudi za zbiranje podatkov, ki nam služijo za ocenjevanje kakovosti dela. Nova oblika zdravstvenega kartona omogoča tudi uporabo priložnostnih obrazcev za spremljanje kakovosti dela (glej ⇒ Analiza izjemnih dogodkov, glej ⇒ Samoocenjevanje kakovosti).

VKLJUČEVANJE BOLNIKOV

1. Bolnik v sistemu zdravstvenega varstva

Celotno delovanje sistema zdravstvenega varstva je namenjeno zadovoljevanju bolnikovih potreb. Te bi enostavno sicer lahko opredelili kot potrebo po povrnitvi izgubljenega normalnega zdravstvenega stanja. Zdravstvena služba naj bi servisirala te potrebe, zavarovalnica kot neomejeno solidarnostni plačnik pa naj bi poravnaval vse nastale stroške. Iz vsakdanjega življenja pa vemo, da uresničevanje potreb in izvajanje zdravstvene dejavnosti ne potekata tako premočrtno. Zakaj? V sistemu zdravstvenega varstva se prepletajo številni interesi (glej ⇒ Sooblikovalci kakovosti). Pri tem se pogajalski partnerji dobesedno "pulijo" za prvenstvo pri zagovarjanju interesov bolnikov. Plačnik in zdravstvena politika praviloma pri tem zagovarjata t.i. javni zdravstveni interes, izvajalci, zlasti neposredni, pa t.i. zdravstveni interes posameznika.

Javni zdravstveni interes sloni na podmeni, da ni mogoče zadovoljiti vseh potreb posameznikov, temveč le prednostne za družbo. Te določi zdravstvena politika na podlagi strokovnega mnenja, ki naj bi bilo podkrepljeno z znanstvenimi dokazi, na podlagi razpoložljivih sredstev in na podlagi argumenta (politične) moči. Iz zornega kota izvajalcev in bolnikov se tovrstna prizadevanja kažejo kot politika omejevanja.

Zdravstveni interes posameznika je zahteva po zagotavljanju zadostnih virov (predvsem finančnih) za zadovoljitev vseh strokovno utemeljenih zdravstvenih potreb posameznega bolnika, ki jih zdravstvena služba lahko ponudi. Potrebe po zdravstveni oskrbi pa imajo v nasprotju z drugo storitveno dejavnostjo to lastnost, da se večajo in dražijo z napredkom v medicini in spremljajočih strokah. Solidarnostni način plačevanja po tretji stranki pa izključuje pomemben mehanizem uravnavanja potreb: Bolnik ne pričakuje le tiste ravni oskrbe, ki si jo za svoj denar lahko privošči, temveč najboljšo možno raven oskrbe ne glede na svoj (finančni) prispevek. Plačnik ta prizadevanja vidi kot željo po večjem zaslužku izvajalcev in nekontrolirani porabi omejenih sredstev, namenjenih zdravstvenem varstvu. Kje v navzkrižju teh interesov je mesto za mnenje bolnika in javnosti?

1.1 Bolnikov glas danes

Ker si vsi partnerji v našem sistemu zdravstvenega varstva pripisujejo poslanstvo bolnikovega zagovornika, so bolniki pri odločanju vključeni le posredno. Ko na volitvah oddajo svoj glas programu določene politične stranke, so oddali svoj glas vpliva na oblikovanje zdravstvene politike in neposredne oskrbe. Malokdo se zanima za poglede bolnikov, še manj se jih sprašuje o njihovem zadovoljstvu. Pritožbe in tožbe bolnikov kot Damoklejev meč visijo nad vsakdanjim delom zdravnikom in so postale neke vrste kazalec kakovosti. Pri tem jih pogosto vodijo nerealna lastna pričakovanja, spodbujajo obljube plačnika o pokrivanju vseobsežnega zdravstvenega varstva in osrednji vlogi bolnika ter prizadevanja izvajalcev, da bi vsakemu bolniku ponudili vse razpoložljive možnosti reševanja njegovih zdravstvenih težav.

1.2 Pomen uporabnikovega mnenja

Bolnik ima o tem, kakšno zdravstveno oskrbo in na kakšen način naj jo dobi, svoje predstave. Za ugotavljanje poslanstva zdravstvene ustanove je zato treba spremljati poglede potencialnih in sedanjih uporabnikov. To je možno kvantitativno z analizo tržišča, kar je draga in zamudna metoda, ali z drugimi oblikami preverjanja uporabnikovega mnenja.

Uporabnik zdravstvene oskrbe ima na področju kakovosti tri vloge:

- Uporabnik neposredno prispeva k izboljševanju kakovosti.

  Uporabnik opredeli svoje poglede na kakovost, jo ocenjuje in posreduje svoje mnenje. Za ocenjevanje kakovosti je pomembno mnenje uporabnika o načinu sporazumevanja, sporočanja, odnosa, o prijaznosti, vživljanju in o okolju zdravstvene oskrbe. Pri upoštevanju bolnikovega mnenja o strokovnosti izvajalca moramo biti previdni. Zato je bolnikove pritožbe o neustrezni strokovnosti treba jemati resno, preučiti vzroke za pritožbo in poskrbeti za zadoščenje bolnika. To nam omogoča pritožni sistem.

- Uporabnik je cilj izboljševanja kakovosti.

  V nasprotju z drugimi storitvenimi dejavnostmi, kjer je cilj izboljševanja kakovosti zadovoljitev pričakovanj uporabnikov, ki poveča njihovo zadovoljstvo, čemur sledi večje povpraševanje, kar prinaša večji dobiček, je cilj izboljševanja kakovosti zdravstvene oskrbe bolj zapleten. Mnenje uporabnika je sicer pomembno merilo kakovosti zdravstvene oskrbe, vendar mnogo manj pomembno kot v drugih proizvodnih in storitvenih

dejavnostih. "Strokovne" kakovosti "izdelka" zdravstvene oskrbe namreč bolnik žal ne more oceniti dovolj suvereno, zato ostaja ta del ocene kakovosti v rokah poklicnih kolegov. Cilji posameznih zdravstvenih ustanov in celotnega sistema zdravstvenega varstva pri nas niso povezani z večanjem dobička in deleža na trgu zdravstvenih storitev, temveč zagotavljanje dogovorjene ravni kakovosti pravim bolnikom na dogovorjeni način in za razpoložljiva sredstva v potrebnem času.

- Uporabnik je dejavnik, ki vpliva na reformo sistema zdravstvenega varstva.

Javnost je vedno bolj natančno seznanjena z možnostmi zdravstvene službe in s svojimi pravicami, zato si prizadeva za vpliv na sistem zdravstvenega varstva preko političnih mehanizmov, združenj potrošnikov, preko spremenjenih vzorce uporabe zdravstvene službe in z neposrednim sodelovanjem.

Uporabnikovo mnenje ima zato izjemen pomen tako za kakovost, kot tudi za obseg zdravstvene oskrbe. Njegovo mnenje ima za udeležence v sistemu zdravstvenega varstva dvojni pomen:

1. Bolnikovo mnenje nam na splošno služi
- pri odkrivanju težav v oskrbi, na osnovi katerih izbiramo prednostne naloge izboljševanja kakovosti,
- kot kazalec kakovosti pri ocenjevanju ravni kakovosti in
- za načrtovanje oskrbe, ki bo zadovoljila potrebe uporabnikov.

2. Bolnikova pritožba služi odkrivanju in popravljanju posamezne škode, ki jih povzročajo škodljivosti zaradi različkov in odstopanj.

Oboje je mogoče le ob sistematičnem zbiranju in upoštevanju mnenja uporabnikov.

Primer: V zadnjem času se bolniki vedno pogosteje pritožujejo nad neprijaznostjo posameznih izvajalcev in pomanjkanjem informacij, ki os jih pri tem deležni. Posledica tega je bila doslej nalepka težavnega bolnika. V kontekstu stalnega izboljševanja kakovosti, pa bo odgovorni za kakovost o tem razmislil in ob eventualnem dodatnem preverjanju navedb ustrezno ukrepal. Iskanje in kaznovanje krivca ne bo prineslo pretiranega uspeha, ker bodo on in ostali izvajalci ostali pri starem načinu sporazumevanja z bolniki. Z vedno večjo osveščenostjo bolnikov so narasla tudi njihova pričakovanja o vključevanju v njihov postopek zdravljenja. Če se pri tem počutijo zavrnjene ali izključene, je to posledica drugačnih pričakovanj. Da bi se čim bolj približali tem pričakovanjem, morajo izvajalci pridobiti nov slog svojega dela.

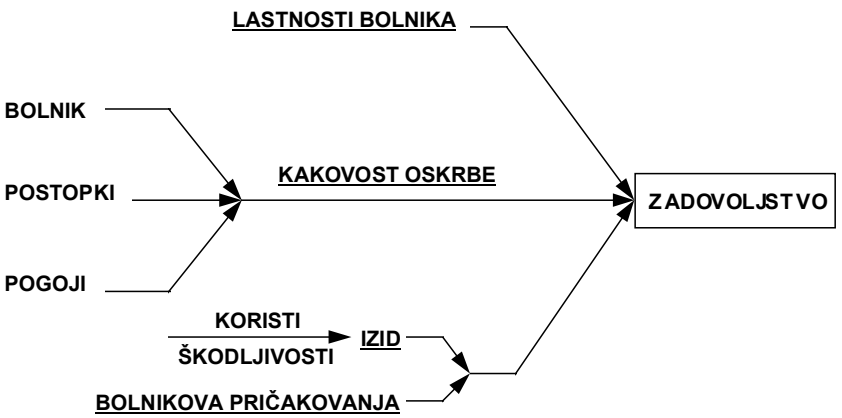
Učenje sporazumevanja bo prava posledica takih pritožb, ki se bodo po določenem praviloma zmanjšale. Učinek se bo poznal tudi pri delu z drugimi, sicer zadovoljnimi bolniki. Vseh na splošno nezadovoljnih bolnikov pa nikakor ne moremo zadovoljiti.

Če se bolnik pritoži zaradi škode, ki naj bi bila posledica nepričakovane škodljivosti oskrbe, je poleg omenjenega potrebno poskrbeti, da se ugotovi obseg nastale škode, njena vzročna povezanost s pogoji in postopki ter bolniku da potrebno zadoščenje. Tudi v tem primeru ima prednost poprava škode pred kaznovanjem krivca, ki je pomembna le v primeru namerno povzročene škodljivosti.

Za mnenje je moč izvedeti le tako, da zanj vprašamo bolnike same in da si znamo razložiti, kako se oblikuje mnenje o kakovosti oskrbe.

1.3 Oblikovanje uporabnikovega mnenja o kakovosti oskrbe

V času zdravstvene oskrbe se srečuje tako s pogoji (dostopnost in videz prostorov, oprema ambulante) in postopki oskrbe (prijaznost, pozornost, povezanost, sporazumevanje, naklonjenost, strokovna usposobljenost) (glej ⇒ Kakovost oskrbe). Tako izkusi kakovost posameznih izvajalcev, okolja, opreme in postopkov. Zadovoljstvo se vedno zrcali v luči končnega izida oskrbe (spremenjeno zdravstveno stanje ali bolj neposredni izidi, kot so napotitev, recept, posamezni poseg in občutene škodljivosti). Odvisno je od doseganja pričakovanja in razmerja med občuteno koristjo in škodljivostjo (glej ⇒ Kakovost oskrbe). K stopnji zadovoljstva prispevajo tudi demografske lastnosti bolnika (starost, spol, izobrazba) neposredno in s tem, kakšno je njegovo zdravstveno stanje, kakšen odnos ima z zdravnikom, kako sporoča svoje znake in občutja, kakšna so njegova pričakovanja (slika 1).



Slika 1. *Prvine, ki vplivajo na oblikovanje bolnikovega mnenja (zadovoljstva) o oskrbi.*

Zadovoljstvo je pomemben (družbeni) izid oskrbe in hkrati jeziček na tehtnici odločitve, ali bo bolnik doživeti škodljivosti ali nedoseženi pričakovani koristi pripisal krivdno odgovornost (posameznega) izvajalca, ali pa ga bo sprejel kot posledico običajnega različka, oziroma odstopanja. Bolniki so praviloma z oskrbo zelo zadovoljni. Kadar pa bolnik ni zadovoljen ima navadno resne pripombe in celo pritožbe. Bolnik oblikuje svoja pričakovanja na podlagi (glej ⇒ Kakovost oskrbe):

- prejšnjih lastnih izkušenj,
- mnenja znancev, ki so izkusili določeno oskrbo
- s strani izvajalcev obljubljene oskrbe in
- splošno veljavnih priporočil.

Kljub omejitvam bolnikovega mnenja v zvezi s strokovnim vidikom oskrbe, je njegovo mnenje o kakovosti oskrbe tako pomembno, da ga moramo nujno vključiti v sistematično izboljševanje kakovosti. Posamezni izvajalci in zdravstvene ustanove so kot del pritožnega sistema dolžne preverjati tudi zadovoljstvo uporabnikov.

1.4 Kako do neposrednega vključevanja bolnikov?

Bolniki se neposredno v načrtovanje in izvajanje oskrbe lahko vključujejo na tri načine:

- vnaprej (glej ⇓ Ugotavljanje potreb in želja bolnikov),
- med oskrbo (glej ⇓ Poučen pristanek in sodelovanje) in
- po oskrbi (merjenje zadovoljstva, pripomb, pritožb, pohval, pobud in predlogov (glej ⇓ Pritožni sistem, glej ⇓ Zadovoljstvo)).

Vključevanje "vnaprej" omogoča ugotavljanje potreb in želja celotne ali ciljne skupine prebivalcev že pred načrtovanjem in samo izvedbo oskrbe.

Primer: Slednje se navadno dogaja na makroekonomski ravni, vendar obstajajo številna področja, ki ne morejo biti dokončno izdelana samo na globalni ravni. V določenih okoljih obstajajo krajevne posebnosti, kjer je v načrtovanje potrebno vključiti tudi uporabnike neposredno. V revnejših okoljih s številnim starostnik, ki težko pridejo v oddaljeno ambulanto, bo verjetno pogovor z njihovimi predstavniki pokazal potrebo po več hišnih obiskih zdravnika in/ali patronažne sestre.

V odločanje o oskrbi se med samo oskrbo bolnik vključuje s poučenim pristankom in sodelovanjem pri zdravljenju.

Primer: Tip zdravnika, ki ordinira terapijo, zlasti v splošni medicini, zanesljivo izumira. Bolniki pričakujejo, da jih zdravnik ne bo samo pozdravil, temveč želijo pri tem dejavno sodelovati. Včasih želijo vedeti več, kot zmore vedeti zdravnik. Če tega ne izvedo pri enem zdravniku, začnejo begati od zdravnika do zdravnika. Zato je potrebno med posvetom ugotoviti razloge za njegov obisk, trenutne potrebe in želje, če želimo po razpravi z bolnikom priti do skupnih zaključkov. Cilj posveta bi moral biti skupni pogled na predstavljeno zdravstveno težavo.

Po oskrbi mora bolnik imeti možnost spregovoriti o svojih izkušnjah z izvedbo oskrbe in primerjavi s pričakovanji. To mu omogoča pritožni sistem. Merjenje zadovoljstva je pri tem lahko del pritožnega sistem, ali pa ga izpeljemo ločeno. Z merjenjem zadovoljstva si želimo pridobiti predvsem mnenje za bodoča ukrepanja. Hkrati pa je bolnikovo zadovoljstvo tudi kazalec kakovosti.

Primer: Po oskrbi bolniki širijo svoje mnenje o pogojih, postopkih in izvajalcih oskrbe na neorganizran način. Vsakdo med nami sliši pogosto nasprotujoča si mnenja bolnikov o kolegih. Ljudski glas je javno občilo, skozi katero se neformalno uresničuje javnost našega dela. Ob hkratnih posamičnih večjih škodljivostih je to edino okno, skozi katerega javnost vidi v zasebnost odnosa med zdravnikom in bolnikom. Priča smo razdvojenim pritiskom javnosti, ki na eni strani vztrajno poudarjajo zasebnost tega odnosa, na drugi strani pa javnost zdravnikovega dela. V primežu različnih interesov se izvajalci večinoma ogrevamo za varno zasebnost in ne želimo pretirane izpostavljenosti javnosti, ki ima drugačne zakonitosti, kot veljajo v medicini. Vendar je potrebno storiti korak naprej in bolnikom omogočiti, da povedo svoje mnenje ter ga obravnavati na sistematični način.

2. Ugotavljanje potreb in želja bolnikov

Bolniki kot zunanji uporabniki zdravstvene oskrbe se lahko kot sooblikovalci kakovosti vnaprej vključujejo tako, da se izvajalci oskrbe pozanimajo za njihove želje in potrebe. Pri tem je možno uporabiti enega izmed načinov intervjuja:

- različne oblike pogovora s posameznikom iz širše javnosti,
- anketiranje potencialnih uporabnikov,
- fokus skupine,
- analiza zdravstvenega "tržišča",
- ali pa uporabijo pretekle izkušnje bolnikov (pritožbe, zadovoljstvo).

2.1 Pogovor o potrebah in željah bolnikov

Pogovor s posameznikom o potrebah in željah je nekaj tako vsakdanjega, da ga pogosto niti ne opazimo. Vsi stiki med izvajalci in uporabniki vsebujejo tudi oceno bolnikovih potreb in želja. S stalnostjo delovne skupine v splošni medicini se naberejo številni podatki o potrebah in željah bolnikov, ki jih uporabljamo pri svojem delu. Proces poteka nezavedno. Odraža se na večjem zadovoljstvu uporabnikov s stalnim zdravnikom in medicinsko sestro.

V pogovorih z bolnikom moramo zato izluščiti čim več podatkov, ki nam pomagajo pri načrtovanju in spremembah našega dela. Pogosto lahko že s samim pogovorom z nekaterimi uporabniki brez obsežnejših raziskav ugotovimo, kaj bi utegnilo izboljšati naše delo.

Primer: Na podeželju mora pogosto večina bolnikov potovati do zdravnika z avtobusom. Zato prihajajo v ambulanto v skupinah ob določenih dnevih, ko gredo tudi po drugih opravkih. Čakanje v prenatrpani čakalnici je skoraj del obreda. Nezadovoljstvo se začne še pred prvim stikom z izvajalcem. Z naročanjem bolnikov za posvet, ki razporedi bolnike preko celega ordinacijskega časa, je možno skrajšati čas čakanja. Ob upoštevanju voznega reda avtobusa pri naročanju za bolnika pomeni še dodatno razsežnost zadovoljstva.

2.2 Anketiranje

Določene problematike ni mogoče zajeti s posamičnimi pogovori z nekaterimi uporabniki. Pogosto so si navedbe tudi nasprotujoče, zato si želimo pridobiti mnenje večjega števila uporabnikov. Takrat se odločimo za uporabo vprašalnika. Bolnike lahko anketiramo osebno ali jim damo vprašalnik v izpolnjevanje. Uporabljamo lahko strukturirane vprašalnike z odgovori v obliki da - ne, pol strukturirane, ki zahtevajo proste odgovore in "globinske" vprašalnike, ki obravnavajo eno samo težavo v večjih podrobnostih.

Prednost t.i. pisnega vprašalnika je v tem, da lahko zberemo večje število dokumentiranih odgovorov. Največja težava pri tem je, da ni tako občutljiv za podrobnosti, kot je sam pogovor. Metoda je primernejša za načrtovanje večjih organizacijskih sprememb, kjer si želimo pridobiti mnenje bolnikov.

Vprašalnike uporabljamo tako, da jih vprašani izpolnjujejo samostojno, ali ob pomoči anketarja. Pri vodenju intervjuja je potrebno paziti, podobno kot pri posvetu v ambulanti,

- da pogovora ne prekinjajo moteči dejavniki (telefon, otroci),
- da sogovornika ne poučujemo,
- da se izogibamo vprašanj, ki sogovornika spravljajo v zadrego,
- da mu ne sugeriramo odgovorov,
- da preverimo, če je vprašani pravilno razumel vprašanje in če smo mi prav razumeli odgovore,
- da se držimo teme,
- da z besednimi in nebesednimi veščinami spodbujamo sogovornika, da izrazi svoja stališča, občutja in čustva.

Anketiranja kot metoda vključevanja bolnikov se uporablja tudi pri merjenju zadovoljstva.

2.3 Sodelovanje v fokus skupinah

Za najprikladnejši način intervjuja se je izkazala fokus skupina, s pomočjo katere lahko na strukturiran način ugotovimo poglede več ljudi hkrati. Skupinska dinamika pripomore k odkrivanju in pojasnjevanju pogledov, ki bi z drugačnimi načini intervjuja ostali prikriti. Fokus skupina izkorišča medosebne odnose v skupini za oblikovanje želenih informacij. Prednosti v primerjavi s posamičnimi anketami so:

- Do izraza pridejo tudi tisti, ki v anketah težko izražajo svoje mnenje.
- Zberejo širšo paleto pogledov kot vprašalniki.
- Porodijo se številne ideje, ki jih v posamičnih intervjujih pogrešamo.

- Na podlagi izsledkov skupine je možno nabor vprašanj zožiti na najbolj bistvene, ki jih kasneje uporabimo v vprašalnikih.
- Razprava v skupini pripomore k preoblikovanju odprtih vprašanj, ki zahtevajo proste odgovore, v vprašanja, ki jih je moč uporabiti v vprašalnikih.

Fokus skupine je smiselno organizirati ob spremembah politike ustanove, ob različnih načrtovanih spremembah v ponudbi idr. Za vodenje skupine je potreben vodja, ki mora spodbujati vse člane skupine, da se pogovarjajo med seboj (spraševanje, izmenjava doživetij, komentiranje izkušenj in izražanje stališč). S to metodo lahko poleg izkušenj samih razkrijemo tudi to, kako so posamezniki prišli do takega mnenja in vzroke za njihovo stališče. S tem odkrivamo vzroke za težave pri oskrbi in lažje izbiramo prednostne naloge.

3. Poučeni pristanek

Kot vidimo, imajo bolniki pred oskrbo na mrežo, organizacijo in strokovnost zdravstvene oskrbe zanemarljiv neposredni vpliv. Njihova vloga pa se močno spremeni, ko so v neposrednem stiku z izvajalci. V tem trenutku je bolnikova pravica, da ga izvajalec pouči o njegovem zdravstvenem stanju, napovedi bolezni in predvideni načrt zdravljenja. Izvajalec je dolžan od bolnika pridobiti soglasje za vse postopke, ukrepe in posege. Za nekatere postopke (zlati kirurške) se je že uveljavila celo pismena oblika pristanka, medtem ko mnogi drugi lahko tečejo brez posebnega privoljenja bolnika.

Poučeni pristanek je poimenovanje za poučitev bolnika o njegovem zdravstvenem stanju, predvidenih preiskavah in postopkih za ugotovitev bolezni, seznanitev z diagnozo, napovedjo bolezni in načrtom zdravljenja. Omogoča sodelovanje bolnika pri izvajanju načrta zdravljenja, kar se je izkazalo za pomemben dodatni dejavnik uspeha zdravljenja. Pridobivanje poučenega pristanka in sodelovanje sodi v sam postopek oskrbe. S tem neposredno vpliva na kakovost oskrbe same ter na zadovoljstvo s postopkom in izidom oskrbe.

4. Pritožni sistem

Da bi obdržali javno zaupanje v sistem zdravstvenega varstva in dobronamernost vseh izvajalcev, je potrebno zagotoviti ustrezno, pravočasno in celovito obravnavo pritožb. Pritožba je (navadno negativno) mnenje uporabnika - bolnika o svoji izkušnji z izvajanjem zdravstvene oskrbe pri določenem izvajalcu. Pri tem domnevamo, da mora obstajati resna težava pri oskrbi, če se je bolnik odločil, da vloži pritožbo. Kadar se ponavljajo pritožbe čez določenega izvajalca, ambulanto ali oddelek, to zahteva bolj poglobljeno

analizo zadeve. Podobno velja tudi, če so te pritožbe navidezno lažne ali za popolnoma banalne zadeve. Pri tem gre lahko za odstopanja na drugih področjih, vendar je za bolnika lažje, da se pritoži čez vsakdanje stvari.

> Primer: Če se bolniki npr. neprestano pritožujejo zaradi zaračunavanja določenih storitev, mogoče to sploh ni osnovna težava. Lahko imajo samo težave s sporazumevanjem, odnosom ali sporočanjem svojih potreb posameznim izvajalcem v ambulanti. Nerganje zaradi dolgega čakanja v čakalnici pogosto lahko prava tako izvedemo na isti imenovalec: Bolniki se počutijo kot številke, niso dovolj "pomembni" v očeh izvajalcev in si predvsem želijo boljših odnosov tako z ambulantno sestro, kot tudi s svojim zdravnikom.

Pritožni sistem je sistematični način zbiranja, obravnavanja, reševanja in uporabe stališč bolnikov o oskrbi za izboljšanje kakovosti dela po oskrbi. Je sestavina vsakega sistema kakovosti in omogoča vpletanje bolnikovih pogledov v ponudbo zdravstvene oskrbe po tem, ko so izkusili določeno oskrbo. Ima naslednje vloge:

- Bolnikom omogoča, da izrazijo svoje mnenje o izkušnjah z oskrbo.
- Omogoča jim zadoščenje zaradi občutene krivice, da se njihove pritožbe sistematično zbirajo, obravnavajo in rešujejo.
- Izvajalci si na ta način pridobijo vpogled v težave pri oskrbi in mnenje bolnikov o oskrbi. To jim omogoča izbiro tistih prednostnih nalog, ki bodo kar največ prispevale k izpolnjevanju potreb in želja uporabnikov pri stalnem izboljševanju kakovosti svojega dela.

Cilj pritožnega sistema je ugotavljanje bolnikovih pogledov in pomanjkljivosti, ki jih ugotavlja bolnik in jih ni moč ugotoviti z drugimi metodami izboljševanja kakovosti. Gre za učenje iz "napak", ki bi drugače ostale pozabljene in neizkoriščene za preprečevanje novih različkov in odstopanj. Pritožba ne sem ostati sama sebi namen Poleg zadoščenja bolnika, je pritožni sistem za izboljševanje kakovosti neizčrpen vir za izbiranje prednostnih nalog (glej ⇒ Stopnje izboljševanja kakovosti). Da bi lahko izkoristili potencial pritožnega sistema morajo biti bolniki seznanjeni s svojimi pravicami in možnostmi njihovega uresničevanja. To najučinkoviteje dosežemo s plakati in zloženkami. K njihovemu oblikovanju je potrebno pritegniti tudi uporabnike.

V našem kulturnem okolju je doslej veljalo, da delajo zdravniki vedno samo v dobro bolnika. Odstopanje od ustaljene prakse, ki je za seboj potegnilo tako škodljivost, da je bolnik ali kdo drug sprožil postopek za ugotavljanje krivde zaradi domnevno storjene strokovne napake, sta strokovna in laična javnost sprejeli kot nekaj izjemnega. Zbiranje drobnih odstopanj ali izjemnih dogodkov doslej ni bilo v navadi. Z obravnavo vseh pritožb (tudi obrobnih) ustvarjamo ozračje, ki je sprejemljivo za bolnikovo mnenje. To preprečuje

pretirane pretrese ob resnejših pritožbah. Izvajalci se s tem naučimo prisluhniti mnenju bolnika, bolniki pa osvojijo kulturo izražanja svojih stališč v zvezi z oskrbo. Zavedati se moramo, da je pomembneje kot odkriti domnevnega "krivca" za občuteno krivico zaradi škode, ki jo je povzročila škodljivost nekega postopka oskrbe, odkriti vzroke, ki so pripeljali do neugodnejšega razmerja med koristjo in škodljivostjo, kot je bilo pričakovano. Poleg tega je zgolj iskanje krivca neproduktivno, saj osemdeset odstotkov vzrokov leži v sistemu in organizaciji oskrbe in le dvajset odstotkov pri neposrednih izvajalcih.

4.1Vsebina pritožnega sistema

Prvine pritožnega sistema so bolnikove pripombe, pritožbe, pohvale, pobude in predlogi (5 P), vprašalnik o zadovoljstvu, zbiranje, obdelava, reševanje in odgovori na pritožbe.

Uporabnike zdravstvene službe je potrebno spodbujati k sporočanju svojega mnenja. Bolnik mora imeti na razpolago ankete o zadovoljstvu, da svoje mnenje lahko sporoči v strukturirani obliki. Zagotoviti je potrebno tudi možnost zbiranja drugih mnenj. Pri vsakem izvajalcu mora biti nabiralnik za zbiranje pripomb, pritožb, pohval, pobud, predlogov in anket o zadovoljstvu. Vsaka delovna skupina vodi seznam pritožb.

Zdravstvena ustanova mora določiti tudi odgovorno osebo za obravnavo tistih mnenj, ki jih delovna skupina sama ne more rešiti, oziroma posegajo na strokovno področje in tako zahtevajo širše reševanje. Sistematičnost reševanja uporabnikom zagotavlja, da bo vsaka njihova vloga rešena z največjo pozornostjo in na način, ki zagotavlja zadoščenje ob možni krivici, in da se bo mnenje uporabnikov uporabilo za izboljševanje kakovosti na ravni celotne zdravstvene ustanove.

> Primer: Bolniki se pogosto pritožujejo zaradi dolgega čakanja. Nejevolja po odhodu iz ambulante mine, izvajalci pa pozabijo na pikre besede, ki jih (poredko) izrečejo bolniki. Anketiranje skupine bolnikov, ali več pismenih pripomb bolnikov, bi zagotovo spodbudili neposredne izvajalce in vodstvo zdravstvene ustanove, da bi razmislili o uvedbi naročanja ali drugačne rešitve, ki bi omilila težave zaradi čakanja.
>
> Bolnikom se pogosto zdi, da se jim je zgodila kakšna krivica, ali da so bili prikrajšani za kakšno pravico. Njihovo mnenje se porazgubi po hodnikih in čakalnicah in pogosto oblikuje izkrivljeno podobo o posameznih izvajalcih ali celo zdravstveni službi na splošno. Zato je tudi za izvajalce pomembno, da si pridobijo te pripombe in jih uporabijo pri izboljšanju kakovosti svojega dela. Tudi če gre resnično zgolj za nerazumevanje s strani

bolnikov, naj bi bila za izvajalce to spodbuda, da izboljšajo svoje sporazumevanje in odnose z bolniki ter načrtovanje in uporabo drugih strategij seznanja bolnikov z njihovimi pravicami in dolžnostmi.

4.2 Načela pritožnega sistema

Bolniki morajo biti poučeni o načinu, kako lahko izrazijo svoje mnenje in kako se bo njihovo mnenje obravnavalo. Pritoži se lahko vsak uporabnik sam, če je starejši od 16 let in nima tako hude duševne ali telesne prizadetosti, da bi tega ne zmogel sam. Izjemoma se v imenu uporabnika lahko pritoži tudi njegov pooblaščeni zastopnik. Pritožbo je potrebno vložiti najkasneje v šestih mesecih po sistem, ko se je izvršila zdravstvena oskrba, ki je sprožila postopek. Kasnejše vloge je potrebno upoštevati takrat, kadar se bolnik zaradi težke bolezni ni mogel pritožiti v predvidenem roku.

Pritožni sitem mora biti organizirana tako, da omogoča reševanje vprašanj na najnižji možni ravni. Posredovanje pritožb mora biti zagotovljeno v vsaki zdravstveni ustanovi čim bliže mest, kjer se izvaja oskrba. za pismene pritožbe je potrebno razobesiti nabiralnike z napisom 5P (slika 2). Vse vloge morajo biti evidentirane in zagotovljena mora biti navpična transparentnost pritožb. Zdravstvene ustanove morajo imenovati osebo, ki je odgovorna za spremljanje evidentiranja pritožb pri posameznih izvajalcih in za obravnavo primerov, ki presegajo raven posameznega izvajalca, ali pa posegajo na področje strokovnosti. Zdravstvena ustanova je dolžna obravnavati tudi anonimne pritožbe s to razliko, da "oškodovani" ne more dobiti neposrednega zadoščenja. za celoten sistem se mora izoblikovati enostaven, hiter in enoten pritožni postopek.

SPOŠTOVANI OBISKOVALCI NAŠE AMBULANTE!

PROSIMO VAS, DA NAM POSREDUJETE VAŠE
POHVALE, PRIPOMBE, PREDLOGE, PRITOŽBE IN POBUDE.

ODDAJTE JIH V NABIRALNIK.

PROBLEME BOMO SKUŠALI REŠITI NA VSEM SPREJEMLJIV NAČIN. ČESAR NE BOMO MOGLI REŠITI SAMI, BOMO POSREDOVALI PRISTOJNIM V NAŠI USTANOVI. UPOŠTEVALI BOMO TUDI ANONIMNE VLOGE, ČEPRAV VAM POTEM NE BOMO MOGLI POMAGATI V KONKRETNI ZADEVI.
TU LAHKO ODDATE TUDI ANKETE O VAŠEM ZADOVOLJSTVU Z DANAŠNJIM POSVETOM Z ZDRAVNIKOM, KI JIH DOBITE PRI SESTRI.

HVALA LEPA ZA SODELOVANJE!

Slika 2. *Besedilo napisa ob nabiralniku za zbiranje pohval, pripomb, predlogov, pritožb in pobud ter izpolnjenih vprašalnikov o zadovoljstvu.*

Pritožniku je potrebno zagotoviti, da o svojih težavah spregovori brez strahu pred posledicami. Reševanje pritožb mora potekati zaupno. V celotnem postopku je potrebno zagotoviti zaupnost na strani pritožnika in prizadetih izvajalcev. Po končani obravnavi pritožbe je pritožnika potrebno podrobno seznaniti z izsledki in jih uporabiti za izboljšanje dela, kjer je to umestno. Kadar je primerno, se moramo pritožniku opravičiti in izraziti obžalovanje za različke in odstopanja pri postopku oskrbe, ki so povzročili škodljivosti zaradi oskrbe in povzročile škodo bolniku. opravičilo ni avtomatično priznanje krivde izvajalcev oskrbe ali zdravstvene ustanove, temveč del kulture sporazumevanja.

Pritožnika je potrebno o prejemu pismene pritožbe obvestiti in ga pri daljših postopkih obdobno seznanjati s postopkom. Na pritožbe odgovorna oseba vedno odgovori pisno.

Odgovorna oseba vodi evidenco zbranih in rešenih pritožb. Podatke letno posreduje uradu za pritožbe na Ministrstvu za zdravstvo.

4.3Organizacija pritožnega sistema

Pritožni sistem mora biti organiziran na vseh ravneh tako, da se vprašanja rešujejo na najnižji možni (dopustni) ravni. Seznami pritožb omogočajo preglednost in javnost pritožnega sistema. Navpična povezava delovne skupine z odgovornim za pritožni sistem v zdravstveni ustanovi omogoča ustrezno obravnavo vlog.

4.3.1Reševanje pritožb na krajevni ravni

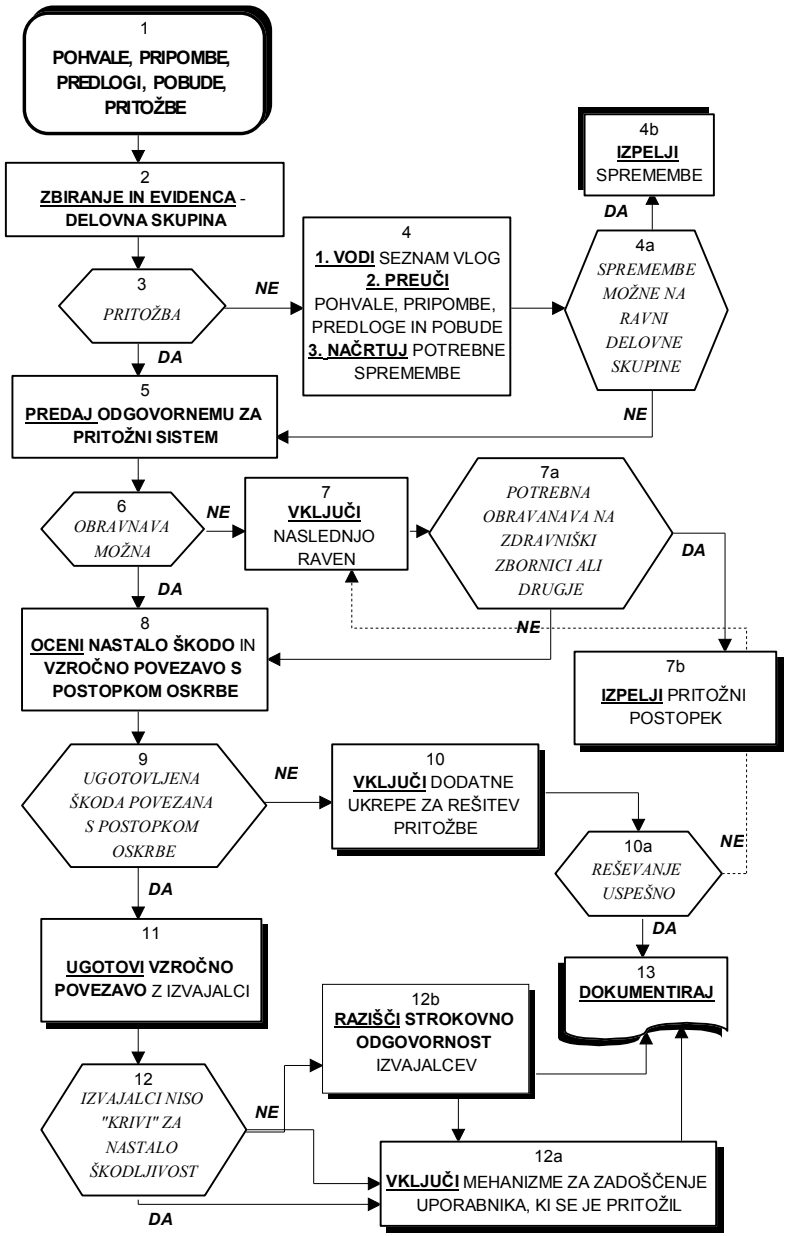
V zdravstveni ustanovi je potrebno določiti odgovorne(ga) za obravnavo pritožb. Ta oseba sprejema tudi ustne pritožbe in skrbi za to, da se poskuša nastalo težavo rešiti v najkrajšem možnem roku. Tri četrtine težav naj bi bilo mogoče rešiti že na krajevni ravni. Velikokrat za zadoščenje bolnikov zadošča že pripravljenost izvajalcev, da primer vzamejo resno, da ukrepajo hitro in so sočutni. Večino ustnih pritožb je zato mogoče rešiti že kar takoj.

Odgovorni za pritožni sistem poda svoje mnenje na podlagi pregleda pritožnika in medicinske dokumentacije v zvezi z obravnavanim postopkom oskrbe. Zato mora dobiti na razpolago celotno dokumentacijo v zvezi s postopkom obravnavane pritožbe. Pritožbe lahko rešuje v sodelovanju z vodji služb (slika 2) in po potrebi izbere skupino laikov ali medicinskih strokovnjakov, ki preuči primer in poda svoje mnenje. Uporabnik in izvajalec morata imeti možnost podati svoje videnje postopka določene oskrbe. Posamezne primere, ki presegajo okvire zdravstvene ustanove ali zahtevajo širšo strokovno obravnavo, odgovorni zdravstvene ustanove posreduje naprej. Odgovorna oseba ali skupina ne sme nastopati, kot bi šlo za pravni spor, temveč kot razsodišče, ki ocenjuje utemeljenost pritožbe. Zato pri pogovorih ne smejo biti prisotni pravni zastopniki.

4.3.2Neodvisna ocena pritožbe

Nekaterih pritožb ni mogoče rešiti na krajevni ravni. Zato se pritožbo posreduje naprej na višjo raven. S posebno pozornostjo je potrebno obravnavati pritožbe, ki se nanašajo na strokovnost oskrbe. Zato je potrebno omogočiti tudi neodvisno oceno, ki jo poda strokovno telo na območni ali državni ravni. Kadar je vsebina pritožbe predvsem strokovno medicinske narave naj bi podala svoje mnenje vsaj dva neodvisna strokovnjaka izven okolja, kjer se je zgodil primer. Pri nas bi bilo potrebno območno raven še izoblikovati, če bi se izkazalo, da je pritožb toliko, da jih Ministrstvo za zdravstvo na današnji način ne bi moglo več obravnavati.

Za organizacijo pritožnega sistema je potrebno nekaj dodatnih virov in poveritev odgovornosti za reševanje pritožb, zahteva pa tudi nekaj dodatnega časa od že zaposlenih kadrov.



Slika 2. Organizacija pritožnega sistema na ravni zdravstvene ustanove.
1- Pripombe, pritožbe, pohvale, pobude in predlogi (5 P), izpolnjeni vprašalniki o zadovoljstvu se zbirajo v posebnem nabiralniku.
2- Delovna skupina obdobno pregleduje nabiralnik, vodi seznam vlog in rešuje vloge, ki se nanašajo na delo ambulante, odnos zaposlenih do bolnika in tista strokovna vprašanja, ki jih je moč rešiti brez preoblikovanja organizacije ali izobraževanja, ki bi zahtevalo privoljenje vodstva.
3- Pritožbo delovna skupina preda vedno odgovornemu za pritožbe v zdravstveni ustanovi.
4- Delovna skupina poskuša rešiti ostale vloge in kolikor je mogoče tudi pritožbe, zlasti če se nanašajo na manjše razlike ali odstopanja pri delu.
5- Kadar rešitev nastale težave ni mogoča znotraj delovne skupine, jo preda odgovornemu za pritožbe.
6- Odgovorni za pritožbe najprej razjasni, ali je vlogo možno rešiti samo znotraj zdravstvene ustanove ali pa jo bo predal tudi naslednji ravni.
7- Pritožbe v zvezi s strokovnostjo preda Zdravniški zbornici Slovenije, pritožbe v zvezi z organizacijo pa Ministrstvu za zdravstvo.
8- Odgovorni mora sam ali z imenovano komisijo ugotoviti obseg nastale škode in vzročno povezavo z oskrbo, ki naj bi povzročila škodljivosti, zaradi katerih je nastala škoda.
9- V primeru, da ne gre za vzročno povezavo med postopkom oskrbe in škodo, je potrebno pritožbo razjasniti v soglasju s tistim, ki se je pritožil.
11- Če je ugotovljena vzročna povezanost med postopkom oskrbe in škodo, je potrebno ugotoviti, ali gre tudi za povezavo med postopkom oskrbe in različkom ali odstopanjem pri oskrbi (ali so za večjo škodljivost krivi pogoji ali izvedba postopka).
12a- Posledica vsakega pritožnega postopka mora biti ustrezno zadoščenje za uporabnika.
12b- Če je za odstopanje ugotovljen osebni prispevek posameznega izvajalca, potem je potrebno raziskati tudi strokovno odgovornost.
13- Vsak pritožni postopek mora biti tudi v celoti dokumentiran zaradi odgovornosti in javnosti dela. Končno poročilo prejmejo pritožnik, izvajalec in zdravstvena ustanova.

4.4 Popravni ukrepi

Poleg zadoščenja uporabnika in javnosti dela je uporaba pritožb za izboljšanje kakovosti temeljni preventivni cilj vsakega pritožnega sistema. Popravni ukrepi so možni na dveh področjih: pri neposrednih izvajalcih zaradi odstopanj in pri pogojih oskrbe zaradi različkov.

Pri neposrednih izvajalcih je potrebno vplivati na spremembo odnosa, sporazumevanja, sporočanja in sloga dela. Namen zdravstvene ustanove naj bi bil povečati zadovoljstvo bolnikov in plačnika z boljšo seznanjenostjo bolnika in njegove družine na predvidene postopke, z boj tekočim delom in celostno oskrbo. Izvajalcem je zato potrebo omogočiti stalno strokovno

izobraževanje na področjih, kjer se kažejo pripombe (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost) in uporabiti različne oblike spodbud za izboljšanje dela (glej ⇒ Obvladovanje sprememb).

Oprema, prostori in drugi pogoji dela so pogosto vzrok za pritožbe. Reševanje tovrstnih težav je možno le z investiranjem v izboljšave in spremembo organizacije dela.

5. Merjenje zadovoljstva

Zadovoljstvo bolnikov lahko opazujemo posredno s tem, da analiziramo obiskanost zdravnika, zamenjave osebnega zdravnika ipd. Neposredno merimo zadovoljstvo bolnikov z različnimi vprašalniki, ki so lahko del pritožnega sistema, ali pa ločene raziskave. Raziskave zadovoljstva so pomembno sredstvo, s katerim v sistemu zdravstvenega varstva zbiramo mnenja uporabnikov o kakovosti oskrbe.

5.1 Zadovoljstvo

Zadovoljstvo je izraženo uporabnikovo dojemanje lastne izkušnje z zdravstveno oskrbo, posameznim postopkom, posameznim izvajalcem, zdravstveno ustanovo v celoti ali njenim delom in s sistemom zdravstvenega varstva. V zdravstveni oskrbi uporabniki kakovost pogosto povezujejo s človeškim dejavnikom in vedenjskimi lastnostmi, kot so prijaznost, pravočasnost, stalnost, odnos med zdravnikom in bolnikom in z dojemanjem izvajalčeve strokovnosti. To poleg dobrega sporazumevanja največ prispeva k bolnikovemu zadovoljstvu in njegovi oceni kakovosti oskrbe. Zadovoljstvo kot družbeni izid zdravstvene oskrbe (glej ⇒ Kakovost oskrbe) je (subjektivno obarvano) merilo kakovosti oskrbe. Kljub svoji pomembnosti in uporabi v drugih proizvodnih in storitvenih dejavnostih, pa zadovoljstvo ne more biti edino merilo kakovosti oskrbe.

Primer: Pri nakupu avtomobila se kupec odloči glede na razmerje med ceno in pričakovano kakovostjo avtomobila. Njegovo zadovoljstvo bo neposredno povezano z zadovoljitvijo njegovih pričakovanj. Končno bo tudi prodaja avtomobilov odvisna od tega koliko kupcev si bo lahko privoščilo določen model avtomobila in od ravni zadovoljstva kupcev. Glede tehničnih podrobnosti se mora proizvajalec držati določenih smernic (standardov) in jih kupec ne preverja. Če ne bo dobil želenega avtomobila za pričakovano ceno, avtomobila pač ne bo kupil. Pri iskanju zdravstvene oskrbe so razmere nekoliko drugačne. Praviloma uporabnik nima tako bogate ponudbe, kot je to pri avtomobilih. Poleg tega je dodatno omejen z nujnostjo “nakupa” oskrbe in

omejenostjo izbire, ki je praviloma vezana na določen prostor v bližini dogodka (doma). Zadovoljstvo z oskrbo ima torej poglavitno težo pri ocenjevanju postopkov oskrbe in nekaterimi pogoji dela.

Na zadovoljstvo vplivajo postopek, pogoji in lastnosti bolnika samega in njegove prejšnje izkušnje z zdravstveno službo (slika 1). Pri ocenjevanju zadovoljstva uporabnikov je zato pomembno vedeti, po katerem delu njihovih izkušenj jih sprašujemo. Za ocenjevanje kakovosti posameznih postopkov je pomembno zadovoljstvo z oskrbo prav pri tem postopku in ne zadovoljstvo z izvajalcem ali celo sistemom zdravstvenega varstva na splošno. Zadovoljstvo sodi v skupino družbenih koristi zdravstvene oskrbe (glej ⇒ Kakovost oskrbe). Poleg zadovoljstva uporabnika sodijo v to skupino še zadovoljstvo izvajalcev in izobraževalni, etični in pravni učinki zdravstvene oskrbe.

5.2 Merjenje zadovoljstva v svetu in pri nas

Zadovoljstvo je v proizvodni in storitveni dejavnost glavno merilo kakovosti in odločilno vpliva na poslovno uspešnost organizacije. Bolj ko je ponudba zdravstvene oskrbe prepuščena tržnim zakonitostim, večji pomen ima merjenje zadovoljstva uporabnikov za poslovanje. Zato raziskovalce, izvajalce in plačnike zanima povezava med uporabo in zadovoljstvom z določeno oskrbo ali izvajalcem. Odločitev za "nakup" določene storitve namreč lahko sloni na lastnostih kot so možnost iskanja, izkustva ali zaupanja.

Primer: Na enem koncu so storitve in izdelki, ki omogočajo možnost iskanja, so npr. avtomobili, pohištvo ipd. Uporabnik - kupec lahko na podlagi znanih meril kakovosti (varnost, uporabnost, videz, potrošnja goriva, cena, hitrost idr.) že vnaprej ugotavlja skladnost izdelka - storitve s svojimi pričakovanji. Kupec ima možnost, da poišče izdelek, ki mu ustreza na osnovi razmerja med pričakovanimi in ponujanimi lastnostmi.

V določenih primerih kakovosti ne moremo oceniti, dokler sami ne preizkusimo izdelka ali storitve. To npr. velja za hrano v gostilni, bivanje v hotelu ali varstvo v otroškem vrtcu. Šele osebno izkustvo omogoča dokončno oceno kakovosti.

Na drugem koncu pa je zdravstvena oskrba. Njeno kakovost je kljub različnim načinom zagotavljanja javnosti, odgovornosti in kakovosti (glej ⇒ Presoja) zelo težko oceniti pred uporabo. Zaradi pomanjkanja visokega strokovnega znanja pa je tudi ob samem izkustvu težko podati ustrezno oceno. Marsikateri bolnik se pač obrne na najbližjega izvajalca ali pa ga v nujnem primeru celo brez njegove vednosti prevzame določen izvajalec. Izbira

izvajalca za želeno (pogosto bolnik niti tega ne ve in ne more vedeti, kaj si želi) sloni na bolj ali manj popolnem (slepem) zaupanju. Zato je zdravstvena oskrba še toliko bolj občutljiva dejavnost in je potrebno mnenje bolnikov upoštevati s še večjo pozornostjo.

V svetu dajejo raziskavam zadovoljstva bolnikov velik poudarek. V okoljih, kjer gre za planski način organizacije zdravstvenega varstva ("managed care" v ZDA, National Health Service v VB) je vključevanje bolnikovih pogledov in izkušenj v načrtovanje in izvajanje zdravstvene oskrbe izrednega pomena. Tudi posamezni izvajalci so dolžni spremljati zadovoljstvo svojih uporabnikov. Na ta način so se razvili številni bolj ali manj preverjeni vprašalniki, ki lahko ocenjujejo

- *splošno zadovoljstvo,*
- *zadovoljstvo s posamezno ustanovo (tabela 1),*
- *zadovoljstvo z zdravnikom (tabela 2),*
- *zadovoljstvo s sestro (tabela 3),*
- *zadovoljstvo z drugimi zaposlenimi v zdravstvu,*
- *zadovoljstvo z opremo, prostori, dostopnostjo, dosegljivostjo,*
- *zadovoljstvo s posameznim posvetom pri zdravniku (tabela 3) idr.*

Poudarek je na tistem področju zadovoljstva, ki trenutno zanima anketarja. najpogostejši so vprašalniki o splošnem zadovoljstvu, o okolju oskrbe (tabela 1) in o zadovoljstvu z delom zdravnika (tabela 2).

Večje nezadovoljstvo je pri mladih bolnikih, pri krajšem času posvetovanja, pri bolnikih, ki so prej redkeje obiskovali zdravnika in pri bolnikih s psihično problematiko. Najpogostejši vzroki za nezadovoljstvo so:

- bolniki ocenijo, da jih zdravnik ni poslušal; mnogi bolniki si želijo, da jih zdravnik posluša, spraša o njihovih težavah (čeprav je diagnoza jasna),

- zdravnik je bolniku nameril premalo časa; predvsem starejši bolniki si želijo daljše preglede,

- zdravnik ni pustil bolniku do besede; bolnik naj sam pove težave in na koncu odgovarja na usmerjena vprašanja,

- posredovanje informacij in napotkov preko tretje osebe (medicinska sestra, svojci...),

- neopravljene želene preiskave; ko se zdravnik z bolnikom ne pogovori o pomenu določenih preiskav za diagnozo, prognozo in terapijo,

- bolniki niso zadovoljni z zdravnikovim nastopom.

Nezadovoljstvo bolniki redko izrazijo neposredno, ampak ga pokažejo s svojim obnašanjem: privzdignjen glas med pogovorom, obisk dežurne zdravniške službe, manjše število obiskov, zamenjava zdravnika....

Raziskovanje zadovoljstva je pri nas zanemarjeno. Vključevanje pogledov občanov v bivših "Skupnostih" in današnji "Skupščini" Zavoda za zdravstveno zavarovanje žal ne dosega vseh želenih ciljev. Predvsem je nemogoče pokriti široko paleto zdravstvenih uslug in se usmerja predvsem na sistemske vidike zadovoljstva in manj na konkretno zadovoljstvo posameznikov s posameznimi deli oskrbe.

V Sloveniji sta bile do sedaj narejene le dve raziskavi. Prva je raziskala zadovoljstvo bolnikov z dolžino prvega obiska pri zdravniku družinske medicine, druga razlike v zadovoljstvu bolnikov z delom zdravnika družinske medicine na vasi in v mestu, tretja pa razlike v zadovoljstvu pri zavarovancih, ki so kot vzrok za zamenjavo zdravnika družinske medicine) navedli zdravnika. Izredno visok odstotek (95 %) bolnikov je zadovoljnih z obiskom pri zdravniku. Zadovoljstvo z delom zdravnika družinske medicine je bilo večje na vasi, kjer ima zdravnik vlogo družinskega zdravnika. Zavarovanci, ki so kot vzrok za zamenjavo navedli zdravnika ali ambulantno sestro so značilno manj zadovoljni v primerjavi s tistimi, ki so zdravnika zamenjali zaradi preselitve. Nezadovoljstvo z zdravnikom je bilo praviloma povezano z bolnikovim dojemanjem odnosa in sporazumevanja med zdravnikom in bolnikom kot nezadovoljivim. Zato bi veljalo obrazec o zamenjavi osebnega zdravnika uporabljati kot orodje izboljševanja kakovosti, s katerim bi odkrivali zdravnike, ki bi jim veljalo ponuditi možnosti stalnega strokovnega izobraževanja na področju sporazumevanja med zdravnikom in bolnikom.

Nekatere ustanove, zlasti bolnišnice, so že začele s sistematičnim zbiranjem pogledov bolnikov. Prevladujoča metoda so ankete o zadovoljstvu s prejeto oskrbo. Nova zakonodaja je v osnovnem zdravstvu določilo vlogo osebnega zdravnika, ki si ga izbere vsak zavarovanec zavoda sam. Če ni zadovoljen s slogom njegovega dela (in zaradi drugih razlogov - preselitev), ga ima možnost zamenjati. Zaenkrat še ni na razpolago objavljenih metod in rezultatov tovrstnih domačih raziskava.

5.3Oblike merjenja zadovoljstva

Zadovoljstvo lahko merimo

- takoj po oskrbi:
  - -s prostim pogovor,
  - -z vprašalnikom, ki ga izpolni na mestu in takoj odda (tabela 3, tabela 4) (slika 2);
- kasneje:

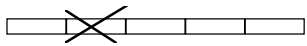
-z vprašalnikom ki ga odnese s seboj in vrne po pošti (tabela 1, tabela 2),
-z vprašalnikom, ki ga prejme po pošti,
-intervju po telefonu,
-fokus skupina (glej ⇒ Kakovost oskrbe).

Za preverjanje zadovoljstva takoj po izvršeni uslugi, so primernejši krajši in v dejavnost usmerjeni vprašalniki (tabela 1), medtem ko so za preverjanje zadovoljstva v raziskovalne namene potrebni daljši in strukturirani vprašalniki (tabela 2). Za sistem kakovosti je pomembno, da je merjenje zadovoljstva vgrajeno v mehanizem zbiranja in obravnavanja pripomb, pritožb, pohval, predlogov in pobud uporabnikov.

Tabela 1. *Kratek vprašalnik o zadovoljstvu z okoljem oskrbe pri zdravniku družinske medicine.*

Vprašalnik **Zadovoljstvo z ambulanto zdravnika družinske medicine**

Odgovori v anketi so v petstopenjski lestvici; označite kvadratek, ki predstavlja Vaše mnenje, npr. Pri trditvi: *Zdravnik me je natančno pregledoval,* menite, da to sicer drži, vendar ne popolnoma, boste označili npr. takole:

MOČNO SE STRINJAM  NIKAKOR SE NE STRINJAM

1. Z vsem v ambulanti sem bil(a) zadovoljen(a).
2. Ni mi všeč urejenost čakalnice.
3. Vedno sem šel(-la) k istemu zdravniku.
4. Včasih težko pridem do ambulante
5. Zdravnik zelo pazi, da ne naredi napake.
6. Ambulanta je moderno opremljena.
7. Z ravnijo zdravstvenih storitev sem vedno zadovoljen(a).
8. Včasih je mojega zdravnika težko dobiti.
9. Veliko časa traja, da pridem do ambulante:.
10. Zdravnik v tej ambulanti se skoraj nikoli ne zmoti.
11. Nekatere stvari v ambulanti me motijo.
12. Do ambulante je zelo lahko priti.
13. Ne grem vedno k istemu zdravniku.
14. Stavbo, v kateri je ambulanta, bi bilo potrebno izboljšati.
15. Želim si, da bil lažje prišel do svojega zdravnika.
16. Pot do ambulante je včasih lahko problem.
17. Zdravstvena oskrba bi lahko bila včasih boljša.
18. Zadovoljen sem z večino stvari v tej ambulanti.
19. Notranjost ambulante bi lahko bila bolj prijetna.
20. Nikoli nimam težav dobiti svojega zdravnika.
21. Zakaj ste zamenjali svojega zdravnika? (obkrožite najpomembnejši razlog)

- oprema
- zdravnikovo delo
- oddaljenost
- preselitev
- prostori
- organizacija dela
- delo sestre

22. Ali imate še kakšne pripombe?

_____

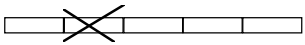
_____

Tabela 2. *Kratek vprašalnik o zadovoljstvu z delom zdravnika družinske medicine.*

Zadovoljstvo z delom zdravnika družinske medicine

Odgovori v anketi so v petstopenjski lestvici; označite kvadratek, ki predstavlja Vaše mnenje, npr. Pri trditvi: *Zdravnik me je natančno pregledoval,* menite, da to sicer drži, vendar ne popolnoma, boste označili npr. takole:

MOČNO SE STRINJAM NIKAKOR SE NE STRINJAM



1. Bil(a) sem zadovoljen(-na) z obiski pri zdravniku.
2. Zdravnik me je natančno pregledoval.
3. Zdravniku sem popolnoma zaupal(a)..
4. Zdravniku sem lahko zaupal(a) osebne težave.
5. Čas pregleda pri zdravniku je bil prekratek.
6. Zdravnik mi je povedal vse o zdravljenju
7. Včasih bi bil pogovor z zdravnikom lahko boljši.
8. Zdravnik ni vedel vsega o meni.
9. Zdravnik me je obravnaval kot človeka in ga ni zanimala samo moja bolezen.
10. Čas obiska je bil prekratek za vsa moja vprašanja in želje.
11. Zdravnik mi je razumljivo pojasnil moje težave.
12. Zdravnik je vedel vse o meni.
13. Mislim, da je zdravnik razumel, kar sem mu hotel povedati.
14. Želim si, da bi imel zdravnik več časa zame.
15. Zdravnik je bil prijazen.
16. Zdravniku sem težko zaupal(a) osebne težave.
17. Ali imate še kakšne pripombe?

_____

_____

Tabela 3. *Kratek vprašalnik o zadovoljstvu z zadnjim obiskom (oskrbo) pri zdravniku, ki ga bolnik odda takoj po posvetu z zdravnikom.*

Zadovoljstvu z oskrbo med zadnjim posvetom

(obkrožite ustrezen odgovor)

1. Zakaj ste izbrali našo ambulanto?
   A) sam sem imel dobre izkušnje z zdravljenjem v tej ambulanti,
   B) sorodnik ali znanec je imel dobre izkušnje z zdravljenjem v tej ambulanti,
   C) ker jo obiskujejo tudi drugi člani moje družine,
   D) ker je najbližje mojemu domu,
   E) ker je najbližje mojemu delovnemu mestu,
   F) drugo: _____
1. Ali so vam všeč prostori ambulante?
   DA NE
2. Ali je oprema ustrezna za vaše zdravljenje?
   DA NE
3. Ali ste imeli kaj težav z naročanjem?
   DA NE
4. Ali je bila oseba, pri kateri ste se naročili, z vami korektna?
   DA NE
5. Ali je bila sestra ob sprejemu prijazna z vami?
   DA NE
6. Pokazala je pripravljenost, da vam pomaga/ pomagala vam je.
   DA NE
7. Ali je zdravnik pokazal zanimanje za vaše težave?
   DA NE
8. Ali je upošteval vaše poglede pri načrtovanju zdravljenja?
   DA NE
9. Ali ste bili vi zadovoljni s posvetom?
   DA NE
10. Ali bi še prišli k temu zdravniku?
    DA NE
11. Ali boste ambulanto obiskali tudi drugič, če boste imeli potrebo?
    DA NE
12. Ali boste obisk pri nas svetovali drugim?
    DA NE

Vaše pripombe:

_____

_____

Hvala za Vaše mnenje!

Tabela 4. *EUROPEP vprašalnik – verzija 2006.*.

Kakšno je vaše mnenje o vašem zdravniku družinske - splošne medicine in vaši splošni ambulanti?

Uvod

Menimo, da ste vi, bolnik, zelo pomemben udeleženec zdravstvene oskrbe. Radi bi upoštevali vaše mnenje pri izboljšanju kakovosti oskrbe v splošni medicini. Odločili smo se, da naše bolnike povprašamo o zadovoljstvu z našimi storitvami. Vi ste eden izmed izbranih bolnikov, ki jih prosimo za mnenje. Zelo bi vam bili hvaležni, če bi ga izpolnili in vrnili vprašalnik strokovnemu vodji Osnovnega zdravstva Gorenjske, doc. dr. Janku KERSNIKU. Anketo lahko vrnete medicinski sestri, ki vam jo je izročila, daste v nabiralnik v čakalnici, v nabiralnik za pripombe, pritožbe in pohvale bolnikov ali pa nam jo vrnete po pošti na naslov Uprava OZG, Gosposvetska 9, 4000 Kranj.

Podatki, ki nam jih boste zaupali, bodo ostali anonimni in jih bomo uporabili samo za načrtovanje sprememb. Na enak vprašalnik je v Evropi odgovorilo že več kot 30.000 bolnikov in 3.000 v Sloveniji. Če ne želite sodelovati v raziskavi, ali imate kakršnekoli druge zadržke, to lahko takoj poveste vašemu zdravniku, medicinski sestri, ali pa vrnite neizpolnjeno anketo.

V tem vprašalniku vas prosimo, da ocenite kakovost oskrbe, ki ste je bili vi v zadnjih 12 mesecih deležni pri svojem osebnem zdravniku (izbranem zdravniku) in v ambulanti, ki jo običajno obiskujete.

Vse podatke, ki nam jih boste dali, bomo obravnavali zaupno. Ker je anketa anonimna, vas ne sprašujemo po vašem imenu, zato se vam ne moremo osebno zahvaliti in se vam zato zahvaljujemo že vnaprej.

Prosimo, da se prepričate, ali ste odgovorili na vsa vprašanja in da pri vsakem vprašanju označite samo en odgovor. Če se določeno vprašanje ne nanaša na vas, označite, prosim, zadnji stolpec (neprimerno/neustrezno).

Pri naslednjih vprašanjih (od 1. do 6. dela) s kljukico(√) označite kvadratek (□), ki najbolj ustreza vašemu mnenju, oziroma kako ocenjujete delo vašega zdravnika in njegovih sodelavcev.

Primer:

Če menite, da se trditev, da Vam je Vaš zdravnik v zadnjih 12 mesecih med obiski pri njem dajal občutek, da imate dovolj časa za razlago svojih težav, prav dobro ujema z Vašimi izkušnjami, boste s kljukico(√) označili

kvadratek (☐) v stolpcu pod številko 4.

Kakšno je vaše mnenje o zdravniku splošne medicine in/ali splošni ambulanti v zadnjih 12 mesecih glede na to, ...		***Zelo slabo 1***	***2***	***3***	***4***	***Odlično 5***
1	*ali vam je med obiskom pri zdravniku dajal(a) občutek, da imate dovolj časa za posvet?*	☐	☐	☐	☐	☐

Kakšno je vaše mnenje o zdravniku splošne medicine v zadnjih 12 mesecih glede na to,...		**Zelo slabo 1**	**2**	**3**	**4**	**Odlično 5**
1	ali vam je med obiskom pri zdravniku dajal(a) občutek, da imate dovolj časa za posvet?	☐	☐	☐	☐	☐
2	ali se je zanimal(a) za vaše osebne razmere?	☐	☐	☐	☐	☐
3	ali vam je olajšal(a), da ste mu/ji povedali o svojih težavah?	☐	☐	☐	☐	☐
4	ali vas je vključil(a) v odločanje o Vašem zdravljenju?	☐	☐	☐	☐	☐
5	ali vas je poslušal(a)?	☐	☐	☐	☐	☐
6	ali je zaupno ravnal(a) z vašim zdravstvenim kartonom in vašimi osebnimi podatki?	☐	☐	☐	☐	☐
7	ali je poskrbel(a) za hitro olajšanje vaših težav (simptomov)?	☐	☐	☐	☐	☐
8	ali vam je pomagal k boljšemu počutju, tako da lahko opravljate svoje vsakdanje dejavnosti?	☐	☐	☐	☐	☐
9	ali je bil natančen pri obravnavi vaših zdravstvenih težav?	☐	☐	☐	☐	☐
10	kako vas je pregledal?	☐	☐	☐	☐	☐
11	ali vam je ponudil možnost preventivnih ukrepov (tj. sistematski pregled, preventivni pregled, cepljenje)?	☐	☐	☐	☐	☐
12	ali vam je razložil(a) namen pregledov, preiskav in zdravljenja?	☐	☐	☐	☐	☐
13	ali vam je povedal(a) dovolj podrobno, kar ste želeli vedeti o svojih simptomih	☐	☐	☐	☐	☐

	in/ali bolezni?					
14	ali vam je pomagal(a) premagovati čustvene težave v zvezi z vašim zdravstvenim stanjem?	☐	☐	☐	☐	☐
15	ali vam je pomagal, da bi razumeli pomembnost tega, da upoštevate njegove/njene (zdravnikove) nasvete?	☐	☐	☐	☐	☐
16	ali je vedel(a), kaj vam je naredil(a) ali povedal(a) med prejšnjimi obiski pri zdravniku?	☐	☐	☐	☐	☐
17	ali vas je pripravil(a) na to, kaj lahko pričakujete od pregleda in zdravljenja pri specialistu ali v bolnišnici, oz. pri drugih izvajalcih (npr. fizioterapija)?	☐	☐	☐	☐	☐
Kakšno je vaše mnenje o splošni ambulanti v zadnjih 12 mesecih glede na to,...		**Zelo slabo 1**	**2**	**3**	**4**	**Odlično 5**
18	kako so vam bili v pomoč ostali sodelavci v splošni ambulanti (ne zdravnika)?	☐	☐	☐	☐	☐
19	ali ste dobili termin za pregled ali prišli na vrsto, tako kot vam je ustrezalo?	☐	☐	☐	☐	☐
20	ali ste zlahka dobili telefonsko zvezo z ambulanto?	☐	☐	☐	☐	☐
21	ali ste lahko govorili s svojim zdravnikom splošne medicine po telefonu?	☐	☐	☐	☐	☐
22	koliko časa ste na pregled čakali v čakalnici?	☐	☐	☐	☐	☐
23	ali vam je na razpolago hitra pomoč v nujnih primerih?	☐	☐	☐	☐	☐

6. Kaj nam nudi mnenje bolnikov?

Mnenje bolnikov predstavlja pomembno sredstvo za načrtovanje sprememb in izboljšav pri izvajanju zdravstvene oskrbe. Njihovo vključevanje med samo oskrbo pomembno vpliva na sodelovanje pri zdravljenju, kar izboljša tako zdravstvene izide (zdravstveno stanje, urejenost kroničnih bolezni), kot tudi družbene izide (večje zadovoljstvo). Zadovoljstvo bolnikov je

pomembno, vendar ne edino merilo kakovosti oskrbe. Posamezni izvajalci, zdravstvene ustanove in celotni sistem zdravstvenega varstva so dolžni sistematično in organizirano vključevati poglede, izkušnje in mnenja bolnikov v načrtovanje in spremljanje svojega dela. Pritožni sistem uporabnikom zagotavlja, da bodo njihove pritožbe vzete "resno" in glede na njihovo težo rešene njim v zadoščenje in izvajalcem v pomoč pri izboljševanju njihovega dela.

OBVLADOVANJE SPREMEMB

1. Spreminjanje sloga dela

Uporabnik opredeli svoje poglede na kakovost, jo ocenjuje in posreduje svoje mnenje. Za ocenjevanje kakovosti je pomembno mnenje uporabnika o načinu sporazumevanja, sporočanja, odnosa, o prijaznosti, vživljanju in o okolju zdravstvene oskrbe. Pri upoštevanju bolnikovega mnenja o strokovnosti izvajalca moramo biti previdni. Zato je bolnikove pritožbe o neustrezni strokovnosti treba jemati resno, preučiti vzroke za pritožbo in poskrbeti za zadoščenje bolnika. To nam omogoča pritožni sistem.

Sprememba sloga dela je bistvena prvina zamisli o izboljševanju kakovosti, ki ga loči od drugih oblik nadzora, ocenjevanja in zagotavljanja kakovosti. Izboljšanja kakovosti si ne moremo zamisliti brez ustrezne spremembe sloga dela, ki se je izkazal, da ne daje pričakovanih izidov. Cilj sprememb je torej povečati doseženo korist zdravstvene oskrbe (glej ⇒ Kakovost oskrbe). To lahko dosežemo s povečevanjem dodane koristi in/ali zmanjšanjem škodljivosti določenih posegov, ali celotnega postopka oskrbe. Da bi dosegli cilj moramo zato zmanjšati tiste razlike naše vsebine dela in tista odstopanja od pričakovane ravni kakovosti, ki zmanjšujejo doseženo raven kakovosti. Vsaka sprememba se zgodi v določenem administrativno-organizacijskem, strokovnem in izobraževalnem okolju, v katerem poleg vpliva kolegov svoje prispeva tudi pritisk javnosti in različne spodbude.

Če želimo govoriti o spreminjanju sloga dela, kot temelju izboljšanja kakovosti, se moramo seznaniti s pomenom sloga dela in s tem povezanimi izrazi. Slog dela je pri tem različica vsebine dela posameznega izvajalca, ki bolj ali manj vpliva na razlike pri izidu oskrbe.

1.1 Vsebina dela

Vsebina dela zdravnika so opravila, ki jih zdravnik kot nosilec nalog v sistemu zdravstvenega varstva pri svojem delu navadno opravlja, oziroma jih je pripravljen za svoje bolnike prevzeti v danih sistemskih in konkretnih delovnih pogojih. Nekatera opravila so splošna in jih opravljajo vsi zdravniki

in v vseh sistemih zdravstvenega varstva, druga pa so vezana le na nekatere nosilce nalog. Bolnika z določeno zdravstveno težavo bo tako v določenem sistemu zdravstvenega varstva obravnaval eden ali več zdravnikov. Pri tem se odgovornost razporedi med njimi tako, da vsak obravnava drug del bolnikov, da se pri obravnavi istih bolnikov dopolnjujejo, ali da se pri delu podvajajo. Za sistem zdravstvenega varstva je pomembna prav smotrna razporeditev nalog, ki zagotavljajo vsem državljanom pravično dostopnost do ustrezne zdravstvene oskrbe. Pri tem zdravstvena politika zagovarja načelo, naj bi določene naloge opravljal zdravstveni delavec z najnižjo še dopustno strokovno usposobljenostjo.

Vsebino dela zdravnika družinske medicine lahko razdelimo na posamezne sestavine dela. Med osnovne sestavine dela zdravnika družinske medicine sodijo naslednja opravila:

* prvi stik z zdravstveno težavo,
* vodenje zdravstvene težave,
* medicinske storitve.

Med dodatne sestavine dela zdravnika družinske medicine sodijo:

* preventivna dejavnost,
* hišni obiski,
* zdravstveno svetovanje,
* sodelovanje v nujni medicinski službi,
* ocenjevanje delanezmožnosti,
* priprava bolnikov za oceno potrebe po stalni pomoči drugega za večino ali vsa življenjska opravila,
* higienskoepidemiološke naloge,
* strokovno izvedenstvo,
* mrliškopregledna služba na določenem območju,
* zdravstvena prosveta;
* izboljševanje kakovosti lastnega dela,
* mentorstvo,
* različna administrativna opravila,
* sodelovanje pri znanstveno raziskovalnem delu.

1.2 Razlike v vsebini in slogu dela

Vsebina dela nam odgovori na vprašanje, kaj naj bi določen strokovnjak v danih sistemskih in organizacijskih pogojih delal, slog dela pa govori o tem, kako posamezni zdravnik izpolnjuje vsebino dela. Razlike v vsebini dela so najpogosteje pogojene z razlikami v sistemu zdravstvenega varstva. Najpreprosteje razlike v vsebini dela pri zdravniku družinske

medicine opišemo s primerom o preventivi raka materničnega vratu. V Veliki Britaniji je jemanja brisa del nalog ambulantne sestre zdravnika družinske medicine, medtem ko to pri nas opravljajo ginekologi. Velike razlike pri delu zdravnikov pa se pojavljajo tudi znotraj istega sistema. Pomemben del razlik k temu prispevajo razlike v teži bolezni in starosti bolnikov, ki jih obravnava posamezni zdravnik. Pomemben vir razlik pa je tudi sam slog zdravnikovega dela. V slog dela sodijo npr. razlike v prepisovanju antibiotikov, naročanju preiskav, napotovanju ipd. Na razlike v veliki meri vplivajo:

* lastnosti zdravnika,
* lastnosti ambulante in
* okolje v katerem dela.

Razlike razumemo kot relativno stalen slog dela, ki je značilen za določenega zdravnika, skupino zdravnikov ali zdravstveno ustanovo. Razlike v slogu dela lahko pomembno vplivajo na kakovost, saj je od njih odvisno ali bo bolnik deležen večje ali manjše koristi zdravstvene oskrbe. Pričakovana kakovost se namreč oblikuje na podlagi pričakovane vsebine dela. Nezaželene razlike pri tem pomenijo nedoseganje pričakovanj. Odkrivanje vzrokov za razlike nam pomagajo pri spreminjanju sloga dela. Poleg razlik v slogu dela na kakovost lahko močno vplivajo tudi odstopanja od pričakovane ravni kakovosti.

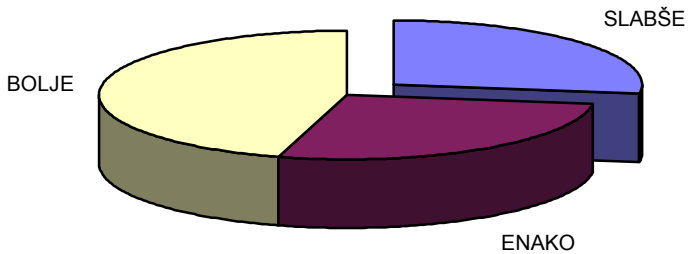
1.3 Odstopanja od sloga dela in škodljivosti

1.3.1 Odstopanja

Če razlike v slogu dela opredelimo kot sistematičen in stalen odklon od povprečne vsebine dela neke stroke v danih sistemskih pogojih, potem je odstopanje opredeljeno kot nepričakovan, občasen, nesistematičen in nepredvidljiv odklon od pričakovane ravni kakovosti. Pri tem se postavlja pomembno vprašanje, kakšen je odnos med razlikami v slogu dela in odstopanji od pričakovane ravni oskrbe. Razlike povzročajo predvsem sistematičen odklon in jih je mogoče reševati samo na ravni zdravstvenega sistema ali zdravstvene ustanove. Odstopanja pa se dogajajo povsod. Odstopanja v pozitivno smer (opravljena oskrba presega pričakovano) so začetki izboljšav. Nas zanimajo predvsem odstopanja, ki vplivajo na kakovost dela s tem, da povzročajo večje škodljivosti, kot bi jih pričakovali (glej $\Rightarrow$ Kakovost oskrbe).

1.3.2 Škodljivosti

Podmena celotne zdravstvene oskrbe in vsakega posameznega postopka je, da izidi zdravstven oskrbe prinašajo korist, ki naj bi bila vedno večja od škodljivosti (glej ⇒ Kakovost oskrbe). Med koristmi imamo najpogosteje pred očmi zdravstveno korist, ki se odraža v ohranitvi ali izboljšanju zdravstvenega stanja uporabnika zdravstvene oskrbe. Tretji del izidov zdravstvene oskrbe tako predstavlja zdravstvena ne-korist - škodljivost (slika 1).

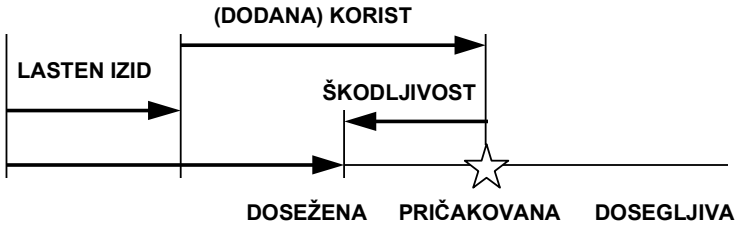


Slika 1. *Izidi zdravstvene oskrbe: enako = ohranitev zdravstvenega stanja, boljše = izboljšanje zdravstvenega stanja, slabše = zdravstvena škodljivost.*

Škodljivost je torej del izida vsake oskrbe (slika 2).

Slika 2. *Izid vsakega postopka in vsakega posega (dela postopka) sta tako korist kot škodljivost.*

Škodljivost deluje v nasprotni smeri kot korist in na ta način zmanjšuje uspešnost (koristi) zdravstvene oskrbe (slika 3). Zdravstvene oskrbe, pri kateri škodljivost presega koristi, naj se ne bi izvajalo. Da bi se približali pričakovani (ali celo dosegljivi) koristi, moramo povečati (dodano korist) in/ali zmanjšati škodljivosti zdravstvene oskrbe.



Slika 3. *Korist in škodljivost zdravstvene oskrbe: cilj zdravstvene oskrbe je povečati koristi, ki mu nasprotuje škodljivost in s tem zmanjšuje doseženo korist.*

Škodljivost zmanjšuje korist zdravstvene oskrbe. V načelu velja, da se v danih razmerah z razpoložljivimi sredstvi in dano usposobljenostjo izvaja na najboljši možni način le tista zdravstvene oskrba, pri katerih po strokovnih merilih z določeno zanesljivostjo pričakujemo, da bo (zdravstvena) korist večja od (nujne ali možne) škodljivosti. Vsak postopek skriva v sebi tudi nujno škodljivost in določen odstotek možne škodljivosti. Nujna in možna škodljivost sta povezani neposredno z uporabljenim načinom izvedbe postopka in se ju praktično ni možno izogniti. Nujna škodljivost se pojavlja pri vsaki izvedbi postopka, možna škodljivost pa le pri določenem odstotku bolnikov. Možno škodljivost je možno samo delno preprečiti ali omiliti njene posledice. Zato je vpliv sloga dela, razlik in odstopanj na ti dve škodljivosti zanemarljiv.

> Primer: Zamavčenje goleni zaradi zvina gležnja je ena izmed možnosti zdravljenja (vsebina dela). Nek strokovnjak uporablja metodo večkrat, drugi manjkrat (razlike v slogu dela). Po dvotedenski imobilizaciji pride do atrofije mišic (nujna škodljivost). Pri nekaterih sicer zdravih posameznikih pride do zapleta - globoke venske tromboze (možna škodljivost). S pravočasnim odkrivanjem in zdravljenjem je možno zmanjšati škodljivost zaradi osnovnega zapleta samega in nadaljnjega (celo hujšega) zapleta tromboze - pljučne embolije.

Odločitve v zdravstvu so povezane s stalnim tveganjem in tehtanjem o koristnosti in škodljivosti odločitev. Pri nekaterih je tveganje zavestno večje, ker s tem povečujemo verjetnost, da bo postopek bolj učinkovit, hkrati pa obstaja tudi možnost večje škodljivosti. Podobno velja, da pri določenih ogroženih skupinah bolnikov z večjim tveganjem enaki postopki lahko

povzročijo večjo škodljivost. Odstopanja od splošno sprejetih (dogovorjenih, standardnih) načinov oskrbe povzroča večje ali manjše škodljivosti, ki so cilj različnih načinov izboljševanja kakovosti (glej ⇒ Pritožni sistem, glej ⇒ Uporaba smernic, glej ⇒ Analiza izjemnih dogodkov, glej ⇒ Samoocenjevnje kakovosti, glej ⇒ Podatkovno podprto izboljševanje kakovosti).

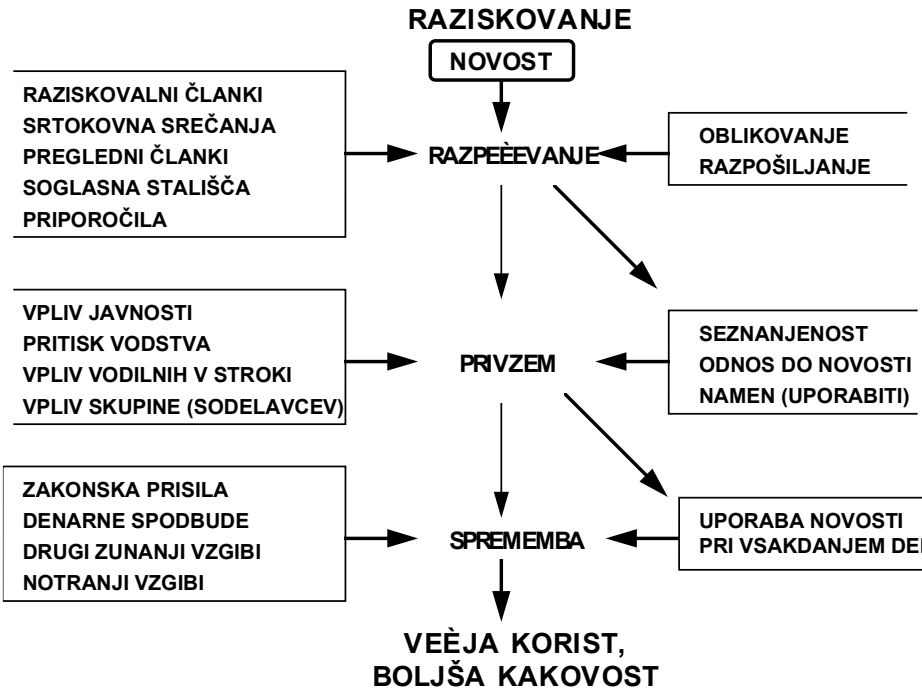
Primer: Uporaba pomirjevala diazepama pri agitiranem alkoholiku (ogrožena skupina) lahko povzroči zastoj dihanja.

2. Načrtovanje sprememb

Izboljšanja kakovosti dela si ne moremo predstavljati brez ustrezne spremembe sloga dela, čeprav vsaka sprememba še ne pomeni nujno izboljšanja kakovosti. Z razvojem medicine in vedno novimi izsledki raziskav o učinkovitejših načinih zdravstvene oskrbe med širšo strokovno javnostjo vedno bolj prevladuje zahteva po takem slogu dela, ki bo temeljil na izsledkih raziskav. Tradicionalna domneva je bila, da se bodo vestni (to naj bi bili vsi) izvajalci zdravstvene oskrbe izobraževali in spreminjali slog svojega dela skladno z najnovejšimi spoznanji. Da bi izvajalcem olajšali privzemanje novih spoznanj so organizatorji izobraževanj pripravili številne nove oblike in načine posredovanja znanja: priporočila (glej ⇒ Uporaba smernic), organizirano stalno strokovno izobraževanje (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost), preverjanje znanja s pomočjo spremljanja učnih gradiv v strokovnem časopisu in številne druge možnosti. Pričakovanja se žal niso uresničila. Celo učinek priporočil je bolj ali man obrobnega značaja, če pri njihovem vpeljevanju v vsakdanje delo ni ustreznih spodbud. Končno je postalo jasno, da izsledki raziskav nimajo lahke in enostavne poti v vsakdanje delo večine izvajalcev (slika 4). Še več, vedno bolj se odraža togost izvajalcev in njihova nepripravljenost za spremembe. Vemo kako je spreminjanje lastnega vedenja, kar slog dela tudi je, težavna naloga. To kaže na obsežnost in zapletenost vprašanj, kako uspešno spraviti učinkovite oblike zdravstvene oskrbe v vsakdanje delo. Zato je pomembno poznavanje zaporedja nalog, ki ustvarjajo ustrezno ozračje za uspešno spreminjanje sloga dela:

- Ciljne skupine izvajalcev je potrebno seznaniti z želenimi spremembami (novostmi). Pomembno vlogo pri tem odigrajo vse oblike stalnega strokovnega izobraževanja (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost).
- Izvajalci morajo oblikovati odnos do novosti. Poleg stalnega strokovnega izobraževanja (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost) odigra pri tem neposredno strokovno okolje kolegov (glej ⇒ Krožek kakovosti) in različne spodbude.

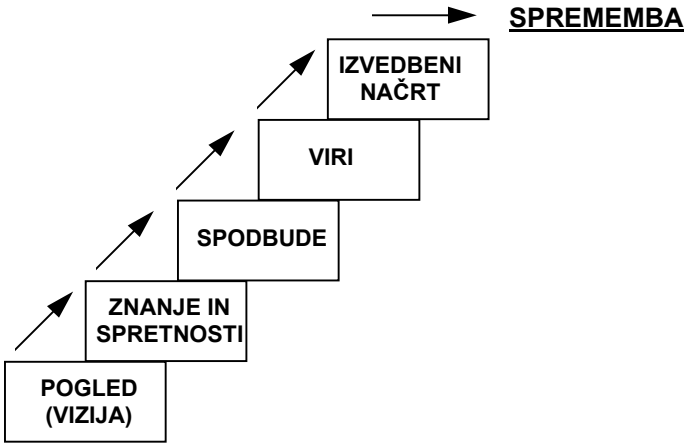
- Izvajalci se morajo usposobiti za drugačen način dela. Glede na vsebino znanj in spretnosti moramo izbrati ustrezno obliko izobraževanja (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost).
- Z ugotavljanjem izhodiščnega stanja omogočimo kasnejše primerjave in ocenjujemo uspešnost vpeljave sprememb.
- Za vpeljavo sprememb je potrebno ustvariti ustrezne pogoje (glej ⇒ Celovito obvladovanje kakovosti, glej ⇒ Sistem kakovosti). V zdravstveni ustanovi mora za to poskrbeti vodstvo.
- Z odkrivanjem in odstranjevanjem ovir olajšamo vpeljavo sprememb.
- Spodbujanje privzemanja sprememb je ključno, če želimo zaznavno izboljšanje in vzdrževanje vpeljane spremembe.
- Spremljanje uspehov in težav pri spremenjenem slogu dela nam omogoča načrtovanje popravnih dejavnosti in nam je v pomoč pri načrtovanju novih sprememb.



Slika 4. *Pot novih odkritij, ki nastajajo med raziskovanjem do uporabe pri vsakdanjem delu, ki naj bi prinesla večje koristi in s tem večjo kakovost zdravstvene oskrbe.*

Načrtovanje sprememb je zahtevna naloga, pri katerem brez dejavnega vključevanja vodstva ne moremo pričakovati rezultatov (slika 5). Potrebno je zaporedje dejavnosti: pogled v prihodnost, znanje in spretnosti, ustrezne

spodbude, zadostni viri in načrt izvedbe sprememb. Le kadar so izvršene vse lahko pričakujemo želeno spremembo v načrtovanem času. V nasprotnem se pojavijo različni zapleti, ki zahtevajo veliko daljši čas za vpeljavo spremembe.

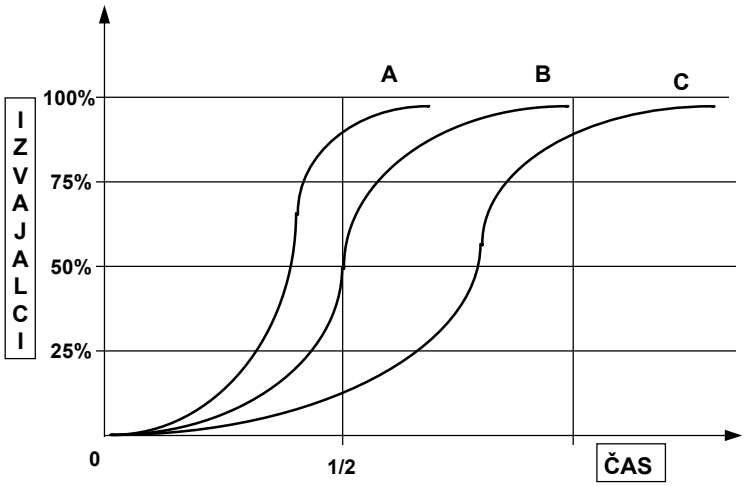


Slika 5. *Obvladovanje sprememb. Če želimo spremeniti določen slog dela moramo najprej vedeti, kaj hočemo, ponuditi ustrezno izobraževanje, izbrati ustrezne spodbude, zagotoviti zadostne vire in narediti natančen načrt spreminjanja.*

Za načrtovanje sprememb je pomembno tudi poznavanje razlik pri privzemanju sprememb (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost) in razlogov za odločitev posameznega izvajalca, da bo spremenil slog svojega dela.

3. Privzemanje sprememb

Privzemanje sprememb je različno hitro pri različnih skupinah izvajalcev zdravstvene oskrbe. Medtem ko se pobudniki sprememb kar hitro oprimejo novosti, predstavljajo za izboljševanje kakovosti najtrši oreh pozni prevzemniki in zamudniki (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost) (slika 6). Izboljšanje kakovosti je namreč v veliki meri odvisno prav od tega, da vsi izvajalci osvojijo koristno novost in jo uporabljajo pri vsakdanjem delu.



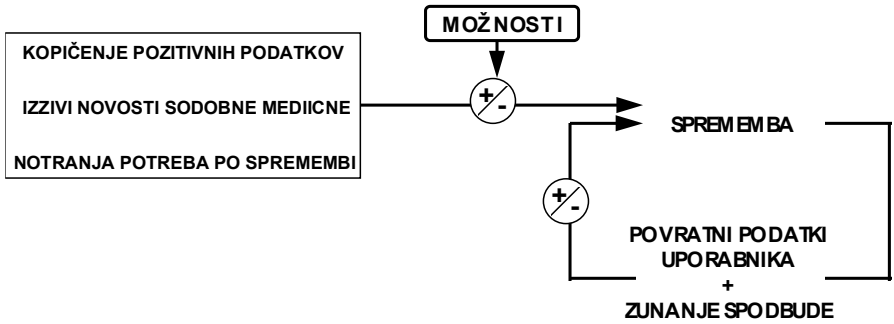
Slika 6. *Časovne krivulje privzemanja različnih novosti. Krivulja B predstavlja novost, ki so jo izvajalci osvojili povprečno hitro. Krivulja A predstavlja privzem novosti, ki se je izvršil zelo hitro in krivulja C počasen privzem novosti.*

Privzemanje sprememb je močno povezano z odločitvijo posameznega izvajalca, da bo vpeljal spremembo. Poleg tega na privzemanje novosti odločilno vplivajo tudi zunanji dejavniki, kot so način razpečevanja novosti, vpliv javnosti, pritiski vodstva, vpliv vodilnih strokovnjakov v stroki in neposredni vpliv skupine sodelavcev, s katerimi posamezni izvajalec dela (slika 4).

3.1 Odločitev za spremembo

Spremembe se ne dogajajo same od sebe. V spreminjanje sloga dela morajo vlagati vsi udeleženci v sistemu zdravstvenega varstva. Posamezni izvajalci, ki so ključni za izboljševanje kakovosti, se za spremembo navadno odločajo zaradi naslednjih sprožilnih dejavnikov (slika 7):

- kopičenje istovrstnih sporočil o določeni oskrbi,
- izziv sodobne medicine,
- izpolnjena potreba po določeni oskrbi.



Slika 7. *Kopičenje istovrstnih (pozitivnih) podatkov o določeni novosti, izziv novosti in že izražena potreba po določeni spremembi v okolju, ki daje možnosti za spremembo povzroči spremembo sloga dela. Povratni podatki uporabnika (lastne izkušnje z novostjo) in narava zunanjih spodbud vplivajo na vzdrževanje spremembe.*

Zdravniki družinske medicine le neradi spreminjajo slog svojega dela. Kadar vendarle pride do spremembe, se to praviloma zgodi po dolgotrajnem kopičenju pozitivnih sporočil o uspešnosti novega načina oskrbe. Včasih se sprememba zgodi navidezno zelo hitro na podlagi izzivov sodobne medicine ali izpolnitve potrebe po določeni spremembi. Pri vseh je pogoj pripravljenost za spremembo, ki je povezana z notranjimi in zunanjimi vzgibi (slika 4). Pripravljenost za spremembo je večja, če izvajalec ugotovi, da:

* Sprememba ustreza splošnemu razumevanju problema. *Npr. enostavna, logična in z dejstvi podkrepljena predstavitev zdravila s strani svetovalca, ki zna svoje delo dobro opraviti, prepriča veliko bolj kot suhoparno znanstveno predavanje. Svetovalec bo znal spremembo prikazati privlačno in v skladu z dojemanjem izvajalca.*
* Sprememba je ustrezen odgovor na pritiske zaradi prevelikih stroškov. *Npr. podatki o nepotrebnosti predpisovanja antibiotikov pri akutnem respiratornem infektu povzročenem z virusi gredo z roko v roki s kampanjo za zmanjševanje obsega in stroškov predpisovanja zdravil.*
* Sprememba je videti smiselna. *Npr. "Digenol" s svojim delovanjem na peristaltiko daje vtis smiselnega pristopa pri refluksni bolezni požiralnika, kjer je ena večjih težav prav retrogradna peristaltika.*

3.1.1 Model kopičenja istovrstnih sporočil o določeni oskrbi

Pri tem modelu na izvajalca, ki se je seznanil z določenim načinom oskrbe, izvaja pritisk v smeri spremembe kopičenje sporočil. O tem dobiva ponavljajoča istovrstna sporočila iz različnih virov, kar izvajalcem daje misliti, da gre za zanesljive podatke. Sprememba se praviloma zgodi po nakopičenju številnih podatkov, ko je izvajalec prepričan v smiselnost

drugačnega sloga dela. Izvajalci zlasti cenijo vplivnost virov, ki morajo po njihovem biti neodvisni od vpliva zdravstvene politike in drugih interesov, ki ne izhajajo iz stroke.

- Najpogostejša oblika seznanjanja z novostmi in ponavljajočih informacij, ki sprožijo spremembe je branje strokovne literature (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost).
- Pomemben vir vpliva na spremembe so odpustnice in izvidi specialistov - konzultantov. Velik vpliv imajo zlati mnenja spoštovanih in uglednih konzultantov, ki so na glasu, kot dobri strokovnjaki.
- Pogovori s kolegi iz iste stroke, še zlati z neposrednimi sodelavci so pomemben vir podatkov. Vplivnost imajo kolegi z enakimi lastnostmi kot pri konzultantih. Dodatno se kolegi radi vzorujejo po kolegih, ki prinašajo sveže znanje s fakultete ali iz stalnega strokovnega izobraževanja. Pomembni so zlasti tisti, ki jih kolegi smatrajo za vodilne v stroki.
- Največjo težo pri odločitvi ima osebna izkušnja z določeno obliko oskrbe. Kdor sam izkusi bolečino ob določeni bolezni, se bo pogosteje odločal za način zdravljenja, ki se je izkazal pri njem.

3.1.2 Model izziva sodobne medicine

Za razliko od prejšnjega modela, kjer se sprememba zgodi po dolgotrajnem kopičenju podatkov, ki govorijo v prid spremembi, se pri tem modelu sprememba izvrši (vsaj navidez) nenadoma. Predhodna pripravljenost za spremembo je prikrita, čeprav brez nje spremembe ne bi bilo. Izvajalec lahko doživi izziv novosti sodobne medicine predvsem na tri načine:

- Nekateri izjemni dogodki postavijo izvajalca pred dejstvo, da dotedanji slog dela ni bil najbolj ustrezen in se zato odloči za spremembo. To se zgodi v naslednjih primerih:
    - *Bolnik ima zaradi določenega postopka, posega ali jemanja zdravil resnejše neželene stranske učinke ali celo umre zaradi zaužitja prevelikega odmerka. Npr. kdor je imel slabo izkušnjo s parenteralnim dajanjem antibiotika, se bo temu verjetno, če se bo le dalo izogibal.*
    - *Farmacevt ali konzultant osebno (po telefonu) seznani zdravnika z neustrezno kombinacijo zdravil ali nepravilnim postopkom zdravljenja, ki bi lahko pripeljal do neželenih izidov.*
- Nadomestni zdravnik ali novi kolega uporablja novosti, ki izvajalca tako pritegnejo, da tudi sam spremeni svoje delo.
- Nepričakovani uspeh nekega postopka, za katerega je dotlej menil drugače, tudi sproži spremembo. To se zgodi, kadar bolnik poroča o ugodnem izidu nekega načina zdravljenja, ki ga je bil npr. deležen v bolnišnici. Uspehe znanih kolegov pogosto uporabljajo tudi svetovalci

farmacevtskih podjetij za spodbujanje privzema novih načinov zdravljenja.

3.1.3 Model izpolnitve potrebe po spremembi

Tudi v tem primeru prihaja do spremembe navidezno nenavadno hitro. Pri svojem delu marsikdo ugotavlja potrebo po novem načinu zdravljenja ali učinkovitejšem zdravilu. Nenadoma se pojavi način oskrbe, ki omogoča prav zadovoljitev te potrebe. Izvajalec bo tako novost sprejel zelo hitro in spremenil svoje delo.

3.2Ovire za spremembe

3.2.1Ovire zaradi neustreznega načrtovanja

Zdravstvena ustanova predstavlja sistem v ravnovesju, ki se po naravi ovira spremembam. Ovire za spremembe se zato lahko pojavijo že pri samem načrtovanju sprememb (slika 8). Tako so brez ustrezne vizije izvajalci zmedeni in ne morejo doseči spremembe (slika 8 - primer 1). Tak primer je uvedba novega načina evidentiranja storitev v letu 1993, ki na posameznih področjih še danes povzroča zmedo. To dokazujejo tudi podatki o izvedenem finančnem nadzoru, ki ugotavljajo številne "napake" pri evidentiranju. Izvajalci namreč nimamo jasne predstave o tem, kaj želi Zavod za zdravstveno zavarovanje doseči.

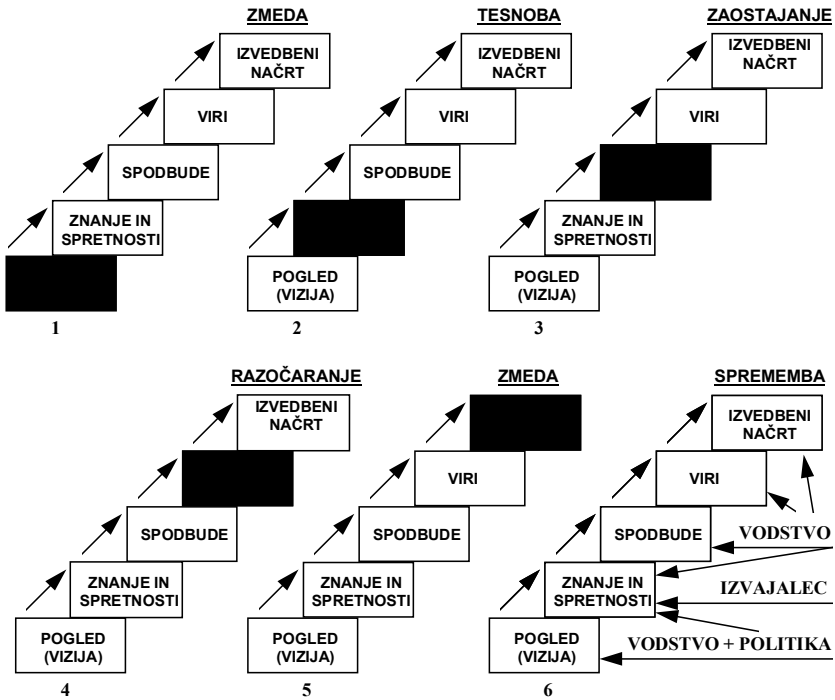
Ob pomanjkanju znanja in spretnosti jih zajame tesnobni občutek in strah, da spremembe ne bodo zmogli (slika 8 - primer 2). To se dogaja ob sprejemu novega pravilnika o nujni medicinski službi, ki izvajalcem nalaga poznavanje obsežnega znanja in spretnosti, ki jih sicer ne uporabljajo (pogosto) pri vsakdanjem delu. Izobraževanje še ni sklenjeno. Nelagodni občutek ob odhodu v dežurno službo se je s tem še povečal, kar dodatno ovira širjenje ustanov, ki bi se odločile za nov način dela.

Če ni ustreznih spodbud, bo sprememba zelo postopna, saj bodo svoj slog spremenili le iznajditelji in zgodnji prevzemniki (glej $\Rightarrow$ Izobraževanje za kakovost) (slika 8 - primer 3). Zaostajanje pri prenosu novih znanj in spretnosti v vsakdanje delo je vsakdanji pojav.

Brez zadostnih virov bodo izvajalci razočarani, ker ne bodo mogli izpeljati svojih namer (slika 8 - primer 4). To je vsakdanji pojav pri uvajanju novih učinkovitejših postopkov, ki zahtevajo dodatno opremo. Več kot desetletje strokovnjaki otorinolaringologi priporočajo, da bi zdravnik družinske

medicine opravljal tudi laringoskopski pregled. za zdravstvene ustanove to predstavlja dodatne vire.

Prav lahko se zgodi, da bodo brez ustreznega izvedbenega načrta zašli v napačno smer in se sprememba ne bo mogla pokazati v polni luči (slika 8 - primer 5). Zahteve po vedno večjem prenosu oskrbe s sekundarne na primarno raven so večinoma obsojene na neuspeh. Za tako zapleteno spremembo je namreč potreben načrt, ki bo upošteval vse posledice spremembe. V proračunskem načinu plačevanja storitev je zagotovo najodločilnejše načrtovanje spremembe plačevanja.



Slika 8. *Ovire za uspešno vpeljavo in vzdrževanje sprememb, ki se jim je možno izogniti s skrbnim načrtovanjem. V primeru 6 vidimo, kdo je odgovoren za izpeljavo posameznih stopenj pri načrtovanju sprememb.*

V šestem primeru na sliki 8 vidimo, da je za večino priprav na spremembe odgovorno vodstvo zdravstvene ustanove. To je razumljivo, saj vodstvo razpolaga z vsemi viri zdravstvene ustanove in ima možnost preoblikovanja organizacijske strukture (glej ⇒ Celovito obvladovanje kakovosti).

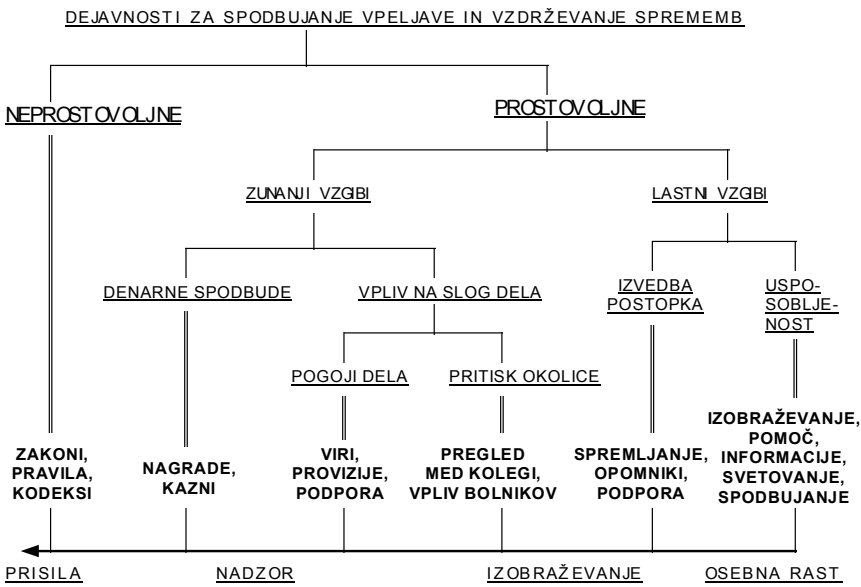
3.2.2Psihološke ovire

Posameznik se kot vsak sistem v ravnovesju upira vsaki spremembi, ki od njega zahteva prilagajanje (slika 7). Kadar govorimo o kakovosti in o spremembah povezanimi s tem, bomo pri izvajalcih naleteli tudi na določene psihološke ovire.

Pomoč bolnikom, zdravljenje, diagnostika in drugi izrazi imajo v naši zavesti pozitiven prizvok. Na drugi strani pa je v naši zavesti kakovost povezana z ocenjevanjem, primerjanjem, izpostavljenostjo in drugimi negativnimi predstavami. Najpomembnejša zavora pri tem je bojazen, da se bo kakovost uporabljala za kaznovanje. Zdravstvena politika mora zato ustvariti ozračje zaupanja, da se izsledki različnih načinov izboljševanja kakovosti ne bodo uporabljali za kaznovanje (glej ⇒ Sooblikovalci kakovosti). Izobraževanje za kakovost poleg seznanjanja in motiviranja skrbi tudi za odpravljanje zmotnih prepričanj (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost). Ker so spremembe povezane predvsem s spreminjanjem sloga dela in s tem vedenja, je pomembno vedeti, kaj jih spodbuja.

4. Spodbujanje sprememb

Vpeljavo in vzdrževanje sprememb lahko spodbujajo številne načrtne dejavnosti (slika 9). Za učinkovito spodbujanje sprememb se nikoli ne smemo zanašati samo na en način, temveč uporabiti primerno kombinacijo strategij za spodbujanje spremembe.



Slika 9. *Dejavnosti, ki so na razpolago za spodbujanje sprememb. Puščica kaže smer prizadevanj zdravstvene politike in plačnika zdravstvenih storitev, ki pričakujeta, da je z nadzorom izvajanja predpisov mogoče zagotoviti pričakovana raven kakovosti. Vendar imajo prednost notranji vzgibi, ki se naslanjajo na osebno rast in izobraževanje.*

4.1Predpisi in finančne spodbude

4.1.1Predpisi

Predpisi predstavljajo neprostvoljno (obvezno) obliko sprememb. Uporaba zakonov, predpisov in različnih pravilnikov je spodbujanja z negativnimi spodbudami: sloni na možnosti kaznovanja zaradi neizpolnjevanja. Predpisi naj bi tvorili predvsem podlago za oblikovanje sistemov kakovosti in možnost za sistematično izboljševanje kakovosti (glej ⇒ Predpisi in dokumenti).

4.1.2 Finančne spodbude

Finančne spodbude sodijo med prostovoljne zunanje vzgibe za spreminjanje sloga dela. Sprememba načina plačevanja opravljenih storitev (storitveni - proračunski) je zelo učinkovit vzvod za spremembe obsega (količine)

opravljenega dela. V splošni medicini se to npr. odraža pri vestnejšim zapisovanju (evidentiranju) posebej plačljivih storitev (izpiranje ušes, mala kirurgija, odčitavanje elektrokardiograma idr.) in opravljanjem hišnih obiskov izven rednega delovnega časa. Oboje hkrati s seboj prinaša tudi težave. Precej visoko zastavljena delovna obveznost prinaša tudi znatno spremembo pri načinu vodenja zdravstvenega kartona (glej ⇒ Zdravstveni karton). S "proračunskim" načinom plačevanja (z dogovorom omejeno število obiskov in storitev) "storitvenega" načina dela (nujno doseganje posameznih prvin dogovora: števila in narave obiskov ter storitev) je domet tovrstnih spodbud močno omejen. Težko bi opazili kakšen premik, ki bi pomenil boljšo preskrbljenost ali večjo kakovost na kateremkoli področju izvajanja oskrbe. Finančni nadzor povzroča predvsem neugodje in izrečene kazni razen morda izjemoma nimajo pravega smisla.

Finančne spodbude so zelo neprožno sredstvo za spodbujanje sprememb in posameznemu bolniku ne prinašajo bistvene koristi. V svetu še niso odkrili vzorca plačevanja zdravstvene oskrbe, ki bi lahko vključeval učinkovitost in/ali kakovost zdravstvene oskrbe in njenih izidov za posameznika. Pri zanašanju zgolj na finančne spodbude lahko prihaja tudi do neželenih in nepričakovanih posledic zlasti pri kakovosti oskrbe posameznih bolnikov. Zato se je potrebno izogniti prevelike povezanosti finančnih spodbud in neposrednih odločitev o konkretni oskrbi bolnika. Tako je npr. naročanje laboratorijskih preiskav pri izvajalcih, ki morajo te storitve plačevati drugemu izvajalcu, močno padlo. Seveda je predmet raziskav, koliko to v resnici vpliva na izide take oskrbe, vendar se pri tem zastavlja pomembno vprašanje, če so vse opustitve preiskav resnični odraz poprejšnje pretirane uporabe. Dokler je to problem omejenega števila storitev in manjšega dela izvajalcev, še ni potrebno biti plat zvona. Položaj lahko postane bolj zapleten, ko bodo vodilni v zdravstvenih ustanovah isto zahtevali od svojih zaposlenih in bo k temu pritegnil tudi plačnik zdravstvenih storitev s še dodatnim zmanjšanjem plačila za laboratorij (čeprav je že sedaj (verjetno) prenizek). Če gledamo na število laboratorijskih preiskav kot celoto, je razumljivo, da je koristna vsaka strategija, ki bo zmanjšala število in stroške zaradi tega. Odločanje ob posameznem bolniku postane pod pezo pretirane "stroškovne" zavesti lahko bolj tvegano, saj je možnost odločitve le dvojna: da - ne. Pri veliko večji denarni spodbudi za ne, je jasno, da bo veliko pogostejša in lažja odločitev ne, četudi ni popolnoma strokovno utemeljena. Dodatno težavo povzročajo tako rekoč neizogibne predoperativne laboratorijske preiskave, o katerih zdravnik družinske medicine ne more odločati sam, je pa "povzročitelj" stroškov, ki pri tem nastanejo. Tako drastičen ukrep mora zato nujno spremljati ustrezno priporočilo za "pravilno" ravnanje v omejenih finančnih zmožnostih (glej ⇒ Uporaba smernic) in druge metode zagotavljanja kakovosti. Zagotoviti je namreč potrebno, da se zaradi zmanjšane rabe določene oblike oskrbe, ne bi poslabšali izidi. Lahko sklenemo,da je ob poudarjanju na dokazih temelječem izvajanju zdravstvene oskrbe, je pretirano zanašanje zgolj na finančne spodbude neumestno.

4.2 Stalno strokovno izobraževanje

Eden izmed ciljev (verjetno najpomembnejši) stalnega strokovnega izobraževanja je vplivanje na izvajalce, da bi spremenili slog svojega dela (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost). Tradicionalno je veljalo prepričanje, da je stalno strokovno izobraževanje nujno povezano z organizacijo in udeležbo množičnih strokovnih srečanj. Bistvena vloga množičnega organiziranega stalnega strokovnega izobraževanje je v seznanjanju širše strokovne javnosti, predvsem pobudnikov in zgodnjih prevzemnikov. Preko njih ima nekaj vpliva tudi na kasne prevzemnike in zamudnike. Kljub temu zanašanje na to, da bo samo izobraževanje zadosti za privzemanje novosti, spodbujanje in vzdrževanje sprememb, ni upravičeno.

Dandanes poleg različnih oblik stalnih strokovnih srečanj prištevamo k stalnemu strokovnemu izobraževanju tudi številne izobraževalno naravnane dejavnosti, ki so povezane z zagotavljanjem in izboljševanjem kakovosti: diskusijske skupine, krožki kakovosti (glej ⇒ Krožek kakovosti), učenje na daljavo in različne oblike samoizobraževanja (glej ⇒ Izobraževanje za kakovost). Izobraževanje v mali skupini pogosteje pripelje do spremembe. Vpliv se poveča v povezavi s povratnimi podatki in opomniki.

4.3 Povratni podatki in opomniki

4.3.1Povratni podatki

Povratni podatki o opravljenem delu so se doslej izkazali kot najmočnejša spodbuda za spreminjanje lastnega sloga dela (glej ⇒ Podatkovno podprto izboljševanje kakovosti). Izvajalci spreminjajo slog dela v želeno smer, čeprav se predhodno niso strinjali z izbranimi smernicami. Če so povratni podatki stalni (obdobni), močno prispevajo k vzdrževanju spremenjenega sloga dela. Kljub preverjeni uspešnosti, se moramo zavedati, da gre v tem primeru predvsem za spremembo vedenja in manj za splošne spremembe v organizaciji izvajanja zdravstvene oskrbe. Zato je spodbujanje sprememb s pomočjo povratnih podatkov primerno le za tiste oblike oskrbe, ki so (skoraj) izključno povezane z osebnim slogom zdravnika. to je npr. predpisovanje zdravil, naročanje laboratorijskih preiskav, napotovanje ipd. Kadar se izkaže, da je obravnavano področje bolj zapleteno, je potrebno uporabiti tudi druge metode, ki zagotavljajo ustrezno preureditev organizacije izvajanja zdravstvene oskrbe.

4.3.2Opomniki

Opomniki so se razširili z obdobjem računalnikov, čeprav so bili poznani tudi že poprej. Izvajalca naj bi opomnil na nalogo, ki bi si jo moral sicer zapomniti. Opomnik je način opozarjanja izvajalca, da mora ob določenem bolniku opraviti določeno storitev. Npr. pri poškodbi, kjer pride do poškodbe kože, mora izvajalec ugotoviti bolnikovo stanje precepljenosti. Najzanesljivejši način je ta, da podatkov za obračun ni mogoče vnesti, dokler ni vnesen tudi podatek o precepljenosti. Drug način je, da računalniški program avtomatično sestavlja seznam bolnikov, ki jim je npr. potrebno izmeriti priložnostni krvni tlak. Ko zdravnik odpre bolnikov računalniški zdravstveni karton, mu na ekranu utripa opozorilo, naj izmeri krvni tlak. Ker tudi pri opomnikih velja načelo prostovoljnosti, mora obstajati način, da izvajalec zavestno zaobide nalogo, ki mu jo naroča opomnik. Tudi opomniki so se izkazali za izredno učinkovit način spodbujanja in predvsem vzdrževanja spremenjenega sloga dela. Za opomnike veljajo podobne omejitve kot za povratne podatke - uporabni so predvsem za relativno preproste naloge. Pri uporabi opomnikov je še bolj kot pri povratnih podatkih pomembno soglasje izvajalcev tako o sodelovanju pri taki obliki izboljševanja kakovosti kot tudi o ciljih, ki naj bi jih dosegli.

4.4 Oblikovanje smernic in drugih oblik soglasnih stališč

Smernice so učinkovit način razširjanja oskrbe, ki temelji na izsledkih raziskav. Uspešnost sprememb je odvisna od celotnega postopka oblikovanja, predvsem pa od razpečevanja in načina vpeljevanja v vsakdanje delo (glej ⇒ Uporaba smernic). Kljub ugotovljenim statistično pomembnim spremembam, le-te povzročajo obrobne klinične učinke. Priporočila so prvenstveno politično dejanje, ki obsega pogajanja o skupni politiki nasprotujočih pogledov sooblikovalcev kakovosti (glej ⇒ Sooblikovalci kakovosti). Pomembno je, da pride do vpeljave priporočil na krajevni ravni, kjer se skupina izvajalcev v skupini dogovori za spremembo svojega sloga dela v skladu s priporočili. Naloga s tem ni končana. Kot se morajo priporočila stalno dopolnjevati, morajo tudi izvajalci stalno prilagajati priporočila potrebam in možnostim okolja in jih uporabljati pri svojem delu. Priporočila se najbolje vključujejo v odločitev za spremembo po modelu že izražene potrebe po spremembi določenega dela lastnega dela.

Zanašanje na izobraževalno gradivo, da bo povzročilo spremembe samo po sebi, se je izkazalo za zmotno. Objavljanje prispevkov ne prispeva bistveno k spremembi. Izobraževalno gradivo je učinkovito le v povezavi z drugimi načini izobraževanja in predvsem s svetovanjem.

4.5 Vpliv vodilnih v stroki

Raziskovalni podatki ne prodirajo med strokovno javnost zgolj po hitri in logični poti. Pomembno vlogo imajo pri tem nekateri posamezni izvajalci, ki jih ostali kolegi izjemno spoštujejo in zaupajo njihovi presoji. Ni nujno, da so to izumitelji, so pa prav gotovo v skupini pobudnikov, redkeje zgodnjih prevzemnikov. Zanje je značilno, da po svoje pooosebljajo norme skupine, ki ji pripadajo, po drugi strani pa nanjo s spremembo svojega vedenja odločilno vplivajo na prevzem novosti. Druga pomembna lastnost je, da so zelo uspešni pri sporazumevanju z ostalimi in znajo učinkovito prenašati sporočila. Ker je skupnost zdravnikov družinske medicine relativno razpršena in se z razvojem zasebnih posamičnih ambulant še bolj drobi, je pomembno tudi to, da se povezanost obdrži tudi v drugih neformalnih oblikah.

4.6 Podatki z določenim namenom

Izvajalci niso skrbno varovana skupnost čakajočih na podatke o izsledkih raziskav. Vsak še tako osamljen posamezni zdravnik je na prepihu različnih interesov, ki niso vedno nujno povezani samo z uresničevanjem znanstvenoraziskovalnih dosežkov. Sistem zdravstvenega varstva je torišče pogledov in interesov različnih udeležencev, ki so si lahko zelo nasprotujoči (glej ⇒ Kakovost oskrbe, glej ⇒ Sooblikovalci kakovosti). Največkrat so s tem v zvezi omenjeni bolniki in predstavniki tovarn zdravil, vendar brez pridržka lahko dodamo tudi vodilne zdravstvenih ustanov, plačnika zdravstvenih storitev in zdravstveno politiko. Kljub deklarirani dobronamernosti in izvrševanju s predpisi določenih nalog služeč lastnim vzgibom želijo našteti take spremembe, ki bi zadovoljile predvsem njihove cilje. Perverzne spodbude sistema zdravstvenega varstva kaj hitro lahko napeljejo izvajalce, da v zadovoljevanju lastnih ciljev po povečanju koristi (dobičku) prestopijo meje strokovno utemeljene oskrbe. Naloga zdravstvene politike je, da skrbi za tako usklajevanje interesov, da omogoča izvajanje medicine temelječe na dokazih raziskav in ne na argumentu moči (denarja).

4.6.1 Bolniki

Bolniki so vedno bolj pripravljeni in zahtevajo večje možnosti soodločanja (glej ⇒ Vključevanje bolnikov). Lahko rečemo, da je bolnik med vsemi udeleženci v sistemu zdravstvenega varstva najbolj zainteresiran, da mu je vedno na razpolago najboljša možna (dosegljiva) oskrba (glej ⇒ Kakovost oskrbe). Večja seznanjenost s postopkom oskrbe in večje zadovoljstvo bolnikov prispeva tako k učinkovitejšemu izvajanju oskrbe kot tudi k boljšim zdravstvenim izidom (ne samo družbenim) oskrbe. Zdravnik družinske medicine je v tem položaju zastopnik interesov bolnika. Ker bolnikove želje

in zahteve lahko presegajo ocenjeno utemeljenost potreb (kar ugotovi zdravnik), je zdravnik družinske medicine tudi v položaju interesov skupnosti bolnikov. Podobno velja tudi za ostale stroke, da v želji po povečevanju družbene in zdravstvene koristi (večje zadovoljstvo, boljše zdravstveno stanje) prihajajo v navzkrižje z gospodarsko koristjo (večanje stroškov oskrbe). Kateri pol prevaga je odvisno predvsem od spodbud na eni ali drugi strani.

4.6.2 Predstavniki tovarn zdravil

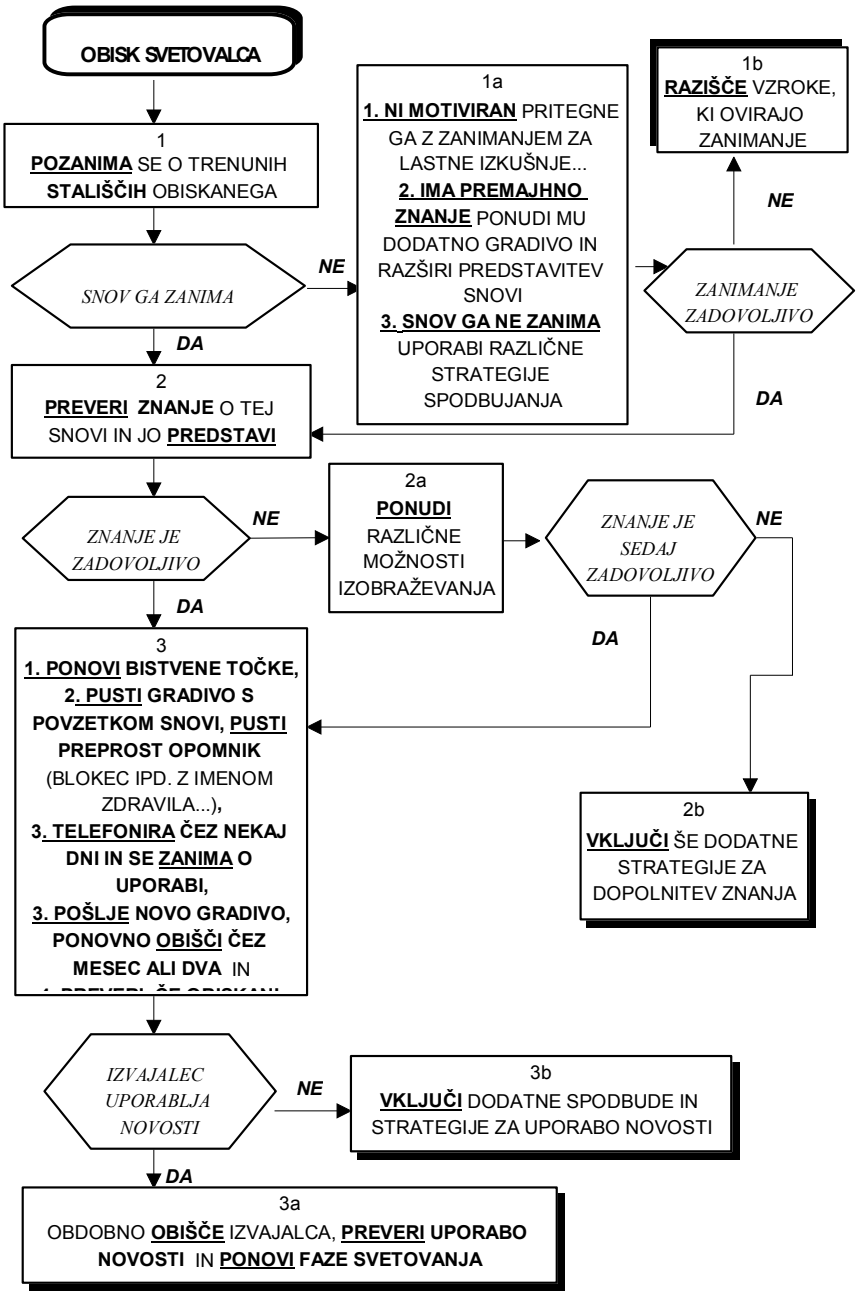
Smernice o kakovostnem delu se v vsakdanjem življenju utapljajo v poplavi informacij, ki jih pripravljajo ali podpirajo tovarne zdravil. Ta sporočila imajo določeno prednost, ker jih razširjajo dobro usposobljeni svetovalci, strokovnjaki svojega področja, ki učinkovito uporabljajo kratke obiske za neoporečne predstavite omejenega števila proizvodov ob uporabi privlačnega gradiva. Učinkovitost povečajo s ponavljanjem obiskov, postmarkentiškimi študijami, zanimanjem za lastne izkušnje, gradijo na sporočenih izkušnjah, izrabljajo izjave vodilnih v stroki in spoštovanih strokovnjakov ter so (vsaj teoretično) vedno na razpolago za vprašanja in dodatne informacije. Zdravstvena politika bi s lahko marsičesa naučila iz uspeha teh svetovalcev in metodo uporabila za doseganje podobnih rezultatov.

4.6.3 Vodilni v zdravstvenih ustanovah, plačnik zdravstvenih storitev in zdravstvena politika

Zaradi obvladovanja stroškov vodilni v zdravstvenih ustanovah, plačnik zdravstvenih storitev in zdravstvena politika pogosto izvajajo ukrepe, ki niso nujno podkrepljeni z znanstvenimi raziskavami. Bistveno vodilo jim je zmanjšanje stroškov ob še sprejemljivi kakovosti storitev. Zanašajo se predvsem na različne administrativne ukrepe za spremembe, ki so spodbujani s finančnimi spodbudami, oziroma mnogo pogosteje z zmanjšanim plačilom ali celo kaznijo. Različne oblike nadzora služijo predvsem kaznovalnim ciljem z majhnim prispevkom h kakovosti. Ker razpolagajo z viri sistema zdravstvenega varstva, imajo veliko moč. Dokler je njihova pozornost usmerjena predvsem v posamezne segmente oskrbe (predpisovanje zdravil, naročanje laboratorijskih sprememb, delovni čas, število storitev), je nevarnost za zmanjšanje kakovosti dela relativno majhna. Ob večjih posegih, ki bi zahtevali korenitejše preoblikovanje organizacije izvajanja zdravstvene oskrbe pa je nujno pridobiti soglasje širokega kroga sooblikovalcev, ki bo temeljil na dokazih raziskav in ne na argumentu finančne moči.

4.7 Svetovalci

Svetovanje je učinkovit način spreminjanja sloga dela. Svetovalci so strokovnjaki področja, o katerem svetujejo z dodatno usposobljenostjo za ocenitev obiskanega in uspešno posredovanje usmerjenih sporočil. Temelj svetovanja je obisk svetovalca pri posameznem izvajalcu (slika 10). Svetovalec se na tak obisk temeljito pripravi. Opraviti mora predhodno raziskavo "tržišča" in ugotoviti, kakšne so potrebe in pripravljenost izvajalcev, ki jih namerava obiskati. Pri tem lahko uporablja administrativne podatke, podatke lekarn, opravi pogovore s posameznimi izvajalci. Oborožen s temi podatki lažje načrtuje vsebine obiska, ki je praviloma zelo kratek. Včasih svetovalec v pripravljalnem obdobju obišče cenjene strokovnjake in vodilne v stroki, da si pridobi njihovo mnenje o projektu in preveri njihovo "uporabnost" pri obiskih izvajalcev. V približno desetminutnem obisku se omeji na eno bistveno snov, ki ji ob odhodu, praktično med vrati, doda še eno, ki jo samo uvede. Metoda je zelo učinkovita zlasti pri tistih, ki so bolj dovzetni za sugestijo drugih. Zaradi znatnih stroškov jo pretežno uporabljajo tovarne zdravil, ki želijo povečati tržni delež svojim pripravkom. S pridom jo je moč uporabljati tudi v nekomercialne izobraževalne namene. Zavedati pa se moramo omejitev, ki jih ima tudi ta način spodbujanja sprememb: Korist mora biti vsaj enaka, če ne večja, kot so stroški. Zato je primerna le za področja, ki povzročajo velike stroške in so izrazito povezana s slogom dela (npr. predpisovanje določenih skupin zdravil).



Slika 10. *Potek obiska svetovalca poteka v treh korakih: 1. z vpletanjem izkušenj obiskanega poveča motivacijo za novost, 2. na podlagi preverjenega*

znanja oblikuje posredovanje sporočila. Obiskanega ne pusti samega, temveč ga 3. z različnimi načini spomni na obisk in na predstavljeno novost.

4.8 Strokovni nadzor s svetovanjem

Strokovni nadzor s svetovanjem je slovenska inačica ocenjevanja kakovosti (glej ⇒ Nadzor kakovosti). Njegov cilj je predvsem odkrivanje težav v oskrbi. V mnogih državah so se odkrivanju prednostnih nalog pridružile tudi druge stopnje izboljševanja kakovosti (glej ⇒ Stopnje izboljševanja kakovosti), kar daje celotnemu početju večji smisel. Odkrivanje razlik, odstopanj in škodljivosti je konzervativni pristop k izboljševanju kakovosti, ki temelji na podmeni, da je mogoče z odkrivanjem in kaznovanjem (ali celo odstranjevanjem) slabih izvajalcev izboljšati kakovost (teorija gnilih jabolk). Teorija in praksa izboljševanja kakovosti je prerasla takšno zasnovo in poudarja odkrivanje najboljših in spodbujanje prevzema njihovega sloga dela tudi s strani drugih izvajalcev (teorija zdravih jabolk) (glej ⇒ Podatkovno podprto izboljševanje kakovosti).

Kljub povedanemu ima strokovni nadzor s svetovanjem svoj smisel predvsem zato, ker je to utečena oblika odkrivanja odstopanj z zagotovljenim financiranjem. Sistem kakovosti na ravni države ga lahko smiselno vključi v celovito obvladovanje kakovosti oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva.

4.9 Kombinacija spodbud za spremembo

Bolj ali manj se je izkazalo, da je za kakršnokoli zaznavno spremembo potrebno skoraj vedno uporabiti kombinacijo različnih strategij in spodbud. Zanašanje na en sam čudežni način izboljšanja kakovosti ni umestno. Najbolje se odrežejo strategije, ki uporabljajo gradivo (priporočila, kazalce, merila, soglasna stališča) pripravljeno na sistematičen način na podlagi izsledkov raziskav na državni ali meddržavni ravni (glej ⇒ Uporaba smernic) in jih skupine izvajalcev oskrbe uporabljajo na krajevni ravni (glej ⇒ Krožek kakovosti) in pri tem spremljajo povratne podatke o svojem delu in opomnike.

5. Vzdrževanje spremembe

Ko je sprememba dosežena, je naslednja naloga izvajalca in dejavnikov, ki nanj vplivajo, ta, da se obdržijo vse pozitivne spremebe in opustijo tiste oblike oskrbe, ki se niso izkazale. Na vzdrževanje spremembe bistveno vplivajo pozitivni povratni podatki uporabnikov (slika 7). Notranji vzgibi so

odločilni dejavnik vztrajanja pri spremenjenem slogu dela. Lastno izkušnjo dodatno podpirajo pozitivne zunanje spodbude (slika 9).

IZOBRAŽEVANJE ZA KAKOVOST

1. Stalno izobraževanje

Znanje je za človeka in družbo poleg posesti zemlje, zaposlitve in kapitala postalo pomembna vrednota. Znanje je postalo možno tržiti in je zato zelo iskano "blago". Znanja si ni več mogoče pridobiti samo s prenosom znanja iz generacije v generacijo, niti samo s temeljnim izobraževanjem, niti samo z lastnimi izkušnjami. Prenos znanja in izmenjava izkušenj tvorijo steber izobraževanja. Najpomembnejši cilj vsakega izobraževanja je pripraviti slušatelja, da se nauči učiti in s tem razvijati svoje sposobnosti. Zasnova stalnega izobraževanja je nastala šele po letu 1970. Človek ne more preživeti samo z znanjem pridobljenim v mladosti. Posameznik naj bi se učil vse življenje na strokovnem, poklicnem, osebnem in kulturnem področju. Vsako izobraževanje je usmerjeno v osebni razvoj in samorealizacijo. Stalno izobraževanje vzgaja h kritičnosti, samokritičnosti, ustvarjalnost, ustvarjalno odkrivanje in reševanje problemov. Osnovna motiva za stalno izobraževanje sta:

- pridobitev znanja in spretnosti,
- socialni motiv (druženje in sodelovanje z drugimi).

Potreba po stalnem izobraževanju je utemeljena z več vzroki:

- Življenje je polno izzivov.
- Spremembe se vrstijo tako hitro, da jih ni več mogoče prenašati samo iz generacije v generacijo.
- Vsega znanja ni moč posredovati na šolski način.
- S podaljševanjem študija se podaljšuje (socialna) odvisnost, medtem ko je posameznik v stalnem izobraževanju gospodarsko neodvisen.
- Znanje hitro zastara. Zato zaostanek na strokovnem področju zmanjšuje sposobnost v tekmi z ostalimi.
- Politični vplivi preko množičnih sredstev občil silijo v izobraževanje na področjih, kjer se čutimo šibke.
- Izobraževanje lahko ustvarjalno zapolni nastalo praznino ob podaljšanju prostega časa.

Za medicino so pomembne zlasti točke 3, 4 in 5. Izobraževanje, ki je pomembno za kakovost v zdravstvu, lahko zaradi boljše preglednosti delimo na

- splošno strokovno izobraževanje, ki daje osnove za izvajanje strokovnega dela nalog in
- (ožje) izobraževanje za kakovost, s katerim se izvajalci
    - seznanijo z zamislijo o stalnem izboljševanju kakovosti;
    - oblikujejo odnos do kakovosti lastnega dela in
    - se usposobijo za izboljševanje lastnega dela.

Splošno strokovno izobraževanje mora slušatelju odgovoriti na vprašanje: Kakšna je kakovostna oskrba v danih okoliščinah? Zato mora biti celotno izobraževanje sestavljeno tako, da se (bodoči) izvajalci zdravstvene oskrbe že na dodiplomski ravni in v teku specializacije seznanijo z osnovami zamisli o stalnem izboljševanju kakovosti. Učitelji so dolžni tudi pri ozko strokovnih predmetih vpletati razmišljanja in možnosti obvladovanja kakovosti. Poleg tega mora študijski program posebej vključevati tudi snov iz izobraževanja za kakovost, ki naj slušatelje oboroži s potrebnimi znanji in spretnostmi, da bodo znali pristopiti k zagotavljanju in izboljševanju kakovosti lastnega dela. Za vse izvajalce, ki so temeljni del izobraževanja zaključili je potrebno zagotoviti možnost, da si ta znanja in spretnosti pridobijo s stalnim strokovnim izobraževanjem.

1.1 Stalno strokovno izobraževanje

V medicini o stalnem izobraževanju največkrat govorimo kot o stalnem strokovnem izobraževanju, ki zajema izobraževanje po končanem študiju in opravljenem formalnem podiplomskem izobraževanju (specializacija, magisterij, doktorat). Pri tem se izobraževanje pogosto prepleta s poklicnim izobraževanjem, ker si izbiramo predvsem vsebine, ki jih bomo predvidoma potrebovali pri opravljanju svojega poklica. Osnovni cilj stalnega strokovnega izobraževanja je vpliv na izvajalce zdravstvene oskrbe z naslednjimi nameni:

- učitelj - načrtovalec in izvajalec (stalnega strokovnega) izobraževanja,
- učenec - uporabnik (stalnega strokovnega) izobraževanja, t.j. izvajalec zdravstvene oskrbe,

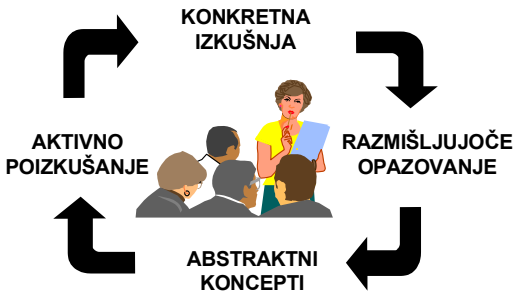
- pomoč pri usvajanju novega znanja,
- pomoč pri spreminjanju sloga dela,
- preverjanje ustreznosti sedanjega sloga dela.

1.2 Pogoji učinkovitega izobraževanja

Za učinkovito izobraževanje morata biti izpolnjena dva pogoja:

1. Izobraževanje mora posredovati vsebine, ki jih izvajalec zdravstvene oskrbe (učenec) potrebuje in ki se jih je pripravljen učiti.
2. Izobraževanje mora biti zasnovano na način, da bodo vsebine, ki jih izvajalec zdravstvene oskrbe (učenec) potrebuje posredovane na tak način, da bodo pospeševale učenje.

Izobraževanje odraslih temelji na izkustvenem učenju, ki si ga predstavljamo kot krožni proces (slika 1). Učenje se lahko začne v katerikoli fazi. Za odraslega je najpogosteje to lastna izkušnja, ki jo oplemeniti s teorijo in tako osvoji novo znanje, s katerim si pomaga pri vsakdanjem delu. Pomembno je, da se vse faze sklenejo. Tudi abstraktna predavanja je potrebno povezati s konkretno izkušnjo. Pri tem si lahko pomagamo s simulacijo eksperimenta, igranjem vlog, strukturiranimi vajami ali skupinskim delom.



Slika 1. *Faze izkustvenega učenja.*

2. Metode izobraževanja

Izkustveno učenje ima ne glede na uporabo metode naslednje stopnje:
1. Načrtovanje (ugotavljanje potreb po izobraževanju, organizacija in priprava izobraževanje, izbira metod izobraževanja).
2. Uvodna stopnja (spodbude za izobraževanje, priprava).
3. Stopnja dejavnosti (neposredna uporaba metod izobraževanja).
4. Ocena dejavnosti (skladnost podanih vsebin z izkušnjami in pričakovanji).
5. Povzetek izobraževanja in iskanje povezav z vsakdanjim delom.
6. Ocena izobraževanja (neposredne ocene in učinek izobraževanja na slog dela).

2.1 Metode masovnega izobraževanja

Pri masovnem izobraževanju poteka prenos sporočil pretežno enosmerno od predavatelja (učitelja) do poslušalcev (učencev) (slika 2). Najpogosteje se za

prenos znanja (sporočil) uporablja predavanje kot metoda frontalnega izobraževanja.

2.1.1 Predavanje

Predavatelj je pri predavanju glavni vir znanja. Znanje na predavanju posreduje z

- razlaganjem (naštevanje in povezovanje številnih podatkov),
- opisovanjem (Je lahkotnejši način razlaganja. Nanaša se na konkretne primere. Namen je pritegniti in razgibati poslušalce in pri njih vzbuditi čustvene reakcije.),
- pripovedovanjem (Je vsebinsko širše od opisovanja in prav tako zahteva veliko govorniške spretnosti z uporabo živega in barvitega jezika.),
- dokazovanjem (Razvija logično mišljenje in stališča poslušalcev.) in
- uporabo učnih sredstev (Grafikoni, slike, skice, prosojnice in drugi pripomočki razširijo razlago in razbremenijo predavatelja.).

Snov mora biti podano sistematično in izčrpno. Za popestritev in svojo razbremenitev lahko uporablja različna učna sredstva. Predavatelj z učnim sredstvom je oddajatelj (sporočil), poslušalci pa so prejemniki (sporočila).

Predavanje je učinkovita metoda izobraževanja, če jo uporabljamo za prave namene. Primerno je predvsem za informativno izobraževanje, kjer je poudarek na prenosu osnovnih informacij o neki novosti. Koristno je predvsem kot

Pregled nad splošnimi podatki za veliko skupino učencev.

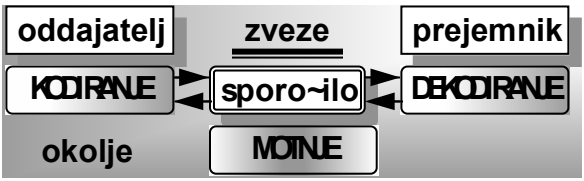
Razširjanje splošnih znanj veliki skupini učencev.

Možnost, da učenci ugotovijo veljavnost in verodostojnost rešitev, ki jih za določena področja predlagajo kolegi.

Potrditev pravilnosti lastnega sloga dela.

Sposoben predavatelj lahko močno vzpodbudi učence in vpliva na njihov odnos do predstavljenega znanja. Učinkovitost predavanja je še večja, če predavatelj uvede krajša obdobja za vprašanja in odgovore. Poslušalci se še bolj vključijo v dejavno poslušanje. Slabost predavanja ni v metodi sami, čeprav poslušalec ponavadi v osmih tednih po predavanju pozabi 80% podatkov, temveč v nepravilni uporabi predavanja, kadar bi lahko uporabili druge učinkovitejše metode. Metoda je namreč pasivna, udeleženci so v

glavnem prisiljeni poslušati in gledati. Praviloma ne vpliva na mišljenje posameznika, ker je pasivni udeleženec.



Slika 2. *Pretok sporočil med oddajateljem in prejemnikom sporočila. Pri masovnem izobraževanju je glavna smer pretoka sporočil od oddajatelja (učitelja, predavatelja) k prejemniku (učencu, slušatelju), medtem ko je pri skupinskem izobraževanju prehod v obe smeri.*

V medicinskem izobraževanju poznamo predvsem skupinska predavanja za določeno učno skupino z ožjo strokovno snovjo. Predavatelj pri tem lažje vzpostavi tesnejši stik s poslušalci tudi s pomočjo nebesednega sporazumevanja.

2.2 Metode skupinskega izobraževanja

Metode skupinskega izobraževanja vedno bolj pridobivajo na teži. Lahko pričakujemo, da bodo prevladovale tudi kot metode stalnega izboljševanja kakovosti. Povezava med izboljševanjem kakovosti in stalnim strokovnim izobraževanjem bo slej ko prej privedla do tega, da bodo tudi skupinska izobraževanja na krajevni ravni priznana s strani Zdravniške zbornice za izpolnjevanje pogojev za podaljševanje licence.

Kljub temu, da tudi v skupinskem izobraževanju poznamo vodjo in udeležence, sta vlogi oddajatelja in prejemnika pomešani. Rdeča nit dela v skupini mora biti vzajemno uresničevanje zastavljenih ciljev in ne medsebojno nasprotovanje ali onemogočanje. Pri skupinskem delu so zato pomembna naslednja načela, spretnosti in znanja:

* Zagotovljena mora biti zaupnost podatkov.
* Potrebno je medsebojno spoštovanje in upoštevanje razlik.
* Aktivno poslušanje je osnova vsega dela.
* Govori naj vedno le eden, ostali naj poslušajo.
* Vsak udeleženec se mora v skupini dobro počutiti, če ne je bolje, da jo zapusti.

* Če se skupina začne ukvarjati s težavami, ki nastajajo v skupini sami, mora prenehati z delom.
* Pripovedujte v prvi osebi (jaz) in ne skrivajte se za skupno odgovornostjo (mi, drugi).
* Kadar kritizirate, se osredotočite na snov, ki je vredna kritika in ne uporabljajte kritizerstva kar počez in o vsem.
* Kritizirajte dejanja, ne osebe.
* Kritika mora biti jasna in ne sme biti žaljiva.
* Kritiko najprej dobro poslušajte in dobro premislite njeno vsebino.
* Na kritiko ne reagirajte čustveno.
* Vsaka kritika in povratni podatki dajejo možnost spremembam.

Kadar se v skupini pojavijo težave, te lahko predstavljajo grožnjo z razpadom skupine in hkrati možnost za boljše delo. Za razrešitev sporov v skupini je potrebno medsebojno zaupanje in odnosi, ki omogočajo dobro sporazumevanje. O sporu v skupini je potrebno spregovoriti in ga reševati skupno (tabela 1).

Tabela 1. *Skupno reševanje sporov, ki nastanejo pri delu v skupini.*

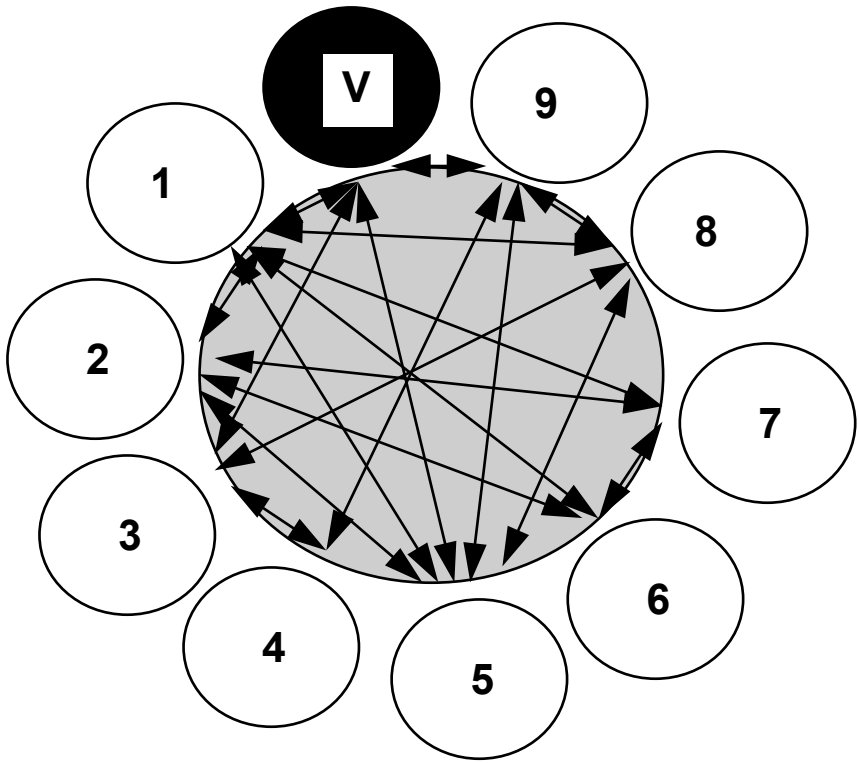
POIŠČI ODGVORE NA VPRAŠANJA
1. Kaj je bistvo težav in sporov?
2. Kakšne možne rešitve vidijo posamezni udeleženci?
3. Kaj govori v prid/proti posameznim rešitvam?
4. Kakšna je rešitev, za katero domnevamo, da je najboljša?
5. Kako bomo izpeljali rešitev? Kdo bo kaj in kdaj storil?
6. Ali je bila izbrana rešitev prava za ta spor, oziroma težavo?

Metode dela v skupinskem izobraževanju so: razgovor, diskusija, igranje vlog in proučevanje primerov. Pri delu krožkov kakovosti se prepletajo vse štiri metode, prevladujeta pa preučevanje primerov in diskusija (glej ⇒ Krožek kakovosti).

2.2.1 Razgovor

Razgovor je nadgradnja predavanja, kjer sodelujejo vsi udeleženci (slika 3). Vodja pogovor usmerja in vodi k določenemu vzgojnemu smotru. Primeren je za pridobitev in utrjevanje novih spoznanj. Z metodo razgovora spoznamo poglede udeležencev, pospešuje se oblikovanje učne skupine, popestri se podajanje snovi in

razbremeni tako predavatelja kot tudi udeležence. Negativne strani te metode so večja poraba časa, potrebno predhodno znanje in nevarnost, da bi nekateri člani skupine pretirano izstopali. Na to mora vplivati vodja skupine, ki skrbi, da lahko vsakdo pride do besede in izrazi svoje stališče.



Slika 3. *Zgradba skupine za razgovor, diskusijsko skupino in druge oblike skupinskega izobraževanja ali oblikovanja soglasja. Majhni krogi s številkami predstavljajo udeležence razgovora. Vodja je označen s črnim krogom (V). Puščice kažejo na obojesmeren pretok sporočil v komunikacijskem polju (siv krog). Vodja skrbi predvsem za urejen pretok sporočil in za usmerjanje razprave k sklepom o snovi, ki je bila predmet razgovora ali diskusije. Nekoliko bolj dejaven s pojasnjevanjem svojih stališč je pri razgovoru, ki sledi predavanju.*

Predavatelji pogosto poskušajo v svoje predavanje vključiti krajša obdobja razgovora v obliki vprašanj in odgovorov. Uspeh je odvisen od kulture, homogenosti in stalnosti skupine poslušalcev. Poslušalci, ki sedijo prvič v večji skupini, se med seboj ne poznajo,

imajo različno izobrazbo in različne navade pri poslušanju predavanj, bodo le redko dejavno posegli v razgovor med predavanjem. Zgodi se lahko celo to, da bo večina z neodobravanjem sprejela vključitev posameznika v razgovor, ker so ponavadi pričakovanja poslušalcev omejena pretežno na enosmerni pretok znanja. Drugače je, kadar je skupina poslušalcev bolj stalna in se v njej razvije skupinska dinamika. Take skupine so pogosteje pripravljene za razgovor in tudi pričakuje pretok znanja in izkušenj v obe smeri.

2.2.2 Diskusija

Diskusija dejavno vplete v izobraževanje vsakega udeleženca. Pride do svobodnejše izmenjave zamisli. Udeleženci lahko razjasnijo podatke in razumejo zasnove. Pri diskusiji je poudarek na usklajevanju nasprotujočih si stališč, reševanje težav in spreminjanju zmotnih prepričanj. Zato je potrebno večje predznanje in tudi več časa. Diskusija je neposredna metoda učenja, ki poteka na osnovi tez v manjši skupini. Teze so pripravljene vnaprej zato, da usmerijo diskutante k potrebni uskladitvi. Uspešnost diskusije je večja, če (zlasti v večji skupini) nekdo skrbi za to, da diskusija teče in da se v diskusijo vključi čim več udeležencev. Poznamo štiri oblike diskusij:

Diskusija vseh udeležencev, kadar gre za manjšo skupino (12 do 15 udeležencev). Zaradi sodelovanja vseh z vsemi ima ta oblika diskusije močan vpliv na odnos udeležencev do obravnavanega področja.

Diskusija skupine udeležencev (strokovnjakov področja) (panel diskusija) pred udeleženci, ki nastopajo kot poslušalci. Namenjena je predstavitvi in primerjanju številnih različnih pogledov diskutantov. Poslušalci so le delno vključeni z možnostjo vprašanj in odgovorov. Kljub temu lahko tudi taka diskusija vpliva na odnos udeležencev do obravnavanega področja.

Javna diskusija v obliki okrogle mize pred širšim občinstvom, navadno v javnih občilih. Vpliv te oblike diskusije je težko predvideti, vendar je podoben vplivu množičnega predavanja in je močno odvisen od karizme diskutantov.

Seminar je oblika diskusije, ki ima namen posredovati in pojasniti določeno ožjo vsebino. Pripravo za seminar morajo narediti udeleženci sami. Poleg vpliva na odnos do obravnavanega področja

ima še druge učne smotre: samostojnost pri uporabi pisnih virov, izbiri metode posredovanja znanja in oblikovanju predstavitve.

Diskusija kot nadaljevanje predavanja lahko poveča učinek predavanja, vendar je primernejša za manjše skupine.

2.2.3 Igranje vlog

Igranje vlog poteka v manjših skupinah. Vloge lahko razdelimo vsem udeležencem, ali pa le nekaterim. V zadnjem primeru je del udeležencev v vlogi opazovalcev. Vodja je navidezno v ozadju in prepušča izvajanje izobraževanje udeležencem samim. Po odigranju vlog sledi razgovor. Metoda je primerna za spreminjanje vedenja, zlasti za odpravljanje določenih stereotipnih oblik vedenja. Uveljavlja se zlasti na področju izboljšanja sporazumevanja med zdravnikom in bolnikom. Prispeva k premiku od avtoritativnega k bolj v bolnika usmerjenemu načinu vodenja posveta. Igranje da učencu možnost, da izrazi svoja občutja, zato je metoda primerna tudi za oceno odnosa do področja.

2.2.4 Proučevanje primerov

Pri tej metodi pripravimo posebne primere iz življenja. Primerna je za razvijanje čustvenega odnosa do drugih in vživljanje v druge. Udeleženci določeno situacijo doživijo lahko z igranjem vlog ali opisovanjem, čemur sledi razgovor.

Poseben primer proučevanja primerov je prikaz (demonstracija). Učenec lahko opazuje izvedbo postopka, potrebne spretnosti, njihovo uporabo in pogosto tudi izid oskrbe. Seznani se tudi s pričakovano ravnjo izvedbe in pričakovanim izidom. Metoda je zlasti primerna za uvod v igranje vlog in samostojno delo pri praktično vseh nalogah v medicini. V stalnem strokovnem izobraževanju ima svoje mesto pri uvajanju novih tehnik. Pomembno vlogo pri tem igra učitelj (mentor), ki učencem nudi vzorec sloga dela in nadzoruje njihovo pridobivanje znanja in spretnosti ter z opazovanjem preverja usposobljenost.

2.3 Metode posamičnega izobraževanja

Metode posamičnega izobraževanja so: dopisne, na daljavo, v osebnem stiku in samoizobraževanje. Med dopisno obliko stalnega strokovnega izobraževanja bi lahko šteli prakso nekaterih strokovnih časopisov, ki objavljajo učna gradiva in s testi po pošti preverjajo pridobljeno znanje. Izobraževanje na daljavo je možno s pisanimi viri in drugimi občili. Vedno bolj pa se povečuje z uporabo Interneta in drugih elektronskih omrežij. Med oblike izobraževanja v osebnem stiku, ki so pomembna za medicino sodita zlasti svetovanje in mentorstvo.

2.3.1 Svetovanje in mentorstvo

Svetovanje in mentorstvo v medicini pogosto uporabljamo zlasti za prenos posebnih, zahtevnih in odgovornih del. Sporočanje je dvosmerno, intenzivno in aktivno. Med udeležencema mora vladati medsebojno spoštovanje in enakopraven odnos. Za izobraževanje je pomembna sposobnost kritičnega mišljenja. Svetovanje uporabljamo predvsem za ožje področje dela, na katerem želimo doseči spremembo v želeno smer. Metoda je draga, vendar eno najmočnejših orodij za spreminjanje sloga dela. Mentorstvo na drugi strani je namenjeno predvsem oblikovanju celovitega strokovnjaka na določenem strokovnem področju. Pomembno vlogo pri tem igra učitelj (mentor), ki učencu nudi vzorec sloga dela in nadzoruje njegovo pridobivanje znanja in spretnosti ter z opazovanjem preverja usposobljenost.

2.3.2 Krožek kakovosti

Krožek kakovosti je raziskovalna oblika študijskega krožka in je namenjen za izboljšanje kakovosti dela. Študijski krožki so vmesna oblika izobraževanja ter sodijo med posamične oblike samostojnega učenja (delo s pisanimi viri) in formalne skupinske oblike (diskusija). Štejejo od 5 do 12 članov, udeleženci se sami organizirajo, sami izberejo način in tempo dela. Delo v raziskovalnem študijskem krožku (krožku kakovosti) poteka po ustaljenem zaporedju (glej ⇒ Krožek kakovosti). Vodja (pospeševalec, mentor, facilitator, svetovalec) skrbi predvsem za povezovanje in spodbujanje dela, kadar le-to zaradi notranjih konfliktov skupine začne zastajati.

2.4 Metode samoizobraževanja

Samoizobraževanje je povezovanje lastnih izkušenj s teorijo, ki jo učenec izbira sam. Učenec sam prevzame pobudo in odgovornost za lastno izobraževanje. Osredotoči se na svoje edinstvene potrebe, kar spodbuja uporabo pridobljenega znanja pri vsakdanjem delu. Prikladnost metode je v tem, da se učenec lahko izobražuje na domu, kar zmanjšuje stroške in porabo časa tako zanj kot za učitelje. Ob manjših stroških in enaki porabi časa se učenec lahko seznani z večjo količino sporočil. Osnovna pomanjkljivost samoizobraževanja je lahko nepreglednost množice novega znanja in včasih enostranska usmerjenost pri izbiri virov. Samoizobraževanje bo v prihodnosti verjetno zajemalo še večji delež kot danes. Vsaj nekatere vsebine bodo morale biti bolj sistematično pripravljene, če želimo, da bo dosežen ustrezen vpliv na učence in bomo deležni koristi izboljšanja kakovosti dela.

Metode samoizobraževanja so: opazovanje, lastne izkušnje, uporaba množičnih občil, delo s pisanimi viri, uporaba učnih pripomočkov idr. Obzorje znanja v zadnjem času močno širijo elektronska občila, ki omogočajo številne možnosti. V prihodnosti bodo elektronska občila verjetno prevladujoča oblika stalnega strokovnega izobraževanja, vendar se kljub temu ne bomo mogli izogniti osebnemu posredovanju znanja in delu s pisanimi viri.

2.4.1 Delo s pisanimi viri

Če pomislimo, koliko člankov in drugega pisanega gradiva prebere vsak zdravnik, potem je jasno, da je to najpogostejši način pridobivanja novih spoznanj. Pri tem uporabljamo predvsem metodo smiselnega branja, manj pa branje z izdelavo dispozicije, izvlečkov ali referatov. Pomembne so učne navade in dostopnost ustreznega gradiva. Učinkovitost dela s pisanimi viri poveča iskanje odgovorov na določena vprašanja ali priprava predstavitve za kolege (seminarska naloga, referat, predavanje).

Vseh objavljenih novosti ni mogoče prebrati, zato se je v medicini uveljavilo pisanje preglednih člankov. Donedavna so bili to najboljši dostopni način spremljanja novosti. Poleg učbenikov so se pojavljali tudi v strokovnem časopisju. Pregledni članek v priznanem

recenziranem strokovnem časopisu je imel večjo težo, kot članek v strokovnih časopisih z omejeno naklado in brez ustrezne recenzije. Pregledne članke, ki so jih navadno pisali najbolj priznani strokovnjaki svojega področja, vedno bolj zamenjujejo drugi načini povzemanja izsledkov. Poudarek teh prispevkov je na sistematičnejšem in doslednejšem upoštevanju teže dokazov iz raziskav objavljenih v svetovni literaturi. Tehnična izvedba pregleda večjega števila ustreznih raziskav se imenuje meta-analiza. Objavljene raziskave so razvrščene glede na merila pomembnosti dokazov, ki jih prinašajo. Teoretično izhodišče omogoča, da bi si strokovnjak v praksi lahko pomagal s popolnimi izsledki raziskav.

Žal za večino medicinske prakse ni na razpolago ustreznih raziskav, ki bi zadovoljevale ostra merila meta-analiz. Nastalo praznino je mogoče zapolniti le z mnenjem strokovnjakov. Tudi za doseganje soglasja so se razvile številne metode. Ena pomembnejših je že omenjena metoda diskusije, ko skupina vrhunskih strokovnjakov usklajuje svoja stališča. Diskusija lahko poteka v osami ali pred poslušalci. Tako sprejeti sklepi nadomeščajo manjkajoče podatke iz literature in imajo enako težo pri oblikovanju priporočil (glej ⇒ Uporaba smernic).

3. Usmerjanje stalnega strokovnega izobraževanja

Potem ko poznamo razloge in metode stalnega strokovnega izobraževanja, se nam zastavlja vprašanje, kako in kdo ga lahko usmerja, da bi izvajalci z uporabo novega znanja lahko povečali koristi zdravstvene oskrbe. V stalno strokovno izobraževanje vstopajo odrasli,

- ki se v primerjavi z otroki odlikujejo s telesno, duševno in družbeno zrelostjo;
- ki imajo drugačno pripravljenost na izobraževanje (Pripravljenost niha, odvisna je od družbe in okolja, življenjskega obdobja (največja v srednjem odraslem obdobju), močan vpliv na motivacijo imajo notranji vplivi.);
- ki so predvsem problemsko orientirani (Znanje gradijo na vprašanjih, ki se jim pojavljajo in se učijo zato, da bi jih rešili. Želijo uporabno znanje.);
- ki imajo samopodobo odraslega (Osnovna naloga odraslih je skrb zase in za družino. Njihova lastna podoba je odvisna od lasnih dosežkov in ni odvisna od mnenja drugih, tako kot pri otrocih. Odrasli informacije nabira glede na to, kaj je sposoben narediti in kako rešuje probleme.);
- ki imajo razvite določene sposobnosti, ki so celo boljše kot v mlajšem obdobju;

- ki gradijo na homogenih izkušnjah (v medicini poteka stalno strokovno izobraževanje na področju določene stroke, za katero se je udeleženec izobraževanj že predhodno izobrazil) in prejšnjem znanju;

Če želimo zdravnikom, ki neposredno izvajajo zdravstveno oskrbo, učinkovito posredovati novosti v medicini, potem mora to potekati načrtno. Upoštevati moramo različne vire novega znanja, vpliv različnih spodbud in lastnosti učenca - izvajalca, ki mu je izobraževanje namenjeno. Stalno strokovno izobraževanje zdravnikov in drugih izvajalcev zdravstvene oskrbe mora biti zasnovano na izkustvenem učenju (slika 1).

3.1 Cilji in viri stalnega strokovnega izobraževanja

Prvi cilj stalnega strokovnega izobraževanja je zagotoviti stalen vir(e) znanja, ki skozi različne kanale v obliki sporočil prihajajo do ciljnega občinstva - izvajalcev zdravstvene oskrbe (slika 2). Za zdravnika so viri znanja medicinska literatura, kolegi, organizirane oblike stalnega strokovnega izobraževanja in svetovalci.

Večina raziskav in izkušenj je objavljenih v strokovni literaturi, zato je pomembno, da strokovni časopisi objavljajo recenzirane prispevke. Večina strokovnih časopisov ima to zadovoljivo rešeno. Bralec navadno pri prebiranju išče vzporednice s svojimi vsakdanjimi primeri. Zato morajo biti bralci poučeni o tem, kako lahko izsledke v posamezni obliki članka prenesejo v vsakdanje okolje dela.

Kolegi so pomemben vir podatkov in izmenjave izkušenj ne samo za mlajše kolege. Sistematično je na ta (neformalni) pretok informacij sicer težko vplivati, ker vlogo spoštovanih kolegov v stroki prevzamejo različni kolegi. Vsaka formalizacija tega procesa bi verjetno pretrgala pomembno mrežo pretoka informacij. Pomembno je spoznati, kateri so ti ključni kolegi, preko katerih so drugi pripravljeni sprejeti novosti (glej $\Rightarrow$ Obvladovanje sprememb).

Organizirane oblike stalnega strokovnega izobraževanja so predvsem različne oblike strokovnih srečanj. Načrtovanje, organizacija in izvedba zahtevajo veliko znanja in dela, s katerim se pri nas ukvarjajo strokovna združenja in Medicinska fakulteta.

Svetovanje je najučinkovitejši način posredovanja znanja. Svetovalec iz oči v oči z izvajalcem oskrbe usmerjeno diskutira o novosti, ki jo predstavlja.

Drugi cilj stalnega strokovnega izobraževanja je v spodbujanju zanimanja za privzemanje znanja. Za strokovno izobraževanje velja zelo raznoliko zanimanje. Večina kolegov prebira strokovno literaturo, se srečuje s kolegi,

obiskujejo ga svetovalci (farmacevtski) in se udeležuje različnih organiziranih strokovnih srečanj. Pomembna naloga je pritegniti k seznanjanju z novostmi tudi manj zainteresirane kolege. V Sloveniji je pomembna spodbuda za udeležbo na organiziranih strokovnih srečanjih zahteva po zbiranju točk za podaljševanje licence.

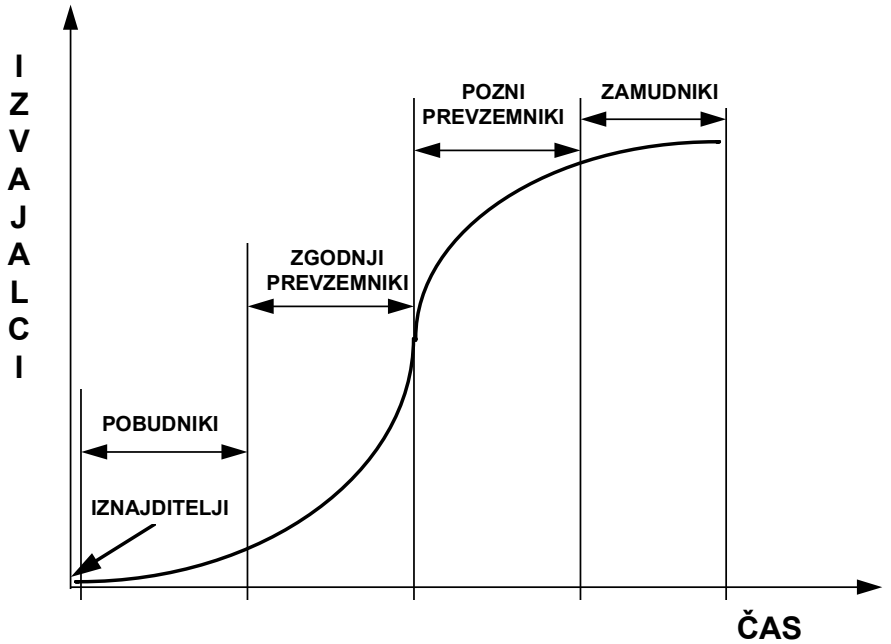
Tretji cilj stalnega strokovnega izobraževanja je v uporabi privzetega, preverjenega znanja pri vsakdanjem delu in se sklada s ciljem izboljševanja kakovosti.

3.2 Vzgibi za izobraževanje

Stalno strokovno izobraževanje je do neke mere svobodna odločitev vsakega posameznika. Za zamisel o stalnem izboljševanju kakovosti je pomembno, kako se nova znanja in osebne izkušnje vključujejo v tako spreminjanje sloga dela, ki vodi k povečanju koristi zdravstvene oskrbe. Pri tem je izjemnega pomena, kaj izvajalce zdravstven oskrbe vodi in spodbuja k pridobivanju novega znanja.

3.2.1 Notranji vzgibi

Odraslega pri stalnem strokovnem izobraževanju vodijo predvsem notranji vzgibi. Od izobraževanja, ki temelji na lastnih izkušnjah, pričakujejo predvsem uporabno znanje, s katerim bodo lahko reševali vprašanja, ki se jim porajajo pri vsakdanjem delu. Izkušnje so na temelju lastnega dela pridobljena spoznanja, spretnosti in navade (izkustveno učenje). Ne moremo jih meriti z enostavno dolžino delovnega staža, temveč predvsem z jakostjo in raznovrstnostjo nabiranja spoznanj, spretnosti in navad med tem časom. Izkušnje povezane z ustreznim teoretičnim znanjem povečujejo raven usposobljenosti izvajalcev zdravstvene oskrbe. Zato je pomembno, da ponujene oblike stalnega strokovnega izobraževanja pritegnejo čim več in čim bolj učinkovito vse skupine izvajalcev (slika 4).



Slika 4. *Časovna krivulja privzemanja novosti v različnih skupinah izvajalcev. Iznajditelji so majhna skupina ljudi, ki raziskujejo in odkrivajo nove možnosti. V skupini pobudnikov je privzem novosti zelo hiter. Ta skupina navadno tvori jedro vodilnih v določeni stroki, pri katerih se vzorujejo tudi ostali. Sledi skupina zgodnji prevzemnikov novosti, ki jim zadošča zgled pobudnikov in seznanjenost z novostjo. Na skupino poznih prevzemnikov je potrebno poleg tega vplivati tudi z dodatnimi izobraževalnimi prijemi in z uporabo različnih spodbud. Najtrši oreh predstavljajo zamudniki. V tej skupini so izvajalci različnih lastnosti, ki jim je skupna lastnost le to, da neradi spreminjajo slog svojega dela.*

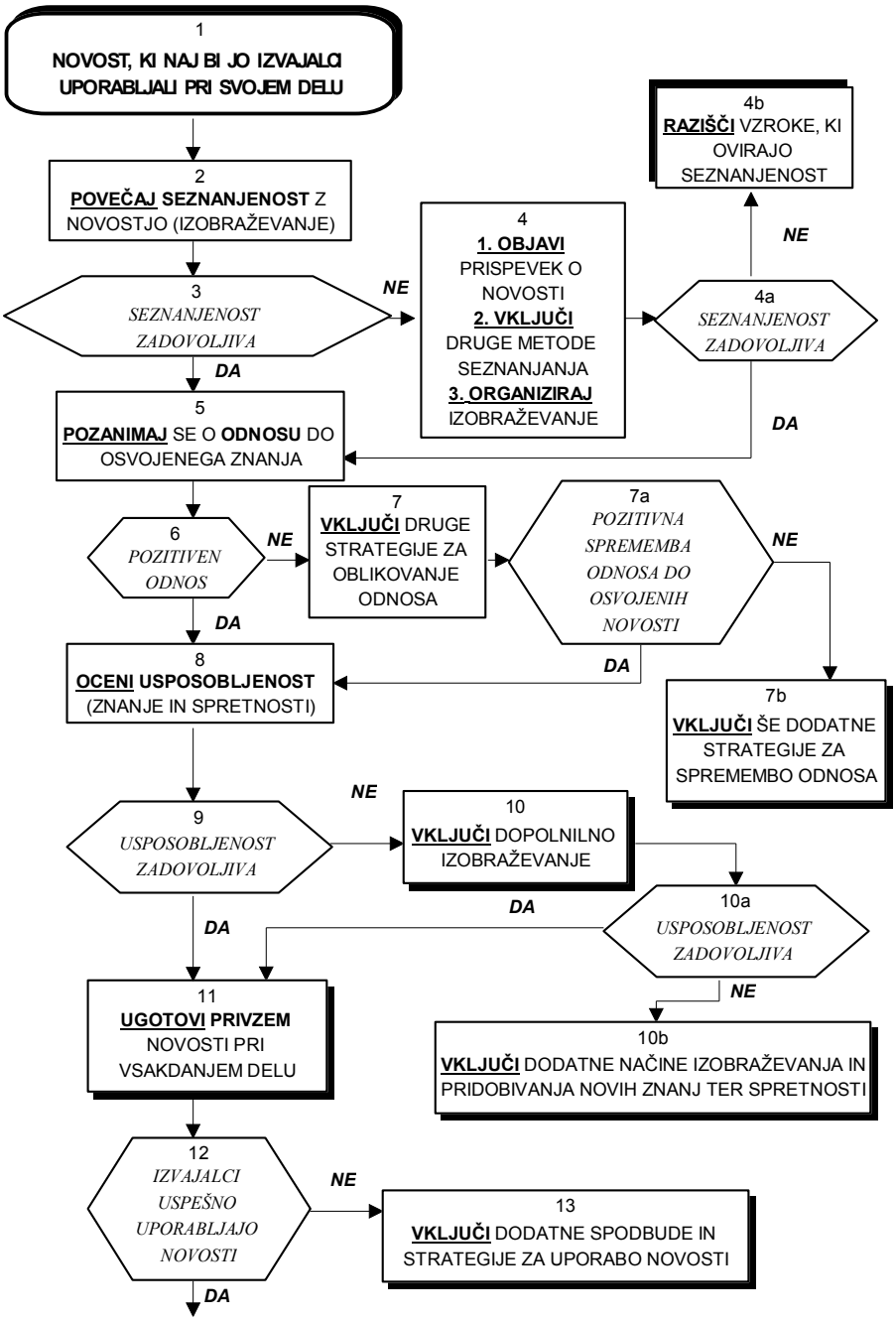
Hitrost privzemanja novosti ni stalnica in je lahko zelo različna tudi zaradi težavnosti same snovi, načina podajanja in ovir pri vpeljavi sprememb (glej ⇒ Stopnje izboljševanja kakovosti: 5. 4. stopnja: Načrtovanje, vpeljava in spremljanje sprememb).

3.2.2 Sistematično načrtovanje in priprava stalnega strokovnega izobraževanja

Če bi se zanašali na pobudo posameznih izvajalcev, bi imelo stalno strokovno izobraževanje lahko omejen vpliv, saj bi se novosti oprijela le slaba polovica vseh izvajalcev (slika 4). Zamisel stalnega izboljševanja kakovosti pa zahteva sodelovanje vseh in vsakega posameznika v skupnih naporih za izboljšanje kakovosti lastnega dela. Naloga sistematičnega načrtovanja in priprave različnih oblik stalnega strokovnega izobraževanja je prav v tem, da vzpodbudi vse skupine izvajalcev,

- da se seznanijo z novostmi,
- da do novosti oblikujejo lasten odnos,
- da prevzamejo novo znanje in spretnosti in
- da novo znanje in spretnosti ustrezno uporabljajo v ustreznih primerih.

Posledica boljše usposobljenosti naj bi bilo izboljšanje postopkov oskrbe (sprememba sloga dela), ki naj bi vodili do izboljšanja izidov in večje koristi zdravstvene oskrbe (slika 5).


1
NOVOST, KI NAJ BI JO IZVAJALCI UPORABLJALI PRI SVOJEM DELU
2
POVEČAJ SEZNANJENOST Z NOVOSTJO (IZOBRAŽEVANJE)
3
SEZNANJENOST ZADOVOLJIVA
NE
DA
4
1. OBJAVI PRISPEVEK O NOVOSTI
2. VKLJUČI DRUGE METODE SEZNANJANJA
3. ORGANIZIRAJ IZOBRAŽEVANJE
4a
SEZNANJENOST ZADOVOLJIVA
NE
DA
4b
RAZIŠČI VZROKE, KI OVIRAJO SEZNANJENOST
5
POZANIMAJ SE O ODNOSU DO OSVOJENEGA ZNANJA
6
POZITIVEN ODNOS
NE
DA
7
VKLJUČI DRUGE STRATEGIJE ZA OBLIKOVANJE ODNOSA
7a
POZITIVNA SPREMEMBA ODNOSA DO OSVOJENIH NOVOSTI
NE
DA
7b
VKLJUČI ŠE DODATNE STRATEGIJE ZA SPREMEMBO ODNOSA
8
OCENI USPOSOBLJENOST (ZNANJE IN SPRETNOSTI)
9
USPOSOBLJENOST ZADOVOLJIVA
NE
DA
10
VKLJUČI DOPOLNILNO IZOBRAŽEVANJE
10a
USPOSOBLJENOST ZADOVOLJIVA
DA
NE
10b
VKLJUČI DODATNE NAČINE IZOBRAŽEVANJA IN PRIDOBIVANJA NOVIH ZNANJ TER SPRETNOSTI
11
UGOTOVI PRIVZEM NOVOSTI PRI VSAKDANJEM DELU
12
IZVAJALCI USPEŠNO UPORABLJAJO NOVOSTI
NE
DA
13
VKLJUČI DODATNE SPODBUDE IN STRATEGIJE ZA UPORABO NOVOSTI

Slika 5. *Pot načrtnega prenosa novih spoznanj in spretnosti do uspešne uporabe pri vsakdanjem delu. Ključna mesta na tej poti so seznanjenost, odnos, usposobljenost in privzem novosti.*

3.2.2.1 Odkrivanje področij za izobraževanje

Slučajno razpolaganje z znanjem ali prisotnost strokovnjaka ne more biti temeljni razlog za ponudbo določenega izobraževanja. Izvajalci stalnega strokovnega izobraževanja morajo poiskati področja, kjer je usposabljanje potrebno. Pomagajo si lahko z že razpoložljivimi podatki: statistični podatki o pogostosti diagnoz, zbolevnosti in umrljivosti, raziskave o zadovoljstvu bolnikov, pritožbe, napotnice, odpustnice, zdravstveni kartoni idr.

3.2.2.2 Ugotavljanje možnosti izobraževanja

Nemogoče je zapolniti vse vrzeli v usposobljenosti naenkrat in pri vseh izvajalcih oskrbe. Izbrati je potrebno izobraževanje, ki ima največji vpliv na odpravo vzrokov za opazovane težave pri oskrbi. Prednostne naloge izberemo v štirih korakih (glej ⇒ Stopnje izboljševanja kakovosti):

1. Pregledamo razpoložljive podatke in zberemo dodatne.
2. Izberemo kazalce, ki opredeljujejo težavo. To nam omogoča zbiranje izhodiščnih podatkov in kasneje ugotavljanje vpliva izobraževanja.
3. Odkriti moramo tiste vzroke, ki največ prispevajo k opazovanjem težavam.
4. Izberemo tiste vzroke, ki jih je možno odpraviti z izobraževanjem. Nekaterih vprašanj ni možno rešiti z izobraževanjem ali samo z izobraževanjem, ker so povezana s sistemom zdravstvenega varstva ali organizacijo zdravstvene službe. Tabela 2 prikazuje skupino težav, ki jih pretežno povzroča pomanjkljiva usposobljenost in skupino težav, ki so pretežno povezane s sistemom.

Tabela 2. *Težave, ki jih pretežno povzroča pomanjkljiva usposobljenost izvajalcev in težave, ki so pretežno povezane s sistemom zdravstvenega varstva in organizacijo dela (pomanjkljivost sistema).*

POMANJKLJIVA USPOSOBLJENOST	POMANJKLJIVOST SISTEMA
• pomanjkanje znanja • pomanjkanje (ročnih, besednih) spretnosti • neustrezen odnos do pričakovanega sloga dela • nezanimanje za učenje	• pomanjkanje ali neustreznost opreme • časovna stiska (prevelik normativ storitev) • ni ustreznih spodbud • ni kazni za neopravljanje pričakovanih nalog

- neželene posledice opravljanja pričakovanih nalog (npr. večji stroški)

3.2.2.3 Oblike stalnega strokovnega izobraževanja

Oblike stalnega strokovnega izobraževanja so lahko različne, vendar ima pri prenosu novega znanja prednost delo v manjših skupinah, kjer so odnosi demokratični, prihaja do osebnih stikov, izobraževanje temelji na izkustvenem učenju in večjega obsega nebesednega sporazumevanja. Zato je med stopnjami izobraževanja dati poseben poudarek prav ugotavljanju potreb po izobraževanju in tistemu delu ocenjevanja, ki nam daje povratne podatke o zadovoljitvi teh potreb.

3.2.3 Vloga Zdravniške zbornice pri izbiri stalnega strokovnega izobraževanja

Podaljševanje licence je institut Zdravniške zbornice Slovenije, ki lahko vpliva na oblikovanje programov stalnega strokovnega izobraževanja z določitvijo meril, kakšna morajo biti izobraževanja, da jih bo upoštevala za podaljšanje licence. Ker se na ta način veča "potreba" po izobraževanju je opravičena zahteva, da se ob večji količini daje tudi večji poudarek na kakovosti programov izobraževanja, če želimo doseči enega temeljnih ciljev stalnega strokovnega izobraževanja: Opremiti izvajalce z znanjem in spretnostmi za delo, ki bo prinašalo želene koristi zdravstvene oskrbe.

SLOVENSKO ANGLEŠKI SLOVAR

algoritem - decision tree
ambulanta - practice, office
bolnik - patient
bolnik, vključevanje - patient involvement (participation)
celovito obvladovanje kakovosti - total quality management
cilj - goal, standard, target
dejavnost - activity
delo - performance
delo, opravljeno, oziroma prikazano - performance
delo, slog - practice style
diagram, Ishikawa (ribje kosti; vzročni) - Ishikawa (fishbone) chart, cause and effect diagram
diagram ribje kosti (Ishikawa; vzročni) - fishbone diagram (Ishikawa chart, cause and effect diagram)
diagram, vzročni (Ishikawa, ribje kosti) - cause and effect diagram (Ishikawa, fishbone)
dobiček - profit
"zdrava jabolka" - good apples
dogovorjena merila - explicit criteria
dokaz - evidence
dosegljivost (prostorsko) - accessibility
dosegljiva korist - achievable benefit
dosežena korist - achieved benefit
dostopnost (časovno) - availability
drevo odločanja - branching logic, decision tree, algorithm
družbena korist - societal benefit
družinska medicina - family practice, family medicine
državen - central, national
državna politika kakovosti - national quality policy
državna raven - national level
fokus metoda - focus method
fokus skupina - focus group
glavarina - capitation
gnila jabolka - bad apples
gospodarska korist - economic benefit
izbira prednostne naloge - choosing topic, priority setting
izboljšanje - improvement

izboljšanje kakovosti - quality improvement
izboljševanje kakovosti - quality improvement
izgled - appeal
izhodiščni podatki - baseline data (information)
izid - outcome
iznajditelj - innovator
izobraževanje, stalno strokovno - continuing medical education
izvajanje - provision
izvajalec - provider
izvajati - render, provide
javnost - public
javnost (dela) - public accountability
javnost, pričakovanja - public expectations
kakovost - quality
kakovost oskrbe bolnika - quality of patient care
kakovost, celovito obvladovanje - total quality management
kakovost, izboljševanje - quality improvement
kakovost, kazalec - quality indicator, performance indicator
kakovost, krog - quality circle
kakovost, krožek - quality circle
kakovost, nadzor - quality control, audit, clinical audit
kakovost, obvladovanje - quality management
kakovost, ocenjevanje - quality assessment
kakovost, podatkovno podprto izboljševanje - information based quality improvement
kakovost, politika - quality policy
kakovost, poročilo - quality report
kakovost, potrdilo - certificate
kakovost, potrdilo o presoji - certificate
kakovost, poslovnik - quality manual
kakovost, raven - quality level
kakovost, samonadzor - self - evaluation
kakovost, samoocenjevanje - self - evaluation
kakovost, sistem - quality system
kakovost, stalno izboljševanje - continuous quality improvement
kakovost, vodja - quality manager
kakovost, zagotavljanje - quality assurance
kakovost, življenja - quality of life, health status
kakovosten - quality (high quality)
karton, zdravstveni - medical record, patient record, clinical record
kazalec - indicator
kazalec kakovosti - quality indicator, performance indicator, tracer
kazalec kakovosti, opredelitev - development (defining) of quality indicators
kolega, upoštevan (upoštevanja vreden, spoštovan) - opinion leader
korist - benefit

korist, dosegljiva - achievable benefit
korist, dosežena - achieved benefit
korist, družbena - societal benefit
korist, gospodarska - economic benefit
korist, nedosežena dosegljiva - achievable benefit not achieved
korist, nedosežena - not achieved benefit
korist, zdravstvena - health benefit
krajevna raven - local level
krog kakovosti - quality circle
krožek kakovosti - quality circle
licenca - license, certificate
licenca, podaljševanje - relicensing, recertification
licenca, podeljevanje - licensing, certification
list, vložni (evidenca bolezni) - flow sheet
ločljivost - specificity
lokalna skupnost - local community
medicina, družinska - family medicine
medicina, splošna - general practice
medicinska tehnologija - medical technology
medicinska tehnologija, ocenjevanje - technology assessment
merila, dogovorjena - explicit criteria
merila, objavljena - explicit criteria
merila, razvejana - criteria mapping, branching logic
merila, samoumevna - implicit criteria
merila, seznam - criteria list, list of measures
merilo - criterion, measure
merilo izida - outcome measure
merilo postopka - performance measure, process measure
merilo, zbir - criteria list
model, tržni - marketing model
možganska vihra - brainstorming
načelo - principle
način - method
načrtuj - plan
nadzor - control, audit
nadzor kakovosti - quality control, audit
nadzor (kakovosti), notranji - internal (quality) assessment, internal (quality) control
nadzor, strokovni - performance review
nadzor (kakovosti), zunanji - external (quality) assessment, external (quality) control
najboljša oskrba - the best care
najboljša možna oskrba - optimum care
naloga, prednostna - priority
napaka - mistake
naročanje - appointment system

naročen, število - appointments
nedosežena dosegljiva korist - achievable benefit not achieved
nedosežena korist - not achieved benefit
neustrezna raba - misuse
nezdravnik - paramedic
nominalna skupina - nominal group
nominalna skupina, tehnika - nominal group technique
notranje zgledovanje - internal benchmarking
notranji nadzor kakovosti - internal (quality) assessment, internal (quality) control
občutljivost - sensitivity
obisk - appointment
objavljena merila - explicit criteria
oblika - method
oblikovanje priporočil - guidelines development
oblikovanje soglasja - consensus development
območen - regional
območna raven - regional level
obvladovanje kakovosti - quality management
obvladovanje stroškov - cost containment
ocenjevanje kakovosti - quality assessment
ocenjevanje medicinskih tehnologij - technology assessment
odličnost - excellence
odličnost, stopnja - degree of excellence
odnos - attitude
odstopanje - variation
opomnik - reminder
oprema - amenities
orodje - tool
oskrba - care
oskrba, najboljša - the best care
oskrba, najboljša možna - optimum care
oskrba, proizvod - health care product
oskrba, temelječa na znanstvenih dokazih - evidence based medicine
oskrba, trenutna - present care
oskrba, zdravniška - medical care
oskrba, zdravstvena - health care, clinical care
oskrba, znanstveno utemeljena - evidence based practice
osnovno zdravstveno varstvo - primary (health) care
ovira - barrier
plača - salary
plačevanje storitev - reimbursement
plačnik - payer
podaljševanje licence - relicensing, recertification
podatki - data, information
podatki o opravljenih storitvah - billing data

podatki, dodatni - additional data
podatki, izhodiščni - baseline data (information)
podatki, obdelava - data analysis
podatki, povratni - feedback
podatki, rutinski - routine data
podatki, statistični - statistical data
podatki, temeljni - basic data
podatki, temeljni, zbir - minimal data set
podatki, zbiranje - data (information) gathering, data collection
podatkovno podprto izboljševanje - information" quality improvement
podeljevanje licence - licensing, certification
pogodba - contract
pogodba, sklepanje - commissioning
pogodben - contractual
pogoj - structure
poizkus - trial
politik, zdravstveni - health care politician
politika - policy
politika kakovosti - quality policy
politika kakovosti, državna - national quality policy
politika, zdravstvena - health care policy
ponovna presoja posameznika - recertification, relicensing
ponovna presoja sistema kakovosti - recertification
ponovna presoja zdravstvene ustanove - reaccreditation
poročilo - report
poročilo o kakovosti - quality report
poseg - intervention
poslovnik kakovosti - quality manual
poslovodnik - manager
pospeševanje zdravja - health promotion
postopek - process
posvet - consultation
potrdilo - certificate
potrdilo o kakovosti - certificate
potrdilo o presoji kakovosti - certificate
potreba - need
potreba, ugotavljanje - needs assessment
poučeni pristanek - informed consent
podatki, povratni - feedback
pozornost - attentiveness
pravičnost - equity
prednostna naloga - priority
prednostna naloga, izbira - choosing topic, priority setting
pregled dela - performance review
pregled med kolegi - peer evaluation
pregleden - transparent

preglednost - transparency
premajhna raba - underuse
prenova - restructuring
preoblikovanje - restructuring
presoja - audit, certification, licensing, accreditation
presoja, ponovna - reaccreditation
presoja, posameznika - licensing, accreditation, certification
presoja, ponovna, posameznika - recertification, relicensing
presoja, ponovna, sistema kakovosti - recertification
presoja, ponovna, zdravstvene ustanove - reaccreditation
presoja, posameznika - certification, licensing
presoja, potrdilo o kakovosti - certificate
presoja, sistema kakovosti - audit
presoja, ustanove - accreditation
pretirana raba - overuse
preureditev - restructuring
preveri - check
pričakovanja javnosti - public expectations
pričakovanje - expectation
prijaznost - friendliness
prikrojena priporočila - adopted guidelines
prikrojitev priporočila - adoption of guidelines
prilagoditev priporočila - adoption of guidelines
prilagojena priporočila - adopted guidelines
primerjalno zgledovanje - functional benchmarking
pripomoček - tool
priporočilo, oblikovanje - guidelines development
priporočilo, odnos - attitude towards guideline
priporočilo, prikrojeno - adopted guideline
priporočilo, prikrojitev - adoption of guidelines
priporočilo, prilagoditev - adoption of guidelines
priporočilo, prilagojeno - adopted guideline
priporočilo, razpečevanje - dissemination of guidelines
priporočilo, uporaba - use of guideline
pristop od spodaj - bottom up approach
pristop od zgoraj - top down approach
pritisk kolegov - peer pressure
pritožba - complaint
pritožni sistem - complaint system
privoščljivost (zmožnost plačati) - affordability
proizvod - product
proizvod oskrbe - health care product
prostor - amenities
raba, neustrezna - misuse
raba, premajhna - underuse
raba, pretirana - overuse

racionalen - rational
racioniran - rationed
raven - level
raven kakovosti - quality level
raven, državna - level, national
raven, krajevna - level, local
raven, območna - level, regional
raven posameznika - level, individual
raven, visoka - high level
raven, želena - desired level
različek - variation
razlika - variation
razpečevanje priporočil - dissemination of guidelines
razvejana merila - branching logic, criteria mapping
razvidnost - transparency
rutinski podatki - routine data
samonadzor kakovosti - selfcontrol, selfevaluation
samoocenjevanje kakovosti - selfevaluation
samoučenje – self-learning
samoumevna merila - implicit criteria
sedanje stanje - state of the art
sestra - nurse
sestra, medicinska - nurse
seznam meril - list of measures
seznam naročenih (bolnikov) - appointment list
seznam zdravljenja - medication list
sistem kakovosti - quality (improvement) system
sistem zdravstvenega varstva - health care (delivery) system
sistem, pritožni - complaint system
sistem, storitveni - fee for service system
sklad, zdravstveni - health care fond
sklepanje pogodb - commissioning
skupnost - community
skupnost, lokalna - local community
slog dela - practice style
služba, zdravstvena - health care service
smernica - guideline
standard - standard
soglasje - consensus
soglasje, oblikovanje - consensus development
sooblikovalec - partner, party
splošna medicina - general practice
splošno zgledovanje - generic benchmarking
spodbuda - incentive
spodbujanje - motivation
sprejemljiv - feasible

sprememba - change
sprememba, vpeljava - implementing change, implementation of change
spremljanje - follow up, monitoring
stalno izboljševanje kakovosti - continuous quality improvement
stalno strokovno izobraževanje - continuing medical education
stalnost - continuity
stanje, sedanje - state of the art
stanje, trenutno (v medicini) - state of the art
stanje, zdravstveno - health status
statistični podatki - statistical data
stopnja odličnosti - degree of excellence
stori - do
storitev - service
storitev, plačevanje - reimbursement
storitveni sistem - fee for service system
strokovni nadzor - performance review, peer assessment, peer review
strokovnost - technical aspect
strošek - cost
strošek, obvladovanje - cost containment
stroški / korist - cost benefit
svetovanje - outreach
tekmovalno zgledovanje - competitive benchmarking
temelječ na raziskavah - evidence based
temeljni podatki - basic data
težava, zdravstvena - health problem
trajnost - longitudinality
trenutna oskrba - present care
učenje - learning
učenje, dosmrtno - endless education
učenje, izkustveno - experiential learning
učenje, temelječe na dokazih - evidence based learning
učinkovitost - efficacy
udeleženec - partner, party
udobje - comfort
ugotavljanje potreb - needs assessment
ukrep - measure
ukrepaj - act
uporaba smernic - use of guideline
uporaben - applicable
uporabnik - consumer
uporabniško razmišljanje - consumer thinking
upoštevan kolega - opinion leader
uspešnost - effectiveness
usposobljenost - competence
ustanova, zdravstvena - health care organisation
varstvo, zdravstveno, izvajanje - medical care delivery

veljavnost - validity
videz - appeal
vir - resource
vključevanje bolnikov - patient involvement
vloga - role
vložni list (evidenca bolezni) - flow sheet
vodilni - manager
vodilo - guide
vodja kakovosti - quality manager
vpeljava sprememb - implementation of change, implementing change
vpisovanje bolnikov - registration
vratar - gatekeeper
vživljanje - empathy
zadovoljstvo - satisfaction
zadovoljstvo bolnika - patient satisfaction
zagotavljanje kakovosti - quality assurance
zanesljivost - reliability
zaposlen - salaried
zaposleni - staff
zaseben - private
zavarovalnica - insurance company
zavarovanje - insurance
zbir meril - criteria list
zbir temeljnih podatkov - minimal data set
zbirnik - problem list
"zdrava jabolka" - good apples
zdravnik družinske medicine - family physician, family practitioner
zdravnik družinske medicine - general practitioner
zdravniška oskrba - medical care
zdravstvena korist - health benefit
zdravstvena oskrba - health care, clinical care
zdravstvena politika - health care policy
zdravstvena služba - health care services
zdravstvena težava - health problem
zdravstvena ustanova - health care organization
zdravstveni dom - primary health care centre
zdravstveni karton - patient record, medical record, clinical record
zdravstveni politik - health care politician
zdravstveni sklad - health care fond
zdravstveno stanje - health status, quality of life
zgled - benchmark
zgledovalka - benchmarking organisation
zgledovanje - benchmarking
zgledovanje, notranje - internal benchmarking
zgledovanje, primerjalno - functional benchmarking
zgledovanje, splošno - generic benchmarking

zgledovanje, tekmovalno - competitive benchmarking
zgledovanka - benchmarking organisation
zgledovati se - benchmark
znanstveno utemeljena oskrba - evidence based practice
želena raven kakovosti - desired level of quality
življenje, kakovost - quality of life, health status

ENGLISH SLOVENIAN VOCABULARY

accessibility - dosegljivost (prostorsko)
accreditation - presoja, ustanove
achievable benefit - dosegljiva korist
achievable benefit - korist, dosegljiva
achievable benefit not achieved - korist, nedosežena dosegljiva
achievable benefit not achieved - nedosežena dosegljiva korist
achieved benefit - dosežena korist
achieved benefit - korist, dosežena
act - ukrepaj
activity - dejavnost
additional data - podatki, dodatni
adopted guideline - priporočilo, prikrojeno
adopted guideline - priporočilo, prilagojeno
adopted guidelines - prikrojena priporočila
adopted guidelines - prilagojena priporočila
adoption of guidelines - prikrojitev priporočila
adoption of guidelines - prilagoditev priporočila
adoption of guidelines - priporočilo, prikrojitev
adoption of guidelines - priporočilo, prilagoditev
affordability - privoščljivost (zmožnost plačati)
amenities - oprema
amenities - prostor
appeal - izgled
appeal - videz
applicable - uporaben
appointment - obisk
appointment list - seznam naročenih (bolnikov)
appointment system - naročanje
appointments - naročen, število
attentiveness - pozornost
attitude - odnos
attitude towards guideline - priporočilo, odnos
audit - presoja, sistema kakovosti
audit, certification, licensing, accreditation - presoja
availability - dostopnost (časovno)
bad apples - gnila jabolka
barrier - ovira

baseline data (information) - izhodiščni podatki
baseline data (information) - podatki, izhodiščni
basic data - podatki, temeljni
basic data - temeljni podatki
benchmark - zgled
benchmark - zgledovati se
benchmarking - zgledovanje
benchmarking organisation - zgledovalka
benchmarking organisation - zgledovanka
benefit - korist
billing data - podatki o opravljenih storitvah
bottom up approach - pristop od spodaj
brainstorming - možganska vihra
branching logic, criteria mapping - razvejana merila
branching logic, decision tree, algorithm - drevo odločanja
capitation - glavarina
care - oskrba
cause and effect diagram (Ishikawa, fishbone) - diagram, vzročni (Ishikawa, ribje kosti)
central, national - državen
certificate - kakovost, potrdilo
certificate - kakovost, potrdilo o presoji
certificate - potrdilo
certificate - potrdilo o kakovosti
certificate - potrdilo o presoji kakovosti
certificate - presoja, potrdilo o kakovosti
certification, licensing - presoja, posameznika
change - sprememba
check - preveri
choosing topic, priority setting - izbira prednostne naloge
choosing topic, priority setting - prednostna naloga, izbira
comfort - udobje
commissioning - pogodba, sklepanje
commissioning - sklepanje pogodb
community - skupnost
competence - usposobljenost
competitive benchmarking - tekmovalno zgledovanje
competitive benchmarking - zgledovanje, tekmovalno
complaint - pritožba
complaint system - pritožni sistem
complaint system - sistem, pritožni
consensus - soglasje
consensus development - oblikovanje soglasja
consensus development - soglasje, oblikovanje
consultation - posvet
consumer - uporabnik

consumer thinking - uporabniško razmišljanje
continuing medical education - izobraževanje, stalno strokovno
continuing medical education - stalno strokovno izobraževanje
continuity - stalnost
continuous quality improvement - kakovost, stalno izboljševanje
continuous quality improvement - stalno izboljševanje kakovosti
contract - pogodba
contractual - pogodben
control, audit - nadzor
cost - strošek
cost benefit - stroški / korist
cost containment - obvladovanje stroškov
cost containment - strošek, obvladovanje
criteria list - merilo, zbir
criteria list - zbir meril
criteria list, list of measures - merila, seznam
criteria mapping, branching logic - merila, razvejana
criterion, measure - merilo
data (information) gathering, data collection - podatki, zbiranje
data analysis - podatki, obdelava
data, information - podatki
decision tree - algoritem
degree of excellence - odličnost, stopnja
degree of excellence - stopnja odličnosti
desired level - raven, želena
desired level of quality - želena raven kakovosti
development (defining) of quality indicators - kazalec kakovosti, opredelitev
dissemination of guidelines - priporočilo, razpečevanje
dissemination of guidelines - razpečevanje priporočil
do - stori
economic benefit - gospodarska korist
economic benefit - korist, gospodarska
effectiveness - uspešnost
efficacy - učinkovitost
empathy - vživljanje
endless education - učenje, dosmrtno
equity - pravičnost
evidence - dokaz
evidence based - temelječ na raziskavah
evidence based learning - učenje, temelječe na dokazih
evidence based medicine - oskrba, temelječa na znanstvenih dokazih
evidence based practice - oskrba, znanstveno utemeljena
evidence based practice - znanstveno utemeljena oskrba
excellence - odličnost
expectation - pričakovanje

experiential learning - učenje, izkustveno
explicit criteria - dogovorjena merila
explicit criteria - merila, dogovorjena
explicit criteria - merila, objavljena
explicit criteria - objavljena merila
external (quality) assessment, external (quality) control - nadzor (kakovosti), zunanji
family medicine - medicina, družinska
family physician, family practitioner - zdravnik družinske medicine
family practice, family medicine - družinska medicina
feasible - sprejemljiv
fee for service system - sistem, storitveni
fee for service system - storitveni sistem
feedback - podatki, povratni
feedback - podatki, povratni
fishbone diagram (Ishikawa chart, cause and effect diagram) - diagram ribje kosti (Ishikawa; vzročni)
flow sheet - list, vložni (evidenca bolezni)
flow sheet - vložni list (evidenca bolezni)
focus group - fokus skupina
focus method - fokus metoda
follow up, monitoring - spremljanje
friendliness - prijaznost
functional benchmarking - primerjalno zgledovanje
functional benchmarking - zgledovanje, primerjalno
gatekeeper - vratar
general practice - medicina, splošna
general practice - splošna medicina
general practitioner - zdravnik družinske medicine
generic benchmarking - splošno zgledovanje
generic benchmarking - zgledovanje, splošno
goal, standard, target - cilj
good apples - "zdrava jabolka"
good apples - "zdrava jabolka"
guide - vodilo
guideline - smernica
guidelines development - oblikovanje priporočil
guidelines development - priporočilo, oblikovanje
health benefit - korist, zdravstvena
health benefit - zdravstvena korist
health care (delivery) system - sistem zdravstvenega varstva
health care fond - sklad, zdravstveni
health care fond - zdravstveni sklad
health care organisation - ustanova, zdravstvena
health care organization - zdravstvena ustanova
health care policy - politika, zdravstvena

health care policy - zdravstvena politika
health care politician - politik, zdravstveni
health care politician - zdravstveni politik
health care product - oskrba, proizvod
health care product - proizvod oskrbe
health care service - služba, zdravstvena
health care services - zdravstvena služba
health care, clinical care - oskrba, zdravstvena
health care, clinical care - zdravstvena oskrba
health problem - težava, zdravstvena
health problem - zdravstvena težava
health promotion - pospeševanje zdravja
health status - stanje, zdravstveno
health status, quality of life - zdravstveno stanje
high level - raven, visoka
implementation of change, implementing change - vpeljava sprememb
implementing change, implementation of change - sprememba, vpeljava
implicit criteria - merila, samoumevna
implicit criteria - samoumevna merila
improvement - izboljšanje
incentive - spodbuda
indicator - kazalec
information based quality improvement - kakovost, podatkovno podprto izboljševanje
information'' quality improvement - podatkovno podprto izboljševanje
informed consent - poučeni pristanek
innovator - iznajditelj
insurance - zavarovanje
insurance company - zavarovalnica
internal (quality) assessment, internal (quality) control - nadzor (kakovosti), notranji
internal (quality) assessment, internal (quality) control - notranji nadzor kakovosti
internal benchmarking - notranje zgledovanje
internal benchmarking - zgledovanje, notranje
intervention - poseg
Ishikawa (fishbone) chart, cause and effect diagram - diagram, Ishikawa (ribje kosti; vzročni)
learning - učenje
level - raven
level, individual - raven posameznika
level, local - raven, krajevna
level, national - raven, državna
level, regional - raven, območna
license, certificate - licenca
licensing, accreditation, certification - presoja, posameznika

licensing, certification - licenca, podeljevanje
licensing, certification - podeljevanje licence
list of measures - seznam meril
local community - lokalna skupnost
local community - skupnost, lokalna
local level - krajevna raven
longitudinality - trajnost
manager - poslovodnik
manager - vodilni
marketing model - model, tržni
measure - ukrep
medical care - oskrba, zdravniška
medical care - zdravniška oskrba
medical care delivery - varstvo, zdravstveno, izvajanje
medical record, patient record, clinical record - karton, zdravstveni
medical technology - medicinska tehnologija
medication list - seznam zdravljenja
method - način
method - oblika
minimal data set - podatki, temeljni, zbir
minimal data set - zbir temeljnih podatkov
mistake - napaka
misuse - neustrezna raba
misuse - raba, neustrezna
motivation - spodbujanje
national level - državna raven
national quality policy - državna politika kakovosti
national quality policy - politika kakovosti, državna
need - potreba
needs assessment - potreba, ugotavljanje
needs assessment - ugotavljanje potreb
nominal group - nominalna skupina
nominal group technique - nominalna skupina, tehnika
not achieved benefit - korist, nedosežena
not achieved benefit - nedosežena korist
nurse - sestra
nurse - sestra, medicinska
opinion leader - kolega, upoštevan (upoštevanja vreden, spoštovan)
opinion leader - upoštevan kolega
optimum care - najboljša možna oskrba
optimum care - oskrba, najboljša možna
outcome - izid
outcome measure - merilo izida
outreach - svetovanje
overuse - pretirana raba
overuse - raba, pretirana

paramedic - nezdravnik
partner, party - sooblikovalec
partner, party - udeleženec
patient - bolnik
patient involvement - vključevanje bolnikov
patient involvement (participation) - bolnik, vključevanje
patient record, medical record, clinical record - zdravstveni karton
patient satisfaction - zadovoljstvo bolnika
payer - plačnik
peer evaluation - pregled med kolegi
peer pressure - pritisk kolegov
performance - delo
performance - delo, opravljeno, oziorma prikazano
performance measure, process measure - merilo postopka
performance review - nadzor, strokovni
performance review - pregled dela
performance review, peer assessment, peer review - strokovni nadzor
plan - načrtuj
policy - politika
practice style - delo, slog
practice style - slog dela
practice, office - ambulanta
present care - oskrba, trenutna
present care - trenutna oskrba
primary (health) care - osnovno zdravstveno varstvo
primary health care center - zdravstveni dom
principle - načelo
priority - naloga, prednostna
priority - prednostna naloga
private - zaseben
problem list - zbirnik
process - postopek
product - proizvod
profit - dobiček
provider - izvajalec
provision - izvajanje
public - javnost
public accountability - javnost (dela)
public expectations - javnost, pričakovanja
public expectations - pričakovanja javnosti
quality - kakovost
quality (high quality) - kakovosten
quality (improvement) system - sistem kakovosti
quality assessment - kakovost, ocenjevanje
quality assessment - ocenjevanje kakovosti
quality assurance - kakovost, zagotavljanje

quality assurance - zagotavljanje kakovosti
quality circle - kakovost, krog
quality circle - kakovost, krožek
quality circle - krog kakovosti
quality circle - krožek kakovosti
quality control, audit - nadzor kakovosti
quality control, audit, clinical audit - kakovost, nadzor
quality improvement - izboljšanje kakovosti
quality improvement - izboljševanje kakovosti
quality improvement - kakovost, izboljševanje
quality indicator, performance indicator - kakovost, kazalec
quality indicator, performance indicator, tracer - kazalec kakovosti
quality level - kakovost, raven
quality level - raven kakovosti
quality management - kakovost, obvladovanje
quality management - obvladovanje kakovosti
quality manager - kakovost, vodja
quality manager - vodja kakovosti
quality manual - kakovost, poslovnik
quality manual - poslovnik kakovosti
quality of life, health status - kakovost, življenja
quality of life, helath status - življenje, kakovost
quality of patient care - kakovost oskrbe bolnika
quality policy - kakovost, politika
quality policy - politika kakovosti
quality report - kakovost, poročilo
quality report - poročilo o kakovosti
quality system - kakovost, sistem
rational - racionalen
rationed - racioniran
reaccreditation - ponovna presoja zdravstvene ustanove
reaccreditation - presoja, ponovna
reaccreditation - presoja, ponovna, zdravstvene ustanove
recertification - ponovna presoja sistema kakovosti
recertification - presoja, ponovna, sistema kakovosti
recertification, relicensing - ponovna presoja posameznika
recertification, relicensing - presoja, ponovna, posameznika
regional - območen
regional level - območna raven
registration - vpisovanje bolnikov
reimbursement - plačevanje storitev
reimbursement - storitev, plačevanje
reliability - zanesljivost
relicensing, recertification - licenca, podaljševanje
relicensing, recertification - podaljševanje licence
reminder - opomnik

render, provide - izvajati
report - poročilo
resource - vir
restructuring - prenova
restructuring - preoblikovanje
restructuring - preureditev
role - vloga
routine data - podatki, rutinski
routine data - rutinski podatki
salaried - zaposlen
salary - plača
satisfaction - zadovoljstvo
selfcontrol, selfevaluation - samonadzor kakovosti
selfevaluation - samoocenjevanje kakovosti
self - evaluation - kakovost, samonadzor
self - evaluation - kakovost, samoocenjevanje
selflearning - samoučenje
sensitivity - občutljivost
service - storitev
societal benefit - družbena korist
societal benefit - korist, družbena
specificity - ločljivost
staff - zaposleni
standard - standard
state of the art - sedanje stanje
state of the art - stanje, sedanje
state of the art - stanje, trenutno (v medicini)
statistical data - podatki, statistični
statistical data - statistični podatki
structure - pogoj
technical aspect - strokovnost
technology assessment - medicinska tehnologija, ocenjevanje
technology assessment - ocenjevanje medicinskih tehnologij
the best care - najboljša oskrba
the best care - oskrba, najboljša
tool - orodje
tool - pripomoček
top down approach - pristop od zgoraj
total quality management - celovito obvladovanje kakovosti
total quality management - kakovost, celovito obvladovanje
transparency - preglednost
transparency - razvidnost
transparent - pregleden
trial - poizkus
underuse - premajhna raba
underuse - raba, premajhna

use of guideline - priporočilo, uporaba
use of guideline - uporaba smernic
validity - veljavnost
variation - odstopanje
variation - različek
variation - razlika