



Nacionalna mreža NVO
s področja javnega zdravja 25 x 25

Mreža NVO 25x25

Delovna skupina (DS) za pripravo tez za zakon o kakovosti zdravstvene obravnave, varnosti pacientov in osredotočenju na paciente in njihove svojce

TEZE ZA ZAKON O KAKOVOSTI ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE, VARNOSTI PACIENTOV IN OSREDOTOČENJU NA PACIENTE IN NJIHOVE SVOJCE

izr. prof. dr. Andrej Robida, dr. med.
Vodja delovne skupine

prim. Matija Cevc, dr. med.
Predsednik IO Mreže NVO 25x25

Ljubljana, maj 2015



Nacionalna mreža NVO
s področja javnega zdravja 25 x 25

Mreža NVO 25x25

Delovna skupina (DS) za pripravo tez za zakon o kakovosti zdravstvene obravnave, varnosti pacientov in osredotočenju na paciente in njihove svojce

TEZE ZA ZAKON O KAKOVOSTI ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE, VARNOSTI PACIENTOV IN OSREDOTOČENJU NA PACIENTE IN NJIHOVE SVOJCE

Tip dokumenta	Uradni dokument Mreže 25x25
Identifikator	Delovna skupina za pripravo tez o kakovosti, varnosti zdravstvene obravnave in osredotočenju na pacienta in njihove svojce
Ime dokumenta	Teze za zakon o kakovosti zdravstvene obravnave, varnosti pacientov in osredotočenju na paciente in njihove svojce
Narejeno za	Mrežo NVO 25x25
Verzija, status	1.0
Kraj in datum	Bled, april 2015
Avtor	DS
Uredil in pripravil končni dokument:	Andrej Robida
Število strani	18
Število prilog	1
Opombe	Dokument je zaključen s črto in oznako »KONEC DOKUMENTA«
Arhiv	Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave
Odgovorna oseba	Predsednik IO Mreže NVO 25x25 Prim. Matija Cevc, dr. med

Delovna skupina

Člani

Mircha Poldrugovac, član

Zdenka Kramar, članica

Andrej Robida, vodja

Mojca Senčar, članica

Biserka Simčič, članica

Vsebina

Predgovor

1 Uvod

2 Pregled zakonodaje

3 Teze za sistemsko ureditev kakovosti in varnosti v zdravstvu

4 Literatura

Stran

1

1

4

7

16

TEZE ZA ZAKON O KAKOVOSTI ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE, VARNOSTI PACIENTOV IN OSREDOTOČENJU NA PACIENTE IN NJIHOVE SVOJCE

PREGOVOR

Teze za sodobno zakonodajo nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti pacientov slonijo na pregledu sedanje zakonodaje s področja zdravstva (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Zakon o zdravstveni dejavnosti, Zakon o lekarniški dejavnosti, Zakon o zdravniški službi, Zakon o pacientovih pravicah), nacionalne strategije kakovosti in varnosti 2010-2015, pregleda strokovne literature, dokumentov Evropske unije (EU) in nekaterih drugih držav (ZDA, Anglija, Danska, Avstralija)

Pri spreminjanju zakonodaje se je treba zavedati, da se brez zagotovitve ustreznih človeških in finančnih virov v vsakdanji zdravstveni praksi ne bo ničesar izboljšalo.

1 UVOD

Temeljni pravici pacienta sta kakovostna in varna zdravstvena obravnava, ki spadata med osnovne človekove pravice. Vse druge pravice pacientov izhajajo iz teh dveh temeljnih pravic.

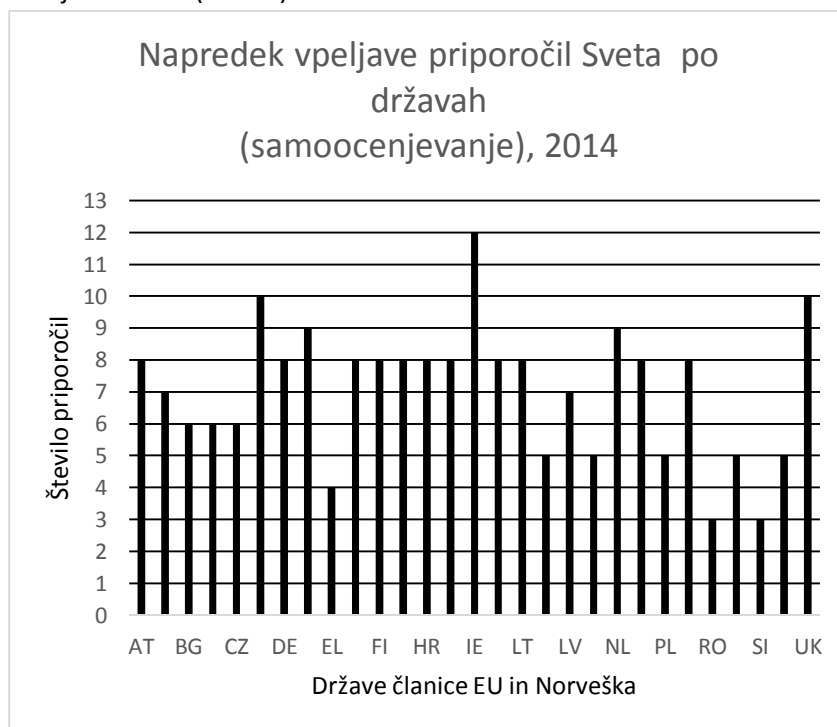
Vloga zdravstvenega varstva je zagotavljanje in izboljševanje kakovosti storitev, varnosti pacientov in osebja in osredotočenje na pacienta in svojce.

Kadar se misli, da se bosta kakovost in varnost pacientov izboljšala, ker imamo komisijo za kakovost ali oddelek za kakovost, ali ISO certifikat o vodenju kakovosti, akreditacijsko listino ali listino poslovne odličnosti, se krepko motimo. Če je tako, potem nikoli ne bo dovolj sprememb, da bi uredili vse pomanjkljivosti, ki jih imamo v zdravstvu. Če res želimo imeti visoko kakovostno in varno zdravstveno obravnavo, moramo zgraditi zmožnosti za sodelovanje pri izboljšavah v celotni zdravstveni organizaciji. Graditev zmožnosti za izboljšave pomeni, da zgradimo okolje, kjer lahko osebje v prvi vrsti ugotavlja pomanjkljivosti in sodeluje pri izboljšavah, ki so potrebne. Gre za učečo se zdravstveno organizacijo. Vodstvo mora prevzeti vlogo za razvoj zaposlenih. Vodstvo se mora zavedati, da je graditev zmožnosti prioriteta, da mora razviti specifična znanja in veščine osebja za izvajanje izboljšav. Potem mora podpora osebju tudi izvajati. Pred tem mora tudi menedžment imeti potrebna znanja in veščine, če res želi podpreti osebje v prvi liniji. Nikar se ne zavajajmo z mislijo, da razni certifikati, ki visijo v pisarnah direktorjev že pomenijo, da je ustanova, ki jo vodijo, visoko kakovostna in varna za paciente, osebje in obiskovalce. V Sloveniji je v zadnjem času kar nekaj domačih in tujih firm, ki prodajajo svoje storitve in vsem izdajo certifikate, čeprav bi že površni opazovalec z nekaj akreditacijskimi standardi v roki lahko hitro ugotovil, da jih skoraj nihče ne izpolnjuje. Na žalost so se presoje sprevrgle v biznis, ki je samemu sebi namen in redke so tiste presojevalne organizacije, ki skrbijo za svojo integriteto in certifikacijskih listin ne dajo kar tako iz rok. Namen akreditacije in drugih presoj se je sprevrgel v hvalisanje s certifikati namesto, da bi se osredotočila na izvajanje zdravstvene prakse na osnovi znanstvenih dokazov posamezne zdravstvene stroke in dokazov o uspešnosti nenehnega izboljševanja kakovosti storitev, varnosti pacientov in osredotočenja na paciente.

V državah Evropske unije (EU) so zahteve po zagotavljanju in nenehnem izboljševanju kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe obravnavane kot prednostne. Na določenih področjih je bila v skladu s Pogodbo ES sprejeta pravno obvezujoča ureditev, ki so jo države članice dolžne spoštovati. Tudi v

slovensko ureditev so bile zahteve, ki zagotavljajo visoke standarde kakovosti in varnosti pacientov prenešene z zakonodajo, ki ureja preskrbo s krvjo, tkivi in celicami človeškega izvora, zdravili in medicinskimi pripomočki, kakovost in varnost človeških organov in transplantacijske dejavnosti, kjer je varnost bolnikov na prvem mestu. Ureditev kakovosti zdravstvene obravnave ostaja v izključni pristojnosti držav članic, pri čemer pa so države članice dolžne upoštevati evropska in mednarodno sprejeta priporočila. Zaradi mobilnosti pacientov v EU so na prvem mestu zahteve po kakovosti in varnosti v zdravstvu. V dokumentu: Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems (2006/C 146/01) sta kakovost in varnost naštetih na prvem mestu skupnih vrednot zdravstvenih sistemov v EU.

Poročilo »The Commission’s Second Report to the Council on the implementation of Council Recommendation 2009/C 151/01 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections (Brussels, 19.06.2014;COM(2014) 371)«, ki se nanaša na priporočila Sveta »COUNCIL RECOMMENDATION of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections (2009/C 151/01)« kaže na neuresničevanje priporočil, saj je Slovenija uresničila od 13 meril le 3 in je skupaj z Romunijo na zadnjem mestu (Slika 1).



Slika 1. Slovenija se je skupaj z Romunijo znašla na zadnjem mestu.

Področje varnosti pacientov zdravstvene obravnave je v primerjavi z drugimi državami EU pri nas eno od najbolj zanemarjenih področij. Slovenija je, tudi sicer na podlagi lastnih dokumentov, naredila na področju kakovosti, varnosti pacientov in osredotočenja na pacienta praktično zelo malo. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu iz leta 2006 so več ali manj ostale na papirju in prav tako Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010-2015). Zelo daleč je država od šestih načel kakovosti v zdravstvu: varnosti pacientov, osredotočenju na pacienta, enakopravnosti, uspešnosti, učinkovitosti in pravočasnosti. Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu ni bila vpeljana v vsakdanje življenje. Kaj nam pomagajo papirji, ko pa varnosti pacientov in kakovosti zdravstvene obravnave ne vpeljemo med zdravstvene strokovnjake v prvo

linijo, tja kjer se za paciente dogajajo dobre in slabe stvari. Za vsemi temi papirji, zaradi papirjev samih, se skriva resnično življenje ljudi, ki zaradi neurejenih razmer pri zdravstveni obravnavi utrpijo škodo za svoje zdravje, ki bi se dala preprečiti. Nobena skrivnost ni, da v naših bolnišnicah po ekstrapolirani oceni umrejo po nepotrebem 2 do 3 pacienti na dan (skoraj vsako leto pa ima 365 dni) poškoduje pa se jih okrog 35 000 (petintrideset tisoč). Enostaven izračun pokaže, da jih je v 20 – tih letih umrlo približno toliko kolikor imamo rojstev na leto. Nobena državna statistika o vzrokih smrti tega ne zajame. A zamolčane številke kažejo, da so napake pri zdravstveni obravnavi kar na četrtem mestu vzrokov smrti takoj za boleznimi obtočil, rakom in poškodbami.

Zato je eden od temeljnih ciljev predlaganih tez za zakon o kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave urediti sistem kakovosti z upoštevanjem šestih načel kakovosti, ki ji predlaga Mreža NVO 25x25 kot tisti del civilne družbe, ki jo slabo urejena varnost pacientov najbolj prizadeva.

Ta dokument pomeni sistemski pristop s tezami za ureditev bodoče zakonodaje s potrebnimi strukturami, procesi, izidi in vzorci za nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti pacientov.

Slovenija nima neodvisnega telesa za področje kakovosti zdravstvene obravnave, varnosti pacientov in sodobnega nadzora nad temi dejavnostmi.

V letu 2003 so bili zapisani predlogi o ustanovitvi neodvisnega telesa, a politične volje za to ni bilo. Neodvisno telo je bilo tudi predvideno v dokumentu » Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu« in v dokumentu »Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010-2015)«. Odgovornost je bila naložena vladi z rokom do leta 2012. Tega vlada ni storila. Vzrok: neznan. Špekulacija: tega ne rabimo, saj je vse v redu, ni denarja

Neodvisna telesa ima večina EU držav in tudi vse države bivše države Jugoslavije.

2. Pregled zakonodaje

Sedanja zakonodaja - Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Zakon o zdravstveni dejavnosti, Zakon o lekarniški dejavnosti, Zakon o zdravniški službi in še nekateri drugi (Zakon o zdravilih, Zakon o nalezljivih boleznih, Zakon o pacientovih pravicah, Zakon o zbirkah podatkov v zdravstvu, itd.), ne opredeljuje celostno niti kakovosti, niti varnosti pacientov in osredotočenja na pacienta. Omenjena sta le nadzorna dejavnost, ki tudi ni celovita in nekaj malega o sami kakovosti zdravstvene obravnave.

2.1 Kakovost zdravstvene obravnave, varnost in osredotočenje na pacienta

Kakovost zdravstvene obravnave, varnost in osredotočenje na pacienta v slovenski zakonodaji niso urejena tako, da bi pacientom zagotovila visoko kakovostno, varno, dostojanstveno in spoštljivo zdravstveno oskrbo. Kakovost in varnost sta omenjeni le tu in tam, in sicer ne celovito, nepopolno in zastarelo glede na razvoj v Evropi in drugje v razvitem svetu. Še največ je o kakovosti, varnosti pacientov in osredotočenju na pacienta govora v Zakonu o pacientovih pravicah.

V zakonu o zdravstveni dejavnosti kakovost praktično ni omenjena in ni nobene opredelitve drugih vidikov varnosti pacientov pred škodljivimi dogodki zaradi napak. Republika Slovenija iz proračuna zagotavlja sredstva za spremljanje učinkovitosti, dostopnosti in kakovosti dela sistema zdravstvenega varstva s pripravo predlogov za izboljšanje stanja; to je večinoma samo na papirju, merjenje kulture varnosti v bolnišnicah se je ustavilo, kazalnikov kakovosti se ne spremljajo elektronsko in kakovosti podatkov o kazalnikih nihče ne preverja, poročanja o najhujših škodljivih dogodkih zaradi napak je malo, strategija, ki je bila pripravljena do leta 2015 je na mnogih področjih ostala le na papirju.

Izobraževanje o kakovosti in varnosti pacientov se ne izvaja. V programih ga ima peščica zdravstvenih šol. Znanja o kakovosti je izredno malo.

Nekaj sprememb je bilo v *Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju* zaradi evropske direktive (iz 6. člena Direktive 2011/24/EU). Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju navaja zavrnitev predhodne odobritve za čezmejno zdravstveno storitev, če:

- bo zavarovana oseba z zadostno gotovostjo izpostavljena tveganju za varnost, ki se ne more razumeti kot sprejemljivo, pri čemer se upoštevajo tudi morebitne prednosti, ki bi jih zdravstvena storitev, ki je predmet predhodne odobritve, za zavarovano osebo imela;
- bo širša javnost zaradi zdravstvene storitve, ki je predmet predhodne odobritve, z zadostno gotovostjo izpostavljena varnostnemu tveganju ali bo storitev zagotovil izvajalec zdravstvene dejavnosti, glede katerega obstajajo resni in konkretni pomisleki v zvezi s spoštovanjem standardov in smernic glede kakovosti, varnosti in nadzora nad izvajanjem zdravstvenih storitev.

Zanimivo, da naj bi se to ugotavljalo za druge države EU, ne pa za Slovenijo.

Ta zakon tudi pravi, da **minister**, pristojen za zdravje, lahko določi, če bi izvajanje zdravljenja v tujini ali uveljavljanje zdravstvenih storitev pacientov iz drugih držav članic Evropske unije pomenilo poseg v prevladujoče razloge v splošnem interesu, kot so nezmožnost zagotavljanja zadostnega in stalnega dostopa do uravnoteženega obsega *visokokakovostnega zdravstvenega varstva* v Republiki Sloveniji ali preveliko porabo finančnih, tehničnih in človeških virov z vidika obvladovanja stroškov. ***Podatkov, da je zdravstveno varstvo v Sloveniji visokokakovostno, varno in da gre za osredotočenje na pacienta pa ni.***

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije opravlja naloge Nacionalne kontaktne točke za čezmejno zdravstveno varstvo iz 6. člena Direktive 2011/24/EU, ki zagotavlja pacientom naslednje informacije in jih objavi na svojih spletnih straneh:

- o standardih in smernicah glede kakovosti in varnosti, ki jih morajo izvajalci zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji izpolnjevati in kateri izvajalci zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji jih izpolnjujejo. ***Podatkov ni.***

Tudi, če bi podatki bili, iz tega dela zakonodaje izzveni kot da je nadzor nad kakovostjo v celoti prevzel Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, kar morda ni slaba ideja. Zlasti še, ker predlagamo v nadaljevanju vsaj delni sistem plačevanja po uspešnosti in neplačevanja zdravstvene obravnave, kjer se zgodi škodljivi dogodek zaradi napake.

Zakon o zdravniški službi omenja le razporeditev zdravniških delovnih mest tako, da se zagotovi prebivalcem čim bolj enaka dostopnost do kakovostnih zdravstvenih storitev. ***Kaj naj bi pomenila kakovost pa ne omenja.***

O zagotavljanju kakovosti pa omenja samo strokovno izpopolnjevanje in strokovni nadzor s svetovanjem. ***Tu je nadzor odvisen od samega nadzornega zdravnika brez vnaprej pripravljenih zahtev kako spremljajo kakovost in varnost svojega dela in kako izvajajo nadzorovani zdravniki osredotočenje na pacienta. Zgodilo se je celo to, da so zdravniki nadzorniki druge specialnosti presojali delo zdravnikov specialnosti, na katero se niso dovolj spoznali.***

Zakon o pacientovi pravicah

Zakon o pacientovih pravicah naj bi zagotavljal pacientom dostopnost do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe v skladu z medicinsko doktrino. Nikjer ni zapisano, kako naj izvajalci

to dosežejo, tako da je največkrat odvisno od posameznega zdravstvenega strokovnjaka ali tima kako se taka zdravstvena obravnava odvija.

Pacienti ali kdorkoli drug, ne preverja ali se uporabljajo klinične smernice in klinične poti oziroma ali izbira zdravstvene obravnave pacienta sloni samo na odločitvah posameznega zdravnika (večkrat narobe razumljena avtonomnost). Velikokrat se mora pacient prilagoditi sistemu namesto obratno. Nihče ne meri razsipnosti, uspešnosti, podatkov o varnosti ni, podatki o kakovosti – samo nacionalni kazalniki, brez preverbe kakovosti podatkov, kaj je osredotočenje na pacienta se ne ve, o čakalnih dobah se pojavljajo goljufije, nepretrgana zdravstvena obravnava je velikokrat pretrgana.

V zakonu so opredeljene tudi pacientove dolžnosti, a brez sankcij, če se te dolžnosti kršijo, tako da je ta del le na deklarativni ravni.

2.2 Nadzor nad kakovostjo in varnostjo pacientov ter osredotočenje na pacienta

Zakon o zdravstveni dejavnosti zapisuje 4 vrste nadzora:

1. interni strokovni nadzor, ki ga izvajajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci s samonadzorom in odgovorni za strokovnost dela v zavodu;
2. strokovni nadzor s svetovanjem, ki ga kot javno pooblastilo izvaja pristojna zbornica ali strokovno združenje v sodelovanju s klinikami, kliničnimi inštituti ali kliničnimi oddelki in drugimi zavodi;
3. upravni nadzor, ki ga izvaja ministrstvo, pristojno za zdravje;
4. nadzor, ki ga izvaja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Vse štiri oblike nadzor so pomanjkljive in procesi zanje so slabo izdelani. Vsebine notranjega strokovnega nadzora opredeljuje vsak izvajalec in eksplicitnih meril za posamezne vrste izvajalcev ni. Procesni notranjih nadzorov so slabo načrtani in se večinoma izvajajo kakor se komu zdi in ne opravljajo funkcije izboljševanja zdravstvene prakse.

Rednih internih strokovnih nadzorov se izvaja mnogo premalo, tako da izvajalci resnosti nadzorov sploh ne občutijo.

Strokovni nadzor s svetovanjem opravljajo zbornice, ki imajo za to pooblastila. Ti nadzori so redki, proces ni enotno opredeljen in je izvedba po diskreciji nadzornika. Ker zdravstveni profesionalci ne delajo v praznini in se nadzor izvaja le nad posameznikom so učinki nadzora slabši kot bi lahko bili. Nadzori niso strukturirani. Ne preverjajo se kazalniki izidov posameznega zdravnika, ne gledajo se procesi in se ne primerjajo z dobrimi praksami.

Tam, kjer ni zbornic, bi morale to opravljati ministrstva, a tega ne izvaja. Tudi tu ni opredeljena vsebina nadzorov.

Upravni nadzor gleda samo zakonitost delovanja izvajalca ne pa tudi vsebine zdravstvenega dela, ki je osnova za visokokakovostno, varno in na pacienta osredotočeno zdravstveno obravnavo.

ZZZS izvaja nadzor nad pravili zdravstvenega zavarovanja in izpolnjevanja pogodb ter ne gleda kakovosti, varnosti in osredotočenja na pacienta.

Zakon o pacientovih pravicah z nadzorom ugotavlja kršenje pacientovih pravic. Pri nadzorih se sklicuje na druge nadzore opredeljene v drugih zdravstvenih zakonih. Na papirju sicer omogoča

zapletene postopke. Koliko pa je doprinesel k izboljševanju uresničevanja pravic pacientov pa ni izmerjeno. Ker ni nobenih sankcij za neizpolnjevanje dolžnosti pacientov, za izvajalce pa so sankcije predvidene izgleda kot da je paciente postavil v luč nekršiteljev, kršitelje pa najde samo med izvajalci. V ne papirnem življenju so pa kršitve na obeh straneh.

Največja pomanjkljivost je, da nihče ne pogleda celotnega sistema, kjer se odvija zdravstvena obravnava, posamezne medicinske specialnosti ali druge zdravstvene stroke. Akreditacija zdravstvenih ustanov je šele na svojem začetku in čeprav v tej fazi morda opozarja na zavedanje o kakovosti in varnosti pacientov, se skladno delovanje s standardi izvaja le pred presojami, nato pa gredo stvari spet po starem.

Raziskav o delovanju zdravstvenega sistema pri nas praktično ni. Tistih redkih, ki so bile izvedene, pa zdravstvena politika ne upošteva.

Positivnih spodbud za dobro delo ni, sankcije so premile in tako ne spodbudijo sprememb.

Nadzor ZZS pri čezmejnem zdravljenju je opisan zgoraj.

Veliko zahtev po kakovostni in varni zdravstveni obravnavi zapisanih v Splošnem in področnih dogovorih sev praksi ne upošteva.

3 TEZE ZA SISTEMSKO UREDITEV KAKOVOSTI IN VARNOSTI V ZDRAVSTVU

Eden od temeljnih ciljev predlaganih tez zakona je izboljševati sistem celovite kakovosti, ne samo klinične kakovosti, tako da bo vsem državljanom zagotovljena visoko kakovostna, dostopna, varna in učinkovita zdravstvena oskrba.

Izvajalci zdravstvene dejavnosti in zdravstvenih storitev, tako javni kot zasebni morajo nenehno izboljševati kakovost in varnost pacientov.

Zavedat se moramo, da se napake dogajajo in da jih nikoli ne bo moč popolnoma preprečiti, a jih je moč zelo zmanjšati. Za to pa je predpogoj, da se o njih poroča. Sporočila se morajo obravnavati zaupno. **Postopki sporočanja in analize napak in izboljševanja varnosti potekajo zaupno in ločeno od morebitnih disciplinskih ali drugih postopkov pri sumu na lahkomišelnost kršitve ali kazniva dejanja.**

Celovita upravljanje in nenehno izboljševanje kakovosti pomeni holističen pristop h kakovosti v neki zdravstveni organizaciji, tako da vsak del zdravstvene organizacije deluje po načelih kakovosti. To je strateški pristop s tremi načeli: izboljševanje izidov za paciente, stalen razvoj zdravstvenih strokovnjakov in boljša uspešnost sistema, ter šestimi cilji kakovosti: varnost, uspešnost, učinkovitost, osredotočenje na pacienta, pravočasnost in enakost.

Pri osredotočenju na uporabnike ne gre samo za zunanje uporabnike, ki jih večinoma predstavljajo pacienti, ampak tudi za notranje uporabnike. Cilji osredotočenja na paciente so: spoštovanje pacientovih vrednot, izraženih potreb in možnosti izbire, koordinacija in integracija zdravstvene obravnave, obveščenost in zdravstvena vzgoja, dobro fizično počutje, emocionalna podpora in zmanjševanje strahu in zaskrbljenosti, sodelovanje svojcev in prijateljev, nepretrgana zdravstvena obravnava in dostopnost do zdravstvene oskrbe. Nenehno izboljševanje kakovosti je eno izmed načel celokupnega upravljanja kakovosti, ki podpira njegovo strategijo. V praksi gre za dnevna dejanja zdravstvenih strokovnjakov, podpornega osebja, voditeljstva in menedžerjev. Za zdravstvene strokovnjake to področje zajema predvsem delovanje na podlagi znanstvenih dokazov – na dokazih podprti zdravstveni praksi - in uporabo orodij, ki to omogočajo. Eno izmed takih orodij so nacionalne

ali mednarodne klinične smernice, ki služijo kot priporočila za standardno zdravstveno obravnavo. Na osnovi teh se v okviru posamezne dejavnosti zdravstvenih storitev izdelata klinične poti, protokole, algoritme, opomnike in standardne operativne postopke. S tem bodo standardizirane zdravstvene obravnave, zmanjšana variabilnost med posameznimi zdravstvenimi ustanovami, zdravstvenimi timi in zdravniki, kar bo izboljšalo timsko delo in komunikacijo v zdravstvenem timu, izboljšani izidi zdravljenja, pacientom pa zagotovljena enakost obravnave v vseh zdravstvenih zavodih ob upoštevanju na dokazih podprte zdravstvene prakse. Zakon mora predvideti tudi ustanovitev **javnega nacionalnega nadzornega in pospeševalnega inštituta** za kakovost in varnost v zdravstveni dejavnosti.

Spremeniti se mora **tudi nadzor nad kakovostjo zdravstvene obravnave**. Da bi to dosegli, mora zakon predvideti notranje in zunanje nadzore, vključno z akreditacijo, nadzore vrstnikov v stroki, nadzore ministrstva za zdravje, inšpekcijski nadzor in nadzor s strani ZZS in nadzore javnega nacionalnega nadzornega in pospeševalnega inštituta za kakovost in varnost v zdravstveni dejavnosti. Pri teh nadzorih mora biti opredeljena vsebina, način izvajanja (napovedani in nenapovedani), pogostnost izvajanja, odgovornosti za neizvajanje ali izogibanje nadzorom. Prav tako je treba urediti spodbude za dobre in sankcije za slabe prakse. **Sedaj so nadzori razdrobljeni in neusklajeni in nikoli ne zajamejo celotnega sistema, kjer se odvija zdravstvena obravnavo.**

S proaktivnim pristopom k upravljanju kliničnih in drugih tveganj, ki z uveljavljanjem zahtev za nenehno izboljševanje kakovosti zdravstvene obravnave in varnosti za paciente dolgoročno zmanjšuje pritožbe bolnikov, se zmanjšujejo stroški, ki jih zdravstveni sistem utrpi zaradi odstranjevanja posledic varnostnih zapletov – napak (dodatni stroški diagnostike, zdravljenja in rehabilitacije bolnikov, zaradi poprave zdravstvene napake in plačevanje odškodnin). V Angliji znašajo letni stroški zaradi slabe kakovosti in varnostnih incidentov pri bolnikih okrog 2 milijardi in 450 milijonov funtov na leto. Poleg tega ni zanemarljivo da v ZDA umre 44.000 do 98.000 ljudi v bolnišnicah zaradi napak na leto in po novejših raziskavah celo 200 do 400 tisoč. V ZDA so uspeli v letih 2010-2013 zmanjšati število smrti zaradi napak za 50 tisoč in stroške za 12 milijard dolarjev.

Kakovost lahko zniža stroške zdravstva in prispeva k najboljšemu zdravju populacije. Cena slabe kakovosti je visoka, saj vodi v zviševanje stroškov in človeško trpljenje. Ekonomski vidik kakovosti zagotavlja učinkovito porabo virov. Izvajalci razsipavajo čas, osebe in denar za sisteme in metode kakovosti, ki niso uspešni in še manj učinkoviti in so slabo povezani s kontekstom zdravstva. Sedanje financiranje zdravstva ne omogoča nagrajevanje uspešnosti na področju kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave.

Paziti je treba, da ne zapravljamo še več časa in denarja kot smo ga že s pristopi, ki niso primerni za probleme, ki jih imamo zaradi slabega vpeljevanja ali zaradi tega, ker se vpeljana ne vzdržuje.

Zakonodajca se mora osredotočiti na kakovost obravnave pacientov, kakovost zdravstvenih strokovnjakov in kakovost managementa. Vse tri poglede kakovosti je moč izmeriti prav tako kot je moč izmeriti strukture, procese izide in vzorce. Sistem kakovosti mora omogočiti povezavo med različnimi storitvami in dejavnostmi tako, da omogočajo izvajanje zdravstvene oskrbe pacientu skozi vse epizode bolezni in prehodi med različnimi izvajalci zdravstvene dejavnosti in storitev. Pri kakovosti v zdravstvu ne smemo pozabiti na sistem kakovosti javnega zdravja, na preventivno dejavnost in promocijo zdravja.

Osredotočenje na paciente in njihove družine

Osredotočenje na paciente in njihove družine je načrtovanje, izvajanje in merjenje osredotočenja na paciente in družine z mislijo na 8 načel:

1. Dostojanstvo in spoštljivost
2. Partnerstvo s pacientom z upoštevanjem pacientovih vrednot in izbire
3. Čustvena podpora
4. Fizično udobje
5. Dvosmerna odprtost informacij med zdravstvenim osebjem in pacientom in edukacija pacienta
6. Nepretrgana in koordinirana zdravstvena obravnava
7. Sodelovanje pacienta, družine, prijateljev pri zdravstveni obravnavi
8. Dostopnost do zdravstvene obravnave

Osredotočenje na paciente in njihove družine je preprost in nizko tehnološki pristop za izboljševanje kakovosti zdravstvene obravnave, ki zadeva dva vzporedna vidika zdravstvenega varstva: procese zdravstvene obravnave in interakcijo med osebjem in pacienti. Skupaj imata ta dva vidika globok vpliv na to kako pacienti in osebje doživljajo zdravstveno obravnavo.

Končni cilj osredotočenja na pacienta in družino je oblikovanje partnerstva med zdravstvenimi strokovnjaki, pacienti in družinami, ki bodo pripeljali do najboljših izidov in izboljševali kakovost in varnost zdravstvene obravnave.

Osredotočenje na paciente in njihove družine pomaga reševati:

- organiziranje zdravstvene obravnave - kako se ta odvija
- vidik odnosov - človekove interakcije, ki potekajo med bolnikom, družinami in zdravstvenimi strokovnjaki.

Uporaba tega pristopa pomaga osebju usmeriti se na pacientovo doživljanje zdravstvene obravnave in pomaga oblikovati empatičen odnos v zdravstveno varstvo.

Koristi *osredotočenja na paciente in njihove družine*

Pacienti:

- zaupanje, da bo zdravstvena oskrba dosledno visoke kakovosti,
- občutek, da je bila njihova oskrba zasnovana na način, ki upošteva njihove potrebe in želje.

Zdravstveno osebje:

- večja zavzetost pri svojem delu,
- razumevanje izkušenj, ki jih ima pacient s sedanjo zdravstveno obravnavo,
- razvijanje veščin za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave,
- pridobivanje izkušenj pri spremembi vsakdanje zdravstvene prakse z merjenjem in širjenjem izboljšav,
- več časa, da zagotovi individualizirano zdravstveno oskrbo zardi standardiziranih in zato bolj tekočih potekov procesov.

Zdravstvene ustanove:

- uresničevanje usmeritev in politike za izboljševanje osredotočenja na paciente in njihove družine,
- razumevanje izkušenj pacientov pri zdravstveni obravnavi,
- izboljšanje izkušenj pacientov z zdravstveno obravnavo glede šestih načel kakovosti,
- izboljšanje varnosti pacientov, klinične uspešnosti in učinkovitosti in razvoj v visoko zanesljivo zdravstveno ustanovo,

- izgradnja zmogljivosti, tako da se znanje in dobra praksa lahko trajno zadrži in razširi po vsej ustanovi,
- graditev svojega ugleda na **izmerjeni** visoko kakovostni in sočutni zdravstveni obravnavi.

3.1 Pristopi k izboljševanju kakovosti in varnosti pacientov

Pristopi h kakovosti so lahko različni, a največkrat je treba uporabiti kombinacijo več pristopov z različnim poudarkom na posameznem pristopu. Dobro zdravstveno varstvo je zdravstveno varstvo, ki omogoča **varno, uspešno, učinkovito, pravočasno in enakopravno zdravstveno obravnavo osredotočeno na paciente.**

Sem spada tudi povezan, koordiniran informacijsko komunikacijski sistem, ki poleg drugega omogoča tvorjenje, analizo, dostopnost zanesljivih in pravočasnih informacij tistim, ki jih potrebujejo, pa naj gre to za posameznega zdravstvenega strokovnjaka, zdravstvene time ali institucije, ki analizirajo podatke na ravni posameznega zdravstvenega strokovnjaka, zdravstvene enote, zdravstvene ustanove ali države. Zbiranje in analiziranje podatkov je bistvenega pomena za sodobno izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave.

Kompetence zdravstvenih strokovnjakov niso potrebne samo na področju tehničnih veščin ampak tudi na področju izboljševanja kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave. Potrebna je tudi primerna razporeditev zdravstvenih strokovnjakov in več poklicnih zdravstvenih timov. Primernost števila je moč meriti in se izogibati željam posameznih poklicnih skupin, če te niso osnovane na merjenju.

Raziskave so pokazale, da način financiranja zdravstva pospešuje ali zavira ali celo duši izboljševanje kakovosti, zato je pomembna tudi koordinacija s plačniki zdravstvenega varstva, kjer je poznanih več možnosti kako nagraditi ali sankcionirati podstandardno kakovost in varnost.

V zdravstvenih ustanovah je za kakovost in varnost odgovorno vrhnje vodstvo. Tu so potrebne strukture in procesi vodenja zlasti na področju klinične kakovosti in varnosti pacientov. Vzpostavljena in uvedena v vsakdanjo prakso mora biti regulativa in strategija, ki vključuje metode uspešnega nadzora, graditev povezav med posameznimi zdravstvenimi strokovnjaki in oddelki in definirane naloge in odgovornosti.

Splošni pristopi

3.1.1. Več virov

Zlasti med izvajalci zdravstvene dejavnosti velja pristop: več denarja, boljša kakovost; več zaposlenih, boljša kakovost. Kadar se sliši take izjave je najprej treba izmeriti ali se finančni človeški in časovni viri razsipavajo. Brez prikaza meritev, kjer je treba kakovost podatkov preveriti, je težko prepričati odločevalce in regulatorje. Nikdar ni dobro odločati prek palca. Odločanje mora **temeljiti na dokazih.**

3.1.2 Reformiranje

Reformirati pomeni napraviti spremembe za izboljšave. Reformiranje mora sloneti na znanstvenih dokazih in predlogi za reforme morajo biti osnovani na dokazih podprti politiki. Če dokazov ni, ali če so neposredno preneseni od drugod, je treba napraviti pilotne raziskave, kar prepreči, da bi se zadeve poslabšale namesto izboljšale.

3.1.3 Izboljšanje managementa

Tudi, če pride v zdravstveni sistem več virov in se izvede reorganizacija, to še ne zagotavlja izboljšav.

Management velikokrat nima potrebnih veščin. Pogosto ne zna uporabiti virov ali izvesti reorganizacije na način, ki bi koristil pacientom. Razvoj managerskih veščin privede do večjega izboljševanja kakovosti in varnosti pacientov kot posamezni projekti izboljševanja kakovosti. Obojega pri nas manjka, tako veščin kot izvajanja projektov za izboljšave.

Specifični pristopi – uporaba metod kakovosti

3.1.4 Sodelovanje pacientov in skupnosti

- a. Izjave zdravstvene politike kaj pacient lahko upravičeno pričakuje od izvajalcev zdravstvene dejavnosti in storitev,
- b. Izkušnje pacientov.

3.1.5 Zunanja regulacija in nadzor

Licenciranje zdravstvenih strokovnjakov, presoja vrstnikov v stroki (nadzor s svetovanjem), akreditacija, nadzor nad financiranjem, nadzor nad zdravstvenim sistemom izvajalcev zdravstvene dejavnosti in storitev.

3.1.6 Vodenje sistema kakovosti osnovanega na lokalnih standardih

Akreditacija uporablja za presojo standarde. Standardi se lahko pripravijo in uporabljajo lokalno za izboljševanje kakovosti ne glede na zahteve zunanjih regulatorjev in nadzora.

Prednosti uporabe lokalnih standardov, ki jih dosežemo s presojami lastne zdravstvene prakse po modelu izboljševanja kakovosti, modelu 6 sigma in drugih je v tem, da jih je enostavno razumeti in osebje ima občutek, da so to standardi, ki so jih sami naredili.

3.1.7 Lokalni projektni timi za reševanje problemov kakovosti

Uporaba veščin in znanja projektnih timov z uporabo orodij kakovosti. Zato morajo timi pridobiti kompetence za timsko delo in uporabo orodij in metod kakovosti in varnosti pacientov.

3.2 . DELEŽNIKI NA KATERE SE NANAŠAJO TEZE ZA ZAKON O KAKOVOSTI IN VARNOSTI PACIENTOV

Zdravstveni sistem je kompleksen prilagoditven socialno-tehnični sistem z različnimi deležniki, ki imajo svoje interese in svoje vloge. Med temi deležniki prihaja do množva interakcij. Največje skupine deležnikov so: pacienti, zdravstveni profesionalci, zdravstvene organizacije, plačniki in regulatorji.

3.2.1 Pacient je končni uporabnik zdravstvenega sistema:

- a. formalna ureditev pacientovih pravic (urejeno v Zakonu o pacientovih pravicah),
- b. formalno sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike na državni in lokalni ravni
- c. formalno sodelovanje pri razvoju storitev,
- d. merjenje izkušenj pacientov,
- e. ureditev javnega dostopa do uspešnosti kakovosti in varnosti pacientov za posamezne izvajalce zdravstvene dejavnosti in storitev,
- f. ureditev primerne participacije za tista tveganja za zdravje, ki jih povzročajo pacienti sami.

3.2.2 Zdravstveni profesionalci

Bistvo zdravstvenih profesionalcev je posedovanje specifičnega znanja in veščin s specifičnim odnosom. Znanje sloni večinoma na znanstvenih osnovah in veščine zahtevajo dolgotrajno usposabljanje. Zdravstveni poklici so navezani na nenehno naraščanje medicinskega znanja in tehnik in na profesionalne ter socialne norme. Značilna je tudi močna medčloveška interakcija, zaradi tega je bistveno medsebojno zaupanje med zdravstvenim profesionalcem in pacientom.

Tradicionalno vlade z regulativo vplivajo na zahteve nenehnega izboljševanja kakovosti ter varnosti pacientov. Pri nas je nekaj osnovnih zahtev v sedanji zakonodaji, ki pa je zelo pomanjkljiva. Kljub temu, da je pri nas treba obnavljati licence, zahteva za podaljšanje licence ne opredeljuje uspešnosti delovanja zdravnikov, medicinskih sester, babic in drugih zdravstvenih profesionalcev in ne predpisuje preverjanja njihovih kompetenc. S spremembami, ki jih prinašajo zdravstvene stroke zaradi razvoja zdravstvenih tehnologij in kroničnih bolezni in soobolevnosti, se razvijajo nove poklicne skupine.

- a. dodiplomsko in podiplomsko izobraževanje in usposabljanje in nazivi,
- b. obnavljanje licenc in nenehen profesionalni razvoj,
- c. regulacija profesionalnih norm in standardov,
- d. regulacija profesionalnega obnašanja,
- e. nacionalni registri zdravstvenih profesionalcev,
- f. zbiranje podatkov za merjenje uspešnosti,
- g. nadzor vrstnikov v stroki,
- h. programi oblikovanja in uporabe kliničnih smernic, kliničnih poti in drugih pomagal pri zdravstveni obravnavi,
- i. podpiranje delovnih pogojev, ki omogočajo profesionalno učenje in merijo uspešnost delovanja (dobre prakse, napake, pomanjkljivosti),
- j. primerno planiranje človeških virov,
- k. opis skupkov kompetenc za posamezne poklicne skupine, delovna mesta, zdravstvene time
- l. oblikovanje politike prekrivanja kompetenc med sedanjimi zdravstvenimi poklici in razvoj novih poklicev,
- m. Zahteva po obvladovanju ne tehničnih veščin kot so komunikacija s pacienti, med zdravstvenimi timi in strokovnjaki, uporaba metod in orodij kakovosti, retroaktivni in proaktivni pristop upravljanja s kliničnimi tveganji itd.

3.2.3 Zdravstvene organizacije

- a. regulacija specifičnih dejavnosti, ki predstavljajo tveganje za pacienta kot so radiologija, nuklearna medicina, ravnanje s krvjo, človeškimi tkivi, transplantacija, odstranjevanje odpadkov itd.
- b. uporaba kazalnikov uspešnosti za vsako raven zdravstvene dejavnosti in za vsako obliko zdravstvene dejavnosti in storitev ter za vsako specialnost
 - Nacionalni kazalniki uspešnosti delovanja na ravni zdravstvene organizacije.

Predpogoj je ureditev elektronskih standardiziranih nacionalnih administrativnih in kliničnih podatkovnih zbirk.

- Kazalniki uspešnosti delovanja za raven zdravstvene organizacije, ki niso zajeti v nacionalnih kazalnikih, oddelkov (specialnosti), enot, zdravstvenih timov in posameznih zdravstvenih in nezdravstvenih profesionalcev.
- c. Povezava kazalnikov z elektronskimi zdravstvenimi zapisi in sistematičnim zbiranjem zdravstvenih informacij. Merjenje kakovosti in varnosti pacientov je v veliki odvisnosti od

kakovosti in standardizacije IKT (informacijsko komunikacijska tehnologija) na ravni regulatorjev, plačnikov, inštitucij, ki zbirajo podatke in kazalnike ter zdravstvenih organizacij. Uporaba MKB 10 je bistvena za primerjave znotraj in zunaj zdravstvenih organizacij.

- d. sistem akreditacije
- e. sistem notranjih nadzorov
- f. izboljševanje kulture varnosti
- g. upravljanje s kliničnimi tveganji za preprečevanje napak in podstandardnih izidov

Raziskave so pokazale, da na kulturo varnosti vpliva predvsem obnašanje vrhnjega vodstva in srednjega menedžmenta ter enostavnost sporočanja napak in tveganj v sistemu s pravično kulturo.

Nacionalna regulacija promovira akreditacijo zdravstvenih organizacij in dejavnosti. Akreditacija z zunanjim pritiskom je povezana z zrelejšim pristopom k izboljševanju kakovosti in želenih izidov v zdravstvenih organizacijah. **Izbira več kot enega akreditacijskega sistema, ki vsebuje tudi sistem vodenja kakovosti v posamezni organizaciji ali dejavnosti je zapravljanje finančnih, človeških in časovnih virov.**

Pri nas ne bi nikdar smeli kriminalizirati človeških napak, ker je tak način skregan z znanostjo o varnosti pacientov in izredno škoduje preprečevanju napak v prihodnje. Če malo karikiramo: sodbe se sprejemajo v imenu ljudstva in s sodbami ljudstvo škoduje samo sebi, saj ko se najde krivca, se proces ali sistem, kjer je nastala napaka ne spremeni in zato se bo napaka v prihodnje zagotovo ponovila«. Kontroverzno in diskriminatorno je, da za delovne nesreče odgovarja delodajalec, za nesreče (napake) pri zdravljenju pa posamezni zdravstveni strokovnjak, čeprav je posameznik le redko »kriv« za te nesreče.

- e. Pospeševanje specifičnih projektov in programov izboljševanja kakovosti in varnosti

Specifični programi s specifičnimi projekti izboljšujejo kakovost in varnost zdravstvene obravnave na določenih ožjih področjih, ki potem s širjenjem v isti ali drugih zdravstvenih organizacijah sumarno dvignejo raven kakovosti in varnosti na ravni zdravstvene organizacije, regije in države. Za hitrejši napredek je moč povezati več zdravstvenih organizacij, ki delajo na enakem projektu. To se lahko naredi tudi na projektu akreditacije in je uspešnejše, hitrejše in učinkoviteje in ceneje kot če vsaka zdravstvena organizacija dela sama zase.

- f. Inovativnost v organizaciji zdravstvene obravnave

V pošteev pride vpeljava novih organizacijskih modelov. Eden takih modelov je razvit na področju obravnave miokardnega infarkta, referenčnih ambulant in projekta za obravnavo možganske kapi. Podobni modeli se lahko razvijejo na področjih, kjer je veliko število pacientov, na primer obravnavo kroničnega srčnega popuščanja.

Nacionalna zdravstvena politika mora spodbujati uspešno in učinkovito povezovanje z osredotočenjem na pacienta, tako da vse ravni zdravstvene dejavnosti delujejo koordinirano, ker se s tem izboljšujeta kakovost in varnost in zmanjšuje razsipavanje virov.

Tu bi pripomoglo korporativno vodenje zdravstva s podsistemi po posameznih dejavnostih, na primer, bolnišnično zdravstveno varstvo ali še boljše korporativno vodenje regijskega zdravstvenega varstva z vsemi zdravstvenimi dejavnostmi v regiji, ker se drugače izgubljajo viri.

g. Osredotočenje na paciente in njihove družine

Omenili smo že dostojanstvo in spoštljivost, dvosmerno odprtost informacij med zdravstvenim osebjem in pacientom, partnerstvo s pacientom in sodelovanje pacientov pri svoji zdravstveni obravnavi. Bolj neposredno mora zdravstvena obravnava:

- temeljiti na nepretrgani verigi zdravstvene obravnave

Bolniki prejemajo zdravstveno oskrbo, kadar jo potrebujejo in v mnogih oblikah, ne samo z obiski pri zdravniku ali drugem zdravstvenem strokovnjaku.

- se prilagajati glede na potrebe pacienta in njegovih vrednot

Sistem zdravstvenega varstva mora biti zasnovan tako, da izpolnjujejo najbolj pogoste vrste potreb, vendar ima sposobnost, da se odzove na individualno izbiro pacienta in njegove družine.

- zagotavljati, da je pacient vir nadzora

Pacientu je treba dati potrebne informacije in možnost izbire pri svoji odločitvi za zdravstveno obravnavo.

- deliti znanje in prost pretok informacij

Pacienti morajo imeti neoviran dostop do svojih lastnih zdravstvenih informacij in do znanja o svojih zdravstvenih težavah. Zdravstveni strokovnjaki in pacienti komunicirajo in si delijo informacije.

- upoštevati na dokazih podprto odločanje

Pacienti prejemajo zdravstveno oskrbo, ki temelji na najboljših znanstvenih spoznanjih.

- zagotoviti, da je varnost pacientov lastnost sistema

Pacienti morajo biti varni pred poškodbami, ki jim jih lahko povzroči sistem zdravstvene obravnave.

- biti pregledno

Sistem zdravstvenega varstva mora dati na voljo informacije pacientom in družinam, da lahko sprejemajo ozaveščene odločitve pri izbiri izvajalcev zdravstvene dejavnosti in storitev in izbiro med različnimi metodami zdravstvene obravnave, kjer ta obstaja.

- predvideti potrebe pacientov

Zdravstveni sistem bi moral predvideti potrebe pacientov, ne pa zgolj odzivati se na dogodke.

- stalno zmanjševati razsipavanje

Zdravstveni sistem ne bi smel zapravljati virov ali časa pacientov.

- Zagotavljati in izboljševati sodelovanje med zdravstvenimi strokovnjaki

Zdravstveni strokovnjaki, oddelki zdravstvenih ustanov in ustanove morajo aktivno sodelovati in komunicirati, da se zagotovi ustrezno izmenjavo informacij in koordinacija oskrbe.

3.2.4 Medicinski pripomočki in tehnologija

- a. zakonodaja, ki regulira vstop medicinskih pripomočkov, zdravil in tehnologije v zdravstveni sistem
- b. zakonodaja o uporabi medicinskih pripomočkov, zdravil in tehnologije v zdravstvenem sistemu

3.2.5 Plačniki

Kakovost in varnost zdravstvenega varstva se dogajata pri interakciji med izvajalci zdravstvenih dejavnosti in storitev ter pacienti. Močan vpliv na to imajo finančne spodbude. V zadnjih desetih letih sta se razvila dva načina spodbud za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave: plačevanje po uspešnosti in neplačevanje škodljivih dogodkov zaradi napak, ki se ne bi smele zgoditi.

- a. Plačevanje po uspešnosti
- b. Vlaganje v izboljševanje kakovosti in varnosti pacientov v povezavi z doseganjem ciljev
- c. Neplačevanje preprečljivih škodljivih dogodkov zaradi napak

3.2.6 Regulatorji

Zakonodaja, regulativa in strategija kakovosti in varnosti izboljšata zdravstveni sistem v državi.

Ljudje pričakujejo od vlade, da prevzame odgovornost za izboljševanje in vzdrževanje kakovosti in varnosti pacientov ter osredotočenja na pacienta in družino. Če ne bo ključnega pospeševalnega tima v vrhu vlade, ki bo skupaj z ministrom za zdravje koordiniral ključne vladne in nevladne skupine za udejanjanje zakonodaje v praksi, bo uspeh izostal.

Vlada koordinira zakonodajo in regulativo z drugimi institucijami. Če se programi kakovosti in varnosti ne dodajo obstoječim programom na dodiplomskem izobraževanju zdravstvenih poklicev, potem ni pričakovati izboljševanja kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave.

Vlada je odgovorna za regulativo in zakonodajo s področja kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave in prek nacionalne institucije za kakovost in varnost v zdravstvu za merjenje in spremljanje kakovosti in varnosti, izboljševanje in povezovanje zdravstvenih ustanov, izboljševanje posameznih zdravstvenih storitev in izboljševanje celotnega sistema zdravstvene obravnave. Zadnje poročilo OECD pokaže nezavidljivo sliko na marsikaterem področju kakovosti in varnosti pacientov v Sloveniji, ki se mu pridružuje tudi poročilo Evropske komisije.

V tako majhni državi bi pacienti in državljani pričakovali regijsko povezovanje primarnega in sekundarnega zdravstvenega varstva in korporativno vodenje zdravstvenih ustanov, kjer so pravila, regulacija in druge zahteve v splošnem delu izvajanja zdravstvene dejavnosti in storitev poenotene in standardizirane.

Praktični način je lahko naslednji:

- Ustanovitev nove institucije, ki je odgovorna za razvoj, nadzor, koordinacijo in vzdrževanje izboljševanja kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave.
- Regulirati vlogo posameznih partnerjev in deležnikov pri izboljševanju zdravstvene obravnave.
- Regulirati in opisati vlogo in odgovornosti nadzorovanja.

- Zavezati vodstva zdravstvenih ustanov, združenja in druga telesa zdravstvene stroke in zdravstvene strokovnjake za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave.
- Sistemsko urediti edukacijo zdravstvenih strokovnjakov s področja klinične kakovosti in varnosti pacientov.
- Uvajanje nadzorov vključno z zahtevo po akreditaciji

Pri tem naj bi se vlada izognila možnim napakam v zakonodaji in regulativi. To se lahko zgodi, če je pri njihovi pripravi ne sodelujejo strokovnjaki zlasti za klinično kakovost, ali če niso povabljeni pravi deležniki. Tudi napačen ali preširok izbor deležnikov lahko pripelje do napak. Upoštevati pa je treba tudi morebitne ozke interese posameznih deležnikov. Najboljše vodilo je morda odgovor na vprašanje: »Kakšna zakonodaja, bo uvedla najboljšo možnost za razvoj in vzdrževanje kakovosti osredotočene na pacienta in kakšne vire za to potrebujemo?«

Sama zakonodaja in izvedbeni dokumenti niso dovolj. Če ne bo vzpostavljenih struktur, zmožnosti, kompetenc s področja kakovosti in varnosti pacientov in ustreznih finančnih virov ter procesov, ki bodo zagotavljali regularno obdobjo posodabljanje, bo vse skupaj samo na papirju kot se je dogajalo do sedaj.

Literatura

OECD Health at a Glance 2013. OECD Indicators. www.oecd.org.

Carroll JS, Quijada MA. Redirecting traditional professional values to support safety: changing organizational culture. *Quality and Safety in Health care*. 2004;13: 16-21.

Council of Europe, Recommendation o. R(97) 17 of the Committee of Ministers to Member States on the development and implementation of quality improvement systems in health care, 1997, <http://www.cm.coe.int/>

Council of Europe Recommendation no R (2006) 7 of the Committee of ministers to Member States on management of patient safety and prevention of adverse events in health care, 2006.

Custers T, Hurlle J, Klazinga N, Brown A. Selecting effective incentive structures in health care. A decision framework to support health care purchasers in finding the right incentives to drive performance. *BMC Health Services Research*. 2008; 8:66.

Groene O, Klazinga N, Kazanjian V, Lombrail P, Bartels P. The World Health Organization Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH). An Analysis of the pilot implementation in 37 hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*. 2008; 20:155-61.

IOM. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System For The 21st Century*. Committee on Quality of Health Care in America, National Academy Press 2001, Washington DC.

Legido-Quigley H, McKee M, Walshe K, Sunol R, Nolte E, Klazinga N. How can quality of health care be safeguarded across the European Union? *British Medical Journal*. 2008; 336: 920-3.

McGlynn E, Aschs S, Adams J, Keeseey J, Hicks J, de Christofar A, Kerr E. The Quality of Health Care Delivered to Adults in the USA. New England Journal of Medicine. 2003; 348: 2635-45.

Ovretveit J. Research and knowledge about the costs and effectiveness of interventions to improve patient safety, A review of research and guidance for LoF, Stockholm: Karolinska Institute Medical Management Center, 2005. <http://homepage.mac.com/johnovriFileSharing1.html>

Robida A. Pot do odlične zdravstvene prakse. Ljubljana: GV Planet, 2009

Robida A. Napake pri zdravstveni obravnavi pacientov. Sistematična analiza globjih vzrokov za napake. Bled: Centre za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave, 2013.

Veillard J, Champagne F, Klazinga N, Kazandjian V, Arah A, Guisset A. A performance assessment framework for hospitals: The WHO Regional Office for Europe PATH project. International Journal for Quality in Health Care 2005; 6:487-96.

Zaheer S, Ginsburg L, Chuang YT, Grace SL. Patient safety perceptions of frontline staff in acute care hospitals: Examining the role of ease of reporting, unit norms of openness, and participative leadership. Health Care Manage Rev- 2015; 40: 13-23.

KONEC DOKUMENTA