

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

***Klinične poti kot orodje nadzora in preverjanja
kakovosti zdravstvenih storitev***

Magistrsko delo

Ljubljana, 2013

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Mira Šavora

Mentorica: red. prof. dr. Zinka KOLARIČ

***Klinične poti kot orodje nadzora in preverjanja
kakovosti zdravstvenih storitev***

Magistrsko delo

Ljubljana, 2013

ZAHVALA

*Posebna zahvala gre moji družini, **Nicku, Kennyju in Stojanu**, ki so na račun mojega študija bili marsikdaj postavljeni v posebne okoliščine, ki so od njih zahtevale potrpežljivost in prilagajanje moji poti do cilja.*

*Zahvaljujem se red. **prof. dr. Zinki Kolarič**, mentorici, za podporo in razumevanje ter napotke pri nastajanju magistrskega dela.*

*Zahvala gre tudi **Martini Mejak**, ki se je uspešno prebila skozi moje delo in opravila lektoriranje.*

*Zahvaljujem se **prim. mag. Venčeslavu Pišotu**, direktorju Ortopedske bolnišnice Valdoltra, ki mi je omogočil razpolaganje s potrebno dokumentacijo za izvedbo študije primera.*

*Zahvala **Stanislavi Škerbec**, ki mi je že pred svojo upokojitvijo usmerjala k nadaljevanju študija.*

Vsem, ki so verjeli vame, me spodbujali in mi želeli uspešen zaključek magistrskega dela, ter tudi tistim, ki so me z nepotrebnimi zaprekami še bolj spodbudili k realizaciji cilja.

Delo posvečam medicinskim sestram, ki kljub napornemu vsakodnevnemu delu in pogosto nepredvidenemu urniku dela uspejo zbrati še toliko moči, potrpežljivost, časa in dobre volje, da se aktivno vključujejo v izobraževanje, raziskovanje in razvijanje kakovosti in varnosti.

Kakovost je vedno odvisna od delovanja ljudi!

Mira Šavora

IZJAVA O AVTORSTVU

POVZETEK

Klinične poti kot orodje nadzora in preverjanja kakovosti zdravstvenih storitev

Zdravje je vrednota posebnega osebnega in družbenega pomena. Pričakovanja stalnega optimalnega zdravja so nerealna, vendar lahko z dobrim sistemom zdravstvenega varstva in zagotavljanja kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev izboljšamo kakovost zdravja ljudi in družbe.

Na kakovost zdravstvenih storitev vplivajo številni dejavniki. Spreminjanje odnosa uporabnikov zdravstvenih storitev do kakovosti in varnosti zahteva spremenjen odnos in delovanje tudi na strani izvajalcev, ki se morajo vedno bolj posvečati potrebam uporabnikov, njihovim pričakovanjem in jih omogočati aktivno vlogo in sodelovanje z zdravstvenim timom. Pozitivna naravnost k razvijanju kakovosti in varnosti zahteva vzpostavitev sistema kakovosti in varnosti, ki temelji na spremljanju kazalnikov kakovosti in varnosti. Najpomembnejši kazalnik celovite kakovosti in varnosti je zadovoljstvo uporabnikov, vendar pa pri tem ne smemo zanemariti kazalnikov, s katerimi merimo kakovost stroke.

Za nadzor, presojo in izboljšanje kakovosti zdravstvenih storitev obstajajo številni standardi kakovosti. S spremljanjem kazalnikov kakovosti in iskanjem dobrih praks številne zdravstvene organizacije načrtno razvijajo kakovost in varnost. Eno od primernih orodij za spremljanje kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev so tudi klinične poti.

Temeljna ugotovitev analize konkretnega primera klinične poti je, da je klinična pot primerno orodje za nadzor, presojo in izboljšanje kakovosti in varnosti, saj omogoča hitrejše in lažje zaznavanje odstopanj od standardne obravnave in lažje opredeljevanje dejavnikov tveganja.

Ključne besede: zdravstveno varstvo, kakovost zdravstvenih storitev, klinična pot, standardi kakovosti.

ABSTRACT

Clinical pathwais as a tool for monitoring and verifying the quality of health services

Health is a value of a specific personal and social significance. Expectations of continuous optimal health are unrealistic, however with a good health care system and quality and safety of health services the quality of health of both, human and society, can be improved.

The quality of health services is affected by numerous factors. Changing attitudes of users of health services to the quality and safety requires changes in attitude and performance on the part of health care providers, which should always pay more attention to users' needs and expectations, and enable them an active role and cooperation with the medical team. Positive attitude to the development of quality and safety requires the establishment of a quality and safety system, which is based on monitoring of indicators of quality and safety. The most important indicator of the overall quality and safety is customer satisfaction, nevertheless indicators that measure the quality profession can not be neglected.

There are numerous quality standards for the control, assessment and improvement of quality of health services. By monitoring quality indicators and searching for best practices many medical organizations systematically develop quality and safety. One of adequate tools for monitoring the quality and safety of health services are also clinical pathwais.

The main finding of the analysis of particular clinical pathwais case is that the clinical trail is suitable tool for monitoring, assessing and improving the quality and safety as it allows faster and easier detection of deviations then the standard treatment and enables better identification of risk factors.

Key words: health care, quality of health services, clinical trail, quality standards.

KAZALO

UVOD	15
1 OPREDELITEV PROBLEMA, PREDMETA RAZISKOVANJA, UPORABLJENE METODE DELA, CILJ IN HIPOTEZE	17
1.1 Opredelitev problema	17
1.2 Predmet raziskovanja	20
1.3 Namen in cilji raziskave	21
1.4 Temeljne teze	22
1.5 Metode proučevanja	23
1.6 Struktura magistrskega dela	23
2 ORGANIZIRANOST, RAVNI DELOVANJA IN FINANCIRANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	25
2.1 Zdravje in posebnosti zdravstvenih storitev	25
2.2 Predstavitev sistema zdravstvenega varstva v RS	29
2.2.1 Financiranje zdravstvenega varstva v RS	32
2.2.2 Storitve in nivoji zdravstvenega varstva	48
2.2.3 Učinkovitost zdravstvenega varstva	54
3 KAKOVOST IN VARNOST ZDRAVSTVENIH STORITEV	56
3.1 Opredelitev pojma: kakovost	57
3.1.1 Kakovost storitev	61
3.1.2 Kakovost zdravstvenih storitev	62
3.1.3 Opredelitev kakovosti izvajalskih organizacij	66
3.2 Pravni temelji zagotavljanja kakovosti v zdravstvu	67
3.3 Kakovost kot sestavni del sodobnega menedžmenta	68
3.4 Varnost pacientov	70
3.5 Slaba kakovost oskrbe	75
3.6 Lastnosti kakovostne in varne zdravstvene oskrbe	80
3.7 Dejavniki, ki vplivajo na kakovost in varnost	83
3.8 Metode za doseganje kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev	84
3.9 Ključni koraki vzpostavljanja sistema celovite kakovosti in varnosti	85
3.10 Merjenje kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev	86

3.11	Nadzor, presoja in izboljšanje kakovosti in varnosti.....	88
4	TEMELJNE DIMENZIJE KAKOVOSTI.....	90
4.1	Kakovost, kot jo pojmujejo uporabniki storitev (kakovost za uporabnika).....	90
4.2	Kakovost z vidika izvajalcev zdravstvenih storitev, notranjih poslovnih procesov in kulture organizacije.....	93
4.3	Kakovost z vidika financiranja zdravstvenih storitev in zdravstvene politike.....	97
5	STANDARDI KAKOVOSTI	100
5.1	Modeli upravljanja kakovosti – standardi kakovosti.....	100
5.1.1	ISO standardi – pristop na osnovi najboljših praks.....	102
5.1.2	Primerjalno presojanje (Benchmarking)	104
5.1.3	Model celovitega obvladovanja kakovosti – TQM.....	106
5.1.4	Model SERVQUAL	107
5.1.5	Akreditacija; primer National Integrated Accreditation for Healthcare Organization – mednarodne akreditacijske hiše.....	109
5.2	Koncept celovite kakovosti in spremljanje kazalnikov kakovosti	110
6	KLINIČNA POT KOT INSTRUMENT SPREMLJANJA IN NADZORA KAKOVOSTI IN VARNOSTI ZDRAVSTVENIH STORITEV.....	115
6.1	Oprelitev pojma klinične poti.....	115
6.2	Razvoj kliničnih poti pri nas in v svetu.....	119
6.3	Pomen in vloga kliničnih poti	120
6.4	Klinična pot kot orodje nadzora in presoje izboljšanja kakovosti in varnosti	122
6.5	Klinična pot kot orodje učinkovitejše izrabe virov	125
6.6	Uporaba kliničnih poti v praksi – prednosti in slabosti.....	127
7	ŠTUDIJA PRIMERA: PREDSTAVITEV IN ANALIZA KLINIČNE POTI PRI VSTAVITVI ENDOPROTEZE KOLKA.....	131
7.1	Predmet raziskave, osnovne teze in metode za raziskovanje	131
7.2	Predstavitev procesa klinične poti pri vstavitvi endoproteze kolka	133
7.3	Ali in kako klinična pot pri vstavitvi endoproteze kolka zagotavlja kakovost in varnost.....	149
7.4	Ali in kako konkretna klinična pot pri vstavitvi endoproteze kolka omogoča menedžmentu nadzor in presojo kakovosti in varnosti	153

7.5	Ali in kako konkretna klinična pot pri vstavitvi endoproteze kolka aktivno vključuje pacienta/uporabnika zdravstvenih storitev in vpliva na njegovo zadovoljstvo	156
7.6	Odstopanje in pomanjkljivosti klinične poti pri vstavitvi endoproteze kolka.....	156
7.7	Preverjanje in interpretacija tez.....	159
8	KLJUČNE UGOTOVITVE	162
	ZAKLJUČKI.....	167
	LITERATURA	169
	PRILOGE	185
	Priloga A: Klinična pot pri vstavitvi endoproteze kolka – dokumentacija	185
	Priloga B: Kirurški varnostni list	207

KAZALO SLIK

Slika 2.1: Sistem zdravstvenega varstva – zapletenost zdravstvenega okolja in vplivi nanj ...	30
Slika 2.2: Organizacija zdravstvenega varstva v RS.....	31
Slika 2.3: Sistem financiranja zdravstvenega varstva	34
Slika 2.4: Sredstva, namenjena zagotavljanju zdravstvenega varstva v RS 2003–2008.....	35
Slika 2.5: Akterji, financiranje, pravice in razporejanje sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja.....	37
Slika 2.6: Prostovoljno zdravstveno zavarovanje	38
Slika 2.7: Vrednost programa zdravstvenih storitev po posameznih dejavnostih v letu 2011.	43
Slika 2.8: Delež prihodkov in odhodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja v BDP v obdobju 2001-2011.	44
Slika 2.9: Kakovost in stroški	45
Slika 2.10: Pregled stroškov kakovosti	46
Slika 2.11: Zdravstvena oskrba	49
Slika 3.1: Razsežnost sistema kakovosti	56
Slika 3.2: Temelji kakovosti (temelji odličnosti).....	57
Slika 3.3: Opredelitve kakovosti	59
Slika 3.4: Model kakovosti storitev.....	62
Slika 3.5: Sistem kakovosti zdravstvene ustanove.....	66
Slika 3.6: Menedžment kakovosti	69
Slika 3.7: Dejavniki, ki prispevajo k slabi oskrbi bolnikov, njihov vpliv na organizacijo, zaposlene ter na možne povratne mehanizme	72
Slika 3.8: Vpliv okolja na postopek zdravstvene obravnave	74
Slika 3.9: Učinki zdravstvene oskrbe	75
Slika 3.10: Lastnosti kakovostne zdravstvene oskrbe	81
Slika 3.11: Merjenje kakovosti.....	86
Slika 4.1: Razsežnosti zagotavljanja kakovosti z vidika izvajalcev zdravstvenih storitev	94
Slika 4.2: Opredeljevanje kakovosti zdravstvenih storitev z vidika financiranja	98
Slika 5.1: Model poslovne odličnosti	102
Slika 5.2: Primerjalno presojanje – zgledovanje (Benchmarking).....	105
Slika 5.3: Dejavniki, ki vplivajo na pričakovanja uporabnikov	108
Slika 5.4: Diagram poteka za postopek izvajanja korektivnih ukrepov	111
Slika 6.1: Klinična pot: upravljanje in ravnanje zdravstvene prakse	117
Slika 6.2: Klinična pot.....	118

Slika 6.3: Zgled nenehnega izboljševanja kakovosti v zdravstvu in usmeritve klinične poti v sistem.....	121
Slika 6.4: Uporaba kliničnih poti v EU	128
Slika 6.5: Stališča petih poklicnih skupin v štirih slovenskih bolnišnicah.....	130
Slika 7.1: Grafična predstavitev procesa vstavitve endoproteze kolka	135
Slika 7.2: Prizadet kolčni sklep	148
Slika 7.3: Endoproteza kolka	148
Slika 7.4: Lastnosti kakovostne zdravstvene oskrbe v analizirani klinični poti vstavitve totalne endoproteze kolka	152

KAZALO TABEL

Tabela 2.1: Izdatki za zdravstvo v EU-27, 2000 in 2008.....	42
Tabela 2.2: Izdatki za zdravstvo v RS v letih 2003 do 2008 v tisoč EUR.....	44
Tabela 2.3: Primerjava učinkovitosti in kakovosti zdravstvenega varstva med državami EU in ZDA.....	47
Tabela 2.4: Kazalniki poslovne učinkovitosti v bolnišnicah v letu 2009.....	54
Tabela 3.1: Zdravstvene napake v akutnih bolnišnicah – odstopanje od kakovosti in varnosti	78

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC

- ASQC – American Society for Quality Control- Ameriško združenje za nadzor kakovosti
- BDP – bruto domači proizvod
- CT – računalniška tomografija
- DNV – Det Norske Veritas – Norveško akreditacijsko združenje
- EFQM – European Foundation for Quality Management, slo. Evropsko združenje za kakovost
- EGS – Evropska gospodarska skupnost
- EOQC – European Organization for Quality Control – Evropsko združenje za nadzor kakovosti
- EPA – Evropsko združenje za obravnavo kliničnih poti - European Pathway Association
- EU – Evropska unija
- IVZ – Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije
- JZZ – javni zdravstveni zavod
- MZ – Ministrstvo za zdravje
- NIAHO – National Intergated Accreditation for Healthcare Organization -
- OBV – Ortopedska bolnišnica Valdoltra
- OECD – Organisation for Economic Co-operation - Organizacija za gospodarsko sodelovanje in nadzor
- OSCE - Organization for Security and Co-operation in Europe – Organizacija za varnost in sodelovanje v Evropi
- RS – Republika Slovenija
- RTG – Rentgen (slikanje s pomočjo rentgenskih žarkov)
- SERVQUAL – Service quality (model za merjenje kakovosti storitev)
- SPP – skupine primerljivih primerov
- SURS – Statistični urad Republike Slovenije
- SZK – Slovensko združenje za kakovost
- SZO – Svetovna zdravstvena organizacija, angl. WHO - World Health Organization
- SZV – sistem zdravstvenega varstva
- TQM – celovito upravljanje kakovosti - total quality management
- UMAR – Urad za makroekonomske analize in razvoj
- Ur.l. RS – Uradni list Republike Slovenije
- ZPacP – Zakon o pacientovih pravicah
- ZZDej – Zakon o zdravstveni dejavnosti
- ZZdrI – Zakon o zdravstveni inšpekciji

ZZdrS – Zakon o zdravniški službi

ZZMP – Zakon o medicinskih pripomočkih

ZZV – Zavod za zdravstveno varstvo

ZZVZZ – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

UVOD

»Zdravje postaja na eni strani vse večja vrednota za vse kategorije prebivalstva, obenem pa se spreminja odnos ljudi do zdravstva in brezpogojnega zaupanja v pogojno zaupanje in celo v dvom. V zdravstveni sistem se širi tržni odnos do zdravstvenih storitev, bolniki pa postajajo vse bolj enakovredni partnerji, ki kritično vrednotijo in reagirajo na vse nepravilnosti v zdravstvenem sistemu« (Ule 2003).

Med glavne elemente zdravstvenega sistema štejemo zdravstveno politiko, zdravstveno dejavnost, zdravstveno zavarovanje, izobraževanje in usposabljanje, medicinsko znanost in tehnologijo. Organizacija zdravstvenega varstva je v RS zasnovana tripartitno tako, da vključuje uporabnike zdravstvenih storitev, izvajalce zdravstvenih storitev in državo. **Zagotavljanje zdravstvenega varstva**¹ za potrebe prebivalstva je možno preko javne ali zasebne dejavnosti. O mreži zdravstvenega varstva odloča parlament, ki jo v obravnavo pošlje vlada na predlog resornega ministrstva. Nekoliko kompleksnejši sistem financiranja, ki ga poznamo v Sloveniji, in pravna ureditev javnih zavodov sta nedvomno tista, ki dopuščata precejšnjo mero neurejenosti in nejasnosti. Hkrati je zaznati premalo nadzora ali pa je le ta zgolj neučinkovit (Česen 1998).

Tako v strokovni kakor tudi v laični javnosti vedno bolj odmevajo razprave, ki govorijo o tem, da je sistem zdravstvenega varstva nepregleden, slabo organiziran, ni transparenten na področju sledljivosti postopkov in izrabe resursov, predvsem pa potrebuje nujno prenovu in reorganizacijo ter iskanje notranjih rezerv in povečevanje kakovosti in varnosti storitev.

Zagotavljanje uspešne in učinkovite zdravstvene obravnave ni odvisno zgolj od strokovnega znanja vseh poklicnih struktur, ki delujejo v zdravstvenem sistemu, saj strokovno doktrinarno obravnavo pogojuje tudi sam sistem in organiziranost tako na ravni države kakor tudi na ravni posameznih organizacij, ki zagotavljajo izvajanje zdravstvenih storitev. Ob učinkovitem vodenju, organiziranju in financiranju je potrebno posebno pozornost nameniti tudi pregledni dokumentaciji, s pomočjo katere je možno zagotavljati sledljivost, hkrati pa je olajšan nadzor nad doktrinarnim izvajanjem postopkov, izrabo resursov ter nepričakovanimi odstopanji.

¹ Temeljni akti, v katerih je opredeljena vsebina sistema zdravstvenega varstva v RS, so Zakon o zdravstveni dejavnosti Uradni list RS, št. 36/2004 in Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju Uradni list RS, št. 9/1992 ter zakon o zdravniški službi Uradni list RS, št. 98/1999.

Pri definiranju **zdravstvenih storitev** ni možna natančna opredelitev, saj različni avtorji storitve razlagajo kot izboljššan izdelek ali stanje, uslugo ali izvedbo del na način oziroma tako, da ima od tega uporabnik korist. Večina opredelitev storitev se nanaša na fizične izdelke in ne na storitvene dejavnosti, med katere sodi tudi zdravstvo. Kljub temu najdemo številne razlage, ki ustrezajo storitvenim dejavnostim. Tako npr. Bradač opredeljuje storitev kot delati nekaj za nekoga oziroma služiti nekemu, streči, skrbeti zanj, pomagati nekemu oziroma storiti zanj nekaj (Bradač v Snoj 1998, 32).

Svetovna zdravstvena organizacija (angl. World Health Organization, v nadaljevanju WHO²) v svoji definiciji opredeljuje zdravstvene storitve kot vse tiste storitve, ki se ukvarjajo z diagnostiko in zdravljenjem bolezni ali spodbujanjem, vzdrževanjem in obnovo zdravja ter vključujejo osebne in neosebne zdravstvene storitve (World Health Organization 2011).

Pričakovanja posameznika in celotne družbe so kakovostne in varne storitve, izvedene v najbolj optimalnih pogojih ob pravem času s strani ustrezno usposobljenih strokovnjakov ter s primerno opremo. Zaradi zavedanja, da ni nič optimalno in so torej vedno možne izboljšave, so težnje k razvijanju kakovosti in varnosti še toliko bolj v ospredju. Dobra organizacija zdravstvenega varstva ter kakovostne in varne storitve so v vsaki družbi izjemnega pomena, saj so številne družbene aktivnosti in družbeni razvoj odvisne prav od zdravstvenega stanja članov družbenih skupnosti in posameznih skupin prebivalcev. Samo varna in kakovostna zdravstvena oskrba je namreč tudi racionalna in ekonomsko upravičena ter takšna, s katero je doseženo zadovoljstvo uporabnikov storitev, izvajalcev in financerja.

Z namenom zagotavljanja in dvigovanja kakovosti in varnosti storitev so razviti številni standardi kakovosti in druga orodja, ki lahko v praksi doprinesejo k izboljšavam. Eno takšnih orodij so tudi klinične poti.

² World Health Organization (WHO) deluje kot ena od institucij Združenih narodov. Ustanovljena je bila 7. aprila 1948. Republika Slovenija je njena članica od leta 1993. Organizacija deluje na globalnem nivoju, njeno delovanje je usmerjeno na postavljanje standardov in priporočil, snovanju zdravstvene politike z upoštevanjem znanstvenih dognanj, pripravo in vodenje raziskav, reševanje perečih zdravstvenih problemov, ki zadevajo širša področja ali predstavljajo ogrožajoč dejavnik za človeštvo, statističnim spremljanjem številnih bolezni, skrbi za cepljenja, izvaja ukrepe za preprečevanje podhranjenosti in lakote, epidemij. Sedež organizacije je v Ženevi. Za enega najpomembnejših uspehov velja izkoreninjenje črnih koz.

1 OPREDELITEV PROBLEMA, PREDMETA RAZISKOVANJA, UPORABLJENE METODE DELA, CILJ IN HIPOTEZE

1.1 Opredelitev problema

Po nacionalnih usmeritvah za razvoj kakovosti v zdravstvu je **kakovost v zdravstvu** opredeljena kot dosledno ustvarjanje izidov zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami ob upoštevanju načel kakovosti, ta pa so: uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost, enakost in osredotočenost na paciente (Robida 2006a).

Zdravje je ena od temeljnih človekovih vrednot, ki ga kot tako v strategiji svojega delovanja v smeri zagotavljanja in ohranjanja zdravja pojmuje tudi WHO. Definicija WHO razlaga zdravje kot »stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje in ne le odsotnost bolezni ali slabosti« (Česen 2003, 252; World Health Organization 2007). Do zdravja je upravičen vsak posameznik, zato je pričakovanje enakosti v zagotavljanju zdravstvenih storitev in obravnavi s strani zdravstvenih delavcev toliko večje. **Sistem zdravstvenega varstva v RS** je dokaj široko opredeljen v pravnih aktih. Tako npr. Ustava Republike Slovenije v 51. členu določa: »Vsakdo ima pravico do zdravstvenega varstva pod pogoji, ki jih določa zakon«. Zakon določa pravice do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev. Nikogar ni mogoče prisiliti k zdravljenju, razen v primerih, ki jih določa zakon (Ustava Republike Slovenije, Ur. l. RS, št. 33/1991). Obveznost skrbi za zdravje je opredeljena v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju ZZVZZ), ki v 2. členu določa, da: »Vsakdo ima pravico do najvišje možne stopnje zdravja in dolžnost skrbeti za svoje zdravje«, prav tako pa ima vsakdo pravico do zdravstvenega varstva. Hkrati ima vsakdo dolžnost, da pripomore k uresničevanju zdravstvenega varstva ter nihče ne sme ogroziti zdravja drugih, hkrati je vsakdo drugim dolžan nuditi vso potrebno pomoč v okviru svojih zmožnosti (ZZVZZ-UPB3, Ur. l. RS, št. 72/2006). Zagotavljanje zdravja torej ni samo obveznost posameznika, pač pa tudi celotne družbe v okviru politike zdravja, kot jo opredeljujejo posamezni zdravstveni sistemi.

Pri zagotavljanju zdravstvenih storitev ni dovolj le dostopnost in kvantiteta, pač pa sta vedno bolj v ospredju tudi kakovost in varnost. Nacionalna strategija kakovosti in varnosti 2010–2015 v zdravstvu opredeljuje kot temeljni cilj prav razvijanje in izboljševanje celovitega

sistema kakovosti ter doseganje visoke varnosti zdravstvenih storitev preko uvajanja kulture nenehnega izboljševanja in sistematičnega povezovanja vseh partnerjev (Ministrstvo za zdravje 2010).

Če izhajamo iz **nacionalnih usmeritev za razvoj kakovosti v zdravstvu**, ugotavljamo, da v Sloveniji nimamo daljše tradicije systemskega pristopa h kakovosti in varnosti v zdravstvu. Prve resnejše aktivnosti na tem področju so bile izvedene sredi devetdesetih let 20. stoletja s pomočjo WHO. Leta 2001 je bil pripravljen dokument z naslovom **Kakovost v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji**.³ v katerem so med drugim izpostavljeni tudi nekateri mehanizmi za zagotavljanje najnujnejših standardov. Oboje predstavlja izhodišče za razvijanje kakovosti tako na krovni ravni, torej na ravni sistema zdravstvenega varstva, ter tudi na vseh treh ravneh zagotavljanja zdravstvenega varstva vse do neposrednih izvajalcev zdravstvenih storitev.

Pri obravnavi kakovosti zdravstvenih storitev se je potrebno nujno dotakniti tudi pojma varnost zdravstvenih storitev ali na kratko varnosti. Pojma sta namreč povezana in soodvisna. **Varnost pacientov**⁴ je temeljno načelo zdravstvenega varstva. Neželeni učinki so lahko posledica težav v praksi izvajanja teh storitev, proizvodov, postopkov ali procesov. Varnost pacientov in izboljšanje ponudbe storitev je kompleksen sistem prizadevanja na ravni, ki vključuje široko paleto dejavnosti za izboljševanje učinkovitosti, okoljske varnosti in obvladovanja tveganja, vključno z nadzorom okužb, varni uporabi zdravil, varnostno opremo, varne klinične prakse, varnega okolja in bivanja (Robida 2006a).

Dostopnost do kakovostne zdravstvene oskrbe izhaja tudi iz Luksemburške deklaracije o varnosti bolnika,⁵ v kateri je v uvodnem delu opredeljeno, da gre za »osnovno človekovo

³ Pomembno izhodišče za razvoj kakovosti v zdravstvu je bilo prvič jasno zapisano v dokumentu **Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije – zdravje za vse do leta 2004**, kjer je v 5. točki zapisano, da je potrebno razvijati in spodbujati razvoj stroke in izboljšanje kakovosti dela zdravstvene dejavnosti.

⁴ Leta 2002 je 55. skupščina svetovne zdravstvene organizacije (WHA 55.18) na podlagi ugotovitev, da zdravstvene napake povzročajo človeško trpljenje in visoke stroške v zdravstvu, opomnila članice, naj posvetijo večjo pozornost vprašanju varnosti pacientov ter oblikujejo sisteme za izboljšanje varnosti, ki temeljijo na raziskavah. V letu 2004 je bila na podlagi tega dokumenta ustanovljena Svetovna zveza za varnost pacientov (World Alliance for Patient Safety – www.who.int/patientsafety).

⁵ Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika je bila sprejeta 5. aprila leta 2005 pod geslom »Varnost bolnika – zagotovimo jo«. Poudarek deklaracije je na pravici do dostopnosti kakovostnih in varnih zdravstvenih storitev za vse uporabnike storitev ter tudi za izvajalce, druge institucije in druge državljane, ki so kakor koli vključeni v sistem zdravstvenega varstva na območju EU. Sprejeta so pomembna temeljna priporočila za institucije, nacionalne oblasti in izvajalce zdravstvenih storitev. Podpisnica te deklaracije je tudi Slovenija.

pravico, ki jo priznavajo in spoštujejo Evropska unija, vse njene institucije in državljani Evrope. V skladu s tem dejstvom imajo bolniki pravico pričakovati, da bo ves trud vložen v zagotavljanje njihove varnosti kot uporabnika vseh zdravstvenih storitev« (Luksemburška deklaracija 2005).

Vodstva posameznih zdravstvenih organizacij in njihovi zaposleni – izvajalci zdravstvenih storitev – se vedno bolj zavedajo pomena kakovosti storitev. Tako je npr. nujno **obravnavanje procesov** in ne zgolj obravnavanje posameznih delovnih nalog ali opravil. Pri opredeljevanju kakovosti je potrebno upoštevati različne vidike; tako vidik uporabnikov storitev, vidik financerjev in tudi vidik izvajalcev in zakonodajalca (Marušič 2009).

Lovelock v svojem povzemanju Feigenbauma opredeljuje kakovost kot skupek značilnosti trženja, razvijanja proizvodnje in vzdrževanja, s katerim bo izdelek ali storitev v uporabi zadovoljil pričakovanja uporabnika, medtem ko sam označuje kakovost kot nameravano stopnjo odličnosti in kontrolo sprejemljivosti pri doseganju te odličnosti, pri doseganju uporabnikovih pričakovanj ali zahtev (Lovelock 1999). Nič manj pomembna ni **analiza dejavnikov, ki vplivajo na kakovost zdravstvenih storitev**. Marolt jih npr. deli na notranje in zunanje ter posredne in neposredne. Kot notranji dejavniki najpogosteje nastopajo zaposleni in njihov odnos do pacientov, kultura organizacije in voditeljstvo, najpomembnejši zunanji dejavniki pa so zdravstvena politika in organiziranost zdravstvene mreže, financiranje zdravstvenega varstva, krajevna dostopnost, znanje in tehnološka opremljenost (Marolt in Gomišček 2005).

Pojmovanje kakovosti zdravstvenih storitev je odvisno od posameznih akterjev. Tako denimo **pojmovanje kakovosti za uporabnika storitev** pomeni dostopnost do storitev, časovno umeščenost storitev glede na potrebe posameznika in morebitno oddaljenost od izvajalca, pričakovan izid in zadovoljstvo z izvajalcem storitev in samo storitvijo. Keber navaja: »kakovost zdravstvenih storitev razumemo, kadar pravi bolnik dobi pravo oskrbo pravočasno in na pravi način, kadar mu je zdravstvena oskrba dostopna v primernem času, kadar dobi natančno in razumljivo informacijo o tveganjih in dobrotah zdravstvene oskrbe, kadar se ta izvaja varno in spoštljivo in kadar je nepretrgana, učinkovita in uspešna« (Keber in drugi 2003, 42).

Sistem zdravstvenega varstva označuje kompleksen sklop delovanja. Storitve, ki jih zagotavlja zdravstveni sektor, so zaradi vrednote, kot je zdravje, izjemnega in neprecenljivega pomena za posameznika in družbo. Zato je še toliko bolj pomembno, da so storitve ustrezne (primerne), kakovostne in varne – torej takšne, da so z njimi zadovoljni uporabniki, država, plačnik in stroka. Naložba v zdravje je torej smiselna, ker velja za dolgoročno naložbo, ki ima široko družbeno vrednost.

1.2 Predmet raziskovanja

Predmet raziskovanja je pojmovanje kakovosti, standardov kakovosti in dejavnikov, ki vplivajo na kakovost zdravstvenih storitev ter klinične poti kot možno orodje nadzora in preverjanja kakovosti zdravstvenih storitev.

Temeljno izhodišče magistrskega dela je vedno večje zavedanje posameznika in družbe o pomenu kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev. Potrebe po zdravstvenih storitvah nenehno naraščajo, hkrati se vsebinsko spreminjajo. Vedno večje zavedanje o pomenu kakovosti izpodriva kvantiteto kot dolga leta uveljavljen parameter učinkovitosti zdravstvenega varstva. Zaradi demografskih dejavnikov, ki nakazujejo staranje prebivalstva, tehnološkega napredka v medicini in vedno večjih potreb prebivalstva je v prihodnje pričakovati nadaljevanje teženj k racionalizaciji zdravstvenega varstva. Pričakovati je, da bodo take aktivnosti vodile k večjemu zavedanju o pomenu kakovosti storitev in varni zdravstveni obravnavi, kar pa je možno pospešiti le z uporabo primernih in učinkovitih metod in orodij, ki bodo zagotavljala dober pregled nad porabo sredstev, dejavniki, ki vplivajo na kakovost in omogočala razvijanje kakovosti in varnosti.

Pri opredeljevanju kakovosti zdravstvenih storitev je potrebno poznati tako **temeljna teoretična izhodišča in splošne definicije** kakovosti kot tudi kakovosti storitev. Lovelock v svojem povzemanju Feigenbauma opredeljuje kakovost kot skupek značilnosti trženja, razvijanja proizvodnje in vzdrževanja, s katerim bo izdelek ali storitev v uporabi zadovoljil pričakovanja uporabnika, medtem ko sam označuje kakovost kot nameravano stopnjo odličnosti in kontrolo sprejemljivosti pri doseganju te odličnosti pri doseganju uporabnikovih pričakovanj ali zahtev (Lovelock 1999).

»Za vzpostavitev sistema celovite kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev je posebna skrb namenjena prav izbiri standardov kakovosti, s pomočjo katerih vsaka posamezna organizacija vzpostavi celovit sistem kakovosti in varnosti. Dobro oblikovani in korektni standardi kakovosti predstavljajo orodje za izgradnjo in ohranjanje sistema kakovosti in varnosti, omogočajo sledljivost delovanja, merljivost in spremljanje« (Snoj 1998, 120). Ishikawa navaja, da je »temeljni namen standardov kakovosti povečanje varnosti, doseganje zadovoljstva uporabnikov storitev, poenostavljanje komunikacije in vzpostavitev enotne, vsem poznane in razumljive terminologije za določanje natančnih meril in kriterijev za ocenjevanje kakovosti in varnosti« (Ishikawa 1989, 57).

Na kakovost in varnost storitev v zdravstvu vplivajo številni dejavniki, ki jih je možno na grobo razvrstiti v sklope, ki izhajajo iz zdravstvene politike in organizacije zdravstvenega varstva, financiranja, izvajalcev zdravstvenih storitev in uporabnikov storitev. Merjenje zadovoljstva uporabnikov v javnem in zasebnem zdravstvu praviloma izvajamo z anketiranjem o zadovoljstvu (na primer anketiranja zadovoljstva bolnikov v slovenskih bolnišnicah, ki je potekalo pod okriljem Ministrstva za zdravje⁶).

V želji po zagotavljanju in ohranjanju visoke ravni kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev so vedno bolj v uporabi klinične poti. Gre za natančno opredeljeno orodje, ki temelji na osnovi sistematičnega procesnega delovanja, ali t. i. standardni način zdravljenja, ki omogoča sistematično dokumentiranje spremljanja odklonov in kazalnikov kakovosti, poenotenje klinične prakse; torej sistematično izvajanje in spremljanje procesov (Hindle 2003; Robida in drugi 2006; Maze 2008).

1.3 Namen in cilji raziskave

Cilji magistrskega dela:

1. Skozi teoretična izhodišča definirati pojem zdravstvenega varstva in izpostaviti značilnosti in pomen zdravstvenih storitev.

⁶ Na Ministrstvu za zdravje je bila leta 2006 ustanovljena delovna skupina za pripravo enotnega vprašalnika za ugotavljanje zadovoljstva bolnikov v slovenskih bolnišnicah. Tako so bili rezultati zaradi uporabe enake metodologije in istega vprašalnika prvič primerljivi med posameznimi bolnišnicami. Žal pa ministrstvo v zadnjih dveh letih več ne koordinira anketiranja, prav tako anketiranje za bolnišnice več ni obvezno. Vsaka bolnišnice se tako za anketiranje odloča na podlagi lastnih potreb, ciljev in interesov (Robida, 2006a).

2. Izpostaviti in opredeliti pojem in pomen kakovosti in varnosti, izpostaviti dejavnike, ki vplivajo na kakovost storitev v zdravstvu, ter opredeliti standarde kakovosti, ki jih najpogosteje najdemo v praksi zagotavljanja zdravstvenega varstva.
3. Definirati pojem kliničnih poti in njihovo uporabno vrednost kot orodje za izvajanje nadzora, kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev.
4. Opraviti študijo primera, s pomočjo katere želimo potrditi smiselnost uporabe kliničnih poti v praksi in pripraviti izhodišča ki bodo služila kot pripomoček za oblikovanje pozitivnega stališča do pospešenega uvajanja kliničnih poti v prakso.

Pričakovani rezultat študije primera: predpostavke in omejitve

Pričakovani rezultat študije primera je prikazati smiselnost uporabe klinične poti v praksi ter potrditi, da z uporabo klinične poti lažje spremljamo proces zdravljenja in torej tudi odstopanja od standardov ali priporočil dobre prakse ter potrditi, da z masovno uporabo kliničnih poti lahko vplivamo na izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev ter tudi na spremljanje in zniževanje stroškov. Vendar rezultati za različne klinične poti glede na vpliv posameznih dejavnikov v različnih zdravstvenih zavodih niso nujno enaki. Upoštevati je namreč potrebno dejstvo, da je klinična pot orodje, ki ga izdelajo izvajalci določene zdravstvene storitve sami in da so te med posameznimi zdravstvenimi zavodi za enako storitev lahko že v osnovi različne, pri čemer pa morajo s stališča stroke vsi uporabljati najnovejše strokovne smernice. Temeljna omejitev raziskave je v študiji enega primera, zato posploševanje rezultatov ni možno.

1.4 Temeljne teze

Na podlagi teoretičnih izhodišč in študije primera v nalogi preverjamo naslednje temeljne teze:

T1: Klinična pot je primerno orodje nadzora in presoje kakovosti zdravstvenih storitev.

T2: Klinična pot zagotavlja sledljivost zdravstvene oskrbe in s tem povečuje varnost zdravstvenih storitev.

T3: V klinično pot vstavitve totalne endoproteze kolka so vključeni temeljni dejavniki, ki vplivajo na kakovost in varnost storitev.

T4: Uvajanje kliničnih poti v prakso povečujejo aktivno vključenost pacientov v proces zdravstvene obravnave in njihovo zadovoljstvo.

1.5 Metode proučevanja

Pri pripravi dela je za proučevanje problema kot temeljna metoda uporabljena deskriptivna metoda dela. Upoštevane so bile osnovne značilnosti znanstvene deskripcije. V magistrskem delu so v prvem delu uporabljena temeljna teoretična izhodišča, zbiranje in urejanje obstoječih podatkov, vrednotenje in ustrezna interpretacija ugotovitev. Uporabljena je bila kvalitativna metoda dela, v študiji primera pa v kombinaciji s kvantitativno analizo. Pri pregledu teoretičnih izhodišč je uporabljena domača in tuja literatura, samostojne publikacije, članki, pravni in drugi viri, zlasti tisti, ki se nanaša na pojasnjevanje organizacije zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji, definicije kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev, standarde kakovosti in klinične poti. Za študijo primera je uporabljena primerjalna analiza vpliva dejavnikov na kakovost storitev. Za študijo primera je uporabljena klinično pot za vstavitev totalne proteze kolka v Ortopedski bolnišnici Valdoltra. Model temelji na procesih, ki so opredeljeni za obravnavo bolnika v primeru omenjenih storitev.

Za preverjanje hipotez je uporabljena študija primera klinične poti, ki je temeljila na opisni metodi dela, skupaj s primerjavo s teoretičnimi izhodišči. Študija primera sloni na analitični metodi dela z iskanjem povezave in stopnje vpliva klinične poti na dejavnike, ki vplivajo na kakovost storitev in možnost vpliva na racionalno izrabo virov. Na osnovi izsledkov so pripravljene ključne ugotovitve in zaključki.

1.6 Struktura magistrskega dela

Magistrsko delo je sestavljeno iz dveh sklopov, ki sta členita na osem poglavij in zaključek. V prvih šestih poglavjih so obravnavana teoretična izhodišča, sedmo in osmo poglavje pa sta namenjeni študiji primera in ključnim ugotovitvam. **Prvo poglavje** vsebuje predstavitev problema, predmet raziskave, namen raziskave, cilje in metode dela. **Drugo poglavje** obravnavana organiziranost, ravni delovanja in financiranje zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji, definicije storitev in posebnosti zdravstvenih storitev. **Tretje poglavje** je namenjeno obravnavi kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev, dejavnikom, ki vplivajo na kakovost storitev, metodam za doseganje kakovosti, merjenju in nadzoru kakovosti. **Četrto poglavje** se nanaša na temeljne dimenzije kakovosti ter opredelitev kakovosti z vidika uporabnikov storitev, vidika izvajalcev zdravstvenih storitev, vidika financerja in zdravstvene politike. **Peto poglavje** podaja podroben pogled na standarde kakovosti in spremljanje

kazalnikov kakovosti. **Šesto poglavje** je v celoti namenjeno razlagi pojma klinične poti, razvoju in njeni uporabnosti za nadzor in izboljšanje kakovosti in varnosti. **Sedmo poglavje** obravnava študijo primera v obliki analize klinične poti pri vstavitvi proteze kolka. **Osmo poglavje** zajema ključne ugotovitve na podlagi študije primera ter preverjanje in interpretacija tez. **Zaključki** vsebujejo potrditev oziroma zavrnitev tez ter predloge za izboljšave in uvajanje kliničnih poti v prakso.

2 ORGANIZIRANOST, RAVNI DELOVANJA IN FINANCIRANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

2.1 Zdravje in posebnosti zdravstvenih storitev

Po sodobni definiciji WHO je **zdravje** stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje posameznika. Prvotno so različne definicije zdravje označevale kot odsotnost bolezni ali onemoglosti (slabosti) oziroma potrebo po pomoči. WHO v novejših opredelitvah obravnava zdravje kot celovit in dinamičen sistem, ki je sposoben prilagajanja vsem vplivom okolja ter omogoča posamezniku in skupnosti opravljati vse biološke, socialne in poklicne funkcije in preprečevati bolezni, onemoglost kakor tudi prezgodnjo smrt (World Health Organization 2007). »Zdravje je bistvenega pomena za kakovost človekovega življenja in je ena od temeljnih človekovih vrednot ter pogosto izpostavljena kot najpomembnejša človekova vrednota« (Česen 2006, 23). V sodobni definiciji je torej zdravje pojmovano kot splošna vrednota in pravica posameznika, ki je temelj za kakovostno, produktivno življenje vsakega posameznika ter hkrati skupnosti kot celote (World Health Organization 2000). »O zdravju lahko govorimo tudi kot o konceptu, izraženem pogosto kot primarna dobrina, saj je na podlagi lastnega izkustva posameznika, ko je ta vpet v situacijo pešanja zdravja ali »šibkosti« zdravja, lahko zamajana celo najbolj temeljna posameznikova eksistenca. Pojav bolezni za posameznika ne pomeni le odsotnost zdravja, pač pa tudi zmanjšanje samopodobe« (Toš 2002, 4). Definicije se razlikujejo tudi pri opredeljevanje zdrave družbe. Volč npr. opozarja, da moramo, ko govorimo o zdravju, imeti v mislih zdravje posameznika in hkrati zdravje družbe, enako pa velja tudi za opredeljevanje odgovornosti do zdravja, saj je ta tako na strani posameznika kakor tudi družbe (Volč 1990, 301). Ker gre pri pojmovanju zdravja v bistvu za vzpostavljeno dinamično ravnovesje telesnih, duševnih, čustvenih, duhovnih, socialnih, dinamičnih ravnovesij, osebnih in socialnih potreb ter značilnosti, ki se kaže v zmožnosti neprestanega opravljanja funkcij in prilagajanja okolju, je zdravje in skrb za dobro zdravje tako v interesu posameznika, izvajalcev zdravstvenih storitev, institucij zdravstvenega varstva, pa tudi cilj zdravstvene politike posamezne družbene skupnosti. Skozi celotno zgodovino človeštva je zdravje odraz družbenih razmer, socialnega in gospodarskega razvoja družbe ter socialnega blagostanja posameznika, vedno bolj pa postaja zdravje tudi predmet raziskovanja. Odgovornost za zdravje torej ni le na posamezniku, pač pa na celotni družbeni skupnosti.

Javno zdravje pomeni v širšem smislu družbeno skrb za zdravje, ki jo sestavljajo priprava pravnih določil in predpisov, priprava strokovnih podlag, zbiranje podatkov zdravstvenem stanju prebivalstva in dejavnikov, ki vplivajo na zdravje, informacijska podpora, medresorski ukrepi za krepitev zdravja, izobraževanje in zdravstvena vzgoja. Ob tem v javno dejavnost spadajo socialno medicinska, epidemiološka, higienska in zdravstveno ekološka dejavnost (Ministrstvo za zdravje 2009).

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ⁷) v svojem 2. členu opredeljuje, da ima:

- *Vsakdo pravico do najvišje možne stopnje zdravja in dolžnost skrbeti za svoje zdravje. Nihče ne sme ogrožati zdravja drugih.*
- *Vsakdo ima pravico do zdravstvenega varstva in dolžnost, da prispeva k njegovemu uresničevanju v skladu s svojimi možnostmi.*
- *Vsakdo je dolžan poškodovanemu ali bolnemu v nujnem primeru po svojih močeh in sposobnostih nuditi prvo pomoč in mu omogočiti dostop do nujne medicinske pomoči (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju 2006).*

Pri definiranju zdravja je potrebno izpostaviti tudi sociološki vidik, ki označuje zdravje skozi 3 elemente zdravja, ti so:

- psihološki (notranji mir posameznika),
- spiritualni (njegovo dobro počutje, notranjo energijo in zadovoljstvo),
- fizični (zunanji znaki in fizična sposobnost, vendar samo po sebi še ne pomeni dejanskega zdravja) (Ule 2004).

Kljub bolj ali manj jasnim definicijam pa zdravstvenega stanja še vedno ni mogoče kvantitativno meriti, zato zdravstvena praksa za merjenje zdravja posameznika uporablja posredne kazalce, kot so: integriteta organizma, njegova funkcionalnost in sposobnost prilagajanja ter subjektivno doživljanje in ocenjevanje zdravja, pri merjenju zdravstvenega stanja populacije pa temeljijo ocene na kazalcih zdravstvene statistike in posploševanja glede

⁷ ZZVZZ ureja sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega v Republiki Sloveniji, določa nosilce družbene skrbi za zdravje, njihove naloge, zdravstveno varstvo v zvezi z delom in delovnim okoljem, ureja odnose med zdravstvenim zavarovanjem in zdravstvenimi zavodi ter urejanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja.

na povprečje v populaciji. To dokazujejo tudi podatki opravljene ankete v okviru zbiranja podatkov Slovensko javno mnenje, vendar ta vsebina ni del te naloge.

Definicija storitev: v literaturi praktično ni mogoče najti poenotene definicije storitev. Snoj povzema, da v literaturi najpogosteje kot skupna značilnost storitev obravnavana njihova »neotipljivost«, saj jih uporabnik ne more otipati, hkrati pa ima uporabnik težave tudi pri njihovi konceptualizaciji, saj so tako fizično kot tudi razumsko »neotipljive« (Snoj 1998).

Snoj tudi navaja, da ne glede na to, da večina avtorjev razlaga storitve preko pojmov materialnih objektov, zanje veljajo določene značilnosti, kot so:

- nezmožnost transporta,
- neločljivost od izvajalca,
- sočasnost izvajanja in uporabe,
- neposrednost odnosa med izvajalci in uporabniki,
- prepletanje proizvodnje in marketinga,
- participiranje uporabnikov v izvajanju
- variabilnost itd. (Snoj 1998).

V Sloveniji je **varstvo človekovih pravic in temeljnih svoboščin**⁸ s področja zdravstvenega varstva opredeljeno v Ustavi Republike Slovenije. Pravico do zdravstvenega varstva, torej pravico do dostopnosti do zdravstvenih storitev, opredeljuje Ustava Republike Slovenije (URS), ki v svojem 51. členu določa, da ima vsakdo pravico do zdravstvenega varstva v okvirih in pod pogoji, ki jih določa zakon (Ustava Republike Slovenije 1991). Zdravstveno varstvo oziroma zagotavljanje zdravstvenih storitev ureja Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju 2006).

Pravna ureditev zdravstvenega varstva v RS se torej prične že v krovnem aktu – Ustavi RS, področje pa uravnavajo še številni drugi zakoni in podzakonski akti, med katerimi so

⁸ **Človekove pravice in temeljne svoboščine** so temeljne naravne in univerzalne pravice, ki jih imajo posamezniki v medsebojnem razmerju drug do drugega in v razmerju z državo. Mnenje Ministrstva za zdravje je, da določitev teh pravic za posameznika predstavlja na drugi strani določanje meje državi, do katere sme s svojimi ukrepi posegati v pravice posameznika. Za področje zdravstva so ključne: pravica do zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, pravica do ugovora vesti, pravica o svobodnem odločanju o rojstvu otrok, prepoved medicinskih poizkusov brez privolitve, varstvo osebne svobode in svoboda gibanja, varovanje zasebnosti in osebnosti ter varovanje osebnih podatkov, pravica do osebnega dostojanstva in varnosti.

najpomembnejši: Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-UPB3), Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-UPB2), Zakon o lekarniški dejavnosti (ZLD-UPB1), Zakon o zdravniški službi (ZZdrS-UPB3), Zakon o nalezljivih boleznih (ZNB-UPB1). Zakon o pacientovih pravicah ZPacP), Zakon o zdravilih (ZZdr-1) itd., pomembnih pa je tudi nekaj mednarodnih pogodb in predpisov EU, kot je npr: Direktiva Sveta 97/43 Evratom iz leta 1997 o varstvu zdravja posameznikov pred nevarnostjo ionizirajočega sevanja zaradi izpostavljenosti sevanju v zdravstvu, Direktiva Komisije 2005/61/ES, vezana na zahteve po sledljivosti in obveščanju o hudih neželenih reakcijah in dogodkih, Uredba (ES) 851/2004 Evropskega parlamenta in Sveta o ustanovitvi Evropskega centra za preprečevanje in obvladovanje bolezni (Ministrstvo za zdravje 2009, 14).

Družbeno skrb za zdravje ZZVZZ-UPB3 nalaga državi, torej Republiki Sloveniji, ki v okviru državnega proračuna med drugim določi tudi sredstva za zagotavljanje zdravstvenega varstva in plan zdravstvenega varstva (Ministrstvo za zdravje 2009, 38).

Zdravstveno varstvo⁹ je torej posebnega družbenega pomena. Česen zdravstveno varstvo opredeljuje kot »skupek povezanih aktivnosti posameznika, države in drugih družbenih skupnosti, ki so usmerjene k zagotavljanju zdravja« (Česen 2010, 60). »Zdravstveno varstvo predstavlja **system družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev** za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih« (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju 2006). **Naloge države**¹⁰ v družbeni skrbi za zdravje posebej poudarja 4. člen ZZvZZ, ki natančneje opredeljuje naloge RS na področju **zagotavljanja zdravstvenega varstva**, ki so: sprejemanje predpisov in ukrepov za spodbujanje, krepitev in varovanje zdravja, zagotavljanje pogojev za zdravstveno obveščanje, svetovanje in zdravstveno vzgojo prebivalstva, postavitev ciljev zdravstvenega varstva in zagotavljanje ustrezne zakonodaje, ki bo vodila k uresničevanju ciljev, izvajanje gospodarskih in davčnih ukrepov za spodbujanje in razvijanje zdravega načina življenja in zdravih življenjskih navad, zagotavljanje zdravstvenega informacijskega sistema ter zagotavljanje finančnih sredstev, potrebnih za uresničevanje ciljev zdravstvenega varstva (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem

⁹ **Zdravstveno varstvo** je zaradi posebnega družbenega pomena opredeljeno v letu 2000 izdanem Nacionalnem programu zdravstvenega varstva Republike Slovenije – Zdravje za vse do leta 2004 in posodobljeno leta 2008 v Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2014 pod naslovom: Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev.

¹⁰ **Svet za zdravje** – ZZVZZ v 5. členu določa Vladi RS, da ustanovi Svet za zdravje, vendar Svet po letu 1996 ni bil več formiran.

zavarovanju 2006). O zdravstvenem varstvu kot sistemu govorijo številni avtorji (Svenšek 1996; Kersnik 2001; Česen 2003; Toth 2003). Gracar denimo gre še nekoliko globlje, saj poudarja, da je zdravstveno varstvo »relativno avtonomen sistem« v okviru t. i. socialnih sistemov, medtem ko Kersnik poudarja predvsem organizacijsko plat tega t. i. »zapletenega« sistema, ki »povezuje številne politične, administrativne, družbene in zasebne proizvode ter storitvene dejavnosti« (Kersnik 2001, 9).

Izvajanje zdravstvenih storitev poteka preko javnih ali zasebnih izvajalcev zdravstvenih storitev, ki so vpeti v sistem zdravstvene dejavnosti.¹¹

Čeprav je v splošni definiciji storitev možno prepoznati tudi zdravstvene storitve, se je potrebno dotakniti tudi **posebnosti zdravstvenih storitev**. Zdravstvena storitev je proces, ki poteka v interakciji med pacienti in izvajalci zdravstvenih storitev. Za zdravstvene storitve je značilno, da so usmerjene v ljudi, ko so ti zaradi pomena zdravja kot posebne vrednote še posebej občutljivi in vpeti v pričakovanje izida izvedene storitve, torej zdravstvene obravnave, pa naj gre za preventivno delovanje, zdravljenje ali rehabilitacijo. Zaradi tega gre na eni strani za visoko osebno vpletenost pacienta in hkrati za visoko osebno vpletenost izvajalca zdravstvene storitve. Prav ta visoka interakcija pacienta in izvajalca ima velik vpliv na zaznavanje kakovosti zdravstvenih storitev. To dokazuje dejstvo, da so pri pacientih najbolj cenjene skrbnost in prijaznost zdravstvenega osebja, odkritost pri podajanju informacij in učinkovita prijetna komunikacija, ne pa strokovnost, kot bi morda lahko pričakovali, če bi primerjali druge storitvene dejavnosti (Winsted 2000, 401-402).

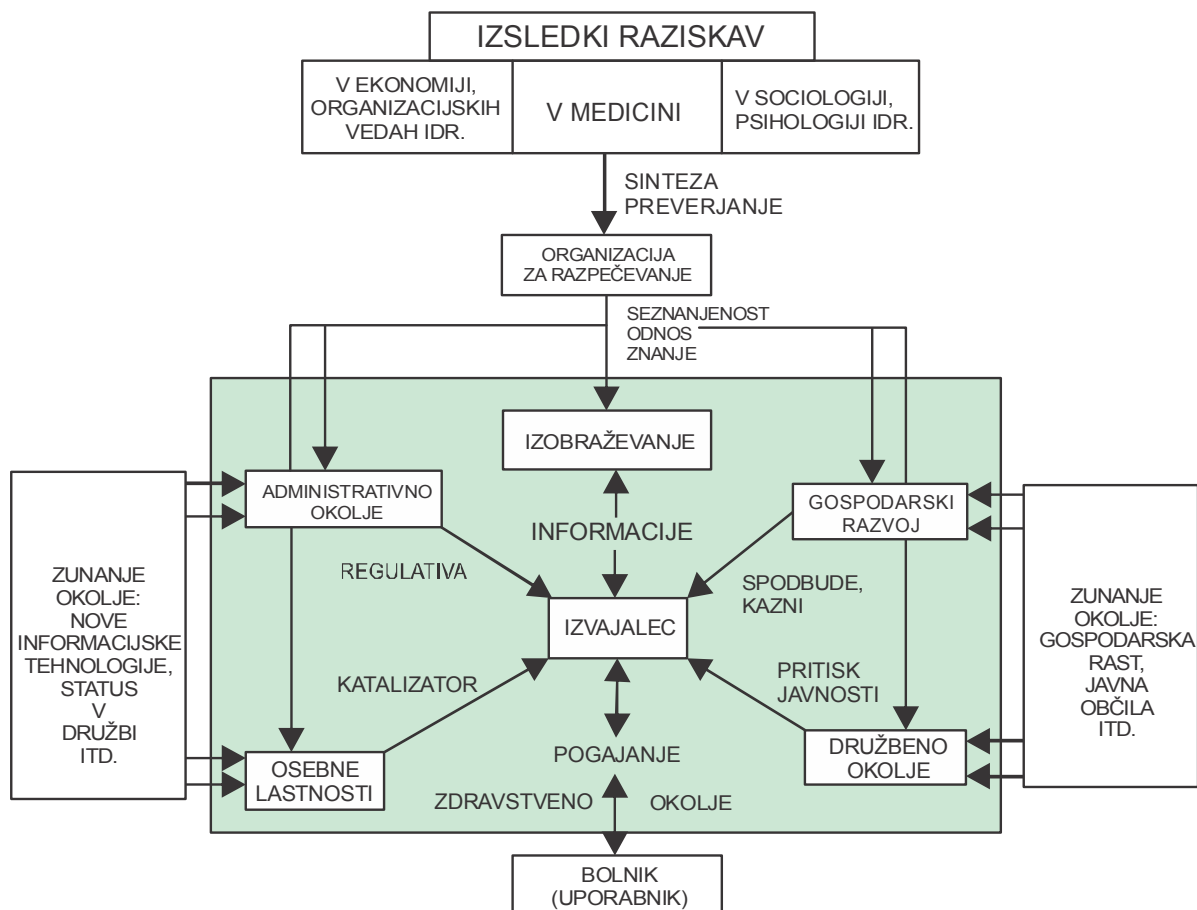
2.2 Predstavitev sistema zdravstvenega varstva v RS

Sistem zdravstvenega varstva je kompleksno organiziran in prepleten skozi vse družbene segmenta in ravni delovanja zdravstvenega varstva, ki ga uravnava država preko parlamenta, resorno in druga ministrstva, strokovne zbornice, lokalne skupnosti, izvajalci in plačniki zdravstvenih storitev ter institucij, ki izvajajo raziskovalne in statistične naloge za potrebe javnega zdravja (sistem zdravstvenega varstva v RS prikazuje slika 2.2) (Albreht in drugi 2009).

¹¹ **Zdravstvena dejavnost** je dejavnost, ki jo opravljajo izvajalci zdravstvene dejavnosti na podlagi dovoljenja ministrstva. Obsega zdravstvene storitve in ukrepe, ki jih izvajajo zdravstveni delavci z uporabo zdravstvene tehnologije skladno z veljavno doktrino in so namenjene izboljševanju zdravja, preprečevanju, odkrivanju, zdravljenju in rehabilitaciji bolezni in poškodb, opredeljuje ZZVZZ.

Kompleksnost sistema zdravstvenega varstva potrjuje tudi njegova razpršenost na vse tri ravni delovanja, gre za primarno, sekundarno in terciarno raven. Kot tak je sistem prisoten v vseh obdobjih človekovega življenja in razvoja, skozi vse posameznikove življenjske aktivnosti in delovanja ter skozi vse družbene segmente. Delovanja zdravstvenega varstva ne moremo razlagati samo na osnovi ponudbe in povpraševanja, pač pa tudi z vidika izvajalcev zdravstvenih storitev, bolnikov oz. uporabnikov storitev (ti so v nekakšni odvisni, včasih celo podrejeni vlogi), ali z vidika potreb, pričakovanj, zahtev na strani enih in drugih. Ravni delovanja so opredeljene v Zakonu o zdravstveni dejavnosti (Zakon o zdravstveni dejavnosti 2005).

Slika 2.1: Sistem zdravstvenega varstva – zapletenost zdravstvenega okolja in vplivi nanj

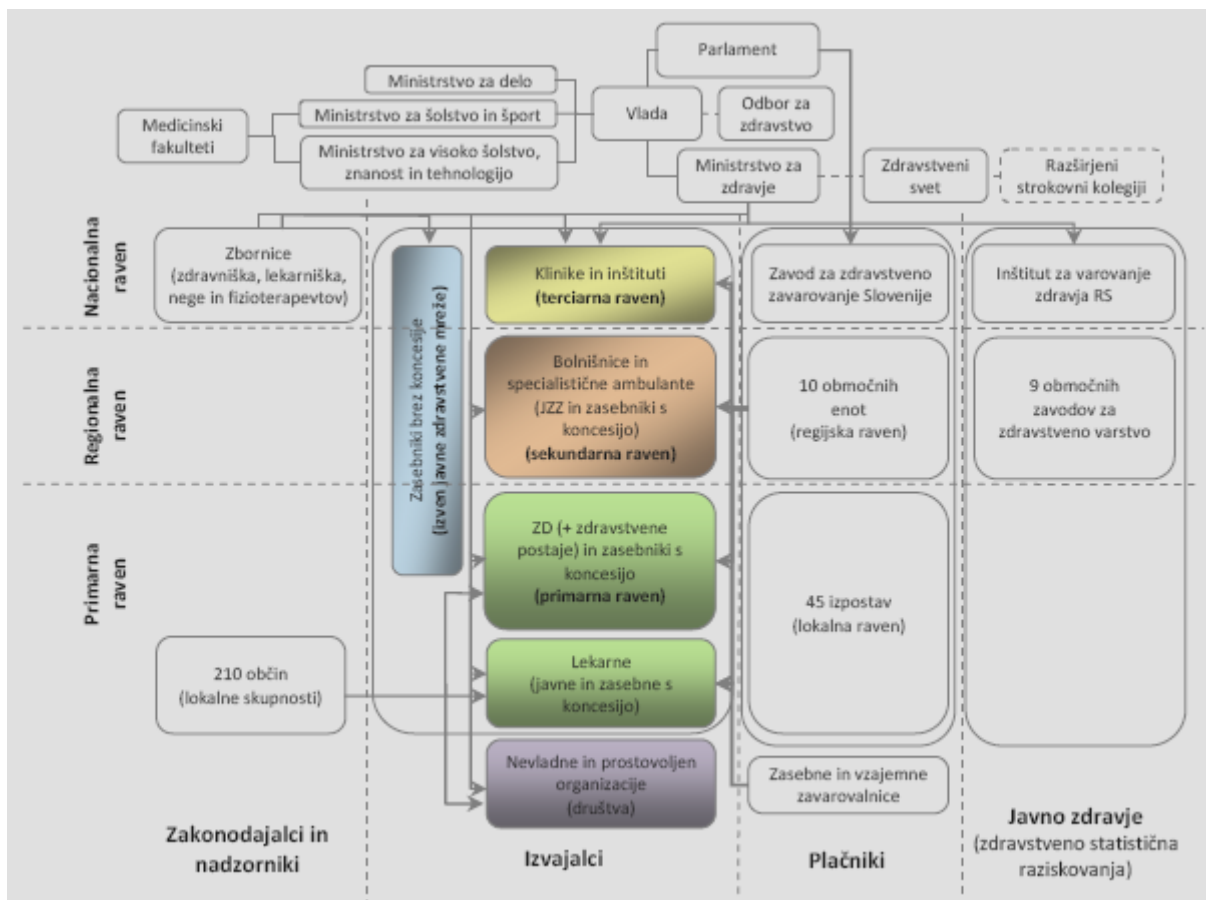


Vir: Kersnik (2010, 14).

Sistem zdravstvenega varstva je v sklopu družbenega delovanja eden kompleksnejših sistemov (glej sliko 2.1.), ki ga tvori država preko zdravstvene politike, izvajalci zdravstvenih

storitev z zagotavljanjem le-teh, plačniki zdravstvenih storitev preko sistema zavarovanj ali direktnih vplačil ter uporabniki zdravstvenih storitev in je postavljen v okvir spreminjajočega družbenega okolja z močnimi zunanjimi vplivi ekonomije, gospodarske razvitosti in rasti, družbenega okolja, političnih vplivov, motivacij in pogajanj, informacij in regulativ, spodbud, kazni in pritiskov javnosti, ki se prepletajo preko izobraževanja od izvajalcev do uporabnikov zdravstvenih storitev.

Slika 2.2: Organizacija zdravstvenega varstva v RS



Vir: Kuhar (2012, 29), prirejeno po Albreht in drugi (2009, 18).

V organizacijo zdravstvenega varstva so vključeni vsi družbeni segmenti: vlada, ministrstva, različne druge državne institucije in organi, odbori in strokovni kolegiji, ki tvorijo politiko in strokovno jedro zdravstvenega varstva ter sprejemajo programe zdravstvenih storitev. Krovno vlogo v organizaciji zdravstvenega varstva ima država, preko katere delujejo vsi ostali vključeni akterji na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva. Medsebojna povezanost in

odvisnost akterjev je pojasnjena v sliki Organizacija zdravstvenega varstva (glej sliko 2.2), iz katere je razvidna kompleksnost zdravstvenega okolja in vplivi nanj.

2.2.1 Financiranje zdravstvenega varstva v RS

Sistem financiranja zdravstvenega varstva predstavlja danes v večini držav enega ključnih problemov. Pričakovanja uporabnikov in izvajalcev pogosto presegajo višino razpoložljivih sredstev, zato potekajo stalne razprave o tem, kam, kako in koliko sredstev je potrebno nameniti za posamezne programe, koliko sredstev je možno zbrati, katere so tiste nujne storitve, ki jih je potrebno pokrivati iz tako zbranih skupnih sredstev. Ob tem se pojavlja vprašanje, kako vzpostaviti sistem, ki bo finančno stabilen, pravičen, ustrezno solidaren, dostopen, strokovno primeren, hkrati pa tudi učinkovit, kakovosten in varen. Slovenija pri tem ni nobena izjema. Vedno več strokovnjakov opozarja, da potrebuje sistem korenite spremembe, ker je neučinkovit, ne zagotavlja enake dostopnosti, hkrati pa je vedno bolj okrnjena tudi kakovost storitev. Da bi sistem pridobil na učinkovitosti, so nujno potrebne spremembe, predvsem v sistemu financiranja in reorganizacije zdravstvene mreže.

Demografski podatki kažejo strm porast staranja prebivalstva, istočasno pa je na področju zdravstva sprožen nagel tehnološki razvoj, kar vodi v dodatno obremenitev samega sistema in naraščanje stroškov. Hkrati se povečujejo tudi potrebe po zdravstvenih storitvah na strani uporabnikov ter vedno večje zahteve po tehnološko podprtih (včasih tudi strokovno neupravičenih) postopkih. Tukaj kot faktor odločanja nastopi stroka.

Toth opozarja, da »je zdravstveno varstvo strošek, ki pa se po drugi strani preko dobrega zdravstvenega varstva in s tem izboljšanja zdravstvenega stanja prebivalstva vrača, saj je le sorazmerno zdravo prebivalstvo tisto, ki prispeva k ekonomski rasti in družbenemu razvoju. Vsak tehnološki razvoj in povečevanje potreb vodi v povečevanje stroškov, kar problem obvladovanja stroškov samo še povečuje« (Toth 2003, 322). Obenem Toth poudarja, da je prikaz koristi posameznika in družbe ter vlaganj v zdravstveni sistem zgolj s pomočjo ekonomskih pokazateljev vendarle nepopoln, saj je potrebno analizirati tudi druge pokazatelje splošne družbene koristi. Pri tem gre med drugim tudi za sposobnost posameznika po samooskrbi in skrbi za druge (Toth 2003, 18).

Način financiranja zdravstvenega varstva v posameznih državah je odvisen od notranje ureditve države, njene ekonomske moči in njenega načrtovanja zdravstvene politike in financiranja zdravstvenega varstva. Pomemben je tako način zbiranja sredstev kakor tudi način njihovega razdeljevanja med izvajalce zdravstvenih storitev, zato so tudi učinki delovanja sistema zdravstvenega varstva različni. Za izvajanje zdravstvenega varstva so potrebna finančna sredstva in plan zdravstvenega varstva. V Sloveniji je za vzpostavitev javne zdravstvene mreže odgovorno Ministrstvo RS za zdravje, ki plan zdravstvenega varstva pripravi v sodelovanju z ZZZS in zdravniško zbornico (Albreht in drugi 2002; Toth 2003).

Sistem financiranja javnega zdravstva^{12,13} v slovenskem prostoru temelji **na načelu solidarnosti**. Sledi organizaciji zdravstvenega varstva, upoštevajoč vse tri nivoje zdravstvenega varstva, in omogoča javno in zasebno ponudbo zdravstvenih storitev. Nacionalna strategija financiranja zdravstvene dejavnosti od leta 2010 do 2020 v viziji strategije razvoja financiranja zdravstvene dejavnosti opredeljuje »cilj vzpostaviti pravičen in finančno vzdržen sistem financiranja zdravstvene dejavnosti, temelječ na načelih dostopnosti in pravičnosti, da denar sledi potrebam bolnikov, kar omogoča plačniku izvajanje aktivne prospektivne nakupne funkcije, izvajalcem pa zagotavlja učinkovitost in kakovost« (Morovič in Simšič 2010).

Košir meni, da je urejen sistem financiranja zdravstvenega varstva eden od ključnih temeljev za izvajanje zdravstvenih programov, zagotavljanje varnosti in kakovosti zdravstvenih storitev ter dostopnosti do opredeljenih pravic, ki so za zavarovance opredeljene v zdravstveni zakonodaji (Košir 2005, 460), medtem ko je Toth mnenja, da lahko uspešnost organiziranosti zdravstvenega varstva povezujemo tudi z načinom financiranja zdravstvenega varstva oziroma s samim načinom razporejanja finančnih sredstev. Trdi namreč, »da način oziroma

¹²Sistem financiranja javnega zdravja (zdravstvenega varstva) v RS temelji na načelih neprofitnosti in vzajemnosti. Zasebne zdravstvene organizacije se pojavljajo v zadnjih desetih letih (npr. Diagnostični center Bled, sanatorij Rožna dolina), prav tako je v tem času zaznati delovanje privatnih zavarovalnic (Vzajemna, Adriatic, Triglav), vendar te v primerjavi z javnim pokrivajo le manjši delež.

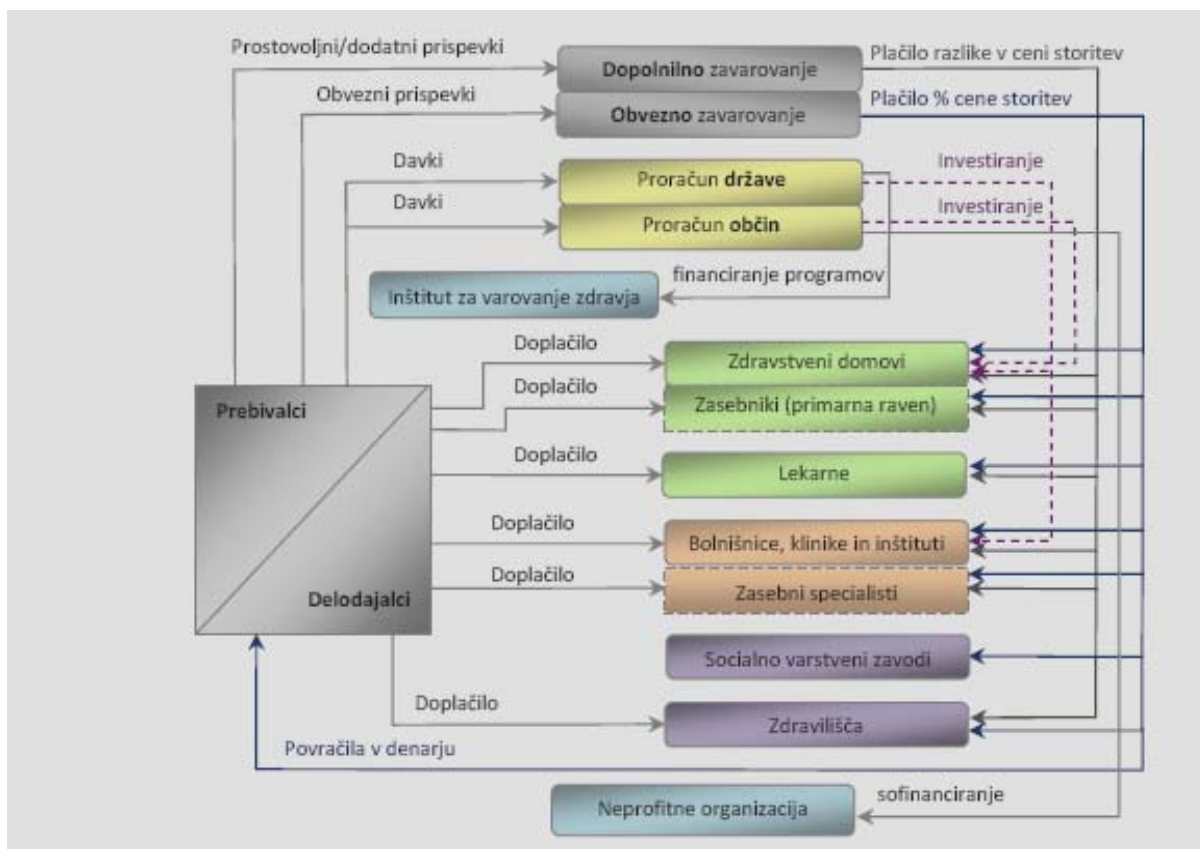
¹³ Javno zdravstvo (public health) pomeni izvajanje zdravstvene dejavnosti v okviru organizirane javne zdravstvene službe, v okviru katerega je vnaprej določen obseg pravic in kakovost zdravstvenih storitev za zadovoljevanje javnega interesa. Dostopnost do storitev je neomejena za vse prebivalce, plačilo teh storitev izhaja iz javnih sredstev. Štern (2007) v povzemanju Winslowa, ki je že leta 1920 opisal pojem kot »znanost in veščine preprečevanja bolezni, krepitve zdravja in krepitve telesnega in duševnega zdravja s pomočjo organiziranih naporov skupnosti za varno okolje, obvladovanje nalezljivih bolezni, izobraževanje posameznikov na področju osebne higiene, organizacijo medicinskih in negovalnih storitev za zgodnje odkrivanje in zdravljenje bolezni ter razvoj socialnih orodij za zagotovitev ustreznih pogojev za življenjski standard vsakega posameznika, ki omogoča ohranjanje zdravja«.

sistem financiranja pomembno vpliva na realizacijo programov glede na vsebino, njihovega obsega ter tudi kakovost storitev» (Toth 2003, 352).

»Današnji sistem financiranja zdravstvenega varstva v RS temelji na reformi zdravstva še iz leta 1992. Pravni temelj določa ZZVZZ, ki določa ponovno uvedbo **obveznega zdravstvenega zavarovanja** in **prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja**«. Najavljene obsežne reforme sistema zdravstvenega varstva niso bile izpeljane (Kramberger 2010).

Po podatkih Statističnega urada RS je Slovenija za javne zdravstvene storitve v primerjavi z drugimi članicami EU do leta 2008 namenila dokaj visok delež BDP, in sicer okrog 9 %, leta 2009 9,2 % in leta 2010 8,9 % BDP (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2011).

Slika 2.3: Sistem financiranja zdravstvenega varstva



Vir: Kuhar (2012, 70), prirejeno po Albreht in drugi (2002, 12).

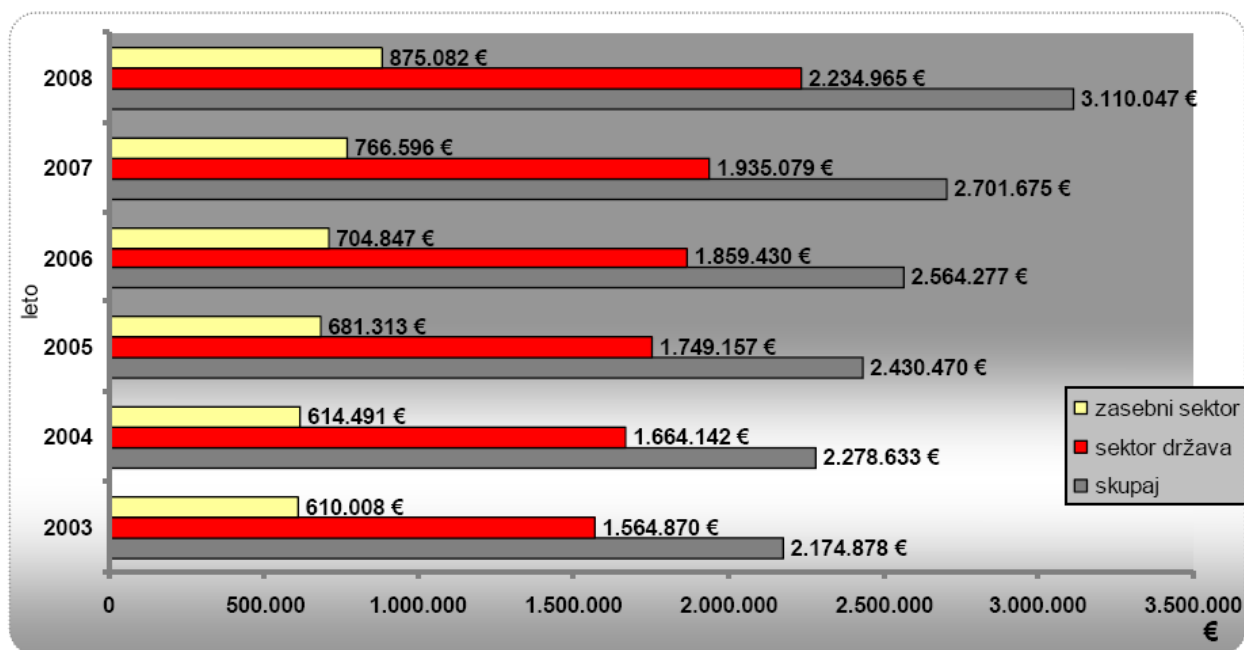
V različnih zdravstvenih dejavnostih, ki se plačujejo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, veljajo različni sistemi plačevanja. Sistem je v slovenskem prostoru dokaj kompleksen, kar pri uporabnikih zdravstvenih storitev nemalokrat povzroča nerazumevanje in posledično zaplete

pri prepoznavanju pravic, ki gredo posamezniku iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja (glej sliko 2.3).

Zbiranje finančnih sredstev za zagotavljanje zdravstvenega varstva v RS poteka iz različnih virov:

- **Javni viri financiranja**
 - sredstva, zbrana iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (predstavljajo največji delež javnih sredstev),
 - proračunska sredstva države,
 - proračunska sredstva lokalnih skupnosti (občin).
- **Zasebni viri financiranja**
 - sredstva, zbrana na podlagi prostovoljnega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (predstavljajo največji delež sredstev iz zasebnih virov),
 - sredstva, zbrana iz naslova nezgodnih zavarovanj,
 - sredstva donatorjev in humanitarnih organizacij,
 - sredstva, zbrana na osnovi neposrednih plačil (Kramberger 2010; Zaletel – Kragelj in Eržen 2011).

Slika 2.4: Sredstva, namenjena zagotavljanju zdravstvenega varstva v RS 2003–2008



Vir: Statistični urad Republike Slovenije (2009–2010B).

Višina sredstev, namenjenih zagotavljanju zdravstvenega varstva v RS po podatkih SURS-a iz leta v leto naraščajo (glej sliko 2.4), pri čemer se delež sredstev zasebnega sektorja povečuje počasneje, kot se povečujejo sredstva sektorja države. Isti vir tudi navaja, da se je delež sredstev v letu 2009 povečal na 3.279 milijonov EUR ali za 5,2 % več kot v predhodnem letu.

Čeprav sredstva za zdravstvo v zadnjih letih naraščajo, se pogosto odvijajo razprave, da je zdravstveni sistem, ki se že nekaj časa ni bistveno spreminjal, neučinkovit in neustrezen predvsem zaradi neustreznega financiranja javnih zdravstvenih zavodov, saj temelji na nejasnih kriterijih, sklepanju enoletnih pogodb med javnimi zavodi in Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (pogodbe so sklenjene že več kot desetletje praviloma za nazaj; npr. julija 2010 za leto 2010), nejasnimi odgovornostmi, slabem nadzoru, nenehnemu spreminjanju cen storitev in obsega storitev, nejasnih normativov in standardov. Pri tem pa je vedno bolj izpostavljeno, da predstavlja nizka kakovost in varnost zdravstvenih storitev srednje in dolgoročno višje stroške, kot so stroški kakovosti.

Obvezno zdravstveno zavarovanje: sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja v RS ima številne značilnosti Bismarckovega modela,¹⁴ ki ga sestavljajo elementi upravljanja, zagotavljanja finančnih virov, sistem pravic in razporejanje sredstev za uresničevanje pravic (Kramberger 2009). Obvezno zdravstveno zavarovanje sloni na osnovi obveznih prispevkov, ki jih vplačujejo zavezanci za prispevke: aktivna populacija (zaposleni in delodajalci), samozaposleni (kmetje), upokojenci, socialno šibkejše skupine (zanje plačuje prispevke država ali občina). S tako zbranimi sredstvi razpolaga ZZZS.¹⁵ Izvajalci zdravstvenih storitev izvajajo storitve na osnovi vnaprej določenih pravic na vseh treh nivojih zdravstvenega varstva (primarni, sekundarni in terciarni), pri čemer je v razmerje ZZZS izvajalec

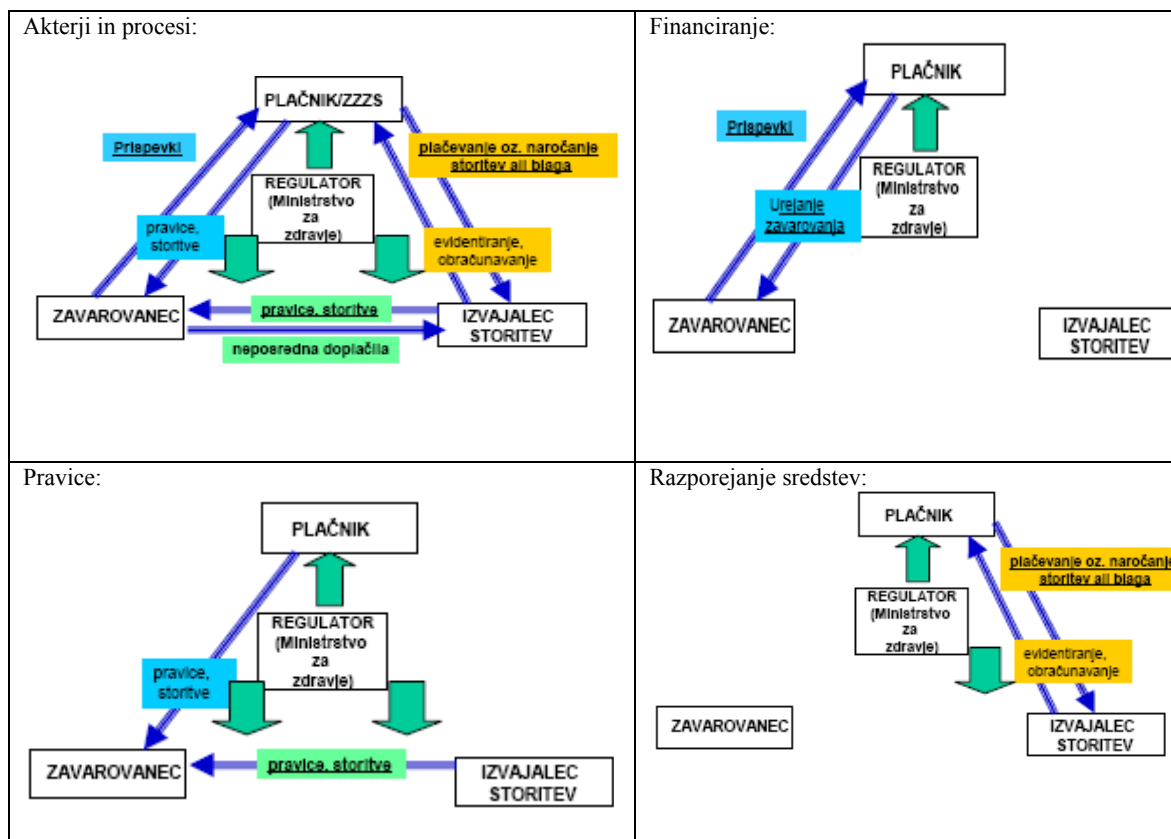
¹⁴ **Bismarckov model;** avtor Otto von Bismarck je leta 1889 kot takratni nemški kancler na načelih obveznega, z zakonom predpisanega javnega zdravstvenega zavarovanja, vzpostavil sistem model zavarovanja za financiranje najnujnejših zdravstvenih storitev za delavce. Bistvo modela je vzajemnost, majhna vloga države, zbiranje sredstev s prispevki delodajalcev in delojemalcev po v pogodbah določenih prispevnih stopnjah (Nemčija, Avstrija, Slovenija, Belgija, Francija, Luksemburg). Nasproten je **Beveridgov model**, ki je nastal po drugi svetovni vojni v Veliki Britaniji. Bistvo modela je vodenje in upravljanje ter določanje deleža proračuna za zdravstvo s strani države, zbiranje finančnih sredstev z davki, pomembna vloga je namenjena družinskemu zdravniku (Velika Britanija, Italija, Švedska, Danska, Kanada). Ob teh modelih pa je potrebno omeniti še **komercialno naravnan model** (na osnovi ponudbe in povpraševanja, zelo nizka udeležba države, v glavnem samofinanciranje s strani posameznikov – ZDA) in **Semaškov model** (vsesplošna dostopnost storitev za vse in brez udeležbe zasebnih izvajalcev storitev, slaba ekonomska učinkovitost – nekdanje socialistične države).

¹⁵ **Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)** je avtonomna institucija javnega prava in edini izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja v RS. Pri zagotavljanju zdravstvenih storitev oziroma izvajanju programa zdravstvenega varstva sodelujejo predstavniki ministrstva za zdravje ter predstavniki izvajalcev zdravstvenih storitev, kot to določa ZZVZZ.

zdravstvenih storitev vključeno še ministrstvo za zdravje kot »regulator« (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju 2006; Kramberger 2009).

ZZVZZ v 23. in 24. členu in Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ), ki jih določa ZZVS, določata vrste in obseg pravic, ki so razdeljene na pravice do zdravstvenih storitev, zdravlil in medicinsko tehničnih pripomočkov (osnovne zdravstvene storitve osnovne zdravstvene in preventivne dejavnosti, zobozdravstva, specialistično ambulantne, bolnišnične in zdraviliške dejavnosti ter zdravstvene nege in zdravljenje poškodovanih), ter denarna nadomestila (boleznine, potni stroški, pogrebnine, posmrtnine) (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju). V pravilih OZZ so določene tudi obveznosti zavarovancev in zavarovanih oseb, pogoji in postopki za uresničevanje pravic, standarde zdravstvenih storitev in medicinsko tehničnih pripomočkov, varstvo pravic zavarovanih oseb in nadzor uresničevanja pravic in obveznosti. Obvezno zdravstveno zavarovanje se izvaja po načelih pravičnosti in solidarnosti. (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju 2006; Zaletel – Kragelj in Eržen 2011).

Slika 2.5: Akterji, financiranje, pravice in razporejanje sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja



Vir: Kramberger (2009).

Akterji, financiranje obveznega zdravstvenega zavarovanja, pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in razporejanje sredstev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja predstavljajo temelj sistema zdravstvenega varstva, v katerega so vključeni vsi akterji: plačnik, zavarovanec in izvajalec zdravstvenih storitev (glej sliko 2.5). Gre za tripartiten sistem, v katerem akterji delujejo povsem samostojno in se preko procesov, katerih regulator je ministrstvo za zdravje, usklajujejo preko dogovorov. Temeljno izhodišče zagotavljanja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja je načelo pravičnosti in solidarnosti.

Prostovoljno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje (PZZ in DZZ) je v Sloveniji uveljavljeno od leta 1993. Dodatno vplačani prispevki zavarovancev so v glavnem namenjeni t. i. dopolnilnemu zdravstvenemu zavarovanju, nekaj pa zavarovanju tveganj. Vplačila s strani posameznikov, delodajalcev so praviloma komercialnim pooblaščenim zavarovalnicam, s katerimi slednje pokrivajo razliko med ceno zdravstvenih storitev, kot jo prizna oziroma plača ZZZS iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, in polno ceno zdravstvenih storitev. Temu zavarovanju je očitanih nekaj slabosti, kot so enake premije za vse (večja obremenitev revnejših), kljub regulaciji je zaznan pojav izbiranja zavarovancev (izbira zdravih zavarovancev ali zavarovancev z nizko stopnjo tveganja), kar je v popolnem nasprotju z modelom obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki temelji na solidarnosti in vzajemnosti (Kramberger 2009).

Slika 2.6: Prostovoljno zdravstveno zavarovanje



Vir: Kramberger (2009).

Proračunska sredstva države, lokalnih skupnosti (občine) so sredstva, namenjena financiranju zakonsko določenih obveznosti javno razpisanih zdravstvenih programov na področju promocije in krepitev zdravja, zbrana na podlagi obveznih davkov in prispevkov –

torej za financiranje z zakonom določenih obveznosti in programov (ZZVZZ-UPB3, Ur. l. RS, št. 72/2006, ZJF-UPB4, Ur. l. RS, št. 11/2011), pridobljenih na podlagi javnih razpisov, ki jih izvajajo neprofitne zdravstvene organizacije. Občine in druge lokalne skupnosti kot ustanoviteljice javnih zavodov (zdravstveni domovi) v skladu s 7. členom ZZVZZ financirajo predvsem primarno raven zdravstvenega varstva za potrebe lokalnega prebivalstva, država pa svoja sredstva iz proračuna namenja programom širšega družbenega pomena, kot so: zdravstvena vzgoja in prosveta v okviru določil plana zdravstvenega varstva, zdravljenje odvisnosti, krvodajalstvo, znanstveno-raziskovalno dejavnost, zdravstveno varstvo posebnih družbenih skupin, priprava programov za izvajanje zdravstvenega varstva in preventivne dejavnosti, storitve nujnega zdravstvenega varstva za tuje državljane na podlagi konvencije ali druge nujne ukrepe v zvezi z zdravjem posameznika ter financiranje investicij v javnih zdravstvenih zavodih, kot to določa 6. člen ZZVZZ.

Sredstva samoplačnikov so direktna vplačila zdravstvenih storitev s strani posameznikov, delovnih organizacij, drugih organizacij (samoplačništvo zdravstvenih storitev, doplačila do polne cene ali % plačil). Zakon o zavodih (ZZ) opredeljuje tako zbrana sredstva kot neposredna zasebna sredstva, ki predstavljajo del prihodka, ki ga zavodi ustvarijo na trgu, torej s pridobitno dejavnostjo. Zakon tudi določa, da sme zavod dobiček, pridobljen iz tržne dejavnosti nameniti zgolj za delovanje in razvoj dejavnosti, ki jo sicer izvaja, ter izjemoma v soglasju z ustanoviteljem za nagrado zaposlenim v okviru dodatne delovne uspešnosti (ZZ Ur. l. RS, št. 12/1991).

Po podatkih Statističnega urada RS in ZZZS predstavljajo največji delež sredstev sredstva iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (od leta 2007 okrog 65 %), sledijo sredstva prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (okrog 13 %), proračunska sredstva države in občin predstavljajo nekaj nad 5 %, slabih 14 % pa znašajo sredstva neposrednih vplačil (Statistični urad Republike Slovenije 2009).

V poročilih o doseženih poslovnih rezultatih javnih zdravstvenih zavodov (JZZ) je o uveljavljanju pravice prebivalcev RS do zdravstvenih storitev pri izvajalcih zdravstvenih storitev opredeljeno, da je možno ponuditi zdravstvene storitve na podlagi vsakoletnega splošnega dogovora, ki je oblikovan na podlagi partnerskih pogajanj med Ministrstvom RS za zdravje, Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Združenjem zdravstvenih zavodov Slovenije, Skupnostjo socialnih zavodov Slovenije, Skupnostjo slovenskih naravnih

zdravilišč, Lekarniško zbornico Slovenije in Zdravniško zbornico Slovenije, kamor sodijo tudi javni zdravstveni zavodi in lekarne, ki imajo sklenjene pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije. V Dogovoru so opredeljeni obseg, vrednost in vsebina zdravstvenih programov za pogodbeno leto na ravni Republike Slovenije. Opredeljena je torej količina in vrednost zdravstvenih storitev ter njihova razporeditev po posameznih dejavnostih (osnovna dejavnost, specialistična ambulantna, bolnišnična, zdraviliška, lekarniška in dejavnost socialnih zavodov) (Ministrstvo za zdravje 2009).

Pogoje in načine financiranja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni ureja Splošni dogovor in priloga Splošnega dogovora, ki govori o oblikovanju in financiranju programov za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost. Za financiranje znotraj posameznih zdravstvenih zavodov je pomembno interno razporejanje sredstev, njihova racionalna poraba z namenom čim večjega iztržka za izboljšanje zdravstvenega stanja uporabnikov.

Zaradi družbenega pomena zdravstvenih storitev je izjemnega pomena tudi **finančna vzdržnost**, ki mora biti tolikšna, da so zagotovljene vse potrebne zdravstvene storitve, razvoj stroke, obnova in vzdrževanje infrastrukture ter menjava in nakup izjemno drage medicinske opreme. Hkrati zaradi staranja prebivalstva, prepoznavanja novih bolezni, povečane osveščenosti uporabnikov in hitrega razvoja stroke v smeri novih metod zdravljenja, učinkovitejše diagnostike in preprečevanja bolezni naraščajo potrebe po številu storitev, novih in dražjih storitvah ter posodabljanju opreme. Zaradi navedenega je sedanja finančna vzdržnost pomembna tudi za prihodnje delovanje celotnega zdravstvenega sistema.

Razporejanje finančnih sredstev

V RS je podrobna delitev sredstev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja opredeljena v vsakoletnem **Splošnem dogovoru**¹⁶ in iz njega izpeljanih področnih dogovorih, sklenjenih

¹⁶ Splošni dogovor za področje zdravstva je splošno veljavni akt, v katerem pogajalski partnerji (Ministrstvo RS za zdravje, Zdravniška zbornica Slovenije, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč, Skupnost socialnih zavodov Slovenije, Skupnost organizacij za usposabljanje Slovenije in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije) na podlagi 63. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju) vsako leto določijo program zdravstvenih storitev in izhodišča za njegovo izvajanje ter oblikovanje cen zdravstvenih storitev na področju RS. Dogovor ima status pogodbe. V njem so natančno opredeljeni: vrsta in obseg programa zdravstvene dejavnosti in izvajanja zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, potrebne zmogljivosti za zagotavljanje dogovorjenega programa, obseg sredstev, ki so potrebna za izvajanje dogovorjenega programa, okvirno delitev finančnih sredstev po zdravstvenih dejavnostih, glede na dogovorjene dejavnosti in njihov obseg, izhodišča za oblikovanje cen posameznih zdravstvenih storitev oziroma programov ter druge podlage, potrebne za sklepanje pogodb med ZZZS, javnimi zavodi in drugimi izvajalci zdravstvene dejavnosti.

med tremi partnerji (resornim ministrstvom, ZZZS in predstavniki izvajalcev zdravstvenih storitev) in temelječimi na izhodiščih o izvajanju programov zdravstvenega varstva, zdravstvenih storitev, finančnem načrtu ZZZS. Tak dogovor je osnova za izvedbo javnih razpisov financiranja programov zdravstvenega varstva oziroma za izvajanje zdravstvenih storitev (Košir 2005, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2009).

Obseg pravic iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja je določen v odstotku vrednosti storitev: nekatere storitve se financirajo celoti (100 %), pri drugih pa je potrebno razliko do vrednosti storitve pokriti iz naslova prostovoljnih dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj ali lastnimi plačili (Zaletel – Kragelj in Eržen 2011).

Delitev sredstev je izvedena na osnovi Nacionalnega programa zdravstvenega varstva,¹⁷ Splošnega dogovora, in nadalje Področnega dogovora (za zdravstvene domove in zasebno zdravstveno dejavnost), od tu se nadaljujejo pogodbe z izvajalci, ki v svojem finančnem načrtu opredelijo plan dela in natančneje določijo vrsto in obseg zdravstvenih storitev, ki jih bodo izvedli v okviru pogodbenih obveznosti z ZZZS in druge storitve, ki niso naveden v pogodbi. Posebno vlogo ima vrednotenje programov in določanje cen zdravstvenih storitev, saj močno vpliva na razporejanje finančnih sredstev, namenjenih za zdravstvo (Morovič in Simčič 2010; Zaletel – Kragelj in Eržen 2011). Pri razporejanju sredstev za zdravstveno varstvo zasledimo različne načine plačevanja izvajalcem zdravstvenih storitev:

- plačevanje na podlagi potreb (preventivna dejavnost; potrebe določene skupine, populacije),
- plačevanje na podlagi storitev: natančna opredelitev storitev in cen storitev (vse dejavnosti osnovnega zdravstva v celoti, razen osnovne ambulantne in dispanzerske dejavnosti za ženske, šolajočo mladino in otroke v višini 50 %, specialistična ambulantna dejavnost, lekarniška dejavnost),
- plačilo po oskrbnem dnevu: enota plačila je cena oskrbnega dne (bolnišnična dejavnost – na primer neakutna bolnišnična obravnava, zdraviliška dejavnost – nemedicinski oskrbni dan),

¹⁷ Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva za obdobje 2008–2013 opredeljuje vizijo, poslanstvo, cilje in vrednote nacionalnega plana zdravstvenega varstva, prednostna razvojna področja, strategijo razvoja zdravstvenega varstva, usmeritve krepitev in varovanja zdravja. Temeljna izhodišča predstavljata Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in smernice Evropske strategije zdravstvenega varstva, ki jo je leta 2007 sprejel Evropski svet.

- plačevanje na podlagi izidov (dodatno plačilo za izjemno uspešnost izidov ali učinkovitost zdravljenja; nagrajevanje uspešnosti – metoda v Sloveniji ni uveljavljena),
- plačilo primera: cena je odvisna od zahtevnosti primera (bolnišnična dejavnost: primer glede na sorodno diagnozo – SPP, primer standardiziranih načinov oskrbe ali diagnoz: (Diagnosis Related Groups – DRG),
- plačilo glavarine (primer število oseb pri enem izbranem zdravniku v višini 50 %),
- plačilo svežnjev obravnav – pavšal (sklop več tipov zdravstvenih obravnav določene skupine; zdravstvena vzgoja, preventivni programi) (Zaletel – Kragelj in Eržen 2011).

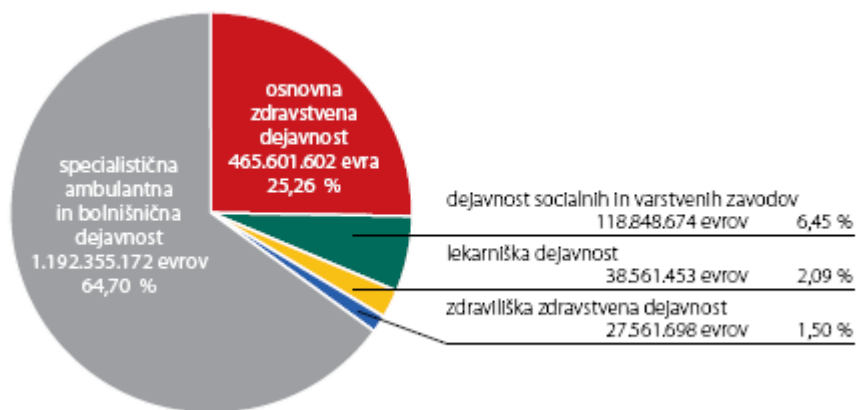
Tabela 2.1: Izdatki za zdravstvo v EU-27, 2000 in 2008

	Celotni izdatki za zdravstvo, v % BDP ²		Javni izdatki za zdravstvo, v % BDP ²		Zasebni izdatki, delež v celotnih izdatkih, v %		Javni izdatki za zdravstvo, % v izdatkih sektorja država	
	2000	2008	2000	2008	2000	2008	2000	2008
EU-27	7,3	8,3	5,3	6,2	27,1	26,5	12	13,7
Avstrija	9,9	10,5	7,6	8,1	23,2	23,1	15,8	15,8
Belgija	9	10,2	6,6	7,4	23	25,3	12,8	14,8
Bolgarija	6,1	7,3	3,7	4,2	39,1	42,2	7,7	12,5
Ciper	5,7	5,8	2,4	2,5	58,3	57,9	7,1	7
Češka	6,5	7,1	5,9	5,9	9,7	17,5	13,7	16,8
Danska	8,3	9,9	6,8	8,4	17,6	15,5	12,3	15
Estonija	5,3	6,1	4,1	4,8	22,5	20,6	11,8	13
Finska	7,2	8,4	5,1	6,2	28,9	25,8	11,9	14,3
Francija	10,1	11,2	8	8,7	20,6	22,2	13,8	14,9
Grčija	7,9	9,7	4,7	5,9	40	39,7	8,4	10,6
Irska	6,3	8,7	4,6	6,7	24,7	23,1	16,6	18,6
Italija	8,1	9,1	5,8	7	27,5	22,8	13	14,6
Latvija	6	6,5	3,2	3,6	45,6	40,4	10,4	12,5
Litva	6,5	6,6	4,5	4,8	30,3	27,4	10,5	13,3
Luksemburg	5,8	6,8	5,2	5,7	8,1	8,6	10,9	12
Madžarska	7	7,3	5	5,2	29,3	29	10,4	9,9
Malta	6,8	7,5	4,9	5,8	27,5	22,6	12	12,4
Nemčija	10,3	10,5	8,2	8,1	20,2	23,2	14,7	15,2
Nizozemska	8	9,9	5	7,4	32	16,5	8,4	13
Poljska	5,5	7	3,9	5,1	30	27,7	n.p.	11
Portugalska	8,8	10,1	6,4	7,1	27,5	28,5	14,9	14
Romunija	5,2	5,4	3,6	4,5	32,3	18	11,3	11,2
Slovaška	5,5	7,8	4,9	5,4	10,6	30,4	10	19,2
Slovenija	8,3	8,3	6,1	6	26	28,1	13,8	13,8
Španija	7,2	9	5,2	6,5	28,4	27,5	13,4	14,8
Švedska	8,2	9,2	7	7,6	15,1	18,1	11,1	13,2
Zdr. Kraljestvo	7	8,7	5,6	7,2	20,7	17,4	14,5	15

Vir: Organizatio for Economic Co-operation and Developmen: Health Data (2010).

Da je zdravstvo izjemno velik porabnik sredstev, kažejo podatki Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). Primerjava izdatkov za zdravstvo med državami EU (Izdatki za zdravstvo v EU, 2000 in 2008) kažejo na pestrost in neprimerljivost vseh članic (glej tabelo 2.1). Iz tabele je razvidno, da je Slovenija v letu 2008 umeščena nekje v sredino vseh lestvic in dosega povprečno evropsko raven izdatkov za zdravstvo v okviru BDP, je rahlo pod povprečjem javnih izdatkov za zdravstvo v okviru BDP, presega povprečni delež zasebnih izdatkov za zdravstvo in se giblje v evropskem povprečju javnih izdatkov za zdravstvo v izdatkih sektorja država (javni sektor).

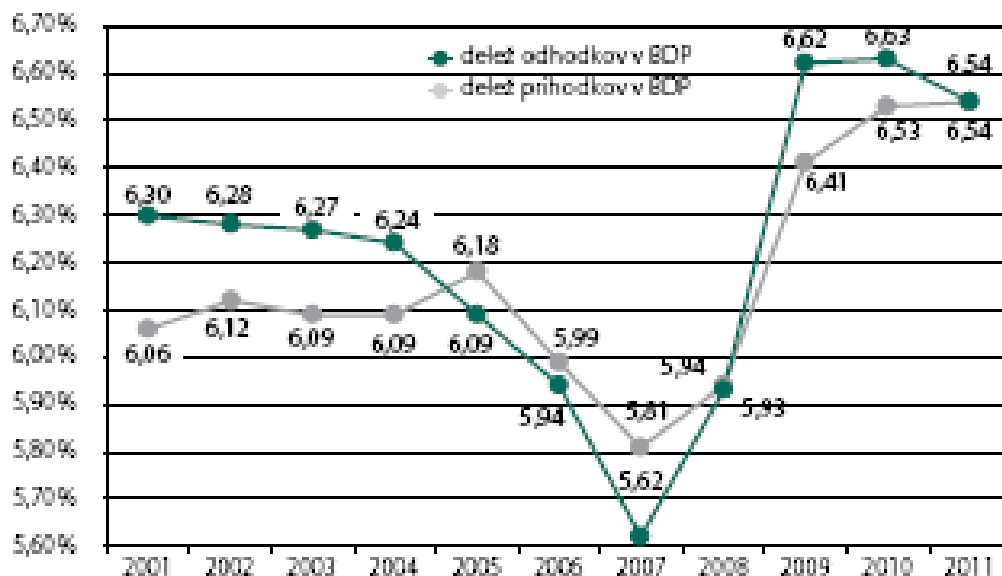
Slika 2.7: Vrednost programa zdravstvenih storitev po posameznih dejavnostih v letu 2011



Vir: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (2011).

Pretežni delež finančnih sredstev iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja je bil v letu 2011 namenjen specialistični ambulantni in bolnišnični dejavnosti (64,7 %). Za osnovno zdravstveno dejavnost je bila porabljena četrtnina vseh sredstev (25,26 %), za dejavnost socialnih in varstvenih zavodov 6,45 %, 2,09 % je porabljenih za lekarniško dejavnost, preostalih 1,5 % pa je bilo namenjenih zdraviliško-zdravstveni dejavnosti (glej sliko 2.7).

Slika 2.8: Delež prihodkov in odhodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja v BDP v obdobju 2001-2011.



Vir: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (2012).

ZZZS opozarja, da v zadnjih letih narašča razkorak med prihodki in odhodki, kar kažejo tudi podatki o deležu prihodkov in odhodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja v BDP za obdobje 2001–2011 (glej sliko 2.8).

Tabela 2.2: Izdatki za zdravstvo v RS v letih 2003 do 2008 v tisoč EUR

leto	skupaj	javno/država	zasebni sektor
2003	2.174.878	1.564.870	610.008
2004	2.278.633	1.664.142	614.491
2005	2.430.470	1.749.157	681.313
2006	2.564.277	1.859.430	704.847
2007	2.701.675	1.935.079	766.596
2008	3.110.047	2.234.965	875.082

Vir: Organizatio for Economic Co-operation and Developmen: Health Data

Podatki SURS-a kažejo, da se sredstva, namenjena za zdravstvo, iz leta v leto povečujejo, kar velja tako za javna kakor tudi za zasebna sredstva, pri čemer pa istočasno nominalna rast izdatkov za zdravstvo zaostaja za rastjo BDP (glej tabelo 2.2). Ne glede na prikazane podatke pa v javnosti vedno pogosteje odmeva, da sistem zdravstvenega varstva ni ustrezen ter da potrebuje temeljite reforme. Nadzor nad porabo sredstev za zdravstveno varstvo in izvajanjem pogodb z izvajalci zdravstvenih storitev izvaja ZZZS.

Stroški kakovosti

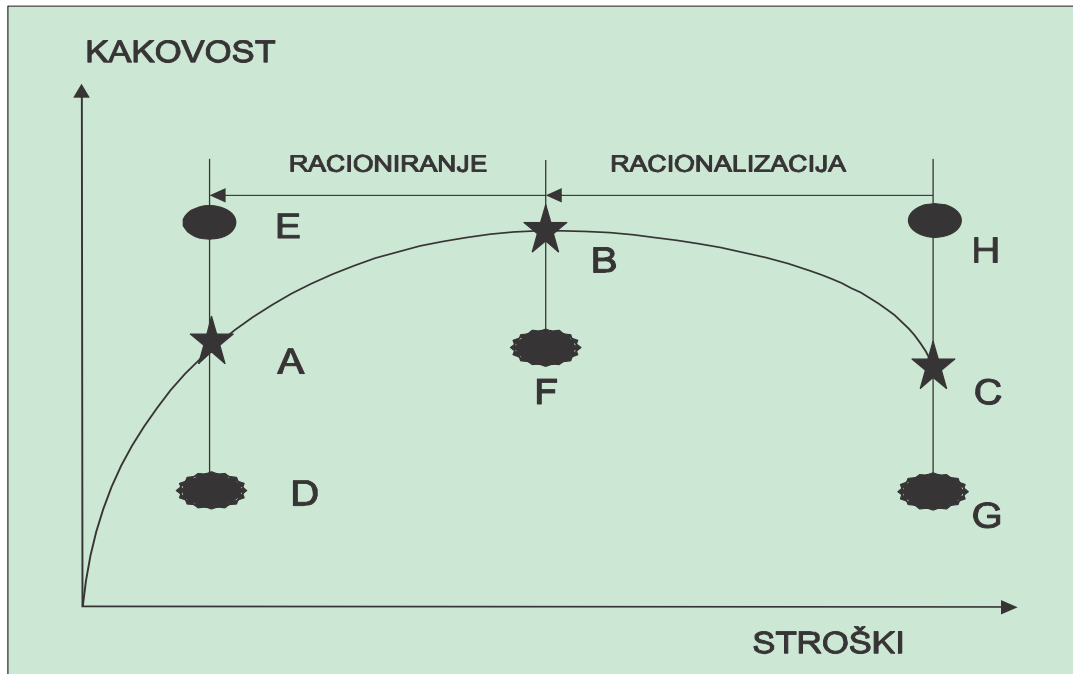
Uvajanje sistema kakovosti, razvijanje in spremljanje kakovosti povzroča nastajanje določenih stroškov, vendar pa so le-ti pri celovitem sistemu zagotavljanja kakovosti praviloma nižji od stroškov napak oziroma slabe kakovosti. »Stroški kakovosti so:

- stroški, potrebni za vzpostavitev sistema kakovosti,
- stroški preprečevanja napak,
- stroški kontrole, nadzora in preizkusov,
- stroški napak« (Vujoševič 1992, 193; Kersnik 2012)

Slovensko združenje za kakovost deli stroške kakovosti na:

- stroške za doseganje kakovosti: stroški preventive in stroški ocenjevanja in preverjanja kakovosti.
- stroške slabe kakovosti: stroški notranjih izgub in stroški notranjih izgub (Slovensko združenje za kakovost 2004, 9-14).

Slika 2.9: Kakovost in stroški

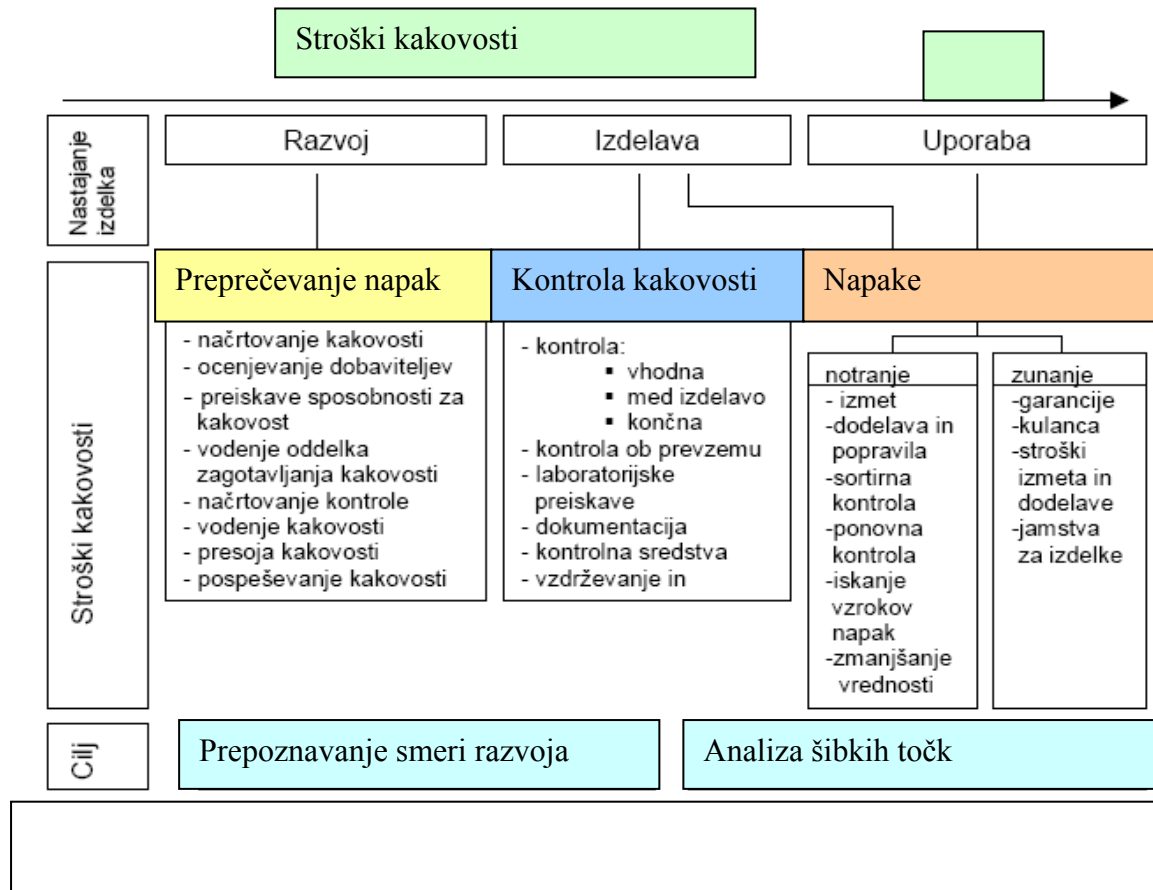


Vir: Kersnik (2010, 35).

Kakovost storitev ni vedno brezpogojna, saj je povezana tudi s stroški (glej sliko 2.9). Kersnik ocenjuje, da je lahko z omejevanjem sredstev oziroma racionalizacijo močno okrnjena

kakovost oskrbe, medtem ko povečevanje sredstev preko določene meje ne vodi nujno k dvigu kakovosti. Pri tem opozarja, da »lahko pri povečevanju sredstev prihaja tudi do pretirane rabe, ki ne prinaša koristi«, hkrati pa se lahko kljub povečevanju sredstev raven kakovosti celo niža (Kersnik 2012, 35–36).

Slika 2.10: Pregled stroškov kakovosti



Vir: Prirejeno po Šostar (2001, 202).

V sistemu vzpostavljanja kakovosti gre za kompleksen proces, ki ga sestavljajo tri ključne faze nastajanja izdelka ali storitve: razvoj, sama izdelava in uporaba (glej sliko 2.10). Kakovost torej stane, stroški kakovosti pa nastajajo tako v segmentu preprečevanja napak kakor tudi zaradi kontrole kakovosti in samih napak, ki se pojavljajo pri nastajanju izdelka ali izvajanju storitve. V fazi razvijanja kakovosti se pojavljajo predvsem stroški, ki so vezani na preprečevanje napak, v fazi izvajanja storitve nastajajo stroški predvsem zaradi kontrole kakovosti in deloma tudi zaradi samih napak (tako zunanjih kakor tudi notranjih), v fazi uporabe storitve pa so stroški vezani predvsem na napake, ki se lahko pojavljajo ob sami

uporabi ali tudi kasneje (neželene posledice ali neželeni učinki storitev, kar velja tudi za proizvodnjo izdelkov). Pri tem je potrebno omeniti temeljna cilja celotnega sistema kakovosti, ki sta prepoznavanje smeri razvoja in sprotna analiza šibkih oziroma kritičnih kontrolnih točk.

Fredi opozarja, da ne glede na uporabljeni model ocenjevanja kakovosti ta ni vedno sorazmerna z vložki. Kot primer navaja podatke OSCE, ki dokazujejo, da višina denarnih sredstev, ki jih v posameznih državah namenijo za zdravstvo, ni sorazmerna z indikatorji kakovosti, kot jih predstavlja Wilensky. Nadalje navaja, da so najbolj očitni primeri ZDA, kjer je z dostopnostjo do zdravstvenih storitev pokritih le 85,2 % populacije (v EU povprečno 99,7), od celotne populacije je le 28,5 % prebivalcev deležnih javnih zdravstvenih storitev (v EU povprečno 98,9), na prebivalca je na letni ravni porabljenih kar 6.160 dolarjev (v EU povprečno 3.005), vendar je kljub temu seštevek ocenjevanja indikatorjev kakovosti po Wilenskem samo 2,5 (v EU povprečno 8,1). Hkrati povzema, da je povprečen % BDP, ki ga ZDA namenijo za zdravstvo, kar 15,9 % (Freddi 2012, 23–30).

Tabela 2.3: Primerjava učinkovitosti in kakovosti zdravstvenega varstva med državami EU in ZDA

država	kakovost zdravstvene oskrbe (* Wilensky)	% populacije v javnem zdravstvu	izdatki na prebivalca v am. dolarjih	% javne porabe	javna poraba na prebivalca v am. dolarjih	BDP v am. dolarjih
Švica	12,5	100	3.729	59	2.205	43.356
Švedska	11,5	100	3.038	82	2.487	34.154
Italija	11,0	100	2.393	77	1.848	25.448
Francija	10,0	99,9	3.048	89	2.731	28.380
Norveška	9,5	100	3.469	84	2.921	51.525
Avstrija	9,0	98	3.430	77	2.638	30.916
Belgija	7,0	99	3.185	73	2.311	29.759
Finska	7,0	100	2.649	74	1.967	31.171
Nemčija	7,0	89,4	3.021	77	2.319	28.901
Nizozemska	6,5	89,8	3.017	82	2.476	32.326
Danska	5,5	100	3.074	84	2.597	39.358
Vel. Britanija	4,5	100	2.638	83	2.178	31.380
Irska	4,0	100	3.169	77	2.438	38.425
Evropa	8,1	96,1	3.066	78	2.394	34.238
ZDA	2,5	27,3	6.162	46	2.866	38.401

Vir: Prirejeno po Freddi (2012, 30).

Visoki izdatki na prebivalca, namenjeni za zdravstvo, ne pomenijo vedno tudi visoke ravni kakovosti zdravstvenih storitev. Enako velja tudi za večji delež privatnega sektorja v sistemu

zdravstvenega varstva posameznih držav, saj podatki kažejo, da večji delež zdravstvenih storitev s strani privatnega sektorja v primeru Združenih držav Amerike (ZDA) nujno ne pomeni višje kakovosti storitev (glej tabelo 2.3), prav tako kakovost zdravstvenih storitev ni sorazmerno visoka z višino DBP. Podatki kažejo, da čeprav v ZDA namenjajo veliko več izdatkov na prebivalca (kar 6.162 USD, za primerjavo v evropskih država le 3.066 USD), je ocena kakovosti zdravstvenih storitev v primerjavi z državami EU zelo nizka (samo 2,5).

Podobno ocenjuje tudi hrvaška zdravnica Gajski, ki je na podlagi poglobljene analize povečevanja porabe zdravil prišla do zaključka, da je poraba zdravil pogosto prekomerna, kar ocenjuje prej kot škodljivo oziroma nekoristno. Hkrati opozarja, da gre pri tem pogosto tudi za zlorabo in pritiske farmacevtske industrije s ciljem profita. Povečana poraba zdravil torej nujno ne odraža večje kakovosti zdravstvene obravnave, gre pa pogosto za ekstremno naraščanje stroškov za zdravila, ki niso potrebna (Gajski 2009).

2.2.2 Storitve in nivoji zdravstvenega varstva

Zdravstvene storitve so ene od temeljnih storitev ki jih pričakuje vsaka sodobna družba, prav tako pa so za dobro delovanje sodobne družbe tudi nujno potrebne. Zdravstvo predstavlja organizirano dejavnost nudenja zdravstvenih storitev bodisi v okviru javne službe, v okviru zasebne zdravstvene dejavnosti bodisi v kombinaciji obeh (Snoj 1998).

Kot takšne imajo nesporen vpliv na družbeno skupnost in na posameznika. Prav tako se sistem zdravstvenega varstva prepleta skozi vse segmente družbenega delovanja in je v stalni medsebojni soodvisnosti z družbenimi spremembami in njenim vplivom.

Pri definiranju **zdravstvenih storitev** ni možna natančna opredelitev, saj različni avtorji storitve, torej tudi zdravstvene storitve, razlagajo kot izboljšan izdelek ali stanje, uslugo ali izvedbo del na način oziroma tako, da ima od tega uporabnik korist. Večina opredelitev storitev se nanaša na fizične izdelke in ne na storitvene dejavnosti, med katere sodi tudi zdravstvo. Kljub temu najdemo številne razlage, ki ustrezajo storitvenim dejavnostim. Tako npr. Bradač opredeljuje storitev kot delati nekaj za nekoga oziroma služiti nekemu, streči, skrbeti zanj, pomagati nekemu oziroma storiti zanj nekaj (Snoj 1998, 32).

Namen opravljanja zdravstvenih storitev je, da bi uporabniku – pacientu ali varovancu – izboljšali ali ohranili zdravje. Kljub prepričanosti v uspeh pa ni možno natančno ugotovili,

»koliko boljšega zdravja« je bilo doseženo, saj gre za nematerialno kakovost in nematerialno količino, ki je ni možno natančno izmeriti ali stehtati. Hkrati je pacient vedno neposredno vključen v opravljanje zdravstvenih storitev in je torej sestavni del storitve, kar daje tem storitvam poseben pomen, predvsem pri ocenjevanju storitev, okolja, organizacije dela, časa in izvajalcev storitev, ki jih obravnavani pacient strne v oceno o zadovoljstvu oziroma nezadovoljstvu z zdravstveno oskrbo (Česen 2003).

Slika 2.11: Zdravstvena oskrba



Vir: Prirejeno po Kersnik (2010,17).

Zagotavljanje zdravstvenih storitev oziroma **zdravstvena oskrba** (glej sliko 2.11) predstavlja skupek med seboj povezanih in prepletenih pogojev, ukrepov, aktivnosti, postopkov, odnosov in razmerij, v katerih se znajdejo vsi akterji, ki so kakor koli vključeni v sistem zdravstvenega varstva, s ciljem najboljše možne in pričakovane oskrbe za zagotavljanje najboljšega možnega izida za ohranitev ali izboljšanje zdravja. Pri tem je kot izid ob strokovnem ravnanju izvajalcev zdravstvenih storitev izjemnega pomena zadovoljstvo pacientov ter za plačnika pozitivno razmerje med koristjo in stroški.

Zagotavljanje zdravstvenih storitev¹⁸ v RS za potrebe prebivalstva je možno preko javne ali zasebne dejavnosti, kot na kratko povzema Česen. O mreži zdravstvenega varstva odloča parlament, ki jo v obravnavo pošlje vlada na predlog resornega ministrstva. Nekoliko kompleksnejši sistem financiranja, ki ga poznamo v Sloveniji, in pravna ureditev javnih zavodov sta nedvomno tista, ki dopuščata precejšnjo mero neurejenosti in nejasnosti. Hkrati je zaznati premalo nadzora ali pa je le-ta zgolj neučinkovit (Česen 1998).

Nivoji izvajanja zdravstvenega varstva – zaradi potreb po zdravstvenih storitvah na različnih zahtevnostnih ravneh samih storitev je v okviru mreže javne zdravstvene službe organiziranost zdravstvenega varstva razdeljena podobno kot v drugih razvitih državah v 3 skupine oziroma nivoje delovanja:

- **Storitve primarnega zdravstvenega varstva** v 7. členu ZZDej pokrivajo osnovno zdravstveno oskrbo tako z zdravstvenimi kot tudi lekarniškimi storitvami, kar je določeno z zakonom. Primarna zdravstvena dejavnost se odvija v javnem sektorju, izvajajo ga javni zavodi (zdravstveni domovi, javne lekarne, koncesionarji), ter v okviru zasebnitva (zasebniki in zasebne lekarne). Zdravstvena dejavnost na primarni ravni deluje v okviru:

- splošnih ambulant, otroških dispanzerjev, šolskih dispanzerjev,
- dispanzerjev za žene,
- zobozdravstvene dejavnosti v okviru zobozdravstvenih ambulant,
- laboratorijske in radiološke diagnostike,
- službe nujne medicinske pomoči in referenčnih ambulant,
- dejavnosti reševalne službe in nujnih reševalnih prevozov ter
- ostalih ožjih dejavnosti osnovnega zdravstva (npr. razvojna ambulanta, lekarne).

Mrežo primarnega zdravstvenega varstva v okviru ZZDej zagotavlja občina oz. mesto, razen za demografsko ogrožena področja in zdravstveno varstvo študentov, kjer to vlogo prevzema država (Zakon o zdravstveni dejavnosti 2005).

Primarna raven zdravstvenega varstva predstavlja temelj celotne organizacije zdravstvenega varstva. V okviru pristojnosti primarnega zdravstvenega varstva se aktivnosti znotraj te ravni na osnovi kompetenc in v skladu z ZZVZZ prepletajo skozi celoten zdravstveni sistem.

¹⁸ Temeljni akti, v katerih je opredeljena vsebin sistema zdravstvenega varstva v RS, so Zakon o zdravstveni dejavnosti Uradni list RS, št. 36/2004 in Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju Uradni list RS, št. 9/1992 ter Zakon o zdravniški službi Uradni list RS, št. 98/1999.

- **Zdravstveno varstvo na sekundarni ravni**, ki zajema bolnišnično in specialistično zdravstveno obravnavo, izvajajo bolnišnice (javni zavodi), specialisti zasebniki in zdravilišča. Predstavlja nadgradnjo oziroma dopolnitev primarnega zdravstvenega varstva, in sicer s poglobljeno diagnostiko, zdravljenjem in rehabilitacijo. Gre za t. i. akutno ali neakutno obravnavo, kot jo opredeljuje Inštitut za varovanje zdravja (IVZ),¹⁹ ki na osnovi strokovnih zahtev predvideva izvajanje zdravstvenih storitev na nekoliko zahtevnejši ravni. Praviloma gre za bolnišnično specialistično dejavnost.

- **Izvajanje terciarne zdravstvene dejavnosti** se odvija na nivoju klinik, kliničnih inštitutov in kliničnih oddelkov. Terciarni nivo ponuja storitve na najvišjem naboru znanja, tehničnih zmogljivosti, zagotavlja zdravstveno oskrbo na najbolj zahtevni ravni, najbolj zapletenim primerom, vključuje znanstveno-raziskovalno in pedagoško delo ter izvaja povezovanje s strokovnimi doktrinami in prenos znanja na svetovnem nivoju.

- **Druga zdravstvena dejavnost**, kot npr. zdraviliška zdravstvena dejavnost, lekarniška zdravstvena dejavnost, preskrba s krvjo in krvnimi pripravki ter organi za presajanje, socialno medicinska higiena ipd., so prav tako dejavnosti, preko katerih gre za zagotavljanje zdravstvenih storitev, kot jih določa zakon, izvajanih na vseh treh nivojih zdravstvenega varstva (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju 2006).

Izven vseh treh nivojev zagotavljanja zdravstvenega varstva je potrebno umestiti in obravnavati tudi potrebe po dolgotrajni negi in oskrbi, ki združuje številne zdravstvene in socialne storitve za osebe, ki potrebujejo pomoč pri osnovnih dejavnostih vsakdanjega življenja zaradi kroničnih telesnih in duševnih bolezni, torej tistih oseb, ki zaradi svojega zdravstvenega stanja ne zmorejo izvajanja samooskrbe (ali če je ta nepopolna in nezadostna). Takšno nego v praksi pogosto vsaj delno opravljajo laični negovalci, kot so sorodniki ali prijatelji. Dolgotrajna nega po svojem delu sodi med zdravstveno oskrbo in socialno varstvo in je običajno namenjena osebam, ki so telesno ali duševno prizadete, starejšim osebam, osebam, ki so šibkega zdravja in posebnim skupinam, ki potrebujejo pomoč pri vsakdanjih dejavnostih. Storitve dolgotrajne nege so v sistem zdravstvenega varstva RS umeščene delno

¹⁹ Inštitut za varovanje zdravja (IVZ) je nacionalna ustanova, katere namen je proučevanje, varovanje in povečevanje zdravja, zbiranje in obdelava podatkov, pomembnih za odločanje in pripravo zdravstvene politike, spremljanje sistema zdravstvenega varstva (dostopnost, učinkovitost, prioritete), ocenjevanje tvegan za zdravje in predlaganje ukrepov ter raziskovanje in mednarodno sodelovanje. Inštitut za varovanje zdravja akutno bolnišnično obravnavo opredeljuje kot skupek aktivnosti v okviru diagnostike, opazovanja in zdravljenja, vezanih na celostno obravnavo in oskrbo posameznika v bolnišnici, ki traja od samega sprejema v obravnavo pa vse do odpusta iz bolnišnice oziroma do spremembe zdravstvenega stanja bolnika, ko njegove potrebe ustrezajo kriterijem neakutne obravnave oziroma smrti. V to vrsto obravnave sodijo vsa nujna zdravstvena stanja, poškodbe, nenadne spremembe ali poslabšanja zdravstvenega stanja.

na področje socialnega in delno zdravstvenega varstva. Na področju zdravstvenega varstva so prisotne predvsem v okviru primarnega nivoja (Ministrstvo za zdravje 2011).

Dostopnost zdravstvenih storitev

V slovenskem prostoru lahko uporabniki zdravstvenih storitev v skladu z ZZDej izbirajo med javnimi in zasebnimi izvajalci zdravstvenih storitev, razen na terciarnem nivoju, kjer je razpoložljiva samo javna služba.

Dostopnost zdravstvenih storitev danes ob sodobnih tehnologijah ni vezana samo na dejansko fizično prisotnost pacienta v zdravstveni organizaciji ali zdravstveno oskrbo na domu oziroma na kraju nezgode, pač pa je vedno bolj v uporabi tudi t. i. elektronska dostopnost. Ta prinaša svetovanje, stalno spremljanje, lahko tudi nadzorovanje (primer starostnikov, ki živijo sami), napotitve ali celi spreminjanje ustrezne terapije z zdravili, posredovanj izvidov, konzultacije strokovnjakov itd. E-zdravje tako na primer obsega sodelovanje med bolniki in ponudniki zdravstvenih storitev, prenos podatkov med ustanovami in medsebojno obveščanje bolnikov in zdravstvenih delavcev. Zajema tudi zdravstvene informacijske mreže, elektronsko zdravstveno dokumentacijo in elektronsko arhiviranje, telemedicino in komunikacijske sisteme za nadzor zdravstvenega stanja, ki jih bolniki nosijo na telesu. Pojem e-zdravje je torej v vedo bližje uporabnikom, saj pomeni splošno uporabo informacijskih in komunikacijskih tehnologij pri preprečevanju, diagnosticiranju, zdravljenju in spremljanju bolezni ter pri odločanju o zdravju in načinu življenja. Orodja e-zdravja so med drugim izjemnega pomena pri čezmejnem gibanju državljanov, saj omogočajo takojšen dostop do življenjsko pomembnih zdravstvenih informacij. E-zdravje omogoča osredotočenost zdravstvenih sistemov na bolnika in večjo učinkovitost, uspešnost in vzdržnost celotnega zdravstvenega sektorja. Evropska unija postaja »evropski prostor e-zdravja«²⁰ in z usklajevanjem in spodbujanjem povezovanja, sodelovanja in sinergij v delovanju med povezanimi politikami in interesnimi skupinami oblikuje nove rešitve, preprečuje drobitev trga in razširja dobre prakse (Ministrstvo za zdravje 2010a).

²⁰ Evropska unija si prizadeva s standardizacijo in izmenjavo informacij vzpostaviti sistem elektronskih zdravstvenih kartotek; z zdravstvenimi informacijskimi mrežami povezati zdravstvene centre in tako koordinirati odzivanje na nevarnosti za zdravje; zagotoviti spletne zdravstvene storitve, denimo informacije o zdravem življenju in preprečevanju bolezni; razviti svetovanje na daljavo, izdajo e-receptov, e-napotnic in e-povračilo stroškov. Ministrstvo za zdravje poudarja, da bodo strategije in projekti uspešni le, če bodo upoštevane potrebe državljanov, bolnikov in zdravstvenih delavcev, zato je vse tri omenjene skupine potrebno pritegniti k sodelovanju.

Dostopnost do javnih zdravstvenih storitev

Dostopnost do zdravstvenih storitev v RS zagotavlja Ustava Republike Slovenije, ki v sklopu varovanja človekovih pravic in temeljnih svoboščin določa, da ima vsakdo pravico do zdravstvenega varstva pod pogoji, ki jih določa država.

Dostopnost do javnih zdravstvenih storitev opredeljuje v ZZVZZ preko pravic, ki so določene v 6. in 7. členu. Zavarovane osebe lahko uveljavljajo pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v zavodih oziroma pri zdravnikih, ki delujejo v okviru mreže javne zdravstvene službe. V mrežo javne zdravstvene službe²¹ so na osnovi koncesij enakopravno vključeni javni zdravstveni in drugi zavodi ter zasebni zdravniki in drugi zasebniki.

V letu 2011 je bilo z ZZS sklenjenih 1784 pogodb z izvajalci (86,72 % z javnimi zavodi in 13,28 % z zasebniki s koncesijo) (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2012).

Dostopnost do zdravstvenih storitev odraža preko javne zdravstvene mreže, krajevne in časovne dostopnosti, dostopnosti do ustrezne strokovne obravnave osnovnih in specialističnih zdravstvenih storitev glede na starostno skupino, vrsto bolezni ali potreb po zdravstveni oskrbi, dostopnosti do preventivnih zdravstvenih storitev, potrebnih zdravil in medicinsko tehničnih pripomočkov ter dostopnost do nadomestil v primeru zdravstvenega zavarovanja, dostopnost do podatkov in informacij o zdravljenju ter dostopnost do pritožbenih poti. Čebašek – Travnik je kot varuhinja človekovih pravic ugotavljala, da imamo v RS sicer zakonsko relativno visoko stopnjo ureditve področja dostopnosti, vendar pa je opozarjala na slabo organizacijo zdravstvenega varstva, povečevanje čakalnih dobe, izginjanje solidarnosti in pravičnosti, kar je posebej opazno pri najbolj ogroženih skupinah prebivalstva, kot so otroci, starejši in kronično bolni (Čebašek - Travnik 2011).

²¹ Merila za vzpostavitev mreže javne zdravstvene službe določa Plan zdravstvenega varstva RS, pri čemer mora biti upoštevano zdravstveno stanje, število, starost in socialna struktura prebivalstva, enake možnosti za uporabo zdravstvenih storitev, urbanizacija, poseljenost in demografska ogroženost območij, potreben obseg posamezne dejavnosti in gospodarske možnosti. Mrežo primarnega zdravstvenega varstva vzpostavljajo občine ali druge lokalne skupnosti (npr. mesto), razen za demografsko ogrožena področja in posebne skupine, kjer to vlogo prevzema država, ki hkrati prevzema tudi vzpostavitev zdravstvene mreže na sekundarnem in terciarnem nivoju. 6. člen ZZDej določa, da mora ne glede na vse druge parametre biti v okviru javne zdravstvene službe vsem državljanom RS zagotovljeno nujno zdravstveno varstvo v okviru nujne medicinske pomoči, nujnimi reševalnimi prevozi, preskrbo z nujno potrebnimi zdravili v čim krajšem možnem času in čim bližje nastanku potrebe po nujnih zdravstvenih storitvah.

2.2.3 Učinkovitost zdravstvenega varstva

O učinkovitosti zdravstvene oskrbe govorimo, kadar so pričakovane koristi večje od pričakovanih škodljivosti. Kljub temu so pričakovanja vseh akterjev, ki so vključeni v sistem zdravstva, vedno usmerjena v učinkovitost. Pri tem ne moremo mimo dejstva, da si prav učinkovitost akterji razlagajo različno. Izvajalci zdravstvenih storitev povezujejo učinkovitost z izvedenimi aktivnostmi, uporabniki storitev z zadovoljstvom izida storitev, financerji s čim nižjimi uporabljenimi sredstvi, delodajalci s čim nižjim zdravstvenim absentizmom (odsotnost z dela zaradi bolezni) itd. (Kersnik 2010).

Tabela 2.4: Kazalniki poslovne učinkovitosti v bolnišnicah v letu 2009

	Kazalnik	2006	2007	2008	2009	2010
1	Kazalnik gospodarnosti	1,01	0,99	1,03	1,02	1,01
2	Delež amortizacijskih sredstev v pogodbah z ZZS	5,59	5,45	5,53	4,72	4,49
3	Delež porabljenih amortizacijskih sredstev	88,42	86,53	94,31	98,94	105,95
4	Stopnja odpisanosti opreme	0,79	0,80	0,79	0,77	0,78
5	Dnevi vezave zalog materiala	27,92	29,18	27,05	28,38	26,94
6	Koeficient plačilne sposobnosti	1,30	1,19	1,14	1,09	1,24
7	Koeficient zapadlih obveznosti	0,76	0,56	0,36	0,20	0,45
8	Kazalnik zadolženosti	0,32	0,34	0,32	0,33	0,34
9	Pokrivanje kratkoročnih obveznosti z gibljivimi sredstvi	1,52	1,42	1,51	1,65	1,73
10	Prihodkovnost sredstev	/	/	/	2,62	0,91

Vir: Gregorič Rogelj (2011, 9)

Spremljanje kazalnikov poslovne učinkovitosti je ena od nalog vodstva zavodov. Povzetek poročila ZZS o statistični analizi kazalnikov poslovne učinkovitosti, ki ga je za slovensko področje pripravila Rogelj, zajema 10 poslovnih kazalnikov, ki spadajo med t. i. obvezne kazalnike, o katerih morajo na podlagi uredbe resornega ministrstva poročati vsi javni zdravstveni zavodi (glej tabelo 2.4) (Gregorič Rogelj 2011, 9). Podatki o gospodarnosti (celotni prihodki/celotni odhodki) kažejo rahlo povečevanje odhodkov nad prihodki. Delež amortizacijskih sredstev v pogodbah z ZZS (priznana amortizacija s strani ZZS/celotni prihodek iz pogodb ZZS) na pogodbeno zmanjševanje sredstev za amortizacijo s strani ZZS. Indeks odpisane opreme (popravek vrednosti opreme in drugih opredmetenih osnovnih sredstev/oprema in druga opredmetena osnovna sredstva) je v prikazanih letih nespremenjen.

Dnevi vezave zalog materiala (dnevi zalog v 365 dneh/strošek materiala) kažejo rahlo upadanje zalog in s tem zmanjševanje stroškov zalog. Koeficient plačilne sposobnosti (povprečno št. dejanskih dni za plačilo/ povprečno št. pogodbenih dni za plačilo) sicer rahlo upada, vendar se koeficient zapadlih obveznosti (zapadle neplačane obveznosti na 31. 12./ mesečni promet dobavitelja) povečuje (predvsem na račun petih finančno neučinkovitih bolnišnic). Ponovno se rahlo dviguje koeficient zadolženosti, močno pa narašča pokrivanje kratkoročnih obveznosti z gibljivimi sredstvi, hkrati pa se je leta 2010 v primerjavi z letom 2009 bistveno zmanjšala prihodke sredstev. Generalno gledano gre torej za postopno zmanjševanje poslovne učinkovitosti ter istočasno povečevanje sredstev za zdravstvo in tudi porast pričakovanj uporabnikov oh istočasnem porastu števila specialističnih obravnav.

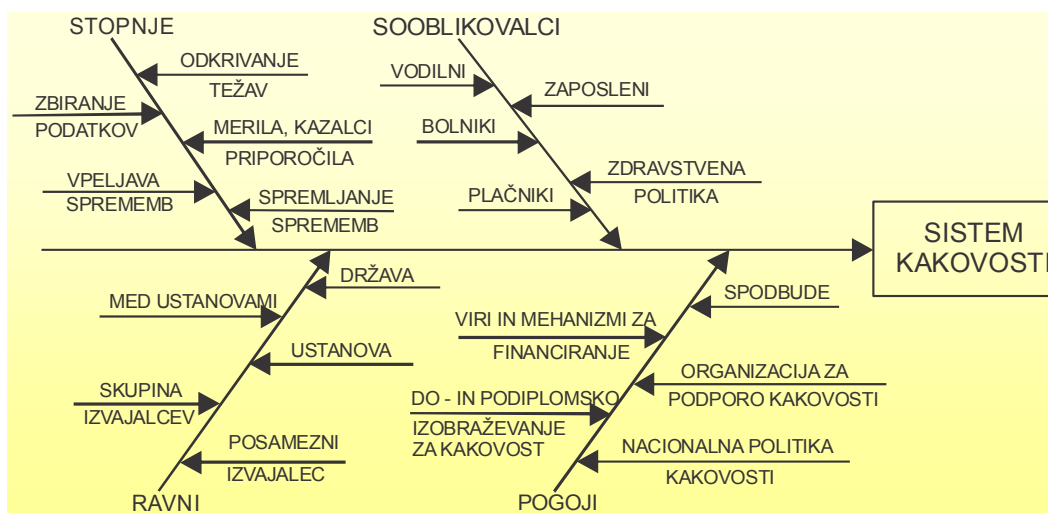
Spremljanje kazalnikov poslovne učinkovitosti postaja v zdravstvenem sistemu vedno bolj pomembno in nujno. Ob realnem pričakovanju omejevanja sredstev predstavljajo kazalniki učinkovitosti izhodišče za načrtovanje kratkoročnih in srednjeročnih poslovnih ciljev.

V slovenskih medijih se krepijo polemike o neučinkovitosti zdravstvenega varstva. Rus navaja, da obstaja »nekaj primernih rešitev za povečevanje učinkovitosti sistema zdravstvenega varstva, pri čemer izpostavlja privatizacijo javnega zdravstva oz. javnega sektorja nasploh« (Rus 2001, 33–36). Kot s podatki dokazuje Freddi (Primerjava učinkovitosti in kakovosti zdravstvenega varstva med državami EU in ZDA, slika 2.11), ni nikakršnega zagotovila, da bi privatizacija zdravstvenega varstva povečala učinkovitost, ravno nasprotno, podatki na primeru ZDA kažejo, da je višja le višina porabljenih sredstev na prebivalca, medtem ko sta učinkovitost, predvsem pa kakovost zdravstvenih storitev nižja (Freddi 2012).

3 KAKOVOST IN VARNOST ZDRAVSTVENIH STORITEV

Ideja o stalnem izboljševanju kakovosti je najprej zorela v gospodarskih dejavnostih, kjer so pogoji ostre konkurence trga zahtevali nenehno prilagajanje in izboljšave. Razvijanje kakovosti je pospešilo globalno delovanje trga, ki je pogoje konkurenčnosti le še zaostriło. Postopoma se je zavedanje pomena kakovosti začelo prenašati tudi v negospodarske dejavnosti, torej tudi v zdravstvo. V zadnjem desetletju pa se pojmu kakovost pridružuje tudi pomen varnosti, zato je v zdravstvenem varstvu vedno bolj poudarjena kakovost in varnost.

Slika 3.1: Razsežnost sistema kakovosti



Vir: Kersnik (2010, 95).

Sistem kakovosti (glej sliko 3.1) predstavlja nabor medsebojno povezanih, načrtnih, soodvisnih dejavnosti in ukrepov na vseh ravneh in segmentih zdravstvenega varstva s ciljem stalnega zagotavljanja in izboljševanja kakovosti oskrbe bolnikov. Kersnik opozarja: »pri tem ni možno prezreti, da lahko o kakovosti v zdravstvu govorimo zgolj kot sistemu, pri katerem kot merilo uspešnosti ne moremo upoštevati samo vzpostavitev in delovanje sistema samega, pač pa je za doseganje celovite kakovosti potrebno izpolnjevanje vseh prvin sistema kakovosti« (Kersnik 2010, 95–96).

Slika 3.2: Temelji kakovosti (temelji odličnosti)

Osredotočenost na odjemalca	Odjemalec je tisti, ki se v končni fazi odloča o kakovosti izdelka ali storitve, zato je za ohranjanje trga ali »zvestobe« odjemalcev možno dosežati le z osredotočenostjo na potrebe trenutnih in potencialnih odjemalcev.
Usmerjenost v rezultate	Odličnost je odvisna od uravnoteženja in zadovoljevanja potreb vseh udeležencev (zaposleni, odjemalci, dobavitelji, širša družbena skupnost, posamezniki ali skupine, ki imajo v družbi finančne interese).
Voditeljstvo in stanovitnost namena	Jasnost in enotnost glede namena in ciljev delovanja organizacije ustvarjajo vodje; preko tega organizacija in njeni zaposleni izkazujejo svojo odličnost.
Upravljanje na podlagi procesov in dejstev	V praksi velja, da so organizacije, ki poznajo in sistematično upravljajo vse med seboj povezane dejavnosti (proces) in odločitve o tekočem poslovanju in načrtovanje izboljšav sprejemajo na podlagi zanesljivih podatkov, uspešnejše. Pri tem je bistvenega pomena tudi upoštevanje mnenj vseh vključenih akterjev.
Razvoj in vključevanje zaposlenih	Največji kapital vsake organizacije so kompetentni in zadovoljni zaposleni. Njihov polni potencial lahko organizacija najbolj sprošča na podlagi razvijanja skupnih vrednot, kulture medsebojnega zaupanja in pooblašanja ter aktivnega vključevanja vsakega posameznika
Stalno učenje, inovativnost in izboljševanje	Organizacija deluje najbolje, kadar njeno delovanje temelji na upravljanju in izmenjavi znanja in organizacijske kulture, ki vzpodbuja stalno učenje, inovacije in izboljšave.
Razvijanje partnerstva	Za uspešne organizacije je značilno, da gradijo s partnerji vzajemno koristne odnose, ki temeljijo na zaupanju, izmenjavi znanja in integraciji.
Družbena odgovornost	Vpliv na družbo; zdravje predstavlja vrednoto, ki ni le osebna, temveč tudi posebnega družbenega pomena. Zdrava populacija je produktivnejša in cenejša.

Vir: Prirejeno po Kern Pipan, Leon (2004).

Pri pojasnjevanju pojma kakovosti je potrebno izhajati iz dejstva, da je doseganje kakovostnih izdelkov ali storitev možno le, če organizacija deluje na **temeljnih odličnosti** (glej sliko 3.2). Tako denimo European Foundation for Quality Management (EFQM) ponuja model kot praktično orodje, s pomočjo katerega organizacije lahko vzpostavijo sistem merjenja dosežene stopnje približevanja k poslovni odličnosti, to pa jim pomaga razumeti, kje so vrzeli in kje so priložnosti oziroma rešitve. Temeljna načela, ki jih model podpira, so: osredotočenost na odjemalca, usmerjenost na rezultate, voditeljstvo in stanovitnost namena, upravljanje na podlagi procesov in dejstev, razvoj in vključevanje zaposlenih, stalno učenje, usmerjenost v inovativnost in izboljšave, razvijanje partnerstva in splošna družbena odgovornost.

3.1 Opredelitev pojma: kakovost

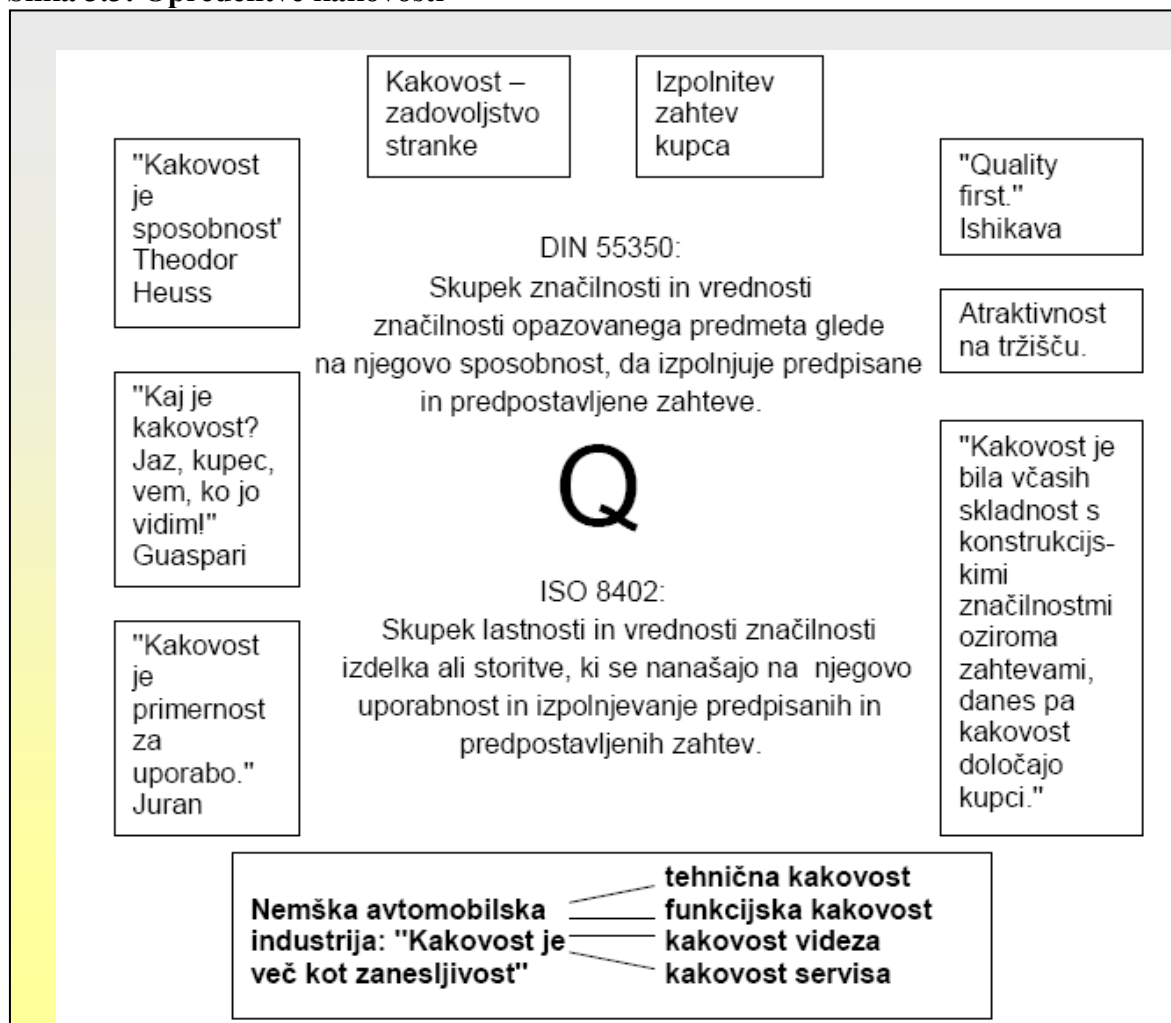
Pojmovanja kakovosti so različna. Kakovost je povezana s pojmovanjem nečesa dobrega, vsečnega ali primernega, nečesa, kar ustreza pričakovanem ali jih celo v celoti izpolnjuje. Pri

analiziranju pojma kakovosti ugotavljamo, da je le ta pomembna v industrijski proizvodnji, prav tako pa tudi na področju storitvenih dejavnosti. Od določenega izdelka se pričakuje določena kakovost, ki je jasno predpisana in nedvoumna. Uporabnik išče izdelek v nekem kakovostnem razredu, hkrati je zanj pripravljen plačati določeno ceno, kar nakazuje, da je kakovost izdelka mogoče objektivno meriti, med seboj primerjati in tako oceniti določeno vrednost. Pri kakovosti storitev je ocena le-te bistveno drugačna, saj je kakovost storitve vezana na subjektivno oceno uporabnika storitev, njegova pričakovanja in potrebe, ki jih določena storitev izpolni. Za uspešno poslovanje proizvodne ali storitvene dejavnosti je potrebna kakovost izdelka in storitev, ki mora biti kot taka ocenjena tako na strani proizvajalca kot tudi na strani kupca – uporabnika.

Robida povzema, da lahko razlikujemo med kakovostjo, ki je skladna s pričakovanji, kakovostjo, kot nekim splošnim pojmom in specifikacijami (standardna kakovost). Meni tudi, da je **objektivno** kakovost mogoče laboratorijsko ali kako drugače natančno izmeriti glede na določen standard. Standardna kakovost je objektivna. Opredeli jo storitvena organizacija s postopki ter izvajalci storitev. **Subjektivne** kakovosti ni mogoče natančno izmeriti. Določena je s subjektivnimi, psihološkimi zaznavami uporabnikov in izvajalcev storitev, ki ocenjujejo kakovost pod vplivom vrednot, pričakovanj, čustev in sposobnosti zaznavanja. Kakovost, ki je skladna s pričakovanji, opredeli uporabnik, ko je storitev že izvedena. Ta kakovost je subjektivna (Robida 2006b).

Šostar povzema opredelitev kakovosti po standardu DIN 55350/ISO 8402, ki opredeljuje »kakovost kot skupek značilnih vrednosti nekega izdelka ali storitve, ki se nanašajo na njegovo sposobnost, da zadovolji izražene in pričakovane potrebe, in kot skupek značilnosti, ki označujejo primernost za uporabnika, pri čemer gre hkrati za izpolnjevanje točno določenih in predpostavljenih potreb«. K temu dodaja, da potrebuje organizacija drugačno definicijo kakovosti; takšno, ki bo hkrati dajala možnost merjenja kakovosti tako, da bo jasno, kakšen mora biti izdelek ali storitev, da je lahko prepoznana kot kakovostna. Tako mora v izdelku ali storitvi kupec videti najvišjo možno vrednost, proizvajalec pa mora biti sposoben narediti izdelek ali izvajati storitev z najnižjimi možnimi stroški. Pri tem opozarja, da je opredelitev kakovosti podobna tudi v načelih Evropske organizacije za nadzor kakovosti (EOQC) in po načelih Ameriške skupnosti za nadzor kakovosti (ASQC) (Šostar 2000, 7).

Slika 3.3: Opredelitve kakovosti



Vir: Šostar (2000, 8).

Če na kratko povzamemo, je opredelitev kakovosti večplastna. Temelj ocenjevanja so pričakovanja in na drugi strani izpolnitev teh pričakovanj; kakovost je torej sorazmerno večja, kolikor so razhajanja med pričakovanji in izpolnitvijo manjša. Pri tem ocene kakovosti ni mogoče posploševati, saj jo vsak ocenjevalec ocenjuje na podlagi svojih lastnih pričakovanj, želja in potreb ter lastnega subjektivnega dojetanja (glej sliko 3.3). Pri tem je potrebno upoštevati dejstvo, da zahteve postavlja kupec oziroma uporabnik storitev (ali tržišče), iz česar izhaja, da pomeni kakovost optimalno izpolnjevanje zahtev kupca oziroma uporabnika storitev glede na nekatera zanj bistvena merila, kot so:

- funkcionalnost
- čas dobave oziroma izvedbe
- dostopnost
- prijaznost do okolja, uporabnika

- zanesljivost
- cena, vrednost storitve
- svetovanje in vzdrževanje (Šostar 2000).

V literaturi najdemo tudi precej drugačno, pravzaprav nasprotno pojmovanje kakovosti, in sicer kot tehnično ali funkcionalno kakovost, pri čemer:

- **tehnična kakovost** pomeni doseganje predpisanih standardov in kriterijev in se nanaša na rezultate izvedbe storitev, način prejetja storitev, vloženih sredstvih in znanju;

- **funkcionalna kakovost** opredeljuje način izvedbe storitve, odnos med izvajalcem storitve oz. organizacijo ter uporabnikom storitve; čeprav je funkcionalna kakovost le nadgradnja tehnične kakovosti, sta za uporabnika storitev obe enako pomembni (Palmer 1994; Zineldin 2006, 68;).

Kot eno od možnih opredelitev kakovosti lahko povzamemo Šostarjevo interpretacijo kakovosti na primeru nemške avtomobilske industrije, v kateri navaja, da je »kakovost več kot zanesljivost«, ter hkrati deli kakovost na:

- tehnično kakovost,
- funkcijsko kakovost,
- kakovost videza in
- kakovost servisa (Šostar 2000).

Stopnja kakovosti je osnova za konkurenčne prednosti, ki bazira na kakovosti, to je kvaliteti proizvodov ali storitev. Prednost na osnovi kakovosti je dolgoročno boljše zagotovilo za določen položaj na trgu in tudi vodenje stroškov (Slovensko združenje za kakovost 2005).

Med drugim se je potrebno ustaviti tudi ob dejstvu, »da je z uvedbo notranjega tržišča v okviru EGS, z odprtjem vzhodnoevropskih trgov in krepitvijo tranzicije, povečanjem vpliva podjetij izven Evrope ter zavedanja in zahtev posameznikov, da za določeno plačilo pričakujejo ustrezno kakovost izdelkov ali storitev«. Zaradi navedenih dejstev postaja kakovost izdelkov in storitev eden pomembnejših dejavnikov družbenega delovanja in ena pomembnejših strateških nalog menedžmenta (Šostar 2000, 7)

3.1.1 Kakovost storitev

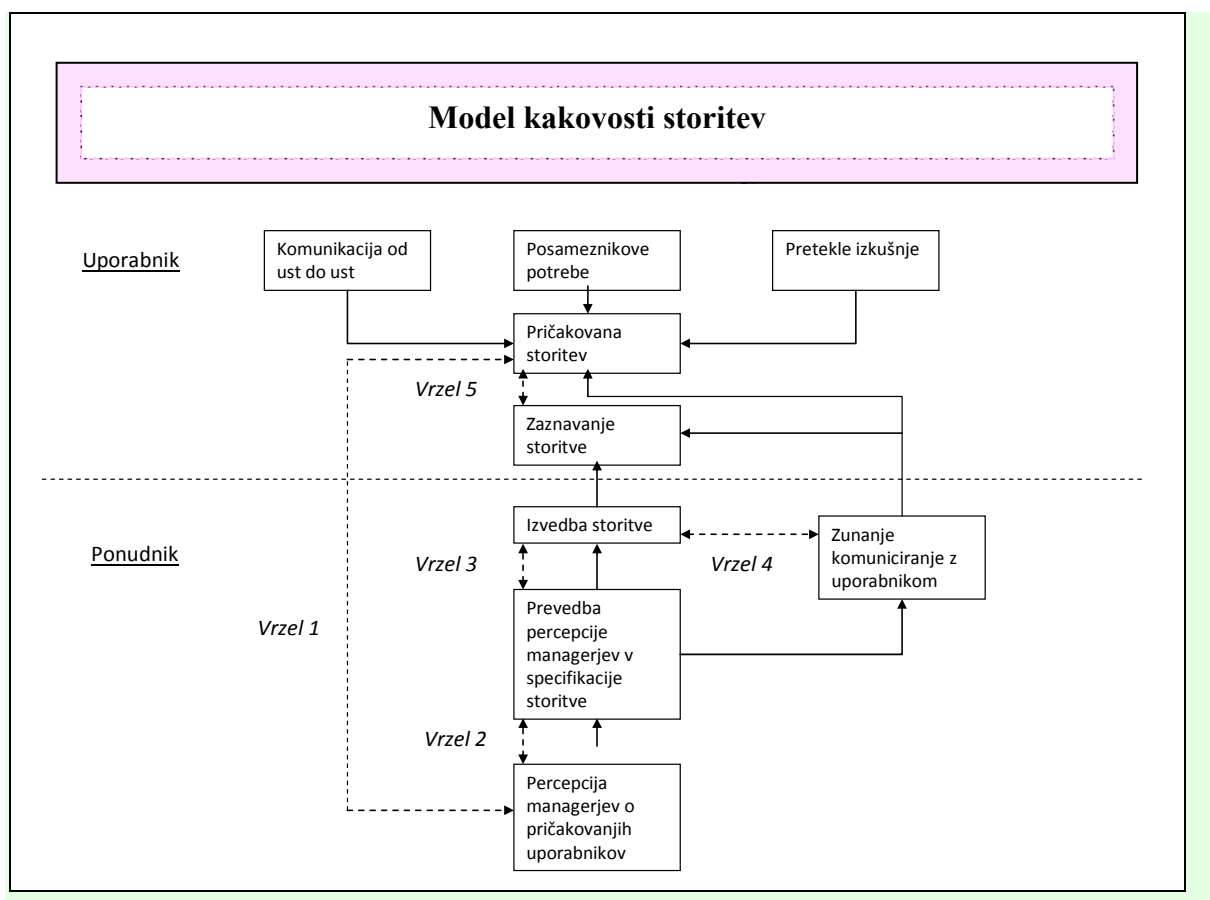
Pri preučevanju definicij **kakovosti storitev** pridemo hitro do ključne ugotovitve, da ni popolnoma enotne definicije, saj storitve različni avtorji različno opredeljujejo, in sicer:

- Feigenbaum opredeljuje kakovost izdelka ali storitve kot zbir značilnosti trženja, razvijanja proizvodnje in vzdrževanja, s katerim bo izdelek ali storitev v uporabi zadovoljil pričakovanja uporabnika.
- Ameriško združenje za nadzor kakovosti opredeljuje kakovost kot skupek lastnosti in značilnosti izdelka oz. storitev, ki vplivajo na njegovo sposobnost, da zadovolji izražene ali naznačene potrebe.
- Lovelock označuje kakovost kot nameravano stopnjo odličnosti in kontrolo spremljivosti pri doseganju te odličnosti pri izpolnjevanju porabnikovih zahtev (Robida 2006b).

Snoj opozarja, da v praksi najdemo različne definicije in poglede na kakovost storitev, kar pogojuje različne klasifikacije pojma kakovosti in različne pristope k ocenjevanju njihove kakovosti. Navaja tudi, da je najpogostejša delitev kakovosti storitev na glede na absolutnost oziroma relativnost njene merljivosti, torej:

- objektivna ali t. i. racionalna oz. mehanična kakovost, ki pomeni tehnično odličnost neke aktivnosti, pojava, dogajanja, pri kateri je možna natančna opredelitev oz. merjenje;
- subjektivna ali t. i. zaznana oz. humanistična kakovost, ki je vezana na uporabnikovo ocenjevanje in se zaradi različnega posameznikovega zaznavanja odraža relativno. Snój to vrsto kakovosti imenuje humanistična kakovost, ki predstavlja sodobnejše pojmovanje kakovosti, saj temelji izključno na zaznavah uporabnika storitev (Snój 1998).

Slika 3.4: Model kakovosti storitev



Vir: Parasuraman in drugi (1985).

Parasuraman je s svojimi sodelavci že leta 1985 objavil model kakovosti storitev, ki jasno ponazarja pogled uporabnika in izvajalca storitev na oceno kakovosti storitev (glej sliko 3.4) Med obema različnima pogledoma nastajajo v procesu izvajanja storitev določene vrzeli, ki so stičišča skupnih pogledov in predstavljajo približevanje obeh pogledov ali razhajanje le-teh. Ta stičišča je poimenoval vrzeli.

3.1.2 Kakovost zdravstvenih storitev

Kakovost in varnost zdravstvenih storitev postaja eno temeljnih vodil v delovanju zdravstvenega varstva v t. i. razvitih družbah, kar velja tudi za RS in celotno Evropsko unijo. V zavest izvajalcev zdravstvenih storitev vedno bolj vstopajo dejstva, da zdravstveno varstvo potrebuje temeljite spremembe.

Z vstopom Slovenije v Evropsko unijo in s prevzemanjem skupne odgovornosti za državljane držav članic EU so nastale zahteve za celovito vodenje in usklajevanje kakovosti na ravni posameznih držav. Glavni razlogi oblikovanja sistema kakovosti v zdravstvu v posameznih državah Evropske unije, ki so privedli do razmišljanja o potrebnih spremembah, so:

- nesprejemljiva raven odklonov izidov zdravljenja (neželeni izidi zdravljenja),
- nesprejemljiva raven uspešnosti delovanja (benchmarking s podobnimi organizacijami),
- neuspešna ali neučinkovita uporaba zdravstvenih tehnologij (premajhna, prevelika ali nepravilna uporaba – torej negospodarno ravnanje, neizkoriščenost opreme in sredstev ali nenamenska poraba sredstev),
- visoka cena slabe kakovosti storitev (predrage storitve),
- nezadovoljstvo uporabnikov (pritožbe, predvsem zaradi postopkov in slabega odnosa izvajalcev do uporabnikov zdravstvenih storitev),
- neenak dostop do zdravstvenih storitev (krajevni, časovni),
- nerazumne čakalne dobe in nepregledni čakalni seznam ter
- cena zdravstvenih storitev, ki si jih družba ali posameznik ne more privoščiti (Robida 2006a, 26).

Svet Evrope je leta 1997 sprejel priporočila zdravstvenih ministrov, med katerimi je bilo glede razvijanja kakovosti eno od temeljnih priporočil, da je pravica vsakogar in vsake skupnosti dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe. Leta 2005 je Svet Evrope objavil priporočila o varnosti pacientov in jih leta 2009 po predlogu Poročila Sveta o varnosti pacientov dopolnil oziroma spremenil z namenom, da vlade držav članic zagotovijo:

- postavitve varnosti pacientov v središče delovanja zdravstvene politike kot podlaga politik izboljševanja kakovosti,
- oblikovanje celovite politike varnosti za paciente,
- razvijanje sistema poročanja o varnostnih zapletih pri pacientih, katerih cilj je učenje in ne sankcije ali disciplinski ukrepi proti udeležencem varnostnega zapleta,
- iskanje in obravnavanje virov podatkov, kot so pritožbe pacientov, odškodninski zahtevki, sistemi presoje itd.,
- oblikovanje izobraževanja o zagotavljanju varnosti pacientov in poudarjanje pacientovih pravic,
- sodelovanje na mednarodni ravni,

- spodbujanje raziskovanja o varnosti pacientov, varnosti zdravstvenih storitev, redno poročanje o ukrepih za izboljšanje varnosti pacientov ter medsebojna primerljivost (Svet Evrope 2009).

Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu za obdobje 2010 do 2015 posebej izpostavlja vrednote, kot so: odgovornost, strokovnost, spoštljivost, timsko delo, povezovanje, komunikacija, poštenost, sočutnost, prijaznost, usmerjenost k skupnim ciljem, na podlagi katerih so izluščeni štirje temeljni strateški cilji:

- Razvoj sistematičnega vodenja kakovosti in varnosti (za izobraževanje in usposabljanje s področja kakovosti in varnosti je pod okriljem Ministrstva RS za zdravje ustanovljena nacionalna delovna skupina).
- Razvoj kulture varnosti in kakovosti (na podlagi ugotovitev, da je stopnja kulture varnosti in kakovosti v zdravstvenih zavodih še sorazmerno nizka, je cilj izboljšanje kulture in njena širitev na vsa področja delovanja zdravstva).
- Vzpostavitev sistema izobraževanja in usposabljanja (podana je ocena, da je izobraževanje in usposabljanje na področju kakovosti nesistematično in slabo organizirano ter da pogosto temelji na entuziazmu in delovanju posameznikov).
- Vzpostavitev sistema uspešnosti in učinkovitosti zdravstvene oskrbe (analize kažejo, da je v slovenskem zdravstvenem sistemu eden večjih problemov prav nizka stopnja učinkovitosti ter pomanjkanje strateškega planiranja. Pri tem so posebej izpostavljene dolge čakalne dobe, potreba po vpeljevanju kliničnih poti, vrednotenju tehnologij, izvajanje zdravstvenih storitev na temeljih varne prakse itd.) (Simšič 2010).

V nacionalno strategijo je vključenih tudi nekaj temeljnih priporočil, kot so: da v upravi sodeluje tudi strokovnjak s področja kakovosti, uvedba evropsko primerljivega bolnišnično informacijskega sistema in vzpostavitev enotnega informacijskega sistema, pregled, spremljanje in primerjanje kazalnikov kakovosti delovanja znotraj posameznega zavoda, nadzor nad stroški zdravljenja, certificiranje podpornih funkcij v zdravstvenih zavodih – po sistemu vrednotenja kakovosti po standardu ISO 9001 ter pospešena priprava in uvajanje kliničnih poti, s pomočjo katerih bi povečali nadzor nad kakovostjo in varnostjo storitev ter učinkovitosti zdravljenja (Simšič 2010).

Kot ključne probleme avtorji strategije izpostavljajo zaostajanje razvoja organizacije zdravstvenih sistemov in procesov, saj ti občutno zaostajajo za razvojem zdravstvene tehnologije. Zastoj pripisujejo »pomembnim podpornim veščinam dela«, te pa so: komunikacija, timsko delo, urejenost zdravstvene dokumentacije, izobraževanje, strokovno izpopolnjevanje, kar pripisujejo predvsem velikemu vztrajanju na tradicionalni hierarhični ureditvi (Simšič 2010).

Med ponudniki zdravstvenih storitev je kakovost storitev možno opredeliti tudi kot podlago za konkurenčno razlikovanje, kar je še posebej pomembno pri trženju storitev, v postopku akreditacije in nenazadnje tudi pri neposrednem izboru izvajalca zdravstvenih storitev (izbor s strani uporabnika) tako zdravstvene organizacije kot tudi zdravnika²² in varovanje pacientovih pravic, kot jih določa Zakon o pacientovih pravicah.²³

Usmerjenost k razvijanju kakovosti je danes opazna v celotnem slovenskem zdravstvu, predvsem pa v vseh slovenskih bolnišnicah, saj se v zadnjem času veliko vloga v standardizacijo in akreditacijo, kaj je predpogoj, da lahko govorimo o sistemih kakovosti in posledično tudi povečani varnosti tako za paciente kot tudi izvajalce storitev. Kakovost je torej v večini slovenskih bolnišnic že priznana in uveljavljena managerska aktivnost, hkrati pa je vključena tudi v strateške načrte razvoja posameznih institucij, predvsem s poudarkom na usposabljanju, pridobivanju znanja, širši prepoznavnosti in vpeljevanju standardiziranih sistemov kakovosti. Cilj le-teh je razpoznavnost in konkurenčnost na domačem in tujem trgu. Kersnik opisuje izboljševanje kakovosti v zdravstvu (kakovost zdravstvenih storitev) kot novo filozofijo, ki je usmerjena v splošni dvig kakovosti dela vseh zaposlenih in ne le v odkrivanje slabih primerov. Dejstvo, da je temu tako, je podkrepil z razlogi, kot so:

- zapletenost sistema zdravstvene dejavnosti, ki je prepleten s številnimi podrobnostmi,
- težko ugotavljanje statistično značilnih razlik med posameznimi primeri,
- nesprejemanje ali celo nasprotovanje zunanjemu nadzoru, ki pogosto moti delovni proces, hkrati pa je ta s strani zaposlenih v zdravstvu še vedno pogosto pojmovan zgolj kot inšpekcijski nadzor z namenom sankcioniranja in ne kot nadzor, katerega bistvo je pozitivna komunikacija in razvijanje kakovosti ter priložnost za izboljšave,

²² Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) med drugim določa tudi pravico do izbire zdravnika oz. zdravstvene organizacije.

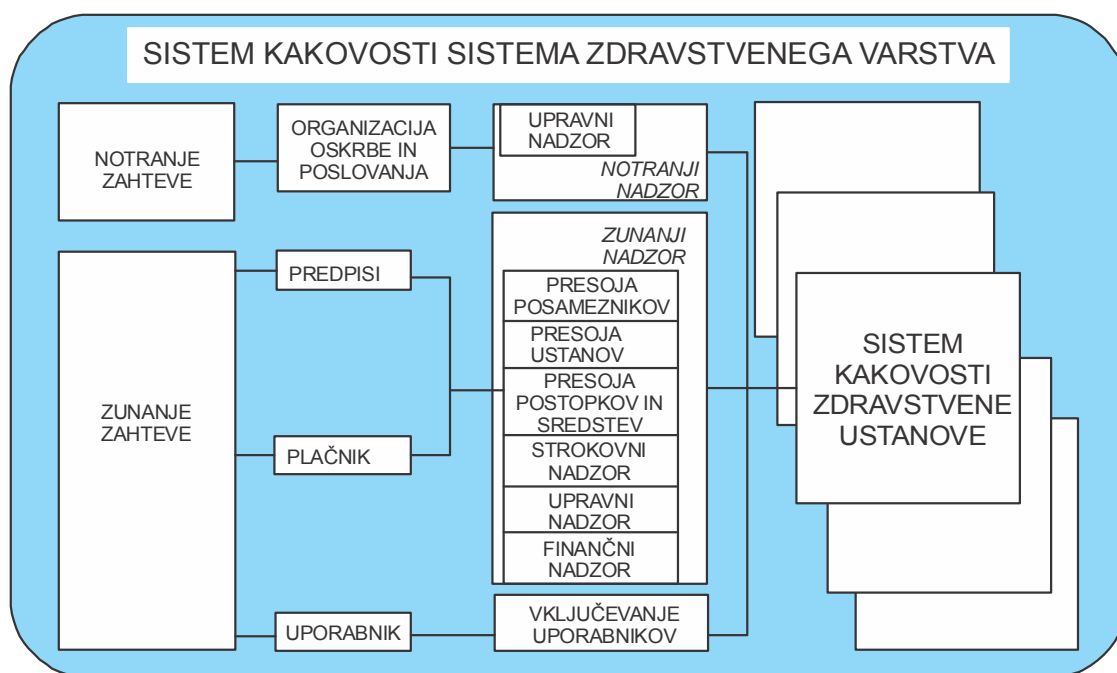
²³ Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP) določa pravice pacientov kot uporabnikov zdravstvenih storitev pri vseh izvajalcih; njegov namen je omogočiti enakopravno, primerno, kakovostno in varno zdravstveno oskrbo, ki temelji na zaupanju in spoštovanju med pacientom in zdravstvenim delavcem.

- vplivanje na posameznika znotraj posamezne skupine, od katerega preostali člani skupine povzemajo vzorce delovanja, je cenejše in bolj učinkovito, ko istočasni vpliv na celotno skupino. Kersnik meni, da je glede na to tudi bistveno lažje obvladovanje sprememb; torej tudi lažje delovanje v smeri razvoja (Kersnik 2010).

3.1.3 Opredelitev kakovosti izvajalskih organizacij

Sistem kakovosti zdravstvene ustanove mora biti prvenstveno usmerjen k uporabniku zdravstvenih storitev. Nekateri avtorji navajajo, da je razvijanje kakovosti in varnosti, ki temelji na osredotočenju na paciente, šele v fazi razvoja, čeprav v praksi pogosto srečamo uporabo terminologije, ki poudarja postavljanje pacientov v ospredje ali celo v enakovreden in enakopraven položaj pri odločanju o svojem zdravju in ukrepih za izboljševanje zdravja (Česen 1998; Snoj 1998; Albreht 2009; Robida 2006a). V skladu z **Luksemburško deklaracijo** imajo pacienti pravico pričakovati s strani vseh, ki so kakorkoli vključeni v ukrepe za izboljševanje zdravja, da bodo s svojim dejanji zagotavljali varnost uporabnika zdravstvenih storitev in se v najvišji možni meri izognili kakršni koli škodi na račun bolnika, čeprav možnost napak v praksi kljub vsem naporom ni izključena (Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika 2005).

Slika 3.5: Sistem kakovosti zdravstvene ustanove



Vir: Kersnik (2010, 101).

Sistem kakovosti zdravstvenega varstva znotraj posamezne ustanove, ki izvaja zdravstvene storitve, je kompleksen sistem, sestavljen iz t. i. podsistemov posameznih zdravstvenih ustanov ali zdravstvenih dejavnosti oziroma podpornih sistemov, ki so potrebni za povezovanje in delovanje sistema kot celote (glej sliko 3.5). Vanj se na eni strani vpletajo zunanje zahteve (ki jih pogojujejo uporabniki zdravstvenih storitev, plačniki, predpisi) ter notranje zahteve (poslovanje, organizacija oskrbe in delovanja) in na drugi strani samo notranje delovanje organizacije: nadzor delovanja organizacije (notranji in zunanji) ter vključevanje uporabnikov storitev. Sistem kakovosti zdravstvene ustanove je torej le nekakšen podsistem oziroma del znotraj celotnega sistema zdravstvenega varstva.

3.2 Pravni temelji zagotavljanja kakovosti v zdravstvu

Pomembna zakonska akta, ki predstavljata temelje za graditev in razvijanje kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev v RS, izhajajo že iz Ustave RS, ki v svojem 51. členu določa, da ima vsakdo pravico do zdravstvenega varstva pod pogoji, ki jih določa zakon. Temu sledi zakonska ureditev, in sicer Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej), ki opredeljuje pravice do zdravstvenega varstva, Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ). Akta ne določata samo vsebine nalog in odgovornosti, pač pa tudi vrste nadzora in nujnost licence za opravljanje zdravstvene dejavnosti. Pomemben delež prispevajo tudi Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), Zakon o zdravniški službi (ZZdrS), Zakon o zdravstveni inšpekciji (ZZdrI) ter Zakon o zdravilih in medicinskih pripomočkih (ZZMP) (Živčec Kalan in drugi 2002; Kersnik 2010).

Ob nacionalnih pravnih temeljih so pomembne tudi ratificirane direktive in priporočila Sveta Evrope za področje zdravstva in varstva okolja, ki jih je Slovenija kot enakopravna članica Evropske skupnosti podpisala, ter direktive Svetovne zdravstvene organizacije.

Poseben pomen pravnih aktov ni le določanje vsebine pravic in obveznosti izvajalcev in uporabnikov zdravstvenih storitev, temveč tudi določanje nadzora in preverjanja strokovnega ravnanja in kakovosti. ZZDej v 76. členu med drugim določa možne vrste nadzora:

- notranji (interni) strokovni nadzor, ki ga izvajajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci v obliki samonadzora ali odgovorni vodje za posamezna strokovna področja,

kot redni ali izredni nadzor in poteka v skladu z določili splošnega internega akta o nadzorih;

- strokovni nadzor s svetovanjem na podlagi javnega pooblastila, ki ga izda ministrstvo pristojni strokovni zbornici ali strokovnim združenjem, pri katerem lahko sodelujejo tudi pristojne klinike, klinični oddelki, inštituti ali drugi zavodi;
- upravni nadzor, ki ga izvaja Ministrstvo RS za zdravje, ter
- nadzor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Pomemben element pravnih določil, vezanih na kakovost storitev in izvajalce storitev, so določila o obvezni licenci,²⁴ ki jo posamezniku kot dokument potrditve usposobljenosti in dovoljenje za opravljanje dejavnosti podeli pristojna strokovna zbornica na podlagi podeljenega pooblastila s strani Ministrstva za zdravje.

3.3 Kakovost kot sestavni del sodobnega menedžmenta

V pregledu in analizi sistema zagotavljanja kakovosti je potrebno izpostaviti menedžment kakovosti. Menedžment kakovosti predstavlja nekakšno vzajemno delovanje različnih vidikov, metod, elementov in struktur, ki praviloma temeljijo na uporabi strategij, orodij, postopkov, standardov in druge dokumentacije, zavzetosti zaposlenih, tehnične in druge opreme in delovnih sredstvih. Za organizacije predstavlja kakovost eno temeljnih usmeritev.

Menedžment kakovosti predstavlja skupek vseh aktivnosti in določanja ciljev, ki se nanašajo na kakovost:

- načrtovanje kakovosti: izbor, klasifikacija in presojanje elementov kakovosti ter uresničevanje zahtev kakovosti ob upoštevanju ravni zahtevnosti in možnosti za realizacijo;
- upravljanje kakovosti: sledenje cilju kakovosti, nadzor in korelacija določenega elementa;

²⁴ Licence izvajalcev zdravstvenih poklicev so predvidene za t.i. regulirane poklice. Licenciranje zdravnikov in zobozdravnikov ureja Zakon o zdravniški službi, licence ostalih poklicev v zdravstveni dejavnosti ureja Zakon o zdravstveni dejavnosti. Odločitev o potrebnih licencah za posamezne poklice v zdravstvu je v pristojnosti Ministrstva za zdravje. Do junija 2012 je bilo takšnih poklicev na področju zdravstvene dejavnosti v RS 19, po predlogu ministra za zdravje pa bi naj v prihodnje ostali le še štirje. Glede na dejstvo, da je bila regulacija poklicev razvita zaradi zagotavljanja dodatnega mehanizma strokovnega preverjanja teh poklicev, kar naj bi zagotavljajo višjo raven kakovosti in varnosti storitev, se postavlja vprašanje, ali bo, oziroma koliko bo ukinitvev licenc za posamezne poklice v zdravstvu vplivala na varnost in kakovost.

- nadzor kakovosti: ugotavljanje, kako in v kolikšni meri določen element izpolnjuje zahteve kakovosti;
- zagotavljanje kakovosti: zajema načrtovane in sistematične aktivnosti, ki potekajo znotraj menedžmenta kakovosti, cilj je doseganje določene stopnje zaupanja in doseganje določene stopnje kakovosti, ki je pričakovanja za določen element ali storitev;
- politika kakovosti: gre za namen in določanje ciljev določene organizacije glede kakovosti, politiko kakovosti zastopa in promovira najvišje vodstvo organizacije;
- kultura menedžmenta kakovosti: gre za vrednote in norme, ki predstavljajo skupne vzorce vedenja in odnosov;
- izboljšanje kakovosti: z namenom nenehnega izboljševanja kakovosti za zadovoljevanje ciljev organizacije in kupcev oz. uporabnikov storitev so uporabljeni ukrepi za povečevanje učinkovitosti in izboljševanje procesov, ki so vodilo znotraj celotne organizacije (Šostar 2000, 27).

Slika 3.6: Menedžment kakovosti



Vir: Šostar (2000, 27).

Menedžment kakovosti predstavlja skupek aktivnosti in določanja ciljev, usmerjenih v kakovostno delovanje organizacije, preko katerega se prepletajo različne metode, orodja

postopki, dokumentiranja, prepleta se skozi vse službe organizacije in je del vsakega celovitega sistema kakovosti. Temeljni elementi so: načrtovanje, upravljanje, nadzor, zagotavljanje kakovosti, politika in izboljševanje kakovosti. Menedžment kakovosti tvorijo organizacije, osebe, procesi in ljudje ter je del kulture organizacije (glej sliko 3.6).

3.4 Varnost pacientov

Da mora zdravstvena storitev biti ob kakovosti hkrati tudi varna, je danes temeljno vodilo v zagotavljanju zdravstvenih storitev. Varnost je pomembna tako za izvajalce kakor tudi za uporabnike storitev. Ni namreč pomemben samo izid storitve, pač pa tudi postopek ali način izvedbe oziroma uporabljena sredstva, metode, znanje itd. Uporabniki storitev le redko ocenjujejo strokovnost, skoraj vedno pa pri določanju kakovosti zdravstvenih storitev uporabijo kriterije, kot so dostopnost storitev, prijaznost izvajalcev, njihovo pripravljenost na pogovor in podajanje informacij. Ker gre pri izvajanju zdravstvenih storitev za izjemno občutljivo področje delovanja tako za posameznika kot tudi širšo družbo, je zavedanje nujnosti zagotavljanja varnosti še toliko bolj pomembna.

Varnost pacientov je torej temeljna pravica pacientov, da v procesu zdravstvene obravnave niso izpostavljeni nepotrebnim tveganjem ali škodljivim posledicam. Grabar navaja, da je po ocenah strokovnjakov v EU neustreznih obravnav (napak) med 8 in 12 % (Grabar 2012, 11). Varnost pacientov je tudi varnost pred morebitnim tveganjem v zvezi z zdravstvenim varstvom. Varnost bolnikov v Evropski uniji je zaskrbljujoča. Najnovejše študije vztrajno kažejo, da v vedno večjem številu držav članic prihaja do napak v zdravstveni oskrbi pri približno 10 % hospitalizacij, čeprav se neželeni zapleti pojavljajo v vseh ustanovah, ki zagotavljajo zdravstveno oskrbo, in sicer tako v primarnem in sekundarnem zdravstvu, oskrbi v domovih, socialnih in zasebnih ustanovah, akutnem zdravljenju in negi kroničnih bolnikov (Rodwin 1993).

Nivoja varnosti ni mogoče opredeljevati le z odsotnostjo napak, ki jih lahko povzroči zdravstveno osebje, pač pa je potrebno upoštevati tudi vse druge dejavnike, kot so krajevna in časovna dostopnost do zdravstvenih storitev, oprema in pripomočki, ki so potrebni za izvedbo storitev, sodelovanje pacientov in nenazadnje tudi njihova kulturna ali verska opredelitev, ki daje posamezniku pravico odločanja v nasprotju s strokovno doktrino (npr. jehovci zavračajo

prejemanje homologne transfuzije krvi tudi v primeru, ko stroka takšno obliko transfuzije opredeljuje kot nujno za ohranjanje življenja).

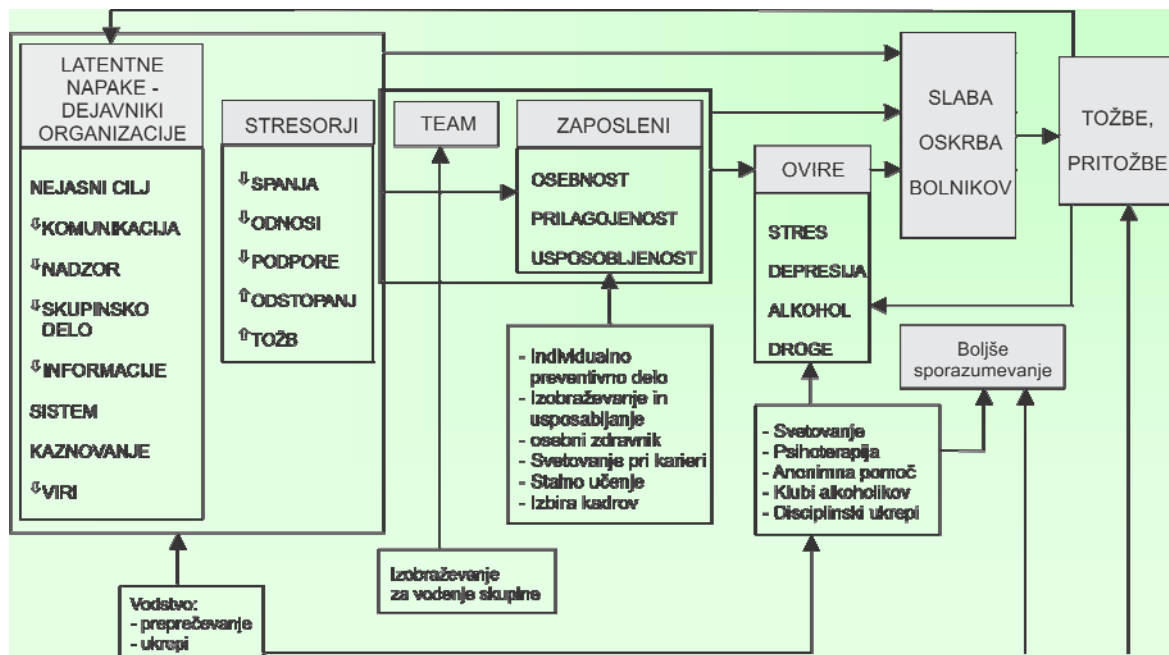
Vsaka kakovostna zdravstvena oskrba mora biti tudi varna, sicer ne moremo govoriti o kakovosti. Enako velja za varno oskrbo, saj je le varna oskrba dejansko tudi kakovostna (Robida 2004b).

Kakovost in varnost sta torej med seboj povezljivi in soodvisni. Kot taki predstavljata izhodišče Nacionalne strategije kakovosti in varnosti v zdravstvu od leta 2010 do 2015.²⁵ V osredotočenosti zdravstvenega sistema in izvajalcev zdravstvenih storitev na pacienta je Ministrstvo RS za zdravje uvedlo obvezno spremljanje vseh najtežjih varnostnih zapletov ter obvezno poročanje. Hkrati so podana priporočila o sistematičnem spremljanju zapletov, priporočila uvajanja pogovorov o varnosti, v okviru t. i. varnostnih vizit in dodatno izobraževanje o varnosti in kakovosti za vse zdravstvene delavce, ki prihajajo v stik s pacientom (Simčič 2010).

Bistven element zdravstvene oskrbe je njen izid. Ta predstavlja rezultat delovanja vseh segmentov znotraj izvajanja zdravstvenih storitev, ki je pod danimi pogoji s strani resursov odvisen tudi od lastnosti posameznega bolnika in njegovega zdravstvenega stanja oz. bolezni, izbire zdravstvene aktivnosti za izvedbo storitve in drugih družbeno socialnih dejavnikov, ki lahko vplivajo na sam izid zdravljenja (Kersnik 1998).

²⁵ Simčič (2010) posebej opozarja, da je Nacionalna strategija kakovosti in varnosti od leta 2010 do leta 2015 je temeljni dokument na področju kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev, ki ga je pripravilo Ministrstvo RS za zdravje. Strategija je usklajena z zahtevami EU, pri njeni pripravi so upoštevani rezultati študij kakovosti in varnosti obravnave pacientov ter vsi temeljni akti, ki urejajo kakovost in varnost zdravstvenih storitev v EU (Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu, ZPacP, Resolucija o nacionalnem planu ZV do leta 2013, Evropska direktiva o upravljanju pravic pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva, Priporočilo Sveta EU iz leta 2009 o varnosti pacientov, Luksemburška deklaracija o varnosti pacientov, Priporočilo Sveta Evrope (2006/7) Odbora ministrov državam članicam o ravnanju z varnostjo pacientov in preprečevanju neželenih dogodkov v zdravstvu.

Slika 3.7: Dejavniki, ki prispevajo k slabi oskrbi bolnikov, njihov vpliv na organizacijo, zaposlene ter na možne povratne mehanizme



Vir: Kersnik (2002, 102).

Kljub delovanju zdravstvenih delavcev v smeri kakovosti in željo oz. pričakovanjem pacientov, da bi potekala zdravstvena oskrba brez napak, lahko v procesu zdravstvene oskrbe naletimo na številne dejavnike, ki lahko povzročijo odstopanja (glej sliko 3.7). Dejavniki na strani organizacije (nejasni cilji, komunikacija, nadzor, skupinsko delo, informacije, kaznovanje, viri), preko katerih se odražajo stresorji (spanje, odnosi, podpora, odstopanja, tožbe) so lahko vir t. i. latentnih napak. Enako pomembno je lahko timsko delo in lastnosti posameznika, torej njegove osebnostne lastnosti, sposobnost prilagajanja, usposobljenost, vodenje tima. Celoto zaokrožuje usmerjenost vodstva v preprečevanje odstopanj in ukrepe, ki so potrebni v primeru odstopanj. Dejavniki organizacije, tima ali posameznika lahko vsak zase ali v povezavi vodijo v slabo oskrbo ali celo napake, čemur sledijo pritožbe in tožbe oziroma nezadovoljstvo z izvedenimi storitvami ali zdravstveno oskrbo v celoti. Pri preprečevanju odstopanj ima ključno vlogo vodstvo, ki mora strategijo delovanja usmeriti svoje aktivnosti v smeri izobraževanja posameznikov in skupin, učinkoviti komunikaciji, uvajanju sistema sledljivosti in ustreznim ukrepom. Z dobro načrtovanim sistemom kakovosti in varnosti se lahko v pretežni meri izogne nezadovoljstvu tako uporabnikov kakor tudi izvajalcev zdravstvenih storitev.

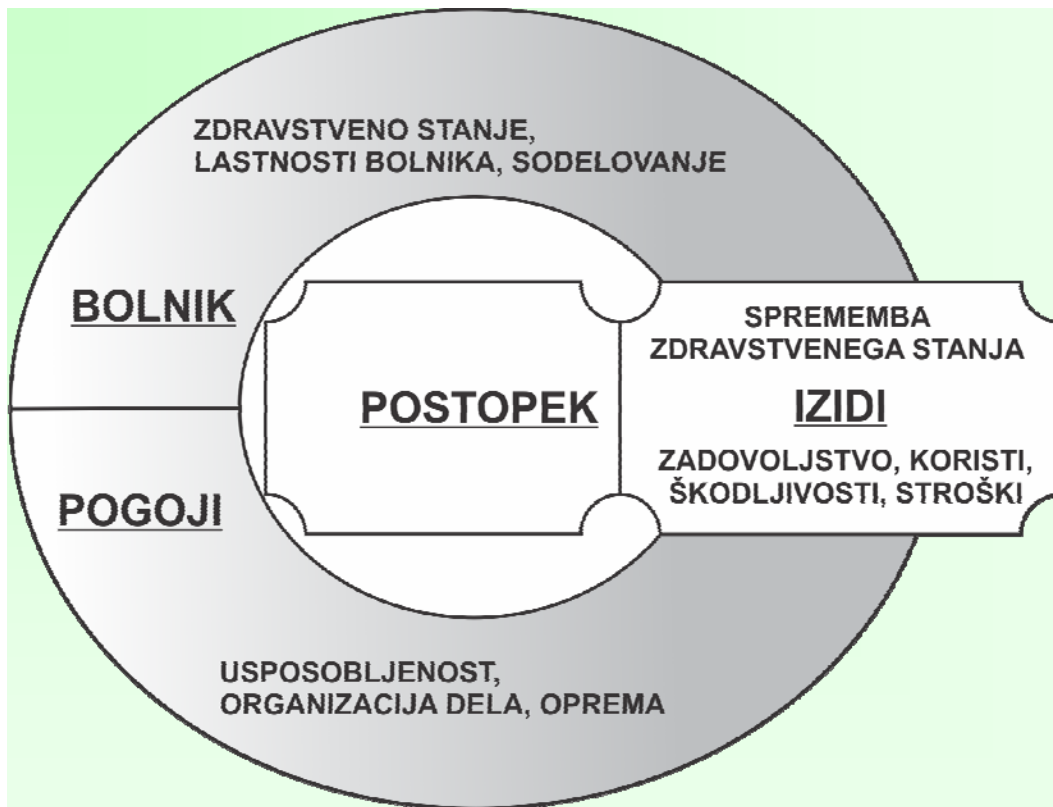
Za izboljšanje zdravstvenega varstva bolnikov po vsej EU je potrebno evropsko sodelovanje na področju varnosti bolnikov – ne glede na to, ali bolniki potrebujejo zdravstveno oskrbo v svoji državi ali v drugih državah članicah. Prizadevanja za izboljšanje varnosti bolnikov so odvisna od učinkovitih in trajnih politik in programov po vsej Evropi. Varnost bolnikov spada med prednostna področja politike EU. Države članice so leta 2005 vzpostavile mehanizem za razpravo in prednostno obravnavo vprašanj o varnosti bolnikov. Z delovno skupino v okviru skupine na visoki ravni za zdravstvene storitve in zdravstveno nego želi Evropska komisija podpreti države članice pri njihovem delu in dejavnostih. Pri delu skupine dejavno sodelujejo tudi Svetovna zdravstvena organizacija (zlasti v okviru Svetovne zveze o varnosti bolnikov), Svet Evrope, Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj ter evropska združenja bolnikov, zdravnikov, medicinskih sester, farmacevtov, zobozdravnikov in bolnišnic. Evropska komisija trenutno pripravlja predlog, s katerim namerava obravnavati problematiko na področju splošne in sistemske varnosti bolnikov (Evropska komisija 2012).

Robida v oceni zdravstvenega varstva v RS navaja:

Slovenija ima dober sistem zdravstvenega varstva. To pomeni, da kadarkoli obiščete zdravnika ali drugega zdravstvenega strokovnjaka, pričakujete varno in kakovostno zdravstveno obravnavo, ki je osredotočena na vaše potrebe. Večina težav se pojavi zaradi načina dela in ne zaradi osebja, ki delo opravlja. Tovrstni sistemski problemi povečajo tveganje, da bo šlo nekaj narobe. Toda zdravstvena obravnava postaja vsak dan bolj zapletena in sredstva zanjo niso neomejena. Le manjša napaka na enem področju ima lahko obsežne posledice na drugem področju. Stvari gredo lahko narobe, lahko pride do napak in nesreč. Včasih se stvari ne izidejo tako, kot pričakujete. Raziskave so pokazale, da pride lahko do napak pri 1 od 10 bolnišničnih sprejemov in sicer pred, med in po bivanju v bolnišnici. Posledice so največkrat relativno majhne in jih je mogoče hitro obvladati, lahko pa so tudi bolj resne (Robida 2005, 6).

Pomembno je zavedanje, da učinki zdravstvene oskrbe so odvisni od številnih dejavnikov, ki s svojim vplivom povečujejo ali zmanjšujejo varnost.

Slika 3.8: Vpliv okolja na postopek zdravstvene obravnave

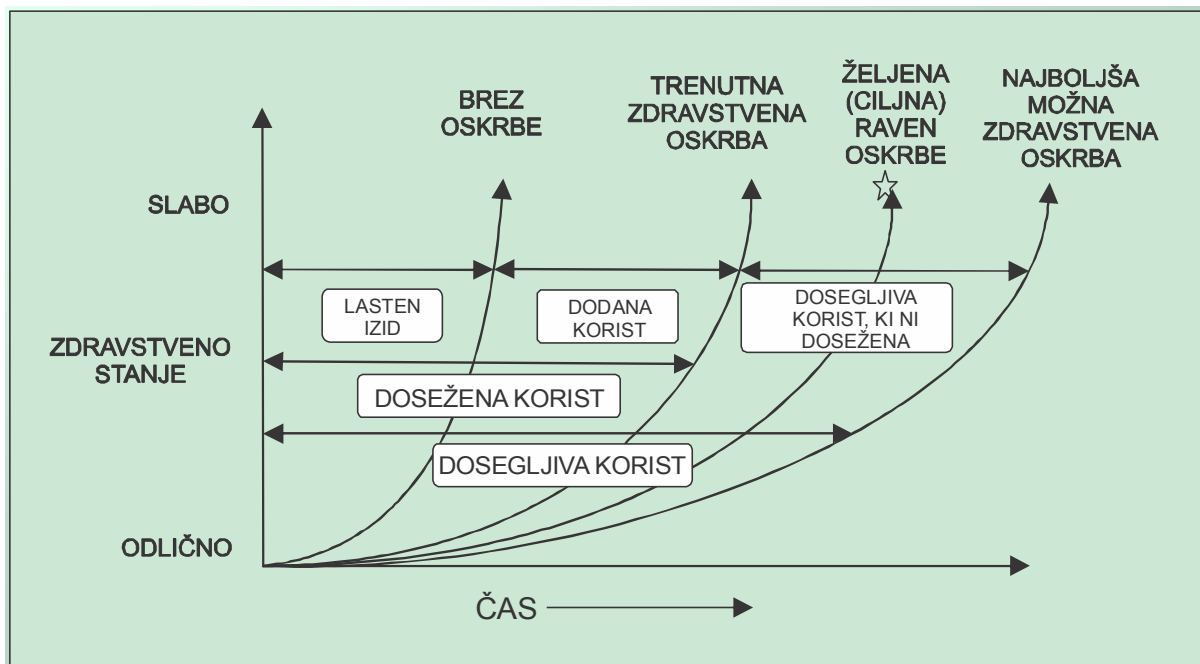


Vir: Kersnik (2010, 12).

Pogoji, v katerih se odvija izvajanje zdravstvene oskrbe, so lahko pomembni pri nastajanju odstopanj ali napak (glej sliko 3.8). Gre za izjemno dinamično okolje, pri katerem ni možno vnaprej predvideti vseh možnih sprememb ter vpetost pacienta (njegovega zdravstvenega stanja, lastnosti, sodelovanja, znanja itd.).

Pričakovani učinki zdravstvene oskrbe so praviloma koristi oziroma izboljšanje zdravstvenega stanja ali ozdravitev, vendar pa se je potrebno zavedati, da v praksi nastajajo tudi neželeni ali negativni učinki. Učinki zdravstvene oskrbe so odvisni od začetnega zdravstvenega stanja, s katerim je varovanec oziroma pacient stopil v krog oskrbe in stopnje oz. vrste oskrbe, ki jo je bil deležen. Pri tem je vseskozi pomemben tudi čas med zaznano potrebo po oskrbi in oskrbo, ki jo je bil deležen. Cilj v sistemu zagotavljanja kakovosti zdravstvenih storitev je izboljšanje ali povrnitev zdravja v najkrajšem možnem času z najboljšo možno zdravstveno oskrbo (glej sliko 3.9).

Slika 3.9: Učinki zdravstvene oskrbe



Vir: Kersnik (2010, 25).

Koristi zdravstvene oskrbe

Kersnik se v svojem sistematičnem pogledu kakovosti zdravstvenih storitev osredotoči na tri temeljna področja koristi:

- zdravstvena korist: izboljšanje zdravja in kakovosti življenja posameznika;
- gospodarska korist: manj absentizma – manjši izpadi prihodka, večja produktivnost, nižji stroški zdravstvenega varstva;
- družbena korist: zadovoljstvo pacientov in izvajalcev storitev, večja vključenost v družbeno aktivnost, vsaj delna razbremenitev finančnega pritiska (Kersnik 1998).

3.5 Slaba kakovost oskrbe

Izvajanje zdravstvenih storitev vedno ne prinese pričakovanih rezultatov. Pojavljajo se različna odstopanja ali odkloni.

Škodljivosti zdravstvene oskrbe

V vsakem procesu izvajanja zdravstvene oskrbe so možna tudi **odstopanja**. Praviloma gre za nenačrtovana odstopanja, ki nujno ne pomenijo slabe kakovosti izvedbe samih storitev, vendar pa takšna odstopanja lahko pomenijo nevarnost za pacienta (Balažic v Kersnik 2002).

Definicija odstopanja: odstopanje pomeni ravnanje, ki ni v skladu s pričakovanim načinom, pravili dobre prakse ali zahtevami priporočil in standardov. Do posledicah neželenega odstopanja se Kersnik opredeljuje z razmišljanjem, da so posledice neželenega odstopanja večja škodljivost in s tem drugačno razmerje med koristmi in škodljivostmi izida zdravstvene obravnave, kot bi ga pričakovali. To potrjuje z razlago, da je zdravstvena oskrba zaradi vpliva številnih dejavnikov izjemno zapletena dejavnost (Kersnik 2010).

Zaplet ali komplikacija: pregled literature kaže, da so zapleti ali komplikacije najpogosteje označeni kot pričakovana ali nepričakovana negativna sprememba zdravstvenega stanja, ki nastane kljub pravočasnemu, pravilnemu, v skladu s standardi in strokovno doktrino izvedenemu postopku, pri izbiri ustrezne opreme, ustreznemu znanju in usposobljenosti izvajalcev ter ustrezni organizaciji dela in ustrezni izpeljavi zaporednih aktivnosti in logistiki postopka. Praksa kaže, da so določene komplikacije ali zapleti pogostejši pri točno določeni zdravstveni obravnavi ali postopkih oziroma se pojavljajo le pri določenih postopkih (Kersnik 2010).

Definicija zdravstvene napake: zdravstvena napaka je napaka, ki se zgodi pri opravljanju zdravstvene dejavnosti. Pomeni odstopanje od pričakovanih norm zdravstvene stroke in od tega, kar se v stroki smatra kot običajno in pravilno (Balažic v Kersnik 2002).

O razlikah 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« (Kersnik 2010, 23). Kersnik se nadalje posveti pojmu **strokovna napaka**, pri čemer poudarja, se odstopanja dogajajo v vseh segmentih človekovega delovanja, torej tudi v zdravstvu. Zaradi izjemne občutljivosti področja je večina uporabnikov zdravstvene oskrbe in tudi širše družbe prepričana, da mora biti izvajanje storitev v zdravstvu brez napak. Med drugim poudarja, da »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 (Kersnik 2010, 24).

Pri zdravstveni napaki gre za nezaželen dogodek. Tak dogodek ne pripelje vedno do škodljivosti za bolnika ali bolnico, vendar ga je vselej potrebno raziskati zaradi ugotavljanja morebitne odgovornosti udeležencev dogodkov in pomanjkljivosti v delovnem procesu. Zelo pogosto botruje zdravstveni napaki prav neustrezen delovni proces. Analiza nam pokaže, kako moramo izboljšati delovni proces, da bomo napako v bodoče lahko preprečili. Hebert in sodelavci so z definicijo neželenega dogodka opredelili vsak možen neželen dogodek ali neželen dogodek kot vsak zaplet ali nenavaden oziroma neželen odziv na aktivnosti znotraj procesa zdravstvene oskrbe in ima ali lahko ima za pacienta kakršne koli škodljive posledice in kot tak ne predstavlja varnosti za paciente (Hebert in drugi 2003).

Balažic postavlja splošno definicijo zdravstvene napake kot nepričakovan, nenačrtovan dogodek, ki je povzročil ali lahko povzroči bolniku škodo. Je odstopanje od pričakovanega načina izvedbe zdravstvene oskrbe, torej postopka ali aktivnosti, kot je npr. opustitev pričakovanega ukrepa, izvedba napačnega ukrepa, zakasnelo ukrepanje, predčasno ukrepanje, zamenjava pacienta. Kot navaja, se pri formiranju definicije naslanja na mednarodno cenjenega profesorja medicinske etike in deontologije Milčinskega, ki »je leta 1961 uporabil pojem nesreče pri zdravljenju, pri čemer je pojem definiral kot škodljiv, vendar nehoten in nepričakovan dogodek med zdravljenjem, ki je spravil bolnika v nevarnost ali pa mu je že povzročil škodo na zdravju ali celo smrt« (Balažic v Kersnik 2002). Neposredno po nezaželenem dogodku mediji v večini primerov ne morejo pričakovati takojšnje opredelitve strokovnega vodstva ustanove, ker je potreben čas za preiskavo, v primeru suma na kaznivo dejanje pa o tem lahko razsoja le sodišče. Najhujše oblike nezaželenih dogodkov spremlja ministrstvo za zdravje po enotnem, sistematično urejenem postopku za vso državo. Bolnišnice imajo mednarodno primerljiva navodila, kako ukrepati v primeru zdravstvene napake (Ministrstvo za zdravje 2010b).

Pri spremljanju odstopanj od sprejetih standardov je bistvenega pomena, da napake in odstopanja registriramo ter na podlagi njihove temeljite analize izboljšamo procese dela in s tem varnost pacientov. Nikakor pa napak in odstopanj ni smiselno uporabljati kot orodje pritiska na posameznika ali skupino, ker bo s tem dosežen nasprotni učinek, kar pa ni v skladu s pojmovanjem sistema celovite kakovosti. Pri tem se postavlja vprašanje, ali je možno kakovost in varnost izboljšati z uporabo kliničnih poti.

Da je kakovost zdravstvenih storitev izjemnega pomena in da varnost le-teh ni vedno na zavidljivi ravni, kažejo podatki Svetovne zveze za varnost pacientov, ki je v začetku 90. let 20. stoletja opravila raziskavo in na svoji spletni strani objavila podatke o zdravstvenih napakah v akutnih bolnišnicah (tabela 3.1).

Tabela 3.1: Zdravstvene napake v akutnih bolnišnicah – odstopanje od kakovosti in varnosti

	Raziskava	Način obravnave in leto raziskave	Število sprejemov v bolnišnico	Število zdravstvenih napak	Odstotek zdravstvenih napak (%)
1	ZDA – država New York	Akutna bolnišnica, 1984	30195	1133	3,8
2	ZDA – država Utah	Akutna bolnišnica, 1992	14565	475	3,2
3	ZDA – država Utah	Akutna bolnišnica, 1992	14565	787	5,4
4	Avstralija	Akutna bolnišnica, 1992	14179	2353	16,6
5	Avstralija	Akutna bolnišnica, 1992	14179	1499	10,6
6	Velika Britanija	Akutna bolnišnica, 1999–2000	1014	119	11,7
7	Danska	Akutna bolnišnica, 1998	1097	176	9
8	Nova Zelandija	Akutna bolnišnica, 1998	6597	849	12,9
9	Kanada	Akutna in negovalna bolnišnica, 2001	3720	279	7,5

Vir: Robida (2006b, 19).

Sodoben pristop k izboljševanju kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev je vedno bolj usmerjen k spremljanju in analiziranju napak (glej tabelo 3.1). V tabeli so prikazani podatki dokazanih zdravstvenih napak. Podatki so prikazani v % in so lahko v posameznih primerih, ko odstotek napak presega celo deset in več %, zaskrbljujoči. Številni strokovnjaki namreč opozarjajo, da vse napake nikoli niso odkrite in da je k tem podatkom potrebno prišteti še tiste »prikrite« oziroma nezaznane. V slovenskem prostoru ni mogoče najti primerljive študije, prav tako se o napakah, razen v redkih izjemah, praviloma ne razpravlja.

Sistem sledljivosti in spremljanja napak je ne glede na določila Nacionalne strategije za zagotavljanje kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev šele v fazi razvijanja. Podatki o odstopanjih v Republiki Sloveniji, žal, niso zbrani. V pregledu literature je možno zaslediti le obravnavo posameznih medijsko odmevnih primerov in poskuse posameznikov znotraj zdravstvenega sistema, ki poskušajo odstopanja obravnavati predvsem kot dobro izhodišče za izboljševanje delovanja v praksi. Da bi se odstopanjem, pomanjkljivostim v sistemu in

napakam kar najbolj izognili, je v praksi smiselno uporabljati različne modele zagotavljanja kakovosti in varnosti, pa naj gre za klinične poti, primere dobre prakse, standarde kakovosti ipd.

Škodljive posledice zdravstvene oskrbe so vsa neželena odstopanja, ki se negativno odražajo na zdravju posameznika, ne zadovoljujejo družbenih pričakovanj oziroma so odraz negospodarnega in nenamenskega izkoriščanja virov. Kersnik škodljivost zdravstvene oskrbe opisuje kot: možen izid ali spremljajoče stanje, ki se ob izvajanju storitev pojavi naključno, nanjo pa vplivajo različna 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. Pri tem se Kersnik sklicuje na rek, ki pravi, da je vsaka snov lahko strup in vsaka snov je lahko zdravilo, le odmerek naredi razliko, kar lahko prenesemo na celotno zdravstveno dejavnost (Kersnik 1998).

Kersnik sistematično navede različne oblike škodljivosti zdravstvene oskrbe, te so:

- Nujna škodljivost, ki se ji ni mogoče izogniti. Z vplivanjem in različnimi aktivnostmi izvajalcev je možno njeno zmanjšanje (npr. odvzem venozne krvi zahteva vbod; bolj ali manj boleč, hiter ali počasnejši odvzem, enkratno ali s potrebnimi ponovitvami – gre za izključen vpliv izvajalca; izkušnje, znanje, spretnost).
- Možna škodljivost ali neločljiv sestavni del večine zdravstvenih postopkov in posegov (vpliva ni možno predvideti, pogostost je predstavljena statistično, npr. v %, izvajalci jo opredeljujejo kot možne komplikacije in vedno presega pričakovane koristi – npr. pojav pljučne embolije po operaciji vstavitve totalne endoproteze kolka).
- Škodljivost, ki nastopi zaradi lastnosti bolnika. Pojavijo se pri manjšem deležu bolnikov z enako zdravstveno situacijo (če so lastnosti posameznika že jasne, je nekaj

teh posledic možno predvideti, sicer so nepričakovane z negativno konotacijo in tudi s pogostim neželenim izidom – npr. alergija na določeno zdravilo).

- Škodljivosti zaradi tveganih odločitev, ki so posledice drugačnega pristopa, tveganih odločitev, obravnave, ki ni v skladu z veljavno doktrino itd. (npr. preveza rane na hodniku zaradi bolnikove slabe pokretnosti, zaradi določil higienskega standarda predstavlja povečano tveganje za nastanek okužbe rane).
- Škodljivost zaradi nestrokovnega ravnanja, ko ni uveljavljene doktrine ali ko je izpeljana »improvizacija« postopka zaradi prilagajanja okoliščinam (npr. poškodovanec po padcu ne ostane na obravnavi, pač pa na lastno željo odide domov, kjer nastopijo pričakovane komplikacije – prilagajanje pravici osebne odločite).
- Namerna škodljivost je v praksi izjemno redka in praviloma pravno nedopustna. Kersnik posebej poudarja, da poskuša javnost vsakemu neželenemu dogodku, ki nastane v procesu zdravstvene obravnave, pripisati namerno škodljivost in s tem tudi kazensko, moralno ali odškodninsko odgovornost (Kersnik 1998).

3.6 Lastnosti kakovostne in varne zdravstvene oskrbe

Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu opredeljuje bistvo vodenja kakovosti kot: »sistematično izboljševanje znanja izvajalcev, organiziranost procesa zdravstvene obravnave, delovnega okolja in vodenja«, kar se odraža predvsem v dvigu uspešnosti zdravljenja in večji varnosti za bolnike, povečani dostopnosti do zdravstvenih storitev, boljših bivalnih pogojev za bolnike, delovnih pogojev za zaposlene (Simčič 2010).

Glede na opredelitve splošnih standardov zdravstvene obravnave bolnišnic je z namenom nenehnega izboljševanja kakovosti zdravstvene oskrbe in izpolnjevanja poslanstva pri izvajanju zdravstvenih storitev potrebno svoje delovanje osredotočiti na **temeljne lastnosti kakovostne in varne zdravstvene oskrbe**, in sicer:

- varno in spoštljivo zdravstveno obravnavo (bolniki naj bi bili tako varni v bolnišnici, kot so varni doma),
- uspešno obravnavo (obrnava bolnika, temelječa na najboljših praksah),
- učinkovito obravnavo (brez izgube oziroma osmetiščenja potrošnega materiala, izgube časa, energije, idej),

- pravočasno obravnavo (brez nepotrebnega čakanja in brez nerazumno dolgih čakalnih vrst),
- enako obravnavo (ne glede na osebne značilnosti izvajalca),
- obravnavo bolnika kot partnerja (upoštevanje bolnikovih potreb in vrednot pri vseh zdravstvenih odločitvah) (Robida 2004b).

Lastnosti kakovostne oskrbe ocenjujejo vsi akterji, ki kakorkoli sodelujejo v procesu zagotavljanja zdravstvenih storitev (uporabniki, izvajalci, financerji, ministrstvo), vendar je nedvomno najpomembnejši vidik tisti, ki ga podajo uporabniki, to so pacienti.

Slika 3.10: Lastnosti kakovostne zdravstvene oskrbe

Kriterij	Razlaga pojma, pomena kriterija
ZANESLJIVOST	Storitev je izvedena pravilno že ob prvem obisku; pomembna je tudi stalnost (konsistentnost) ob izvajanju. Uporabniki ponavadi to lastnost ocenjujejo kot najbolj pomembno.
ODZIVNOST	Je opredeljena kot volja in pripravljenost zaposlenih za takojšnjo izvedbo storitev ali izvedbo v najkrajšem možnem času.
KOMPETENTNOST	Opredeljuje zahtevane veščine, znanje in potrebne izkušnje izvajalcev storitev, ki so potrebni za izvedbo storitev.
DOSTOP	Kriterij opredeljuje dostopnost storitev glede na najprimernejši čas ali vsaj za vzpostavitev kontakta z izvajalci storitev. Ob časovni opredelitvi pa je pomembna tudi krajevna dostopnost; maksimalen čas za prihod na kraj storitev naj bo tolikšen, da je storitev možno izvesti optimalno.
USLUŽNOST	Prijaznost, pozornost in spoštljiv odnos do uporabnikov storitev so temeljne vrednote vsakega kakovostnega odnosa do uporabnikov storitev.
KOMUNIKACIJA	Opredeljuje primeren način komuniciranja z uporabniki, pripravljenost na podajanje vseh potrebnih informacij in dostopnost za povratne informacije ter oceno izvedene storitve.
ZAUPANJA	Verodostojnost ali zaupanje izvajalca; izvajalec storitev je vreden zaupanja uporabnikov; delovanje v skladu z interesi in potrebami uporabnikov. Stopnja zaupanja je odvisna od ugleda izvajalca storitev in ocene, ki jo uporabniki storitev podajo o osebnosti, ki storitve izvajajo, predvsem tistih, s katerimi pridejo v stik.
VARNOST	Pri izvajanju storitev naj bi bili v čim manjši meri prisotni dejavniki tveganja; nevarnost, tveganje, dvomi, zaupnost, osebna, finančna in informacijska varnosti, varnost človekovih in pacientovih pravic itd.
RAZUMEVANJE OZ. POZNAVANJE UPORABNIKOV	Bistveno je poznavanje in razumevanje potreb uporabnikov, tudi posebnih potreb ter zagotavljanje celostne zdravstvene oskrbe in individualnega pristopa.
FIZIČNA PODPORA STORITVAM	V t. i. materialnem vidiku morajo biti zagotovljena potrebna sredstva, kot so sodobni in varni pripomočki, oprema, zgradbe in prostorski pogoji, ustreznost kadrovska zasedba (zadostno število strokovnjakov z ustreznimi kompetencami), logistika, podatkovne baze, znanstveno raziskovalna podpora.

Vir: Prirejeno po Parasuraman in drugi (1985).

Parasuraman je pri opisovanju lastnosti kakovostne oskrbe izpostavil nekaj ključnih kriterijev, ki jih je možno uporabiti za dokazovanje kakovostne zdravstvene obravnave (glej sliko 3.10). Kot enega od kriterijev kakovosti opisuje varnost ter poudarja, da je pri izvajanju zdravstvenih storitev potrebno zagotavljati čim manjšo prisotnost dejavnikov tveganja, ki so ali bi lahko nastali pred ali med zdravstveno obravnavo ali že po zvedeni zdravstveni obravnavi.

Kakovost – splošni dostop vseh državljanov do visokokakovostnega zdravstvenega varstva je načelo, ki ga Evropska unija priznava in visoko ceni. Državljeni EU imajo pravico pričakovati, da bo njihova varnost pri uporabi zdravstvenih storitev zagotovljena. EU je prepoznala potrebo po uvedbi kulture varnosti bolnika v celotnem zdravstvenem sistemu. Na ravni EU potekajo ukrepi in dejavnosti za doseg tega cilja, njihov namen pa je podpirati in usklajevati nacionalne politike ter zagotavljati visokokakovostne izdelke, storitve in upravljanje na področju zdravstvenega varstva in zdravljenja.

Kakovost medicinskega materiala, varnostni standardi in standardi zmogljivosti medicinske tehnologije ter standardno usposabljanje zdravstvenih delavcev so področja dejavnosti, ki naj bi izboljšala kakovost in preprečila negativne izkušnje bolnikov. Ob upoštevanju zgornjega so steber dejavnosti EU na tem področju zakonodajni ukrepi ter ustanavljanje agencij in delovnih skupin, ki pripravljajo strokovno utemeljena znanstvena mnenja. Hkrati pa se Skupnost namerava z vzpostavljanjem mrež in informacijskih sistemov osredotočiti na izmenjavo izkušenj in najboljših praks med nacionalnimi organi in interesnimi skupinami, da bi tako ustvarila kulturo stalnega učenja in izboljševanja.

Pomen znanja potrjuje študija o kakovosti in varnosti pacientov, opravljena pod okriljem Agencije za raziskave in kakovost zdravstvenega varstva ameriškega ministrstva za zdravje in človeške vire, ki kaže, da je pri obravnavi težkih in zdravstveno zahtevnih primerov s strani diplomiranih medicinskih sester v primerjavi s tistimi, za katere so skrbele srednje medicinske sestre, smrtnost tudi za 7 % nižja, sorazmerno večja pa je pri nižje izobraženih medicinskih sestrah tudi pojavnost napak in s tem nižja kakovost zdravstveno negovalne oskrbe (Hughes 2008).

Evropska komisija za zdravje je objavila podatek, da je bila vzpostavljena mreža EU za oceno zdravstvenih tehnologij, da bi sistematično pomagala oblikovalcem politik in zagotovila usklajevanje dejavnosti v zvezi s klinično učinkovitostjo, kakovostjo in drugimi značilnostmi

zdravstvenih tehnologij, kot so farmacevtski izdelki, medicinski pripomočki in kirurški posegi (Evropska komisija 2012).

Potrebno je poudariti dejstvo, da v svetu še vedno nimamo ustreznih strokovnjakov in institucij, ki bi se aktivneje ukvarjale z analizo vrednot v javnem zdravstvu, kot so dostopnost, univerzalnost, solidarnost, ter raziskovanjem učinkovitosti, uspešnosti, kakovosti in sodelovanja v zdravstvenih organizacijah nasploh (Marušič in Pirnat 2008, 44; Council of Europe 2010).

3.7 Dejavniki, ki vplivajo na kakovost in varnost

V sistemu opredeljevanja in ocenjevanja kakovosti storitev uporabniki uporabljajo temeljne kriterije, ki po opredelitvi Parasuramana (Štern 2001, 44) obsegajo deset kategorij, ki se med seboj lahko tudi prepletajo in prekrivajo. Ti dejavniki so: zanesljivost, odzivnost, kompetentnost, dostop, uslužnost, komunikacija, zaupanje, varnost, razumevanje oz. poznavanje uporabnikov ter fizična podpora storitvam.

Raziskave potrjujejo, da je med posameznimi dejavniki velika medsebojna povezanost in soodvisnost, zato so te dejavnike zaradi preglednosti sistematično združili v pet dejavnikov:

- materialni vidik storitev,
- zanesljivost,
- odzivnost,
- verodostojnost in
- zmožnost empatije (Parasuraman in drugi 1988, 23).

Kakovost storitev je – ne glede na razdelitev oziroma združevanje dejavnikov – v veliki meri odvisna od človeškega faktorja. Zaposleni v storitvenih dejavnostih, tudi v zdravstvu, imajo torej velik vpliv na uporabnikovo zaznavanje kakovosti storitev, kar kaže na to, da so v storitvenih dejavnostih ob strokovnosti in znanju izjemnega pomena lastnosti posameznika in medosebni odnosi, skratka profesionalnost in profesionalna etika.

Pri pregledu literature pa praktično ni zaznati, da bi med dejavnike, ki vplivajo na kakovost zdravstvenih storitev, prištevali tudi finančna sredstva, opremo, ki je potrebna za izvajanje

storitev, druge vire, pogosto pa lahko zasledimo poudarek na organiziranosti zdravstvenega varstva, ki lahko vpliva na odnose izvajalcev, kar zaznavajo tudi uporabniki storitev.

3.8 Metode za doseganje kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev

Temeljna pravica uporabnikov zdravstvenih storitev je dostopnost do kakovostnih in varnih zdravstvenih storitev. Zagotavljanje kakovosti je pravica vseh uporabnikov – tako pacientov, varovancev, njihovih bližnjih kot tudi strokovnjakov, ki z določeno ravniyo kakovosti storitev opravičujejo svojo strokovno pozicijo. Pričakovati je namreč, da so dolgoročno kakovostne storitve tudi cenejše, kar lahko podpremo z dejstvom, da so vedno najdražje napake, ki imajo negativne posledice.

Za načrtovanje, doseganje in kontrolo kakovosti je v praksi možno uporabiti različne metode, orodja ali mehanizme. Bull (1994) poudarja, da se zagotavljanje kakovosti odvija s pomočjo procesne metode dela, ki vključuje: načrtovanje, kontrolo in izboljševanje kakovosti.

V svoji študiji poudarja predvsem naslednje mehanizme:

- **Dokumentirani opisi postopkov** (standardi, navodila, protokoli, klinične poti), ki predstavljajo dogovorjene konsenze glede opredeljenih značilnosti zagotavljanja zdravstvenih storitev, ki jih izvajajo v posameznem zdravstvenem zavodu oz. organizaciji in opis, kako, na kakšen način in s katerimi sredstvi se storitev izvaja.
- **Redna strokovna presoja**, ki zagotavlja, da se praksa izvaja v skladu s predpisanimi standardi.
- **Ugotavljanje zadovoljstva pacientov in primerjalne študije**, ki so pomembne za pridobivanje podatkov, kako uporabniki zdravstvenih storitev zaznavajo in ocenjujejo kakovost storitev, pri čemer je smiselna uporaba benchmarkinga med primerljivimi organizacijami.
- **Znanstveno-raziskovalno delo na področju stroke, kakovosti in varnosti**. Pri zdravstveni obravnavi nastajajo namreč v praksi številni podatki in informacije o vsakem posameznem obravnavanem pacientu, te podatke pa je smiselno med seboj primerjati in rezultate uporabiti kot indikatorje kakovosti določenega zdravstvenega področja (npr: merjenje dostopnosti s številom ljudi, ki so lahko obravnavani v določeni bolnišnici v času, ko ocenijo, da tako zdravstveno obravnavo potrebujejo;

merjenje učinkovitosti, koliko pacientov je oskrbljenih, ozdravljenih itd.) (Bull 1994, 5).

3.9 Ključni koraki vzpostavljanja sistema celovite kakovosti in varnosti

Izvajalci zdravstvenih storitev se vedno bolj zavedajo, da je pri vzpostavljanju sistema celovite kakovosti potrebno načrtovanje in sistemski pristop. V okviru systemskega pristopa k razvijanju kakovosti in varnosti v zdravstvu je nastal dokument Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu (Simčič 2010). V okviru Splošnega dogovora, ki ga vsako leto podpišejo izvajalci zdravstvenih storitev, ZZZS in Ministrstvo za zdravje, je bilo za leto 2006 vključeno določilo o spremljanju šestih obveznih kazalnikov kakovosti. Čeprav je bilo takrat vključenih le šest kazalnikov, je spodbuda delovala, saj je danes nabor kazalnikov že bistveno večji, hkrati pa se znotraj posameznih zdravstvenih zavodov pogosto odločajo tudi za kazalnike, ki sicer niso v naboru t. i. obveznih kazalnikov kakovosti.

K razvijanju celovitega sistema kakovosti in varnosti v zdravstvu je pomembno vplival dokument Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti in varnosti, spodbujanje samoocenjevanja, standardizacije in zunanjih akreditacijskih presoj, ki ga je izdalo Ministrstvo RS za zdravje. Na spodbujanje organizacijske kulture so pomembno vplivali priročniki, priporočila in standardi, ki so predstavljali vodilo za izobraževanje zaposlenih in vzpostavljanje sistema celovitega vodenja kakovosti. Pomemben mejnik predstavlja sistem spremljanja opozorilnih nevarnih dogodkov, ki ga je Ministrstvo RS za zdravje vzpostavilo leta 2002 in Nacionalna strategija kakovosti in varnosti 2010–2015 (Ministrstvo za zdravje 2010b).

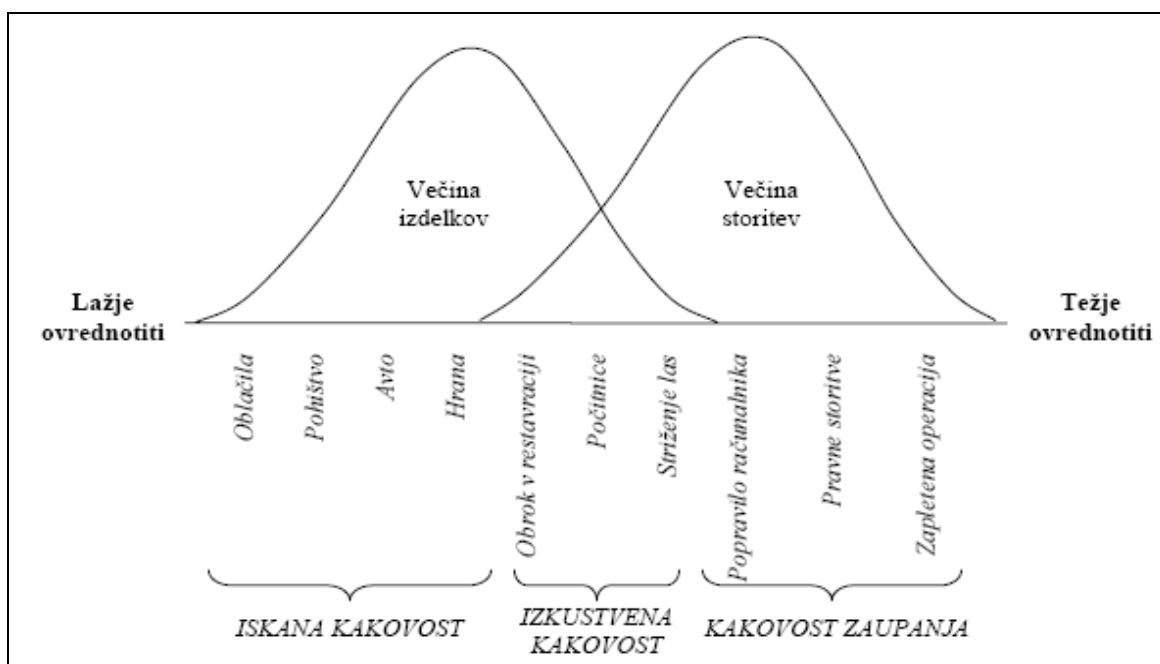
Da bo učinek vzpostavljanja sistema celovite kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev kar najboljši, je potrebno opredeliti:

- procese,
- seznaniti zaposlene s cilji, z zahtevami standarda in konsenz pri sprejemanju ukrepov za izboljšave s strani vseh udeležencev v procesu,
- načrtovano uvajanje sprememb,
- vzpostavitev sistema obvladovanja dokumentov,
- spremljanje rezultatov dela in kazalnikov kakovosti (Robida in drugi 2006).

3.10 Merjenje kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev

Kakovost storitev sama po sebi ne bi imela posebnega pomena, če kakovosti ne bi merili, torej spremljali z namenom ugotavljanja povratne informacije predvsem o tem, kako kakovost ocenjujejo pacienti. Merjenje kakovosti storitev je za izvajalce zdravstvenih storitev povratna informacija o zaznavanju kakovosti s strani uporabnika storitev. Ti so postavljeni v popolnoma drugačno vlogo, kot jo imajo izvajalci storitev. Slednji merijo kakovost z doseganjem določenih standardov in kriterijev, medtem ko pacienti ocenjujejo kakovost tudi subjektivno glede na svoje potrebe in pričakovanja, nemalokrat pa tudi osebne čustvene prizadetosti, ki nastopi ob negativni spremembi njihovega zdravstvenega stanja ali zdravstvenega stanja svojcev in prijateljev. Na oceno kakovosti imajo vpliv tudi socialne okoliščine. Glede na to je metodologija merjenja težko opredeljiva, saj so merski parametri pogosto vezani na individualna pričakovanja in ne na neke dogovorjene standarde.

Slika 3.11: Merjenje kakovosti



Vir: Lovelock in Wright (1999, 129).

Merjenje kakovosti ni vedno enostavno, kar še posebej velja za vrednotenje kakovosti storitev (glej sliko 3.11). V praksi je veliko lažje vrednotiti kakovost storitev, saj so možna objektivna merjenja na podlagi oprijemljivih kriterijev, za katere obstajajo vnaprej dogovorjene merske enote. Večino izdelkov je možno uvrstiti v t. i. področje iskane kakovosti in le delno v

področje izkustvene kakovosti. Bistveno težje je vrednotenje storitev, za katere praviloma ni opredeljenih enotnih objektivnih meril. Veliko večino storitev je namreč možno uvrstiti v področje kakovosti zaupanja in le delno v področje izkustvene kakovosti.

Pri sistematičnem merjenju kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev se je potrebno osredotočiti na vse akterje, ki so v sistem zdravstvenega varstva vključeni kot uporabniki zdravstvenih storitev, izvajalci zdravstvenih storitev, plačniki, regulatorji oziroma načrtovalci zdravstvenega varstva. Različni akterji kakovost in varnost pojmujejo različno, prav tako so različne tudi metode za preverjanje kakovosti. Mednarodna organizacija Joint commission on Accreditation of Healthcare Organizations izpostavlja kot primerna **merila za ocenjevanje kakovosti** zdravstvenih storitev tista, ki jih je mogoče zanesljivo meriti in jih je pri zagotavljanju visoke ravni kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev smiselno izpostaviti. Primerna merila za ocenjevanje kakovosti so: dostopnost, pravočasnost, stalnost in ustreznost oskrbe, učinkovitost uporabe resursov (finance, kadri, materiali, znanje), uspešnost izvedbe in pravilnost izbire postopkov glede na potrebo bolnika in pričakovan izid oz. namen, varnost okolja, v katerem se zdravstvena storitev izvaja ter stališča bolnikov. Vendar pa avtorja hkrati opozarjata, da merjenje kakovost storitev, osnovano v pretežni meri na zaznavanje storitev, v primerjavi s pričakovanji otežuje merjenje (Fras in Pajntar 2002).

Primarni cilj delovanja zdravstvenih organizacij je zadovoljevanje potreb uporabnikov zdravstvenih storitev, ki imajo svoja pričakovanja, na podlagi katerih ocenjujejo kakovost prejetih storitev. **Zadovoljstvo pacientov** je torej eden od pričakovanih izidov zdravstvene oskrbe, na podlagi katerega je možno določiti sposobnost sporazumevanja, medsebojnih odnosov in organizacije dela. »Zadovoljstvo je pomemben (družbeni) izid oskrbe in kaže, do kakšne mere so uresničene želje in potrebe pacientov«, ki ga je mogoče meriti posredno preko pritožb, pohval, zamenjave izvajalca zdravstvenih storitev (npr. osebnega zdravnika) ali neposredno z anketiranjem (Kersnik 1999).

Ena odmevnejših metod za merjenje kakovosti storitev je SERVQUAL, ki jo je pričel razvijati Parasurama s prvo objavo leta 1985, kasneje sta se mu pridružila še Zeithmal in Berry. Kot povzema Dagger, gre za najpogosteje objavljeno in najširše sprejeto metodo za merjenje kakovosti, kot jo zaznavajo uporabniki. Metoda temelji na ocenjevalni lestvici, ki je uporabna na širokem razponu najrazličnejših storitev, pri čemer je njen namen ugotoviti uporabnikovo splošno zaznavanje kakovosti storitev. Rezultat ocenjevanja predstavlja razliko

med pričakovanji strank in oceno doseženih pričakovanj in pove, ali so bila pričakovanja uporabnika storitev dosežena ali presežena. Metoda povzema uporabnikovo oceno o splošni kakovosti, odličnosti, primernosti ali nadstandardnosti storitve (Dagger in drugi 2007, 134).

Vrednotenje dela na osnovi standardov in izidov zdravljenja sta najpogosteje izbrani metodi merjenja kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev. Temeljni element merjenja so **kazalniki kakovosti** (angl. Quality indicators). Kazalniki kakovosti so jasno definirani pojmi, ki predstavljajo t. i. kvalitativno merilo za ocenjevanje kakovosti. Pri sistematičnem merjenju kakovosti je smiselno upoštevanje več kazalnikov kakovosti, s katerimi je možno spremljati kakovost stroke in dela izvajalcev zdravstvenih storitev ter kakovost, kot jo opredeljujejo bolniki. Prednost merjenja na osnovi kazalnikov kakovosti je sistematično zbiranje podatkov, ki omogoča raziskovanje in primerjanje tako znotraj posameznih podobnih delov organizacije ali posameznih procesov kakor tudi primerjanje s podobnimi organizacijami oz. organizacijami, ki izvajajo podobne zdravstvene storitve (Fras in Pajntar 2002).

Na merjenje in izboljšanje kakovosti in varnosti znotraj posamezne organizacije imajo močan pozitiven vpliv pogovori o varnosti in varnostne vizite, ki so opredeljene v strategiji kakovosti in varnosti iz leta 2006 in so v slovenskem prostoru zaživele po letu 2009. Tak način komuniciranja je primer dobre prakse, ki vodi k povečanemu zaznavanju in odkrivanju pomanjkljivosti, ki bi sicer ostale skrite (Robida 2006a, Rajgelj in Kramar 2011).

Čeprav gre pri zadovoljstvu uporabnikov in kakovosti storitev za medsebojno povezanost in prepletenost Bitner in Hubert opozarjata, da teh dveh pojmov vendarle ne moremo enačiti. Zadovoljstvo uporabnikov je le del celovite kakovosti storitev oziroma le del, ki označuje zaznano kakovost (ali v primeru nezadovoljstva slabo kakovost). Kljub temu da je za uporabnike zadovoljstvo najpomembnejše, je potrebno kakovost storitev ocenjevati tudi s stališča izvajalcev zdravstvenih storitev. Pogledi na kakovost se torej lahko tudi razlikujejo (Bitner in Hubert v Dagger in drugi 2007, 133).

3.11 Nadzor, presoja in izboljšanje kakovosti in varnosti

V sistemu kakovosti je sistem potrebno tudi nadzirati. Pomen nadzora mora biti usmerjen predvsem v ohranjanje in izboljševanje kakovosti. Obvladovanje sistema kakovosti mora biti načrtovano in sistematično. Mnogi avtorji opozarjajo, da predstavlja največji zalogaj v

spreminjanju kulture organizacija prav pridobivanje zaupanja med zaposlenimi, pri čemer se večina najbolj otepa prav nadzora, saj je ta pojmovan kot sankcija. Da bi to spremenili, je potrebno izobraževanje – skupinsko in timsko delo. Pomemben je tudi čas, ki je na razpolago.

Smiselna je uporaba notranjega in zunanjega nadzora in presoje kakovosti. Bistven element nadzora kakovosti zdravstvenih storitev je odkrivanje odstopanj s ciljem izboljšav in povečanja varnosti. Kontrola in obvladovanje kakovosti zahteva izvajanje kontrol, presoj in merjenja z vnaprej postavljenimi cilji (Robida 2006a).

Notranji nadzor praviloma ni predpisan in ga vsak izvajalec zdravstvenih storitev določi v okviru svojih načrtov dela glede na spremljane kazalnike kakovosti in ocenjevanje procesov dela, torej za presojanje doseganja lastnih ciljev. V praksi se taki nadzori izvajajo kot redni interni strokovni nadzori s svetovanjem ali izredni nadzori, ki so sproženi na podlagi že zaznanih odstopanj (Robida 2004).

Zunanji nadzor praviloma urejajo predpisi, izdani s strani Ministrstva RS za zdravje, ZZZS, strokovnih zbornic, klinike ali drugi strokovni organi. Izvajajo ga zunanji usposobljeni strokovnjaki, inšpekcijske službe, organi ministrstva, zbornic, ZZZS itd. Tudi ti nadzori so redni (načrtovani) nadzori, praviloma s svetovanjem, ali izredni. Zbrani podatki o nadzoru so načeloma namenjeni določeni zunanji strokovni ali laični javnosti (Robida 2004).

Presoja je ena od oblik nadzora, namenjena predvsem ocenjevanju izvajanja postopkov. Izvajana je na podlagi strokovnih smernic ali standardov kakovosti. Tak primer je denimo presoja za akreditacijo, ki poteka tudi v slovenskem prostoru za akreditacijo bolnišnic po standardu NIAHO (Robida 2004). Izboljševanje kakovosti je torej dinamičen proces, ki zahteva aktivno delovanje, pripravljenost na spremembe predvsem pa zavedanje, da so izboljšave koristne, možne in strateško pomembne. Nenehno izboljševanje kakovosti predstavljajo ukrepi, s katerimi želimo izboljšati uspešnost in učinkovitost procesov in aktivnosti s ciljem pridobitve dodatnih koristi (Robida 2006a).

4 TEMELJNE DIMENZIJE KAKOVOSTI

4.1 Kakovost, kot jo pojmujejo uporabniki storitev (kakovost za uporabnika)

Izhajajoč iz dejstva, da je delovanje sistema zdravstvenega varstva v celoti namenjeno zadovoljevanju potreb pacientov, varovancev, njihovih svojcev ter nenazadnje celotne družbe, torej uporabnikom zdravstvenih storitev, je njihovo zadovoljstvo s kakovostjo in varnostjo storitev najpomembnejši kriterij. Uporabniki zdravstvenih storitev želijo vedeti, ali je njihova zdravstvena oskrba strokovno ustrezna, zasnovana na izhodiščih dobre prakse in znanstvenih dognanjih, varna in v skladu s standardi.

Eden od najpomembnejših kazalnikov kakovosti zdravstvenih storitev je zadovoljstvo uporabnikov. Čeprav sta zadovoljstvo uporabnikov in kakovost storitev med seboj tesno povezana, ju ne moremo enačiti. Pri zadovoljstvu uporabnikov gre zgolj za del kakovosti storitev, ki je nikakor ne moremo posploševati na druge dimenzije kakovosti (kakovost s stališča izvajalcev zdravstvenih storitev ali kakovost s stališča plačnika ali zdravstvene politike). Bitner in Hubert ocenjujeta, da je zadovoljstvo uporabnikov pogoj za zaznano kakovost. Izhajata namreč iz predpostavke, da je zaznana kakovost storitev posledica večkratnega zadovoljstva uporabnika (Bitner in Hubert v Dagger in drugi 2007, 133). Zadovoljstvo je definirano kot uporabnikov čustveni odziv na določeno izkušnjo (Oliver v Choi in drugi 2005, 141). Po drugem pogledu je kakovost kot kognitivno vrednotenje predhodna zadovoljstvu, ki je emocionalna reakcija na določeno izkušnjo (Brady in Robertson v Dagger in drugi 2007, 133).

»Kakovost storitve je namreč globalna ocena oziroma stališče, ki zadeva superiornost določene vrste storitev v nekem obdobju uporabe teh storitev« (Parasuraman in drugi 1988, 16), »medtem ko je zadovoljstvo vezano pretežno na konkreten dogodek ali konkretno storitev. Zadovoljstvo ima za uporabnike velik pomen, saj ni nujno, da bodo iskali storitev z največjo »skupno« kakovostjo, ampak storitev, ki jim bo nudila največ zadovoljstva« (Haksik 2000, 226).

Če na kratko povzamemo različne avtorje, je ocena kakovosti in varnosti storitev, ki jo podajo uporabniki storitve, torej lahko pojmovana kot kazalnik kakovosti, lahko pa služi tudi kot

parameter za odkrivanje težav pri zagotavljanju teh storitev ali kot podlaga za načrtovanje izboljšav ter celo za povečano vključevanje uporabnikov storitev v proces zdravljenja in s tem tudi v ocenjevanje uspešnosti dela. Za uporabnika pomeni kakovost možnost oziroma pričakovanje, da bo posredno ali neposredno kupil zdravstveno storitev, ki je po obsegu, načinu izvedbe in kakovosti sprejemljiva glede na njegova pričakovanja. Zadovoljstvo uporabnikov storitev je torej pomemben del poslovne odličnosti.

Toth meni, da uporabniki zdravstvenih storitev praviloma ocenjujejo kakovost zdravstvenih storitev in kakovost sistema zdravstvenega varstva drugače kot država, zdravstvena politika ali izvajalci storitev. Meni tudi, da uporabniki storitev postavljajo v ospredje možnost uveljavljanja potreb in včasih še bolj zahtev po zdravstvenih storitvah, dostopnost do zdravstvenih storitev in raven pravic, ki jim jih zagotavlja zdravstveno zavarovanje. Poudarja tudi, da imajo uporabniki storitev tudi visoka pričakovanja do odnosa zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev, uspešno izvedene zdravstvene storitve, hitre časovne dostopnosti do izvajalcev zdravstvenih storitev, hitrega ukrepanje brez čakalnih dob, dostopnost do zdravil, odpravo bolečin in motenj funkcij ter preprečevanje zapletov in invalidnosti. Izpostavlja tudi, da je pri uporabnikih zdravstvenih storitev visoko cenjeno tudi popolno in takojšnje informiranje o njihovem zdravstvenem stanju ter aktivna vključenost v zdravstveno obravnavo z možnostjo soodločanja oz. izbire načina zdravljenja (Toth 2006).

Vključevanje uporabnikov storitev v sistem ocenjevanja kakovosti ima zaradi zapletenega zdravstvenega sistema, v katerem se prepletajo številni interesi, velik pomen. Pri zagotavljanju zdravstvenega varstva se pogajalski partnerji nedvomno »pulijo« za zagotavljanje interesov pacientov, vendar je jasno, da v vsakdanji praksi uresničevanje potreb in izvajanje zdravstvene dejavnosti ne poteka povsem gladko. Plačnik in zdravstvena politika praviloma pri tem zagovarjata **javni interes**,²⁶ izvajalci zdravstvenih storitev pa strokovno ravnanje – torej stroko (Gazvoda 2004).

V preteklosti je bila kakovost zdravstvenih storitev merjena s pomočjo izrazito »tehničnimi« kazalniki, kot so umrljivost, čas čakanja na storitev, delež posameznih posegov brez zapletov, subjektivno oceno kakovosti s strani izvajalcev zdravstvenih storitev, pri tem pa potrebe

²⁶ Javni interes je tisto, kar služi različnim interesom javnosti. V konkretnem primeru to pomeni, da zaradi javnega interesa ni mogoče zadovoljiti vseh potreb posameznikov iz sredstev, ki so namenjena zdravstvenemu varstvu. Natančne definicije javnega interesa ni mogoče določiti, ker je le-ta odvisen od odločitev politike, v konkretnem primeru politike zagotavljanja zdravstvenega varstva v RS.

uporabnikov niso bile pomembne. Da temu ni tako, je postalo jasno s postopnim širjenjem ponudbe in možnostjo ocene ponudnika, izbire ali zamenjave izvajalca, saj so pacienti s to možnostjo v praksi dokazovali, da je zaznava kakovosti zdravstvenih storitev najpomembnejša ravno s strani uporabnikov. Najpogosteje izpostavljeni kazalniki zadovoljstva pacientov in varovancev so dostopnost, pravočasnost, varnost, odkritost, prijaznost in odzivnost. Veliko težo pri ocenjevanju ima tudi ugled posamezne organizacije, ocena procesa dela, kot ga zaznava uporabnik storitev, urejenost in čistoča prostorov, povratne informacije drugih uporabnikov storitev pa tudi čakalne vrste.

Merjenje stopnje zadovoljstva uporabnikov zdravstvenih storitev je eden od pokazateljev kakovosti, s katerim lahko hkrati merimo tudi izid storitve. V pravilno zastavljenem sistemu kakovosti je pričakovati naraščanje zadovoljstva uporabnikov, kar pri pacientih nedvomno pomeni večjo pripravljenost za sodelovanje pri izvajanju storitev, izvajalcem storitev pa daje občutek dobro opravljenega dela in družbene koristnosti (Levin 1997).

Na zadovoljstvo pacientov nedvomno vplivajo tudi nekateri objektivni dejavniki, kot so vrsta in stopnja bolezni, starost, izobrazba, delovno in socialno okolje itd. Tako npr. Toš (Toš, Malnar 2002) ugotavlja, da pripisujejo delovno aktivni uporabniki zdravstvenih storitev veliko težo dostopnosti storitev, starejši uporabniki izpostavljajo pomen stalne prisotnosti istega zdravnika, mlajši uporabniki pričakujejo nekakšno »tehnično dovršeno« storitev, glede na stopnjo izobrazbe so ocene bolj kritične pri nižjih izobrazbenih stopnjah. Na osnovi teh podatkov lahko sklepamo, da je ocena stopnje zadovoljstva vezana na posameznika in v končni fazi nima skupnih uteži, zato je za doseganje visoke stopnje splošnega zadovoljstva potrebno načrtovano in usmerjeno delovanje. Pomembno je, da pacient pri obravnavi nima občutka izgubljenosti v sistemu, temveč prepozna individualno obravnavo, pri tem pa ne naleti na nerazumno dolge čakalne vrste in že ob vstopu v sistem vključi temeljna izhodišča svojega zadovoljstva.

Svensson potrjuje, da je kakovost storitev v veliki meri odvisna tudi od interakcije med izvajalci in uporabniki, kar velja tudi v primeru slabe kakovosti, saj je slednja lahko odvisna tako od izvajalca kot tudi uporabnika. V primeru dobre medsebojne interakcije oz. sodelovanja so rezultati bistveno boljši. Hkrati poudarja tudi pomembnost izobraževanja obeh akterjev, saj je za izid storitve odgovornost porazdeljena (zdravstveni delavci morajo storitev

izvesti korektno po strokovnih standardih in predpisih, pacient pa mora pri tem aktivno sodelovati in se ravnati v skladu z navodili) (Svensson 2001, 337).

4.2 Kakovost z vidika izvajalcev zdravstvenih storitev, notranjih poslovnih procesov in kulture organizacije

Pomemben dejavnik v kakovosti storitev so **izvajalci** (tako zdravstveni zavodi kot tudi posamezniki).²⁷ Pri izvajalcih – zdravstvenih delavcih in sodelavcih – je eden od pomembnejših pogojev za kakovost dela njihova **motiviranost**. Izhajajoč iz Herzbergove motivacijske teorije je pomembno poznavanje motivatorjev, ti so: dobri medosebni odnosi, spoštovanje s strani bolnikov, sodelavcev, timsko delo, pohvale nadrejenih in sodelavcev, samostojnost, zadovoljstvo bolnikov, možnost strokovnega izobraževanja in izpopolnjevanja, možnost napredovanja, spoštovanje poklica v družbi (Kobal Grum 2009).

Izvajalci zdravstvenih storitev se do kakovosti opredeljujejo preko t. i. Professional Quality, ki kakovost pojmujejo kot izvajanje zdravstvenih storitev na način in doseženim ciljem zadovoljevanja potreb glede na profesionalne opredelitve in standarde ali strokovna priporočila, pri čemer morajo biti uporabljena vsa sodobna znanja, sredstva, tehnike in pripomočki.

Toth je mnenja, da izvajalci zdravstvenih storitev s pod pojmom kakovost zdravstvenega varstva običajno razumejo kakovost celovite obravnave bolnikov, ki obsega vse preventivne ukrepe in aktivnosti, zdravstveno vzgojo in svetovanje, strokovno medicinsko diagnostiko, konzervativno in operativno terapijo, fizioterapijo in zdravstveno rehabilitacijo ter zdravstveno nego. Nadalje poudarja, da ima kakovost pri izvajalcih zdravstvenih storitev več razsežnosti, ki jih opredeli v tri temeljne skupine: strokovnost obravnave, medosebni odnosi in prostori ter oprema (Toth 2006).

²⁷ Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije ima na svoji spletni strani objavljen Seznam izvajalcev zdravstvenih storitev, ki so pridobljeni iz uradnih baz podatkov in se na podlagi sprememb v teh uradnih bazah tudi avtomatično osvežujejo. Objavljeni so podatki o javnih zavodih in tudi zasebnikih s koncesijo.

Slika 4.1: Razsežnosti zagotavljanja kakovosti z vidika izvajalcev zdravstvenih storitev

Strokovnost obravnave	<ul style="list-style-type: none">- vezana na možnosti uvajanja praktičnih strokovnih, znanstvenih in teoretičnih dosežkov ter prenos znanja v prakso- uvajanje in spoštovanje doktrin, priporočil standardov- zmanjševanje in odpravljanje iatrogenih okvar (neželenih vplivov)- natančnost diagnostike, izvidov, pravilna izbira diagnostičnih in terapevtskih metod- sprotno spremljanje strokovnega razvoja in redno strokovno izpopolnjevanje
Medosebni odnosi	<ul style="list-style-type: none">- odnos med pacientom in izvajalcem zdravstvene storitve- prijaznost izvajalcev zdravstvenih storitev do pacienta in svojcev- informiranost pacienta- spoštljiv odnos do pacienta in varovanje njegovih osebnih podatkov ter zasebnosti- odnosi med posameznimi poklicnimi skupinami, strokovnimi dejavnostmi, službami, zdravstvenimi organizacijami
Prostori in oprema	<ul style="list-style-type: none">- razpoložljivost ustreznih prostorov in primerne sodobne medicinske opreme- izgled, dostopnost, urejenost, higienska ustreznost prostorov- ustreznost bivalnih in namestitvenih pogojev

Vir: Prirejeno po Toth (2006).

Z vidika izvajalcev zdravstvenih storitev je razsežnost zagotavljanja kakovosti odvisna od treh bistvenih dejavnikov, ti so: strokovnost obravnave (znanje in spretnost), medosebnih odnosov (med zaposlenimi in odnosov s pacientom) ter materialnih pogojev (prostori in oprema) (glej sliko 4.1). Nedvomno pa je za doseganje želene ravni kakovosti potrebno ustrezno število kompetentnega in strokovno usposobljenega kadra.

Z vidika notranjih poslovnih procesov in kulture organizacije je kot pomemben okvir delovanja izvajalcev zdravstvenih storitev, to velja tudi za zavode in organizacije, potrebno izpostaviti strategijo razvoja zdravstva in planskih dokumentov, saj opredeljujejo ključne elemente zdravstvene politike in merila tako za snovanje zdravstvene mreže kakor tudi za **pridobivanje sredstev**.

Za usmerjanje izvajalcev zdravstvenih storitev k razvijanju kakovosti storitev je pomemben dokument Plan zdravstvenega varstva za obdobje 2000 do leta 2004, ki mu je sledila Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva od 2008 do 2013 (Ur. l. RS, št. 72/2008). Dokumenta podrobneje opisujeta smernice zdravstvene politike v RS. Naslednji pomemben dokument je Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu od leta 2010 do 2015, v kateri so opredeljene temeljne smernice zagotavljanja in razvijanja kakovostne in

varne zdravstvene oskrbe s strateškimi usmeritvami in nalogami. Delovanje zdravstvenega varstva in aktivnosti izvajalcev zdravstvenih storitev pa so nedvomno vezane tudi na dokument Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) Zdravje za vse za 21. stoletje. SZO je pred več kot 30 leti načrtala smeri razvoja zdravstva v Evropi, saj je bilo ugotovljeno naglo naraščanje stroškov, prav tako je bil dokazan strm porast razkoraka med vloženimi sredstvi in zdravstvenim stanjem prebivalstva. V eni od ključnih točk dokumenta je bilo že takrat opredeljeno kakovostno delovanje zdravstvenega varstva. Predvsem je vseskozi poudarjen izziv, kako izvajati zdravstvene storitve na nivoju, ki bo s strani vseh akterjev ocenjen kot zadovoljiv ali vsaj sprejemljiv.

Za razvoj in doseganje kakovosti je nedvomno pomembna tudi **kultura organizacije**, v kateri poteka izvajanje zdravstvenih storitev. Če na kratko povzamemo številne avtorje, ki obravnavajo organizacijsko kulturo, jo definirajo kot skupek nenapisanih pravil, vrednot in norm, po katerih se ravnaajo člani organizacije, njihovega vedenja, medsebojnega komuniciranja in medosebnih odnosov. Bistveni elementi so sistem vrednot in stališč, značilnih za določeno skupino, učinkovit prenos informacij in enoznačno dojemanje in pojasnjevanje dogajanj in situacij v okolju ter celota posebnih lastnosti skupine ali organizacije, po katerih se organizacija razlikuje od drugih organizacij. Pri tem je kultura organizacije v veliki meri odvisna od usmerjenosti in delovanja vodstva, ki pogosto deluje tako, da svoje predpostavke o kulturi organizacije »vsili« zaposlenim z argumentiranjem, kaj je dobro oziroma primerno. Mesnar – Andolšek meni, da »je osnovna značilnost organizacijske kulture njena kolektivna narava, saj v kulturi organizacije na koncu ostanejo le tisti elementi, ki imajo v organizaciji konsenz oziroma se z njimi posamezniki strinjajo« (Mesnar - Andolšek 1995, 102).

Mesnar dodeli v sodobnem menedžmentu osrednjo vlogo kulturi organizacije in posamezniku ter poudarja, da gre za nujna elementa, ki tvorita usmerjenost delovanja organizacije. Trdna organizacijska kultura predstavlja vir konkurenčne prednosti, saj je edinstvena glede na lastnosti posameznikov v organizaciji in v veliki meri vpliva na uresničevanje strateških planov delovanja in razvoja, motivacijo zaposlenih, razvijanje inovacij in sposobnost prilagajanja trgu; v našem primeru zahtevam družbe in uporabnikov storitev (Mesnar - Andolšek 1995).

Kakovost in varnost sta pojma, ki v praksi pridobivata na pomenu pri domala vseh izvajalcih zdravstvenih storitev, vendar pa je v določenih krogih o njuni pomembnosti še vedno premalo znanja. Številni strokovnjaki poudarjajo, da je kultura organizacije odvisna predvsem od vodenja, znanja in usmerjenosti h kakovosti vrhnjega vodstva ter širitvi tega zavedanja med vse zaposlene – torej vse sodelavce. Doppler in Lutenberg poudarjata, da se kultura organizacije spreminja zelo počasi ter da so pri spreminjanju kulture organizacije še posebej pomembni »**upori menedžmenta**«. V zdravstvenem varstvu bi to pomenilo tudi zdravnike kot nosilce dejavnosti, ki počasi pristopajo k potrebnim spremembam in drugačnemu načinu delovanja, saj še vedno pogosto povezujejo kakovost storitev že s tem, da je ta izvedena glede na do sedaj poznane načine in prakso, ne glede na možne izboljšave ali pozitivne spremembe (Doppler in Lutenberg 1994, 101-104).

Yazbeck in Robida ugotavljata, da je v pestri paleti medsebojnih odnosov in interakcij, ki jih je možno srečati v zdravstvu, v sistemu uvajanja in razvoja kakovosti očiten velik **pomen skupinskega in timskega dela**. Poudarjata, da je uspešnost organizacije v veliki meri odvisna od notranjih razmerij in klime organizacije.

- Nekaterе organizacije so uspešne, ker:
 - nenehno izboljšujejo svoje storitve.
 - so zaposleni pozitivno naravnani, navdušeni, delavni in motivirani za spremembe,
 - imajo skupne cilje.
- Druge organizacije so manj uspešne, ker:
 - redkokdaj uspejo vzpostaviti spremembe in izboljšati način svojega dela,
 - veliko delavcev je nejevoljnih in razočaranih, torej sta za organizacijo značilna slabo vzdušje in slaba motiviranost,
 - že vsaka najmanjša potreba po spremembi je težko izvedljiva, sprememb praktično ni (Yazbeck in Robida 2004).

Ivanjko povzema, da številni poznavalci in analitiki teorij in delovanja organizacij ugotavljajo, da sodobne organizacije svojo uspešnost gradijo **na zaupanju v zaposlene**, saj se zavedajo, da so prav ti tisti ključni element, ki lahko največ doprinese k uspešnosti in razvoju. V zdravstvu je to še posebej pomembno, saj je uspešnost v veliki meri odvisna od medsebojnega sodelovanja in zaupanja med izvajalci in uporabniki storitev. Zadovoljstvo

oziroma nezadovoljstvo s storitvami je največkrat ocenjeno takoj, prav tako je sama kakovost storitve v veliki meri odvisna od izvajalcev samih, predvsem od njihovega ravnanja in odnosa do pacientov. Ivanko v svojih povzemanjih sodobnih teorij organizacije posebej izpostavlja, da morajo organizacije, ki želijo biti uspešne, v sodobnem globalnem konkurenčnem delovanju nenehno skrbeti za razvoj in napredek v poslovni odličnosti ter snovanju razvoja na novih paradigmah organizacije, saj morajo biti te usmerjene v rezultate, osredotočene na odjemalce, voditeljstvo, s postavljenimi strateškimi cilji, vključevanjem zaposlenih, vzpodbujanjem inovativnosti, timskega dela in usmerjenostjo k družbeni odgovornosti (Ivanko 2007).

Posamezniki in skupine znotraj organizacije ocenjujejo kakovost predvsem preko dveh vidikov, in sicer:

- odzivnost pacientov in drugih uporabnikov storitev – pri tem upoštevajo oceno kakovosti storitev, kot je podajo uporabniki, največkrat preko anket, knjig pohval, pritožb in mnenj ali v osebnem stiku z izvajalci;
- lastna ocena svojega dela – ocena opravljenih storitev glede na predpisane strokovne standarde, priporočila, normative, pravila dobre prakse, znanstvena priporočila itd. V zadnjem času stopa v ospredje ocenjevanje s pomočjo kazalnikov kakovosti, ki omogočajo spremljanja kazalnikov skozi daljše obdobje, kar daje spremljanju in razvijanju kakovosti novo dimenzijo in dodatno vrednost.

4.3 Kakovost z vidika financiranja zdravstvenih storitev in zdravstvene politike

Z vidika financerjev je pogled na kakovost storitev nekoliko drugačen. »Financer praviloma pričakuje ekonomsko učinkovitost, racionalno porabo sredstev, predvsem pa kakovostno opravljeno storitev in tudi kvantiteto. Sistem zdravstvenega varstva postaja zaradi hitre, skorajda neustavljive rasti stroškov veliko breme tudi še tako bogate države. Po ugotovitvah mnogih evropskih analiz so javni sistemi zdravstvenega varstva EU na zgornji meji svojih (javno) finančnih zmožnosti« (Keber 2003, 49).

Slika 4.2: Opredeljevanje kakovosti zdravstvenih storitev z vidika financiranja

	Cilji:
Zagotavljanje zdravstvenih storitev zavarovancem in njihova in njihova dostopnost glede na finančne možnosti	<ul style="list-style-type: none"> - planirana čim boljša preskrbljenost prebivalstva na prednostnih področjih (primarno zdravstveno varstvo in osnovna preventivna dejavnost) glede na finančne možnosti - optimalna dostopnost in razporeditev zmogljivosti s poudarkom na čim krajših čakalnih dobah
Finančna in sistemska stabilnost sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja	<ul style="list-style-type: none"> - nemoteno poslovanje in nemoteno financiranje - ustrezna zdravstvena varnost prebivalstva - usklajenost s strateškimi cilji države
Učinkovitost	<ul style="list-style-type: none"> - čim boljši izkoristek razpoložljivih sredstev in virov - stimulatивно – k doseganju ciljev usmerjeno financiranje izvajalcev zdravstvenih storitev - učinkovitost obvladovanja stroškov
Zadovoljstvo uporabnikov zdravstvenih storitev s pravicami in zdravstvenega zavarovanja in sistemom zagotavljanja zdravstvenih storitev	<ul style="list-style-type: none"> - zadovoljstvo s pravicami in uresničevanjem pravic, ki izhajajo iz zdravstvenega zavarovanja - zadovoljstvo z administrativnimi postopki in odnosi (poenostavljeni postopki, prijaznost) - zagotavljanje zastopanja interesov uporabnikov storitev (posredništvo med zavarovanjem in izvajalci)
Zadovoljstvo pacientov	<ul style="list-style-type: none"> - možnost izbire zdravnika in zdravstvene organizacije - zagotavljanja enakosti in pravičnosti glede zavarovanja - zagotavljanje in varovanje pravic zavarovancev
Raven pravic iz naslova zdravstvenega zavarovanja	<ul style="list-style-type: none"> - obseg pravic – delno ali v celoti krita posamezna pravica oziroma nujnost doplačila - pravice do zdravstvenih pripomočkov, rehabilitacije, zdraviliškega zdravljenja, zdravljenja na domu - zagotavljanje denarnih prejemkov

Vir: Prirejeno po Toth (2006).

Opredeljevanje kakovosti zdravstvenih storitev z vidika financiranja je usmerjeno v ocenjevanje finančne učinkovitosti in smotrne izrabe virov na področju zagotavljanja zdravstvenih storitev – sama oskrba, dostopnost in enakomerna porazdelitev zmogljivosti, finančno in sistemska stabilnost – nemoteno financiranje in poslovanje, učinkovitost – izkoristek razpoložljivih sredstev in virov, k doseganju ciljev usmerjeno financiranje, obvladovanja stroškov, zadovoljstvo uporabnikov – njihove pravice in uresničevanje pravic, odnosi in administrativni postopki, zastopanje interesov uporabnikov, zadovoljstvo pacientov – izbira zdravnika in organizacije, enakost in pravičnost, varovanje pravic, pravice iz zdravstvenega zavarovanja – obseg, pravica do rehabilitacije, pripomočkov, denarnih prejemkov itd. (glej sliko 4.2). Temeljno izhodišče financiranja je torej vsesplošno zadovoljstvo uporabnikov storitev, optimalna izraba virov in učinkovito obvladovanje stroškov.

Vidik zdravstvene politike

Zagotavljanje kakovostne zdravstvene obravnave in s tem tudi dobrega zdravstvenega stanja prebivalstva je temeljna predpostavka delovanja zdravstvene politike. Cilj je usmerjen k zagotavljanju dostopnosti in varnosti zdravstvenih storitev.

»Zdravstveno politiko 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« (Kersnik 1998).

Da se akterji zdravstvene politike zavedajo pomena kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev, kažejo dejstva, da je bilo na področju informiranja uporabnikov zdravstvenih storitev v zadnjih nekaj letih narejenih nekaj pomembnih in odmevnih korakov. Izdana je bila brošura 10 nasvetov za varnejše zdravje (Robida 2005), sprejet pa je bil tudi Zakon o pacientovih pravicah.

5 STANDARDI KAKOVOSTI

Za lažje sledenje smernicam dobre prakse so v storitvenih dejavnostih, med katere sodi tudi zdravstvo, v veljavi različni **standardi kakovosti**. Kljub temu da so izpeljani iz gospodarskih dejavnosti (ISO standard, primerjalno presojanje ali zgledovanje (Benchmarking), model celovitega obvladovanja kakovosti – TQM, SERVQUAL), so danes v storitvenem sektorju nepogrešljivi.

Zagotavljanje kakovosti je skupek dejavnosti menedžmenta kakovosti, načrtovanja kakovosti, upravljanja in preverjanja kakovosti. Pri tem morajo biti jasno definirana merila in cilji kakovosti, razvoj lastnih analiz in preverjanj, sistematično in načrtovano svetovanje pri vprašanjih kakovosti ter zagotavljanje v kakovost usmerjenih razvojnih proizvodnih oziroma storitvenih in logističnih procesov.

Sistem kakovosti upošteva štiri temeljna načela sprememb v zdravstvenem sistemu, in sicer: merjenje kakovosti, usmeritev na uporabnika, usmeritev na znanje in intelektualno moč posameznika v organizaciji ter strateško načrtovanje.

Da lahko pristopimo k aktivnemu spremljanju in razvijanju kakovosti, je potrebno pristopiti k zagotavljanju osnovnih elementov, ki so predpogoj za analizo stanja, načrtovanje in implementacijo sprememb ter evalvacijo z oceno razvoja kakovosti. Kot navaja Kadivec, so to: »oblikovanje in izpolnjevanje dokumentacije (elektronska ali pisna oblika), ustrezna in učinkovita organizacija dela, lastno strokovno izobraževanje, raziskovanje in na raziskavah temelječi razvoj, skrb za okolje, razvoj informacijske podpore ter stalna, uspešna in odprta komunikacija in sodelovanje v okviru timov zdravstvenih delavcev in tudi sodelavcev« (Kadivec 2003, 227).

5.1 Modeli upravljanja kakovosti – standardi kakovosti

Namen standardov kakovosti je povečanje varnosti, zadovoljevanje čim večje stopnje pričakovanj uporabnikov, zagotavljanje nekakšnega enotnega komunikacijskega medija – jezika med izvajalci in uporabniki in določanje natančnih meril in kriterijev, ki poenostavijo

ocenjevanje, zagotavljanje skladnosti materialov, procesov, izdelkov in storitev z zahtevami standarda.

Vendar je potrebno že na začetku poudariti, da je vsako negativno odstopanje od postavljenih minimalnih standardov nezaželeno, saj je praviloma destimulativno, medtem ko odstopanja navzgor praviloma vodijo v poostrovanje zahtev, hkrati pa niso ustrezno nagrajena. Ishikawa med drugim opozarja tudi na možnost premajhne pozornosti do standardov, kar ne prinaša razvoja in ohranja zgolj obstoječe stanje, kar lahko ima posledično tudi slabšo avtonomijo in zmanjšanje ustvarjalnosti. Zaradi opredeljenih nevarnosti poudarja, da morajo biti standardi dinamični, prilagodljivi, življenjski in smiselno uporabni (Ishikawa 1989, 57).

Standard je nekakšna ustaljena, dogovorjena, predpisana, uzakonjena enota, mera ali norma, za katera je smiselno, da je enostavna, jasna in primerna oz. uporabna za merjenje. Smiselno je, da jih je iz razpoložljivih informacijskih in komunikacijskih virov enostavno pridobiti (Tavčar 2002, 83-84).

Številni avtorji poudarjajo pomen dobro oblikovanih standardov. Günter npr. navaja, da so dobro oblikovani standardi kakovosti tisti, ki so dovolj enostavni in razumljivi širši skupini uporabnikov, merljivi z merami kakovosti, takšni, ki jih je v praksi možno dosežati, ki so časovno in prostorsko opredeljeni in v katerih so upoštewane vse bistvene dimenzije kakovosti (Günter 1990). Snoj pripisuje strokovnim standardom poseben pomen. Meni namreč, da lahko predstavljajo korektno oblikovani in usklajeni standardi pomembno orodje za izgradnjo sistema kakovosti in hkrati tudi za motiviranje in nagrajevanje zaposlenih, saj kot taki omogočajo sledljivost, merljivost in spremljanje (Snoj 1998, 120).

V Sloveniji se je aktivneje pričelo predstavljati pomen kakovosti in delovanje posameznih podjetij na področju razvijanja kakovosti **na modelu odličnosti EFQM** (angl. European Foundation for Quality management). Model je splošen in predstavlja dobro izhodišče za nadaljnje razvijanje kakovosti na osnovi standardizacije. Razvito je bilo priznanje RS za poslovno odličnost. Sistem poslovne odličnosti zajema osem temeljnih načel, ki veljajo za vse organizacije, ne glede na industrijsko ali storitveno dejavnost, s katero se ukvarjajo. Ta načela sistema poslovne odličnosti so:

- usmerjenost v dosežke,
- osredotočenost na odjemalce,

- voditeljstvo,
- upravljanje na podlagi procesov in dejstev,
- razvoj in vključevanje zaposlenih,
- stalno učenje, inovacije in izboljšave,
- partnerstvo ter
- družbena odgovornost organizacije (Robida 2006a).

Za lažjo ponazoritev je Robida predstavil model tudi slikovno (glej sliko 5.1) Kot pojasnjuje, gre za splošen in neobvezujoč model, ki ga sestavljajo merila dejavnikov, rezultatov in zahtev, hkrati pa navaja, da je sistem v slovenskem zdravstvenem sistemu osredotočen v glavnem na voditeljstvo in zadovoljstvo uporabnikov, premalo pa na procese in rezultate, predvsem tiste, ki so vezani na izid zdravljenja (Robida 2006a).

Slika 5.1: Model poslovne odličnosti



Vir: Robida (2006a).

5.1.1 ISO standardi – pristop na osnovi najboljših praks

ISO standardi so osnovani na modelih dobre prakse v uspešnih organizacijah. ISO standardi so mednarodno uveljavljeni.

Osnovno zbirko standardov za vodenje in zagotavljanje kakovosti predstavlja serija 9000, ki je bila izdana leta 1987. Poudarek je na stalnem doseganju zastavljenih ravni kakovosti, kakovost pa definira kot stopnjo, v kateri skupek svojstvenih dogovorjenih karakteristik izpolnjuje zahteve. Tem standardom je sledila dopolnitev s standardi 9001:2000.

Njihovo uvajanje na področju slovenskega zdravstva se izvaja šele v zadnjem desetletju.

Bistvo standarda kakovosti ISO 9001:2000 je utemeljeno na načelih:

- **osredotočenost na odjemalca:** uspešnost organizacije je odvisna od odjemalca, zato morajo biti prizadevanja usmerjena v preseganje odjemalčevih pričakovanj;
- **voditeljstvo:** najvišje vodstvo je tisto, od katerega je pričakovati zavedanje o pomenu kakovosti in zavezanost k razvijanju kakovosti, usmerjanje celotne organizacije po načelih kakovosti, sicer prizadevanja v organizaciji ne bodo imela učinka;
- **vključenost zaposlenih:** sodelovanje zaposlenih je ključnega pomena, predvsem je potrebno, da zaposlenim prepoznajo koristi in možnosti uspeha organizacije;
- **procesni pristop:** spremembe v poslovanju, izvajanje nalog in aktivnosti bo imelo večji učinek, če bo speljano procesno in ne kot posamezna aktivnost;
- **sistemski pristop k vodenju:** prakse potrjujejo boljše poslovanje organizacije, če so njeni različni procesi nadzorovani in vodeni kot sistem ali del celotnega sistema;
- **nenehno izboljševanje:** vodilo vsake organizacije naj bo konkurenčnost, ki je pa ni možno ohranjati brez nenehnega izboljševanja;
- **odločanje na podlagi dejstev:** odločanje na podlagi dejstev, torej na osnovi podatkov se je izkazalo kot realno in objektivno, saj v praksi prinaša večjo verjetnost sprejemanja dobrih poslovnih odločitev, medtem ko lahko odločanje na podlagi čustev ali intuicij zamegli situacijo, take odločitve so pogosto bolj kritične in imajo za razvoj organizacije praviloma manjše pozitivne učinke;
- **vzajemno koristni odnosi z dobavitelji:** razvijanje dobrih odnosov z dobavitelji je pomembno tako na organizacijo kot tudi dobavitelje, saj kakovost izdelkov in zanesljivost storitev vodi v utrjevanje partnerstev, kar lahko privede do medsebojno usklajenega razvoja in pozitivnih finančnih učinkov (International Organization for Standardization 2011).

5.1.2 Primerjalno presojanje (Benchmarking)

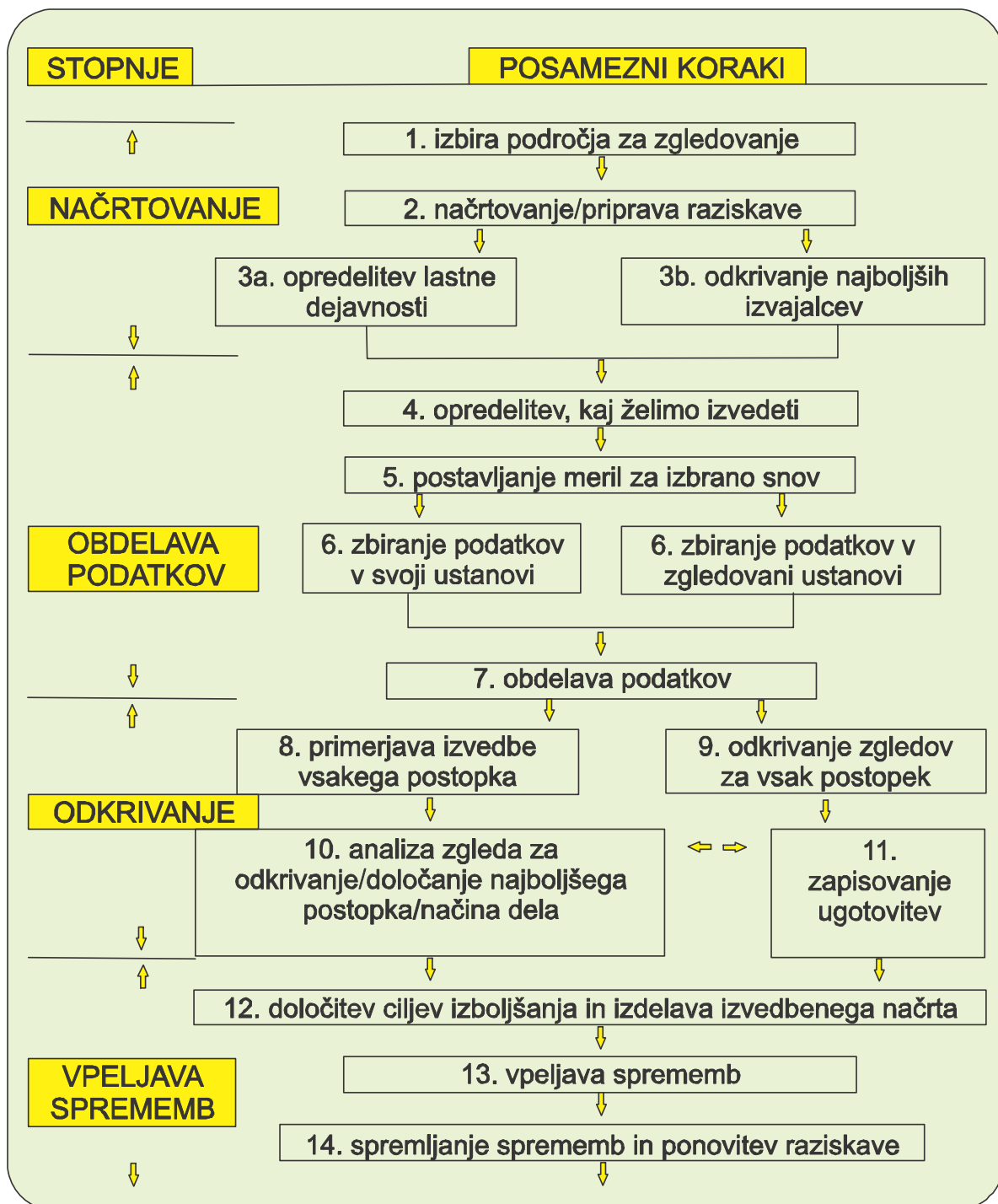
Benchmarking postaja uveljavljena metoda primerjanja s podobnimi organizacijami z namenom ugotavljanja priložnosti za izboljšave in razvoj. Benchmarking²⁸ je eno od menedžerskih orodij, s pomočjo katerega je možno opazovanje dogajanja na trgu in posledično medsebojna primerjava. Kot navaja Camp, pomeni benchmarking v bistvu iskanje najboljših praks, s pomočjo katerih je možen kakovostnejši razvoj in povečana konkurenčnost na trgu, saj uporaba teh praks vodi k najboljšim rezultatom (Camp 1989, 12; Kersnik 2010).

Skrbno načrtovano in izvedeno primerjanje s primerljivo organizacijo, procesom ali sistemom lahko organizacijo pripelje do številnih koristi, kot so:

- hitrejše učenje od drugih,
 - spoznavanje novih možnosti za dvig kakovosti poslovanja (zavoda kot celote, posamičnih organizacijskih delov, funkcij, opravil), njihovo dopolnjevanje z lastnimi znanji in izkušnjami,
 - lažje uveljavljanje novih zamisli, vendar ne brez kritičnosti in inovativnosti,
 - lažje uveljavljanje sodobnih konceptov poslovanja,
 - poglobljeno spoznavanje lastnih procesov in kritično samoocenjevanje,
 - upoštevanje okoliščin in načinov nastajanja rezultatov,
 - postavljanje smiselnih in uresničljivih strateških ciljev,
 - bogatenje znanja,
 - bogatenje intelektualnega in socialnega kapitala
 - dvig kakovosti organizacije in vseh njenih segmentov ter proizvodov in storitev (Retelj 2007).
-
- Retelj poudarja, da za načrtovanje sistema izboljševanja kakovosti v bolnišnicah odgovorni predvsem vodilni in vodstveni kadri, zato morajo poskrbeti, da izboljševanje kakovosti vsi zaposleni vključijo v svoje vsakodnevno delo. Njihova naloga je tudi, da pospešijo sodelovanje med različnimi dejavnostmi in službami (Retelj 2007).

²⁸ Benchmarking predstavlja neke vrste standard oziroma menedžersko orodje, primerno za merjenje in primerjanje znotraj in med posameznimi organizacijami. Temelji na predpostavki, da imajo procesi ustvarjanja vrednosti v različnih panogah podobne lastnosti, preko katerih je smiselno izluščiti in uporabiti primere dobrih praks. Začetek koncepta benchmarkinga predstavljata multinacionalni IBM v začetku 60. let in Xerox Corporation v 70. letih prejšnjega stoletja, ko sta želeli prestopiti konkurenčni izziv prodirajočih japonskih učinkovitih podjetij nasproti močnim, birokratskim in s tem nefleksibilnim korporacijam.

Slika 5.2: Primerjalno presojanje – z gledovanje (Benchmarking)



Vir: Kersnik (2010, 149).

Benchmarking mora biti skrbno načrtovana, procesno vodena in dokumentirana aktivnost z jasno postavljenimi cilji in področji primerjanja. Na podlagi zbranih in analiziranih podatkov je potrebno izpostaviti ključne ugotovitve in postavi cilje in izvedbeni načrt za izboljšave. V primeru dobro načrtovanega primerjanja se proces se ne sme zaključiti z vpeljavo sprememb,

temveč je potrebna stalna spremljava in analiza stanja v skladu z internimi cilji organizacije in spremembami trga oziroma drugih primerljivih organizacij (glej sliko 5.2). Benchmarking je zasnovan po procesni metodi dela in poteka od načrtovanja, zbiranja in obdelave podatkov v lastni in primerjani organizaciji, do odkrivanja odstopanj oziroma priložnosti za izboljšave, do postavitve ciljev in načrtovanja sprememb ter realizacije načrtovanih sprememb v praksi.

Pomembno je, da znamo presoditi in izbrati ključne procese in zmogljivosti ter nato izvajati proces merjenja zmogljivosti. Presoja mora temeljiti na ustreznem sklopu finančnih in nefinančnih kazalcev, ki omogočajo vpogled v to, kako se odvijajo procesi v organizaciji, v čem so njihove slabosti in kako jih je mogoče izboljšati. Benchmarking pri tem pomembno vpliva na to, kako izoblikovati sistem kazalcev za presojanje uspešnosti poslovanja posamezne konkretne organizacije. Merjenje zmogljivosti je potrebno obravnavati kot del celovite kulture organizacije in ga izvajati redno, stalno in v daljšem obdobju. Dosežki merjenja bodo uporabni, če bodo uporabniki rezultatov razumeli njihovo vsebino in pomen za organizacijo (Retelj 2007). Benchmarking je še posebej primerna metoda, ko gre za primerjanje kliničnih praks, ki delujejo na osnovah kliničnih poti.

5.1.3 Model celovitega obvladovanja kakovosti – TQM

Celovito obvladovanje kakovosti (angl. Total Quality Management – TQM) je stalen proces, katerega cilj je nenehno izboljševanje poslovnih procesov organizacije, kar na daljši rok vodi organizacijo v **odličnost**. Model predstavlja dožemanje kakovosti in menedžmenta kakovosti kot splošno filozofijo podjetja, ki temelji na strateškem razvoju in jo morajo sprejeti vsi zaposleni. Cilj takega delovanja so dolgoročni poslovni uspehi ter koristi vseh zaposlenih in celotne družbe na osnovi zadovoljevanja potreb in zahtev kupcev oziroma uporabnikov storitev. Poudarek je torej na kakovosti procesa in vseh akterjih, ki so vključeni v izvedbo procesa in ne na samem izdelku ali storitvi. TQM dosegamo z:

- menedžmentom,
- s cilji,
- s preventivnimi in korektivnimi ukrepi,
- s presojami (notranjimi in zunanji, rednimi in izrednimi),
- z izobraževanjem,
- s sodelovanjem oziroma aktivnim vključevanjem vseh zaposlenih (Šostar 2000).

Model TQM zagovarja celovit managerski pristop ravnanja organizacije po principih kakovosti in varnosti. Model izhaja iz filozofije, ki se je razvila v osemdesetih letih prejšnjega stoletja in poudarja predvsem odgovornost vodstva za doseganje kakovosti v poslovanju. Od vodstva se pričakuje naklonjenost in usmerjenost v razvijanje kakovosti, spodbujanje stalnih izboljšav, inovativnost ter povezovanje in usmerjanje zaposlenih v skupno pojmovanje kakovosti. TQM torej izpostavlja odgovornost krovnega vodstva organizacije. Kot navaja Dolinšek, »je TQM obsežna managerska filozofija in zbirka orodij ter pristopov za njihovo vpeljavo, ki omogoča strateško načrtovanje in delovanje, hkrati pa omogoča snovanje in doseganje različnih ciljev«, kot so kakovost, varnost, varstvo okolja in za zdravstvo morda še vedno premalo izpostavljeno donosnost (Dolinšek in drugi 2006, 14–15). Dolinšek hkrati poudarja, da je management celovite kakovosti neločljivo povezan z obvladovanjem sprememb, sproščanjem ustvarjalnosti, da je temeljni nosilec kakovosti znanje in da TQM ni le določen cilj, pač pa strateško načrtovana pot k izboljšavam, pri kateri zavzema pomembno mesto vgrajevanje zavedanja in strateških usmeritev v vse zaposlene. Poenostavljeno lahko TQM predstavimo kot »kulturo in način vodenja organizacije«, ki v svojih usmeritvah in delovanju sledi potrebam kupca oz. uporabnika storitev, istočasno pa stremi tudi k poslovni uspešnosti. Kakovost se torej nanaša tako na storitve in izdelke kot tudi delovne procese, delovno razmerje ter širše družbeno in bivalno okolje. (Dolinšek in drugi 2006, 127–131). Za izvajalce zdravstvenih storitev bi to pomenilo, da morajo biti potrebe pacientov in varovancev temeljno vodilo in glavno merilo kakovosti.

5.1.4 Model SERVQUAL

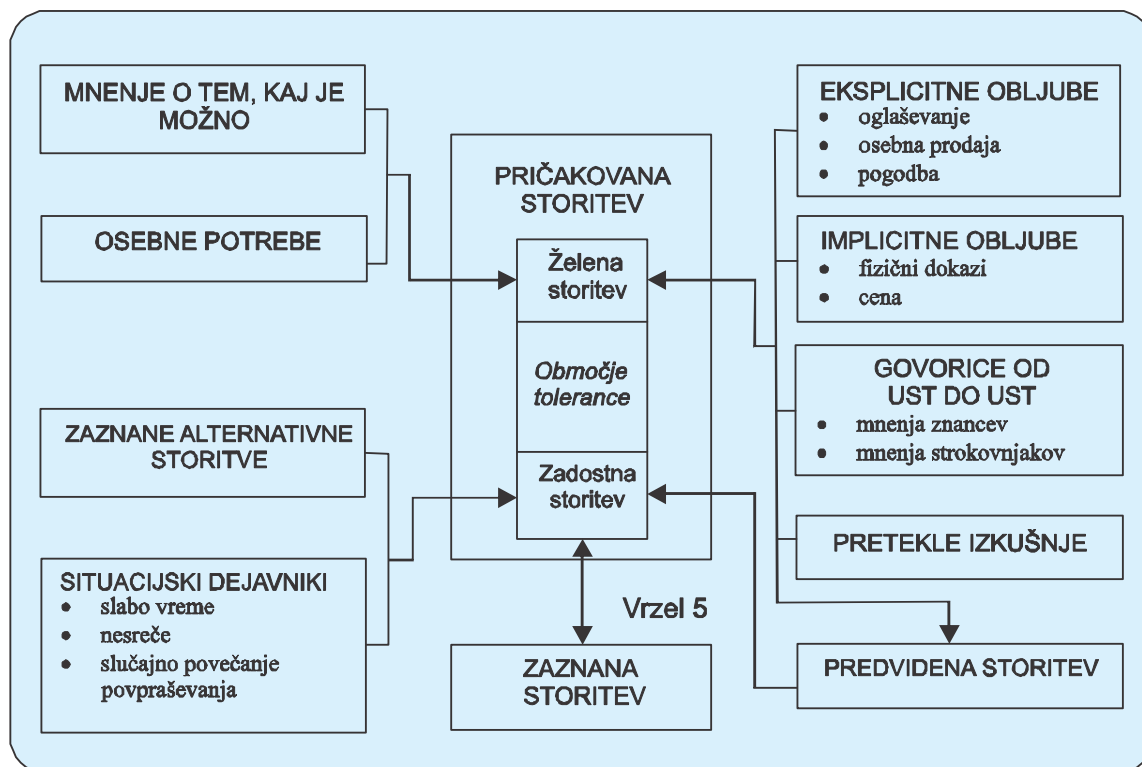
Model SERVQUAL (okrajšava iz ang. Service quality) je najpogosteje uporabljeni model na področju merjenja kakovosti storitev. Primeren je za merjenje razhajanj med pričakovano kakovostjo storitev in kakovostjo, kot jo zaznajo uporabniki storitev. Uporablja se predvsem za zaznavanje in odpravljanje vrzeli, ki lahko nastajajo znotraj procesov zdravstvene obravnave. Model, ki je sestavljen iz dveh delov, so v Združenih državah Amerike v letu 1986 razvili Parasuraman, Zeithaml in Berry. Posebnost modela v prvem delu je petstopenjska lestvica (pet skupin dimenzij kakovosti) za merjenje kakovosti storitev, kot jo zaznavajo uporabniki, in sicer:

- fizični videz, ki zajema stanje, videz, usklajenost in raznovrstnost podatkov, opreme, okolja, zaposlenih in predstavitvenega gradiva,

- zanesljivost v smislu sposobnosti, da bo obljubljeni storitev zanesljivo in natančno izvedena,
- odzivnost v smislu pripravljenosti pomagati pri reševanju neke naloge,
- zaupanje, znanje in ustrežljivost zaposlenih, ki vlivajo zaupanje in samozavest pri strankah,
- empatija kot sposobnost vživeti se v vlogo in težave uporabnika (Snoj 1998).

Drugi del predstavlja ponudbo in možnosti organizacije oz. kakšno kakovost organizacija lahko ponudi. Avtorji še navajajo, da so v primeru vrzeli – razhajanj med pričakovanji uporabnikov, ki so praviloma višja od dejansko zaznane kakovosti storitev, izraženi v negativnih številih. Opozarjajo tudi, da je treba model proučiti pri vsaki storitvi posebej, saj model meri le znano kakovost storitev v določenem času, ne pojasnjuje pa uporabnikovega zaznavanja in vzrokov, zaradi katerih je prišlo do takšnega zaznavanja (Parasuraman in drugi 1996).

Slika 5.3: Dejavniki, ki vplivajo na pričakovanja uporabnikov



Vir: Lovelock, Vandremewe, Lewis (1999, 126).

Pri ocenjevanju kakovosti zdravstvenih storitev imajo pričakovanja uporabnikov veliko težo. Na pričakovanja vplivajo tako osebni interesi, osebnostna naravnost, znanje, pretekle izkušnje, kakor tudi dejavniki okolja, kot so izkušnje drugih, situacijski dejavniki, eksplicitne in implicitne obljube itd. (glej sliko 5.3). Model kot tak temelji na dveh konceptih – pričakovanju in zaznavanju. Pri uporabi modela v praksi je potrebno nameniti posebno pozornost stalnemu spreminjanju mnenja s strani uporabnikov storitev, saj vsaka pozitivna ali negativna ocena takoj in neposredno vpliva na oblikovanje novega mnenja, prav tako pa so pri formiranju mnenja pomembne lastne izkušnje.

5.1.5 Akreditacija; primer National Integrated Accreditation for Healthcare Organization – mednarodne akreditacijske hiše

Akreditacija je formalen proces ocene zdravstvene ustanove, pri katerem gre za presojo ustreznosti oziroma oceno o izpolnjevanju vnaprej določenih objavljenih in mednarodno priznanih standardov. Akreditacija po ameriškem standardu NIAHO () poteka preko mednarodne akreditacijske hiše DNV (Det Norske Veritas), ustanovljene 1864 leta na Norveškem. Danes je po tem standardu akreditiranih že več kot 200 bolnišnic. Prva presoja je bila v zdravstvu leta 2009 v ZDA (Det Norske Veritas 2012).

Pridobitev akreditacijske listine potrjuje delovanje organizacije v smeri strategije zagotavljanja kakovosti in varnosti na osnovi sistemsko vodene dokumentacije, spodbujanja organizacijske kulture, upoštevanja inovativnih rešitev zaposlenih, optimizacije in informatizacije procesov s ciljem čim bolj kakovostne in varne zdravstvene oskrbe in obravnave pacientov. Sledenje zahtevam standarda in uvajanje zunanje presoje je usmerjeno predvsem v odkrivanje priložnosti za izboljšave, za kar je potrebna vključenost vseh zaposlenih, saj standard s svojimi zahtevami sledi tako poslovanju in organizaciji ustanov kot tudi posameznim procesom, hkrati pa zaradi sistematičnega pristopa omogoča vzpostavljanje celovitega sistema kakovosti in varnosti, ki temelji na dokumentiranih analizah in definiranih ukrepih (Det Norske Veritas 2012).

5.2 Koncept celovite kakovosti in spremljanje kazalnikov kakovosti

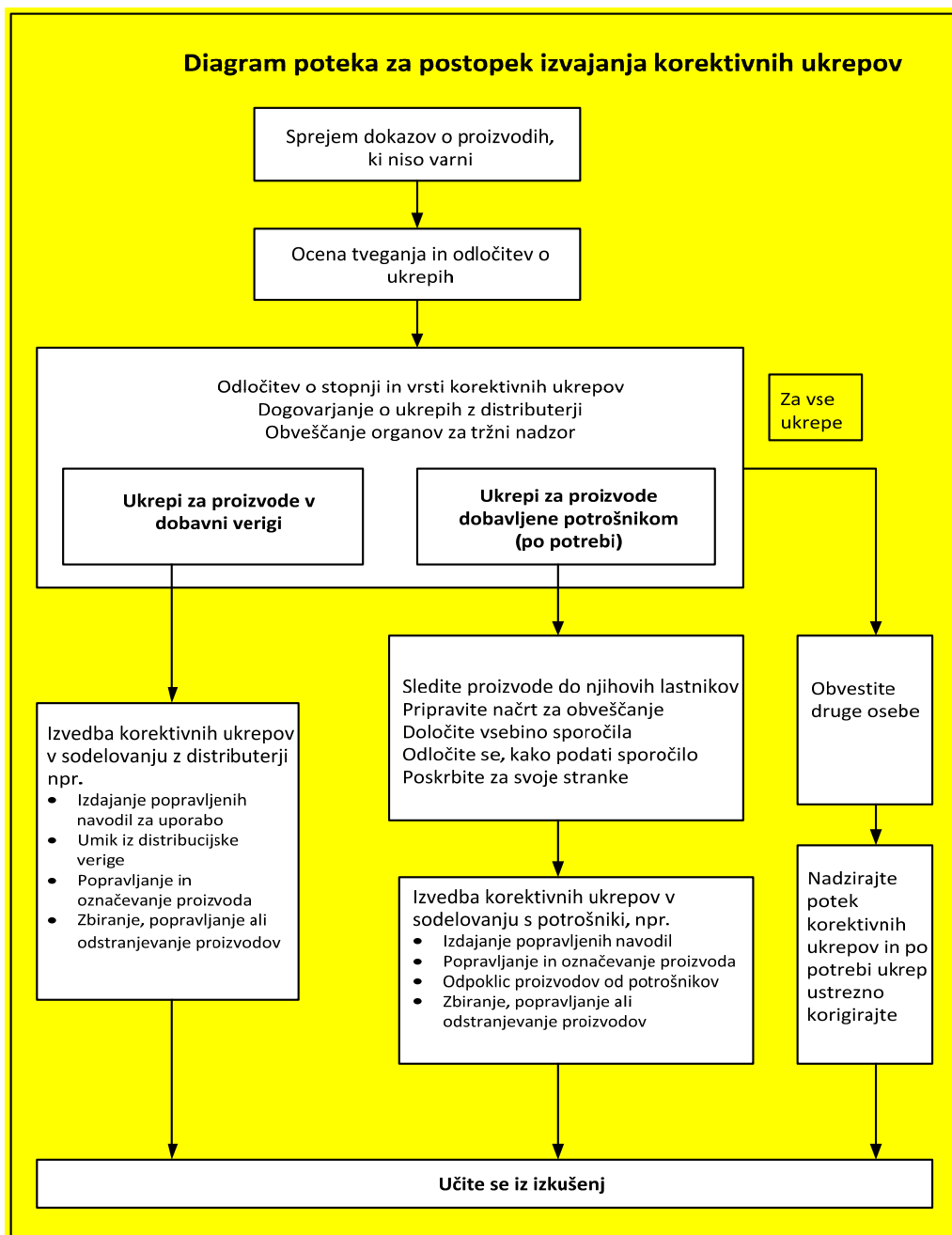
Številni strokovnjaki poudarjajo pomen koncepta celovite kakovosti. Koncept je vedno bolj razširjen tudi v praksi. Kotler pojasnjuje, da je za doseganje celovite kakovosti potrebno slediti določenim načelom, ki so nujni sestavni del »kakovostne« celote. Med ta načela uvršča:

- nujnost kakovosti; le-ta je nujna, vendar sama po sebi še ne zagotavlja konkurenčnosti in obstojnosti na trgu,
- sama usmerjenost delovanja v smeri kakovosti ne more izboljšati slabe kakovosti izdelka ali storitve,
- k izboljševanju kakovosti pogosto vodijo temeljite spremembe,
- kakovost ni dokončna, zavedati se je potrebno dejstva, da so vedno možne izboljšave,
- povečanju kakovosti lahko govorimo le, če to zaznajo uporabniki,
- kakovost se mora pojavljati skozi vse procese in skozi celotno delovanje posamezne organizacije in ne le kot končna kakovost izdelka ali storitve,
- kakovost je odvisna od delovanja ljudi; le usposobljeni, motivirani in k kakovostno delovanje usmerjeni ter prepričani ljudje bodo proizvajali kakovostne izdelke ali storitve,
- kakovost je sama po sebi brezplačna, ter
- odvisna tudi od kakovosti storitev ali blaga na strani dobaviteljev (Kotler 1998, 57).

V kontekst celovite kakovosti sodi spremljanje rezultatov dela, ki ga je v storitvenih dejavnostih najlažje izvesti s spremljanjem kazalnikov kakovosti. Cilj spremljanja kazalnikov kakovosti je izboljšanje kakovosti in varnosti storitev. Merjenje rezultatov dela omogoča prepoznavanje dobrih praks, zaznavanje dejavnikov tveganja in usmerjenost k izboljšavam, ter nenazadnje tudi spremljanje učinkov uvedenih sprememb. Obveznost spremljanja kazalnikov kakovosti, ki so skladni z WHO in evropskimi smernicami, je v slovenskih bolnišnicah pričela veljati januarja 2011. Obveznost je opredeljena v Splošnem dogovoru za leto 2010. Metodologija spremljanja je opisana v Priročniku o kazalnikih kakovosti, ki ga je izdalo ministrstvo za zdravje (Robida 2004). »Opredelitev kakovosti je možna le ob hkratnem spremljanju več kazalnikov kakovosti, kar istočasno poveča transparentnost

primerjanja med posameznimi organizacijami« (Fras, Pajntar 2002, 738). V sistemu celovite kakovosti je smiselno spremljanje obeh tipov kazalnikov; tako tistih, ki dokazujejo strokovnost, kot tudi kazalnikov, ki odražajo vidik pacientov (Robida 2004, Fras, Pajntar, 2002). Robida nadalje poudarja, da je kazalnike kakovosti potrebno razdeliti tudi na kazalnike strukture, procesa in izida ter na klinične kazalnike, kazalnike izidov, kazalnike tehnične kakovosti in kazalnike, ki dokazujejo kakovost zdravstvenega sistema (Robida 2004b).

Slika 5.4: Diagram poteka za postopek izvajanja korektivnih ukrepov



Vir: Evropska komisija, Generalni direktorat za zdravje in varstvo potrošnikov (2004, 10).

Spremljanje kakovosti in varnosti proizvodov in storitev so ena prednostnih nalog Generalnega direktorata za zdravje in varstvo potrošnikov, ki deluje v okviru Evropske komisije. Temeljna naloga je odkrivanje odstopanj in izvedba korektivnih ukrepov v skladu z diagramom korektivnih ukrepov, ki omogoča sistematičen pristop k realizaciji izboljšav (glej sliko 5.4).

Spremljanje kazalnikov kakovosti na področju zdravstva v RS je razdeljeno v dve kategoriji:

- nabor kazalnikov, ki ga je Ministrstvo RS za zdravje določilo kot obvezne,
- nabor kazalnikov, ki si jih vsaka organizacija določi sama na podlagi lastne ocene in presoje v skladu s postavljenimi cilji in na osnovi opredeljenih tveganj.

V obeh primerih gre tako za strokovne kazalnike oziroma kazalnike, ki kažejo stopnjo varnosti in poslovne, torej tiste, ki dokazujejo učinkovitost izrabe virov, kot je pojasnjeno v Priročniku o kazalnikih kakovosti²⁹ (Robida 2004a; Poldrugovac in Simčič 2010).

Primer kazalnika varnosti:

Definicija: **Vsi padci pacientov s postelje** (nenaden, nepričakovan pristanek na tleh s postelje ali pri sestopanju s postelje oz. poleanju na posteljo, s poškodbami ali brez njih).

Vključitveni in izključitveni kriteriji:

- vsi padci, pri katerih je prisotna priča ali se jih pacient zaveda sam,
- vsi primeri, ko ni prič dogodka in tudi pacient ne ve vzroka ali pa je najden na tleh.

Kazalnik:

- število padcev s postelje na 1000 skrbnih dni (incidenca).

Padec pacienta s postelje je pokazatelj kakovosti zdravstvene oskrbe, predvsem oskrbe s strani zdravstvene nege.

²⁹ Priročnik o kazalnikih kakovosti, ki ga je leta 2010 izdalo Ministrstvo RS za zdravje, je osnovan na osnovi priporočil Evropske komisije za kakovost in varnost in WHO. Priročnik je prvi tak dokument v Sloveniji in vsebuje seznam 73 predlaganih kazalnikov kakovosti. Vsak predlagani kazalnik kakovosti je opremljen z definicijo, utemeljitvijo izbora kazalnika (obrazložitev, prednosti in omejitve), operativno definicijo, dosedanjimi izkušnjami o spremljanju kazalnika (tudi mednarodnimi), razsežnosti in vrsti kazalnika, viri podatkov in reference.

Primer kazalnika učinkovitosti:

Učinkovitost uporabe operacijskih dvoran za elektivne³⁰ in urgentne kirurške posege (za ambulantno in bolnišnično zdravljenje).

Definicija: odstotek koristno izrabljenega časa (čas direktne obravnave pacientov) v operacijskem bloku (ali posamezni operacijski dvorani).

Vključitveni in izključitveni kriteriji:

- vrste operacijskih dvoran (sobe, kjer se operativni posegi izvajajo pod anestezijo),
- ustaljen delovni čas, kot se uporablja v bolnišnici (npr. 7.00–15.00),
- število dni uporabnosti dvorane (ko je na razpolago za delo),
- število obravnavanih pacientov (na operacijsko dvorano),
- spremljanje različnih časovnih kriterijev (npr. čas med prihodom pacienta v OP blok in pričetkom operativnega posega, čas od pričetka anestezije do pričetka OP posega, povprečen čas trajanja enakih ali primerljivih operativnih posegov, povprečen čas enakih ali primerljivih OP posegov na posameznega operaterja, čas med dvema operativnima posegoma itd.) (Pribaković Brinovec 2011).

Merjenje kakovosti zdravstvenih storitev je v stalnem razvoju tudi v našem sistemu zdravstvenega varstva. Ob vedno večjem zavedanju pomena kakovosti in varnosti ter prehajanjem na dokazovanje konkurenčnosti posameznih zdravstvenih organizacij so bila za ocenjevanje izoblikovana nekatera merila in kriteriji na državni in na ravni posamezne zdravstvene organizacije. Kot je povzeto v Nacionalnih usmeritvah za razvoj kakovosti v zdravstvu, je merjenje kazalnikov nujno, saj omogoča vrednotenje in merjenje dela in kakovosti storitev, medsebojna primerljivost pa omogoča prepoznavanje dobrih praks in priložnost za izboljšave (Robida 2006a).

Za pristop k spremljanju kazalnikov kakovosti je potrebno poznati temeljne definicije pojmov:

- kazalniki izidov, kazalniki kakovosti – merljiv del oskrbe, za katerega je dokazano, da odraža kakovost oskrbe. V zdravstvu so statistične ali druge merljive enote, ki kažejo kakovost zdravstvene oskrbe in uspešnost delovanja zdravstvenega sistema, izvajalcev

³⁰ Načrtovani ali elektivni kirurški posegi so praviloma skrbno načrtovani posegi, pred katerimi imajo strokovnjaki dovolj časa za optimalno pripravo pacienta na operativni poseg. Čas priprave je odvisen od vrste posega in pacientovega splošnega zdravstvenega stanja. Takšna je večina ortopedskih operacij, saj praviloma pacienti niso življenjsko ogroženi, temeljita priprava na operativni poseg pa pomembno vpliva na kakovost pooperativne rehabilitacije in življenje po njej.

zdravstvene dejavnosti, oddelka, tima, ali posameznika pri izboljševanju zdravja (Robida in drugi 2006, 10).

- merilo – sistematično oblikovano stališče za ocenjevanje kakovosti,
- standard kakovosti – priporočilo, ki ga odobri priznani organ in določa pravila, smernice in značilnosti za dejavnosti in njihove rezultate ter je namenjeno za občo in večkratno uporabo za doseganje optimalne stopnje urejenosti in preglednosti na določenem področju. Standardi kakovosti pomenijo pričakovano uspešnost delovanja in so lahko tudi jasne in nedvoumne izjave o pričakovani kakovosti (Robida in drugi 2006).

6 KLINIČNA POT KOT INSTRUMENT SPREMLJANJA IN NADZORA KAKOVOSTI IN VARNOSTI ZDRAVSTVENIH STORITEV

Pri zagotavljanju kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev so vedno bolj aktualne **klinične poti**. Gre za strokovne procese ali t. i. doktrinarni način zdravljenja oziroma obravnave, ki se vpeljujejo predvsem za opisovanje poti zdravljenja in poenotenja obravnave pri posamezni bolezni ali vrstah bolezni. Pri procesno obravnavi bolnika pa lahko jasno definiramo klinično pot kot enega izmed procesov, ki skupaj z ostalimi procesi tvori glavni proces. Enak pogled na klinično pot dobimo tudi, če klinično pot kot proces analiziramo z vidika celotne organizacije. Pomen klinične poti pa ni le v sledenju zdravljenja, pač pa tudi pri ugotavljanju izidov zdravljenja oziroma pri spremljanju kazalnikov izidov zdravljenja (npr. kazalniki morbiditete³¹ in mortalitete³²) (Robida 2006a).

6.1 Opredelitev pojma klinične poti

Zdravstveno varstvo je pogosto tako zapleteno, da se napakam ni mogoče izogniti. Kljub številnim odlično usposobljenim strokovnjakom, ki delujejo v zdravstvu in njihovim visokim etičnim standardom, vestnim in skrbnim delom, sledenju strokovnim smernicam se z obstoječim načinom vedno ni mogoče zadovoljiti. V bolnišnicah je eden od ukrepov za preprečevanje napak, nevarnosti in izboljševanje kakovosti zdravstvene oskrbe ponovna obravnava in iskanje načinov za izboljšanje obstoječih metod kliničnih procesov. Klinične poti so torej dokument kliničnega procesa (Hindle 2003).

V svetu so uporabljeni različni izrazi za klinično pot: care map, care pathway, clinical pathway, clinical protocol, disease mangement itd., kar pa ne spremeni pomena in razlogov za nastanek sistematično vodenih procesov. Številni avtorji (Hindle 2003; Robida 2006b; Pikec 2010) pojmujejo klinično pot kot vodilo k varnosti in kakovosti zdravstvenih storitev.

³¹ Morbiditeta: obolevnost, zbolevnost; v zdravstvu predstavlja uporabljeno statistično merljivost in pomeni število obolelih v določeni populaciji in v določenem obdobju. Praviloma je ocenjevalno obdobje eno leto.

³² Z mortaliteto označujemo statistični kazalnik umrljivosti, merjen v obdobje enega leta, praviloma na tisoč prebivalcev (število umrlih/1000 prebivalcev).

European Pathway Assotiation – EPA³³ med drugim označuje klinično pot kot orodje, ki je lahko sestavni del presoje klinične prakse. Kljub temu da klinično pot praviloma pripravlja vsaka ustanova po svojih merilih in kriterijih glede na svojo notranjo organizacijo procesov, opravil in nalog, pa ta v končni fazi služi kot zbir podatkov, ki zagotavljajo sledljivost, omogočajo izvedbo analize in posledično kažejo izboljšave dobre ali slabe klinične prakse. Klinična pot je torej orodje, ki omogoča na znanstvenih dokazih in temeljih racionalnosti takšno ravnanje zdravstvenih delavcev, da lahko ravnajo na temeljih dokumentiranih pravil dobre prakse, spremljajo svoje delo in kazalnike kakovosti, zagotavljajo boljše dokumentiranje in s tem povečujejo sledljivost, lažjo notranjo presojo in povečajo vklučenost pacientov v svojo obravnavo. Združenje tudi poudarja, da so klinične poti lahko tudi dober pripomoček za izračun stroškov in kontrolno nad racionalno porabo vseh drugih resursov. Po navedbah EPA so klinične poti strukturirani, multidisciplinarni načrti, namenjeni podpori izvajanju kliničnih smernic in protokolov. Namenjene so podpori klinične obravnave, upravljanju virov, notranjim in zunanjim presojam in tudi finančnemu upravljanju. Vsebujejo podrobna navodila za vse faze zdravstvene oskrbe, s časovnim zaporedjem in časovno opredelitvijo. Z njihovo pomočjo je olajšan pregled rezultatov zdravljenja, ocena napredka oziroma izboljšanja zdravstvenega stanja posameznika oziroma zaznavanje odstopanj od načrtovanih smernic oziroma ciljev. **Temeljni cilj** klinične poti je izboljšati kontinuiteto zdravstvene oskrbe, usklajevanje zdravstvene oskrbe med različnimi izvajalci, zagotavljanje dokumentirane zdravstvene oskrbe, primerljivost in olajšanje analiz z namenom kontinuiranega spremljanja in izboljšav (European Pathway Association 2011).

Ministrstvo RS za zdravje opredeljuje klinično pot kot: »orodje, s pomočjo katerega integriramo različne vidike obravnave pacienta«. Obenem s kliničnimi potmi konkretiziramo klinične smernice v plan oskrbe posameznega pacienta. Z uporabo kliničnih poti je tudi omogočena boljša sledljivost oskrbe pacienta, kar omogoča boljše planiranje, upravljanje in vodenje klinično/strokovnih elementov, pa tudi administrativnih elementov zdravstvene organizacije. Klinične poti so predvsem lokalno orodje, prilagojeno specifičnim okoliščinam in delovni kulturi posamezne zdravstvene ustanove (Marušič in Simčič 2009). Ministrstvo za

³³ European Pathway Association (EPA) je mednarodno neprofitno združenje, ki je nastalo v Belgiji po sprejetju predpisov o klinični poti in deluje v skladu z za to področje sprejeto belgijsko zakonodajo. Ideja o nastanku združenja je nastala leta 2003 na mednarodni konferenci za kakovost v zdravstvu v Dalasu (ZDA) in bila realizirana leto kasneje. Združenje deluje po principu neprofitne organizacije in združuje strokovnjake s področja zdravstva z namenom sistematičnega spremljanja zdravstvene obravnave pacienta s pomočjo oblikovanih kliničnih poti v kliničnem okolju.

zdravje je izdalo Priročnik o kliničnih poteh, ki predstavlja pripomoček za izvajalce zdravstvenih storitev v postopku oblikovanja kliničnih poti in njihovega vpeljevanja v prakso.

Slika 6.1: Klinična pot: upravljanje in ravnanje zdravstvene prakse



Vir: Yazbeck, Robida (2006, 20).

Če na kratko povzamemo, predstavlja klinična pot upravljanje in ravnanje zdravstvene prakse (glej slika 6.1). Klinično pot mora sprejeti celoten tim, saj so dela, naloge in odgovornosti porazdeljene glede na kompetence in področje dela. Gre za sistemski pristop, ki zahteva stalno izobraževanje, timsko delo in razvijanje stroke v smeri kakovostne in varne zdravstvene obravnave.

Klinična pot je tudi v Nacionalnih usmeritvah za razvoj kakovosti v zdravstvu opredeljena kot orodje, ki temelji na z dokazi podprti stroki (medicini, zdravstveni negi, fizioterapiji, delovni terapiji, socialni obravnavi itd.) ter krajevni organizaciji, s katerim je opredeljen standardni način multidisciplinarne zdravstvene oskrbe tipične vrste pacientov z določenim obolenjem, simptomi ali načrtovanim posegom. Omogoča sledenje odklonov od standardnega postopka, ohranja utemeljeno avtonomnost odločitev, poenoti klinično prakso, nenehno izboljšuje kakovost zdravstvene obravnave in krepi timsko delo (Yazbeck in Robida 2006, 10).

Hajnrih v svoji opredelitvi klinične poti omenja tudi možnost nadzora nad stroški, saj poudarja, da je klinična pot praktično orodje, s pomočjo katerega zdravstveni tim izvaja zdravstveno oskrbo, ki temelji na racionalni oskrbi in izhaja iz znanstveno dokazanih dejstev, kar celotnemu timu omogoča spremljanje opravljenega dela, natančno dokumentiranje, izvajanje notranjih presoj, spremljanje kazalnikov kakovosti ter hkrati pomaga pri edukaciji članov tima, olajša vključevanje pacientov v aktivno sodelovanje pri zdravstveni obravnavi, omogoča sistematično informiranje pacientov o postopkih in predvidenem poteku obravnave, hkrati pa je klinična pot uporabna tudi kot pripomoček za nadzor nad stroški (Hajnrih in drugi 2009).

Pikec klinično pot opredeli kot »standardiziran proces zdravljenja, s pomočjo katerega so celotnemu zdravstvenemu timu postavljena jasna izhodišča za kakovostno in varno obravnavo, saj le-ta temeljijo na znanstveno potrjenih dokazih dobre prakse. V praksi se pojavljajo v različnih oblikah vse od klasičnih enostavnih ček list pa vse do kompleksnih podatkovno zahtevnih naborov dokumentacije (dokumentacijskih brošur), ki lahko v celoti nadomestijo klasično zdravstveno dokumentacijo«. Ne glede na obliko je bistvena njihova skupna značilnost, ki mora biti usmerjena v beleženje odklonov od pričakovanega, dogovorjenega, standardiziranega ravnanja, analiziranje odklonov in iskanje izboljšav (Pikec 2010).

Slika 6.2: Klinična pot



Vir: Yazbeck, Robida (2004, 20).

Klinična pot predstavlja zaokrožen sistem, ki ga na eni strani sestavljajo prednostne naloge, ki morajo biti na drugi strani opredeljene s postavljenimi cilji izida; opravičljivost intervencije, ki mora temeljiti na kritično postavljeni diagnozi oz. zgodovini bolezni; orodje za identifikacijo kritičnih odstopanj, temelječe na klinični poti znotraj sistema zdravstvenega varstva in polivalentne timske obravnave; orodje za podporo v procesu odločanja (klinični in informacijski), ki vključuje vse akterje, ki sodelujejo pri obravnavi pacienta z opredelitvijo sistema dobre prakse in standardov; poseben informacijski sistem in sistem vzpostavljanja kliničnih poti, katerega cilj je zbiranje, spremljanje in ocenjevanje kazalnikov kakovosti, varnosti in učinkovitosti; ter resursi, program izobraževanja in interni nadzor z namenom vzpostavitve lastne dobre prakse (glej sliko 6.2).

6.2 Razvoj kliničnih poti pri nas in v svetu

Da so klinične poti v razvoju in da se v svetu povečuje zavedanje o njihovem pomenu dokazuje Evropsko združenje za klinične poti, ki je leta 2012 organiziralo dvodnevno mednarodno konferenco, na kateri so bile predstavljene klinične poti z vidika na dokazih podprte medicine in zdravstvene oskrbe, upravljanje in vodenje na podlagi dokazov kliničnih poti, klinične poti in upravljanje po principih delovanja vitke organizacije, vpliv in vloga kliničnih poti, klinične poti in varnost bolnikov, klinične poti in timsko delo, klinične poti kot orodja za izboljšanje kakovosti, prepletanje kliničnih poti v praksi primarnega sekundarnega in terciarnega zdravstvenega varstva ter e-klinične poti (Evropian Pathway Assotiation 2012).

Klinične poti so najbolj razširjene v Avstraliji, Veliki Britaniji, na Irskem, v ZDA, na Novi Zelandiji, v Franciji in Nemčiji (Hindlel in drugi 2004). V Sloveniji so prve klinične poti uvedene leta 2002, ko so v petih bolnišnicah (Golnik, Izola, Jesenice, Maribor in Murska Sobota) pričeli razvijati prve klinične poti. Razvite klinične poti so bile vezane na okoliščine in oceno dobre prakse v individualnih okoljih posamezne bolnišnice. Razvoj so v glavnem spodbujale medicinske sestre, ki so v kliničnih poteh prepoznale orodje za učinkovitejše dokumentiranje in povečevanje sledljivosti svojega dela ter priložnost za razvijanje timskega dela in dvigovanje prepoznavnosti svojega doprinosa k učinkom zdravljenja (Yazbeck in Robida 2006).

6.3 Pomen in vloga kliničnih poti

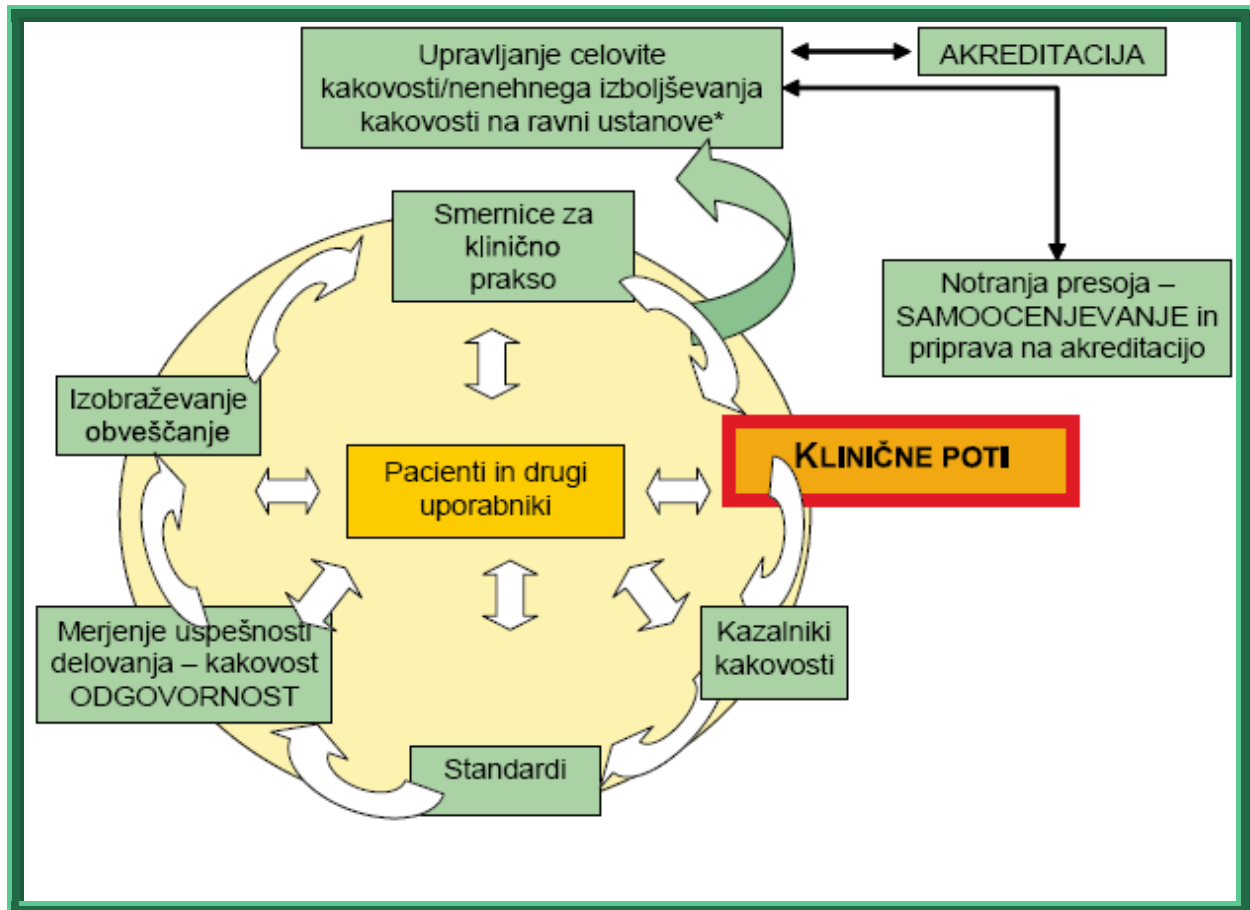
Temeljni cilj kliničnih poti je ohranjanje, zagotavljanje in izboljšanje zdravstvene oskrbe, usmerjeno v izboljšanje izidov zdravljenja, zagotavljanje varnosti, doseganje zadovoljstva porabnikov storitev ter maksimalna optimizacija izrabe virov. »V praksi imajo klinične poti pomembno vlogo pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe s strani ustreznih strokovnjakov, v pravem zaporedju aktivnosti, ob pravem času in na pravem mestu, s primernimi sredstvi, s pravim (pričakovanim) izidom oskrbe, ob tem pa morajo vsi postopki oskrbe upoštevati potrebne in zadovoljstvo pacienta« (Marušič in Simčič 2009, 6–7). Nadalje avtorja obravnavata pomen izobraževalne vloge klinične poti ter ugotavljata, da »klinične poti omogočajo boljše komuniciranje, spodbujajo timsko delo in sodelovanje, omogočajo doseganje visokih standardov zdravstvene oskrbe ter zmanjšujejo število odstopanj, torej tudi napak« (Marušič in Simčič 2009, 8–9).

Klinična pot določa, katero oziroma kakšno zdravstveno oskrbo bo dobil pacient, kako oziroma na kakšen način bo oskrbljen, katero oskrbo je pacient dejansko dobil in razloge za odstopanja od začrtanih smernic. Določa obseg celotne zdravstvene oskrbe od začetka do zaključka obravnave, nemalokrat pa tudi že samo pripravo na obravnavo. Pri pripravi dokumenta je pomembna udeležba vseh strokovnih področji, ki sodelujejo pri zdravstveni obravnavi pacienta, prav tako pa je v samo pripravo ali kasnejše spreminjanje smiselno vključiti tudi pacienta. Gre torej za dokument oziroma za nabor dokumentov, ki določajo zaporedje in vsebino aktivnosti, vezano na obravnavo z namenom, da prepoznamo morebitna tveganja ali odstopanja in s tem pravočasno pristopimo k poglobljeni obravnavi. Podobno kot drugi avtorji je Maze mnenje, da prav zato klinično pot uporabljamo kot pripomoček in vodilo zaposlenim (predvsem tistim v času uvajanja), pripomoček za informiranje pacienta o planirani obravnavi ter za spremljanje opravljenega dela in vrednotenje tako s strokovnega kot tudi ekonomskega učinka (Maze 2008).

»Klinična pot obravnava tipično vrsto pacientov s precej ožjo skupino stanj in primernih posegov. Večinoma gre za paciente z enim zdravstvenim stanjem in zdravljenjem, povezano z njim.« (Yazbeck in Robida 2006, 15–18). Klinična pot je živ dokument, ki ga je na osnovi prakse in preverjanj potrebno posodablјati in dopolnjevati, služi kot pripomoček za seznanjanje pacientov in njihovo vključevanje v proces obravnave, je vodilo k timskemu delu in izboljšanju komuniciranja, in je kot taka pripomoček za ugotavljanje odklonov in izidov

zdravljenja (kazalnikov izidov) ter spremljanje drugih kazalnikov kakovosti (Yazbeck in Robida 2006).

Slika 6.3: Zgled nenehnega izboljševanja kakovosti v zdravstvu in usmeritve klinične poti v sistem



Vir: Yazbeck in Robida (2006, 10).

Upravljanje celovite kakovosti in nenehno izboljševanje kakovosti v zdravstvu je smiselno obravnavati kot proces, del katerega so tudi klinične poti (glej sliko 6.3). V ta proces so vključeni vsi akterji – tako izvajalci kakor tudi uporabniki storitev. V praksi se skozi proces upravljanja celovite kakovosti prepletajo smernice klinične prakse, klinične poti, standardi (strokovni in standardi kakovosti in varnosti) ter kazalniki kakovosti. Del procesa so tudi: merjenje uspešnosti delovanja, odgovornost, izobraževanje in obveščanje oziroma pretok informacij, notranje presoje in samoocenjevanje, nadzor nad potekom procesa zagotavljanja celovite kakovosti, kar je pogoj za akreditacijo in standardizacijo po mednarodno priznanih standardih (npr. ISO).

Da je proces obravnave po klinični poti smiseln in racionalen, kaže študija, ki sta jo na srčnih bolnikih opravila Cardozo in Aherns. V izbranih bolnišnicah sta analizirala potek zdravljenja srčnih bolnikov in ugotovila, da je bilo število dni zdravljenja v bolnišnici pri pacientih, ki so bili obravnavani po klinični poti, manjše (5,25) v primerjavi s tistimi, ki niso bili obravnavani po klinični poti (6,36). Pri pacientih, ki so bili obravnavani po klinični poti, sta ugotovila tudi bistveno razliko v stroških zdravljenja. Ti so bili pri posameznem pacientu nižji za kar 776 ameriških dolarjev. Na podlagi podatka sta izračunala, da bi bil letni prihranek bolnišnice Michigan, kjer je bilo letno zdravljenih 662 pacientov, kar 513.000 ameriških dolarjev (Cardozo in Aherns 1999). Ugotovitve kažejo, da je z uporabo klinične poti možno vplivati tudi na stroške.

Temeljna izhodišča pri uvajanju kliničnih poti so:

- pri sestavi lahko sodelujejo vsi vključeni akterji, torej tako izvajalci storitev kot tudi uporabniki in njihovi svojci;
 - omogoča lažje kodiranje diagnoz in postopkov; izid je bolj transparenten in primerljiv SPP;
 - nadomesti rutinsko dokumentacijo in omogoča dobro sledljivost v času celotnega poteka zdravstvene obravnave;
 - pomaga pri upravljanju in nadzoru stroškov na enoto storitve, v okviru enote ali oddelka;
 - lahko služi za orodje pri pogajanjih z zavarovalnicami;
 - je pripomoček pri notranji in zunanji presoji;
 - služi kot vodilo v procesu izobraževanja (uvajanje v delo novo zaposlenih, pripravnikov);
 - je učinkovit pripomoček v primeru nadomeščanja ali novega zaposlovanja kadra ...)
- (Yazbeck in Robida 2006, 20–25).

6.4 Klinična pot kot orodje nadzora in presoje izboljšanja kakovosti in varnosti

Klinična pot je v Nacionalnih usmeritvah za razvoj kakovosti v zdravstvu opredeljena kot orodje, ki opredeljuje na dokazih podprti medicini in krajevni organizaciji standarden način multidisciplinarnih zdravstvenih obravnave. Omogoča sledenje odklonov od standardnega postopka, ohranja utemeljeno avtonomnost odločitev, poenoti klinično prakso, nenehno

izboljšuje kakovost zdravstvene obravnave in krepi timsko delo. Klinična pot lahko zajema zdravstveno oskrbo za tipične postopke, za oskrbo tipične vrste pacientov na različnih ravneh, lahko vključuje sklop diagnostičnih in terapevtskih aktivnosti, ki v praksi veljajo za običajne. Klinična pot je lahko tudi takšna, da zajema celotno oskrbo pacienta od začetka do konca obravnave in je vanjo vključen celoten multidisciplinaren tim strokovnjakov iz vseh področij, ki imajo pri določeni obravnavi kakršno koli vlogo (Robida in drugi 2006).

Glede na teoretična izhodišča in namen nastajanja kliničnih poti so le-te lahko dobra podlaga za sistematično urejanje kliničnega dela in dokumentacije, ki predstavlja sledljivost in priložnost za izboljšave. Klinična pot je torej:

- napisana izjava o normalni – standardni, racionalni in na znanstvenih dokazih temelječi zdravstveni oskrbi za določen tip bolnika, zmanjšuje razlikovanje oskrbe med posameznimi bolniki s primerljivimi diagnozami;
- o njej se strinjajo in se po njej ravnavajo vsi v timu, spodbuja komunikacijo, timsko delo in organizirano načrtovanje dela;
- pokaže vsako aktivnost oskrbe, kdaj se zgodi in kdo je zato odgovoren, spodbuja standardizacijo procesov in postopkov;
- zagotavlja kontinuiteto in učinkovito spremljanje kazalnikov kakovosti in upravljanje s tveganji;
- klinična pot vsebuje tudi soglasno sprejeta pravila za rutinski ponovni pregled poti, ki vodi do spremembe poti ali pa do spremembe obnašanja in je podpora usposabljanju;
- je podpora klinični učinkovitosti, nadziranju in primerjanju stroškov in upravljanju z drugimi viri (Roberts in Middleton 2000).

V primeru, da so za izvajanje kliničnih poti potrebni kompleksni, tehnološko zahtevni ali dragi materiali, je v samo klinično pot ali vsaj kot prilogo nabora potrebnih materialov in sredstev za posamezno zdravstveno obravnavo smiselno vnesti tudi opredelitev teh materialov ter opredeliti zahtevane količine in standarde kakovosti. S tem je možna kontrola in regulacija cen, učinkovitejše strateško planiranje nabave ter večja primerljivost med izidi posameznih storitev.

Kot odlično izhodišče za pripravo kliničnih poti lahko služijo klinične smernice in strokovne utemeljitve dobre prakse. Smernice so sistematično zbrano gradivo, o ustrezni oskrbi in

obravnavi pacientov. Njihov namen je pomoč izvajalcem pri načrtovanju, izvajanju, spremljanju, ocenjevanju dela in uvajanju sprememb. Z njihovo uporabo lahko dosežemo zmanjšanje razlik pri delu, olajšamo uvajanje novega znanja, določimo želeno raven kakovosti, zagotovimo koncentriranje že razpoložljivega znanja, primerjamo dobre prakse itd. Smernice so v domeni stroke, vendar je pri t. i. »razširjeni« klinični poti, v kateri so opredeljeni tudi potrebni materiali, potrebna vključenost tudi proizvajalcev in strokovnjakov drugih strok.

Pri pregledovanju literature zasledimo, da so strokovne revije v zadnjih desetih letih objavile številne članke, ki potrjujejo, da uporaba kliničnih poti vpliva na skrajševanje ležalne dobe v bolnišnicah in na izboljševanje končnih učinkov zdravljenja. Primer take raziskave, ki je bila opravljena v Avstriji, je s področja ortopedskih operacij pri vstavitvi protetike kolka ali kolena. Avtorji raziskave »Clinical pathways in hip and knee arthroplasty: a prospective randomised controlled study« so leta 1998 na podlagi 20-mesečnega spremljanja 163 bolnikov, od katerih je 92 obravnavano po klinični poti, pri 71, ki so predstavljali primerjalno skupino, pa klinična pot ni uporabljena, avtorji ugotavljajo, da je uporaba klinične poti skrajšala povprečno ležalno dobo za 2,6 dni, zmanjšala se je tudi stopnja ponovnega sprejema zaradi zapletov v roku 3 mesecev ($P = 0,06$), hkrati se je povečala stopnja individualnega pristopa in večjega nadzora oziroma sledljivost same obravnave. Na podlagi podatkov avtorji zaključujejo, da je klinična pot učinkovita metoda za izboljšanje končnih izidov zdravljenja ter znižuje povprečno ležalno dobo, s čemer se sorazmerno znižujejo tudi stroški oskrbe (Dowsey in drugi 1999).

Avtorji metodoloških priporočil za oblikovanje in uvajanje kliničnih poti med drugim zagovarjajo stališče, da je za učinkovito vpeljavo kliničnih poti zelo pomembno t. i. lastništvo teh poti. Priporočajo namreč, da je v njihovo oblikovanje potrebno vključiti vse strokovnjake, ki sodelujejo pri obravnavi pacientov z isto ali enako kazuistiko, kajti le tako bodo vsi vključeni akterji prepoznali »lastništvo« kliničnih poti, s čemer bo dosežena večja stopnja prepoznavanja potreb po stalnem ocenjevanju in spreminjanju poti (Yazbeck in Robida 2006, 15).

Ministrstvo RS za zdravje klinično pot opredeljuje kot »orodje, s pomočjo katerega integriramo različne vidike obravnave pacienta«. Obenem s kliničnimi potmi konkretiziramo klinične smernice v plan oskrbe posameznega pacienta. Z uporabo kliničnih poti je tudi

omogočena boljša sledljivost oskrbe pacienta, kar omogoča boljše planiranje, upravljanje in vodenje klinično/strokovnih elementov, pa tudi administrativnih elementov zdravstvene organizacije. Klinične poti so predvsem lokalno orodje, prilagojeno specifičnim okoliščinam in delovni kulturi posamezne zdravstvene ustanove. Kot tako je torej tudi orodje za nadzor izvajanja zdravstvenih storitev (Ministrstvo za zdravje 2012).

6.5 Klinična pot kot orodje učinkovitejše izrabe virov

Pri klinični poti gre za dogovorjen način obravnave za posamezno vrsto bolezni ali zdravstveno stanje; je torej vodilo za delo na enak način oziroma z enakimi postopki, metodami in sredstvi pri posameznem uporabniku zdravstvene storitve. Kot taka je klinična pot eno od pomembnih orodij za zagotavljanje sledljivosti in tudi del sistema nenehnega izboljševanja kakovosti.

Avtorji Metodoloških priporočil za oblikovanje in uvajanje kliničnih poti navajajo, da je klinična pot lahko v pomoč pri ugotavljanju izidov zdravljenja (kazalnikov izidov) in drugih kazalnikov kakovosti, ter hkrati »tudi dober pripomoček za izračun stroškov« (Yazbeck in Robida 2006). Dokumentirana odstopanja predstavljajo izhodiščno informacijo za izboljšave, kar velja tudi za odstopanje v primerih stroškov (Robida in drugi 2006).

Tudi Evropsko združenje za klinične poti (European Pathway Association – EPA) kliničnim potem pripisuje veliko težo tudi na področju finančne učinkovitosti. V združenju poudarjajo, da je na osnovi kliničnih poti sistematično urejeno dokumentiranje dela, kar povečuje sledljivost vseh izvedenih postopkov in vseh vključenih resursov. Tak nabor podatkov predstavlja za zdravstveni menedžment dobre temelje za odločanje tudi na finančnem področju. Številni strokovnjaki opozarjajo, da bi morali biti v klinično pot vgrajeni tudi strokovni standardi in standardi materialov in drugih sredstev, kar bi prispevalo k večji finančni učinkovitosti. Vsekakor pa so pomembne tudi navedbe nekaterih avtorjev, ki v svojih strokovnih člankih navajajo, da so klinične poti tudi odlično orodje za vzpostavitev preglednosti in sledljivosti, kar vpliva tudi na zadovoljstvo zaposlenih, povečevanje časa, ki ga zdravstveno osebje lahko nameni neposrednemu delu z bolniki in s tem na boljšo učinkovitost zaposlenih, boljšo izrabo virov, boljše rezultate zdravljenja. Zaradi preglednosti je lahko eden od pripomočkov za načrtovanje kadrov (European Pathway Association 2011).

Ker imajo pacienti v slovenskem zdravstvu po sistemu zdravstvenega zavarovanja pravico do enake obravnave na osnovi izpolnjevanja vsaj minimalnih strokovnih standardov storitev, v praksi pa vsi standardi niso opredeljeni (npr. izbira vgradnih ortopedskih materialov je kljub naročanju preko javnih razpisov v končni fazi še vedno odvisna od odločitve zdravnika in finančne zmožnosti posamezne organizacije), je potrebno postaviti vsa potrebna izhodišča in natančno definirati minimum. Predvsem je vrzel opazna pri definiranju materialov. Ekonomisti pogosto opozarjajo, da poenoten nabor sredstev bistveno prispeva k preglednosti materialov, omogoča učinkovitejše raziskovalno delo in bistveno poceni stroške. To bi torej pomenilo, da je zaradi možne racionalizacije pri izbiri materiala k strokovnjakom z medicinskega področja nujno potrebno priključiti tudi strokovnjake s področja ekonomike.

V svetu je narejenih nekaj odmevnih študij, ki dokazujejo, da uporaba kliničnih poti v praksi lahko občutno vpliva na zniževanje stroškov. Tak primer opisuje denimo študija »The effect of a perioperative clinical pathway for knee replacement surgery on hospital costs«, v kateri avtorji poudarjajo, da je primerjalna študija stroškov zdravstvene oskrbe pri uporabljeni klinični poti za vstavev proteze kolena glede na obravnavo, kjer klinične poti niso bile uporabljene, zmanjšana celo na četrtno. Študija je zajela 2 skupini: prvo, pri kateri je bila uporabljena klinična pot, in drugo oz. primerjalno, v katero so bili vključeni pacienti, ki niso bili obravnavani po klinični poti. Podobne podatke navajajo tudi za operacije prostate in nekaj drugih posegov (Macario in drugi 1998).

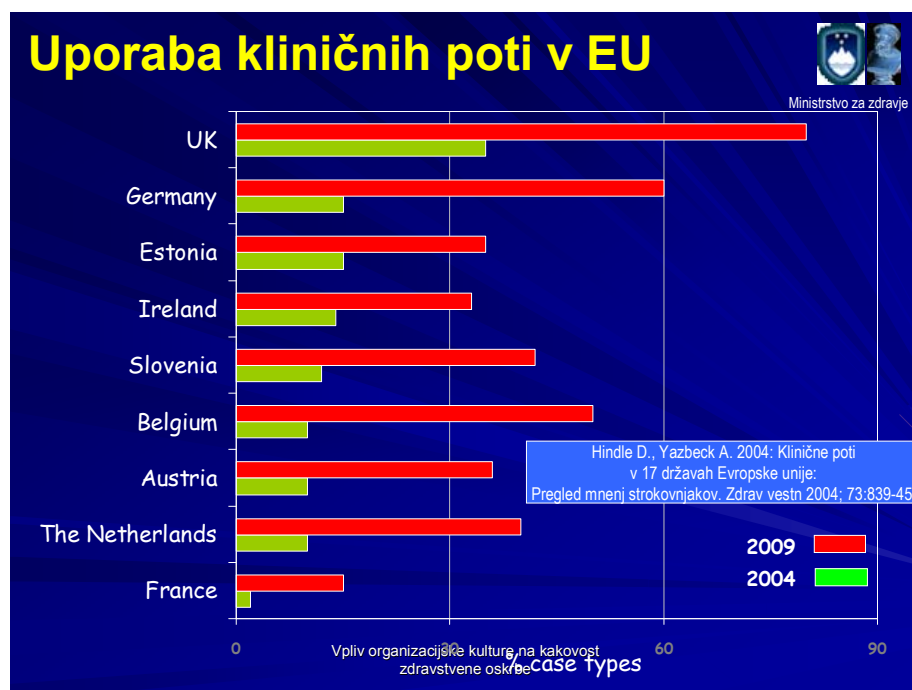
Eden ključnih projektov Ministrstva za zdravje zadnjih nekaj let je nedvomno projekt določanja skupin primerljivih primerov (SPP). Kot navajajo predstavniki ministrstva, je ključni cilj uvajanja novega modela razporejanja sredstev za zdravstvene storitve izboljšati preglednost in pravičnost razporejanja zdravstvenih sredstev ter plačevanja storitev, ki bo temeljil na enotnih merilih in bo tako omogočal boljšo primerljivost za izvajalce zdravstvenih storitev. Po opravljenih primerjalnih analizah in izkušnjah drugih držav ter domačih potrebah smo se v Sloveniji odločili, da na področju akutnih bolnišničnih obravnav vpeljemo plačevanje po skupinah primerljivih primerov (SPP), ki temelji na metodi plačevanja primera po teži zahtevnosti obravnave. To pomeni, da model sledi načelu "denar sledi bolniku", z nadgradnjo, to je z uvajanjem kliničnih smernic in kliničnih poti z novim modelom, spodbujamo tudi dobro klinično prakso, ki je bila v preteklosti vse preveč zanemarjena.

Temeljni cilj uvajanja SPP je preglednejša razvrstitev in predstavljanje natančnejšega merila zdravstvenih obravnav. Zagotavlja pravičnost in primerljivost razporejanja sredstev med posamezne izvajalce ter olajša načrtovanje prednostnih obravnav, nadzor delovanja ter stroškov izvajalcev. Vendar pa SPP ne smemo enačiti s kakovostjo, saj ne vpliva na kakovost kliničnega dela. Za spodbujanje dobre klinične prakse in kakovosti v zdravstvu v Sloveniji bi bilo primerno uvesti klinične smernice in klinične poti, ki imajo pomembno vlogo tudi pri določanju cen zdravstvenih storitev. Z razvojem medicine in napredkom tehnologije se v zdravstvu nenehno uvajajo izboljšani diagnostični postopki, ki jih spremlja tudi razvoj posameznih kliničnih smernic. Ker pa sistem SPP temelji na določanju cen na osnovi kliničnih smernic, se nenehno izpopolnjuje in razvija tudi SPP (Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije 2012).

6.6 Uporaba kliničnih poti v praksi – prednosti in slabosti

Klinične poti so pričeli uvajati v prakso najprej v Veliki Britaniji in ZDA, od koder so prenesene v druge razvite države, predvsem tiste, ki želijo v zdravstvenem sistemu povečati transparentnost, sledljivost, kakovost in varnost zdravstvenih storitev. V obeh državah so na podlagi preliminarnih študij leta 1990 uvedli prve primere in kasneje opravili tudi prve analize. Eno prvih obsežnih analiz je opravil Rotter s sodelavci. Ugotovili so, da so klinične poti koristne, saj so olajšale uvajanje kliničnih smernic in protokolov v prakso, v času bolnišničnega zdravljenja je bilo opazno znižanje števila zapletov, izboljšano je bilo dokumentiranje, pri pacientih, ki so bili obravnavani po klinični poti, pa so bili dokazani tudi nižji stroški zdravljenja. Analiza je zajela 27 raziskav obravnave po klinični poti, v katere je bilo vključenih 11.398 pacientov (Rotter in drugi 2010, 3).

Slika 6.4: Uporaba kliničnih poti v EU



Vir: Hindle in Yazbeck (2009).

Podatki raziskave, ki sta jo opravila Hindle in Yazbeck, kažejo, da se je v državah EU število kliničnih poti od leta 2004 do leta 2009 povečalo (glej sliko 6.4), vendar pa to povečevanje do danes ne dosega pričakovane rasti.

Avtorji mednarodne raziskave o kliničnih poteh v 17 evropskih državah opisujejo klinično pot kot obrazec, ki opisuje običajni način zdravljenja za posamezne vrste bolezni. Na osnovi raziskave ugotavljajo, da uvedba kliničnih poti dokazano zmanjša število napak pri zdravljenju, spodbuja multidisciplinarni pristop in timsko delo ter ponuja dobro osnovo za boljše obveščanje pacientov o njihovi obravnavi, s tem pa tudi lažje aktivno vključevanje v proces obravnave. Med drugim ugotavljajo tudi, da uvajanje kliničnih poti še ni na ustrezni ravni, in poudarjajo, da bo za doseganje pričakovanih rezultatov potrebno premostiti številne ovire, saj so v večini primerov zdravniki zadržani do izmenjav svoje dokumentacije z drugimi udeleženci v procesu zdravljenja (npr. z medicinskimi sestrami), dela v multidisciplinarnih timih in procesne ureditve kliničnega dela (Hindle in drugi 2004).

V Sloveniji je bila prva raziskava na to temo izvedena leta 2004. Rezultati so pokazali, da je med zaposlenimi prisotna velika želja po pridobivanju znanj, predvsem na temo vrednotenja in spremljanja kliničnih poti, kot zelo pomembno pa ocenjujejo komunikacijo med osebjem,

informatizacijo procesov, timsko delo ter polivalentno (celostno) obravnavo pacientov. Kot prioriteta delovanja je bila izpostavljena visokokakovostna obravnava vseh pacientov (Yazbeck in Robida 2006, 11-14).

Če na kratko povzamemo, so v strokovni literaturi kot **pozitivni učinki kliničnih poti** najpogosteje opisani: preprečevanje nepotrebnih zamud, storitve so izvedene po vnaprej določenem protokolu, izvedene so samo vse potrebne storitve (v celoti ali samo posamezne potrebne faze), ne prihaja do pozabljanja, saj so vodila napisana in preverljiva v vsakem trenutku, z njimi je seznanjen tudi pacient, zato ne prihaja do nejasnosti in dodatne zamude časa, delo tima je učinkovitejše in bolj usklajeno. Logične posledice takšnega delovanja so torej zniževanje stroškov zdravstvene obravnave oz. oskrbe, boljša kakovost izvedenih storitev, boljši izidi in večja varnost, nenazadnje pa tudi pozitivno naravnana kultura organizacije. Kot najpogostejši **negativni učinek** številni avtorji navajajo povečan obseg dokumentacije, ki je vsaj v prehodnem obdobju pereč problem, saj ob povečanem dokumentiranju se od zaposlenih zahteva dodatni red in sistematičnost – torej velike spremembe v načinu dela, kar pa ponavadi velika večina zaposlenih sprejema počasi in z odporom. Omenjena je tudi skrb zaposlenih zaradi občutka povečanega nadzora. Hkrati pa isti avtorji navajajo, da so bile prehodne težave v praksi bistveno manjše, če je bil sistem podprt z računalniško vodeno dokumentacijo, ker ni prihajalo do podvojenega dokumentiranja, hkrati pa so podatki pogosto že zabeleženi tako, da omogočajo enostavno preglednost in analizo.

Uveljavljanje kliničnih poti kljub strokovnim priporočilom in zahtevam Ministrstva RS za zdravje v slovenskem prostoru poteka počasi, vendar pa tudi v tujini ni bistvene razlike. Podatki kažejo, da se v evropskem prostoru število kliničnih poti vendarle povečuje.

Slika 6.5: Stališča petih poklicnih skupin v štirih slovenskih bolnišnicah

	zdravniki	predstojniki	upravitelji	glavne (oddelčne) medicinske sestre	medicinske sestre
Razpoznava med kliničnimi odločitvami in finančnimi viri	ne podpirajo	podpirajo	neodločeni	podpirajo	ne podpirajo
Multidisciplinarni timi ali timski pristop do dela	ne podpirajo	neodločeni	podpirajo	podpirajo	podpirajo
Pregledno določena odgovornost	ne podpirajo	neodločeni	podpirajo	podpirajo	ne podpirajo
Dinamična procesna organiziranost namesto zdravstveno-hierarhične ureditve	ne podpirajo	ne podpirajo	podpirajo	podpirajo	podpirajo
Sistematično urejevanje kliničnega dela (uvajanje kliničnih poti, protokolov, standardov...)	ne podpirajo	podpirajo	podpirajo	podpirajo	ne podpirajo

Vir: Jazbeck, Robida (2006).

Podatki raziskave kažejo, da uvajanje kliničnih poti v prakso najbolj podpirajo odgovorne medicinske sestre, sledijo upravitelji in predstojniki ter druge medicinske sestre, ki nimajo vodilne ali vodstvene funkcije. Najmanj podpore je s strani zdravnikov, kar je morda presenetljivo, saj gre v našem sistemu zdravstvenega varstva za poklicno skupino, ki predstavlja t. i. nosilce dejavnosti (glej sliko 6.5).

Pomena kliničnih poti se, kot kažejo podatki, najbolj zavedajo odgovorne medicinske sestre, upravitelji in ostale medicinske sestre, najmanj pa zdravniki. Yazbeck in Robida med drugim ugotavljata, da se podatki v primerjavi z drugimi evropskimi državami bistveno ne razlikujejo. Povsod so največji nasprotniki kliničnih poti zdravniki, ki izražajo skrb, da se z uporabo kliničnih poti zmanjša njihova avtonomija, upade medicinska hierarhija in s tem absolutni vpliv zdravnika, poveča se administrativno delo, hkrati pa jim predstavlja problem timsko delo, kar Yazbeck in Robida pripisujeta vplivu medicinske fakultete. Navajata še, da največkrat pričnejo s pripravo in uvajanjem kliničnih poti medicinske sestre, ter je da največji problem v tem, da zdravniki in medicinske sestre nočejo (ali ne znanj) delati skupaj. Avtorja med drugim navajata, da veljajo enake značilnosti uporabe kliničnih poti tudi drugod po svetu, enako velja tudi za odnos do kliničnih poti s strani različnih poklicnih skupin (Yazbeck in Robida 2004).

7 ŠTUDIJA PRIMERA: PREDSTAVITEV IN ANALIZA KLINIČNE POTI PRI VSTAVITVI ENDOPROTEZE KOLKA

7.1 Predmet raziskave, osnovne teze in metode za raziskovanje

Namen raziskave je z analizo konkretnega primera klinične poti preveriti njeno uporabnost kot orodje za nadzor in preverjanje kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev v praksi.

Za študijo primera je uporabljena verzija klinične poti v Ortopedski bolnišnici Valdoltra in sicer: **KLINIČNA POT ZA TOTALNO ENDOPROTEZO KOLKA**, po opisanem procesu in z naborom temeljnih dokumentov, ki jih zajema klinična pot (Klinična pot pri vstavitvi endoproteze kolka – dokumentacija: priloga A). Gre za uveljavljeno metodo zdravljenja, ki bistveno izboljša kakovost življenja. V praksi gre za najpogostejši primer ortopedskih operacij z dobrimi kratkoročnimi in dolgoročnimi rezultati. V bolnišnici je po številu operacij na letni ravni in po zbranih podatkih o izidu zdravljenja za najpogostejši operativni poseg z vstavitvijo endoprotetičnega materiala, ki temelji na dobri klinični praksi. V letnem poročilu bolnišnice zasledimo podatek, da je v bolnišnici letno opravljenih čez 1100 tovrstnih operacij (Ortopedska bolnišnica Valdoltra 2011b, 2012).

Posnetek primera je narejen na primeru v praksi izvedeni obravnavi pacienta po klinični poti vstavitve endoproteze kolka. V uvodu je predstavljeno: klinična pot, dokumentacija, udeleženci, njihove vloge in naloge, pravice pacientov, priprav pacienta na operativni poseg, operativni poseg in pooperativna obravnava pacienta vključno z zaključkom klinične poti, tj. z odpustom. Pri analizi primera je upoštevano dejansko stanje, saj v praksi dejansko ni možno pričakovati idealnih primerov, saj gre za obravnavo pacienta, ki v skladu s stroko in sodobnimi standardi zdravstvene obravnave ter pacientovimi pravicami zahteva individualno obravnavo.

Namen analize korelacije klinične poti in dejavnikov, ki vplivajo na kakovost storitev v zdravstvu, ni ocenjevanje kakovosti in strokovne vrednosti same klinične poti, pač pa postaviti izhodišča in ugotoviti pozitiven vpliv za nadaljevanje spremljanja sistema kakovosti v posameznem zavodu za posamezno storitev (primer: klinična pot za totalno protezo kolka v Ortopedski bolnišnici Valdoltra) in pospešeno uvajanje kliničnih poti v prakso.

Študija primera temelji na pisno dokumentiranem procesu obravnave v skladu z zahtevano dokumentacijo in zaporedjem obravnave, kot to narekuje obravnavan primer klinične poti.

Študija primera je potrjena z dokumentiranjem konkretnega primera, zaradi analize enega samega primera posplošitev ni mogoča. Kljub temu pričakujemo, da bo študija pokazala temeljna izhodišča, ki bodo potrdila postavljene hipoteze (teze) magistrske naloge. Zaradi enega samega primera koeficient vpliva ne bo predstavljen, zato bo uporabljeno sklepanje in primerjanje z izkušnjami iz prakse.

Cilj je primerjanje praktičnega primera klinične poti s teoretičnimi izhodišči, prikazati uporabnost klinične poti v praksi in ugotoviti, če je klinična pot primerno orodje za ugotavljanje dejavnikov tveganja in odstopanja od postavljenih normativov in standardov in s tem uporabna za spremljanje in nadzor kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev. Z analizo želimo ugotoviti, če lahko s pomočjo uporabe klinične poti vplivamo tudi na povečevanje kakovosti zdravstvenih storitev in varnosti pacientov.

Ker je upoštevan etični vidik, bo zaradi varovanja osebnih podatkov v izvedbi in analizi študije primera prikazana dokumentacija klinične poti brez vnesenih podatkov.

Metode – za študijo primera so uporabljene kvalitativna, primerjalna in metoda dela v povezavi opazovanjem in primerjanjem s situacijsko analizo primera klinične poti s teoretičnimi izhodišči. Raziskava je izpeljana s pregledom procesa dela pri vstavitvi endoproteze kolka in s pregledom potrebne dokumentacije ter s primerjavo klinične poti s teoretičnimi izhodišči.

Postavljene so štiri **temeljne teze**:

T1: Klinična pot je primerno orodje nadzora in presoje kakovosti zdravstvenih storitev.

T2: Klinična pot zagotavlja sledljivost zdravstvene oskrbe in s tem povečuje varnost zdravstvenih storitev.

T3: V klinično pot vstavitve endoproteze kolka so vključeni temeljni dejavniki, ki vplivajo na kakovost in varnost storitev.

T4: Uvajanje kliničnih poti v prakso povečujejo aktivno vključenost pacientov v proces zdravstvene obravnave in njihovo zadovoljstvo.

7.2 Predstavitev procesa klinične poti pri vstavitvi endoproteze kolka

Kratka predstavitev bolnišnice

Ortopedska bolnišnica Valdoltra je specialistična bolnišnica, namenjena obravnavi pacientov z zdravstvenimi težavami lokomotornega aparata. Bolnišnica je največji ortopedski center v Sloveniji. Bolnišnica je leta 2009 praznovala 100-letnico obstoja. Do prve svetovne vojne je delovala na področju konservativnega in operativnega zdravljenja vseh oblik kostne in sklepne tuberkuloze, ortopedskih bolezni in poškodb muskularno-skeletnega sistema. Kasneje je delovala tudi na področju splošne kirurgije. Leta 1961 se je preimenovala v Ortopedsko bolnišnico Valdoltra (Ortopedska bolnišnica Valdoltra 2011a).

»Leta 2010 je bilo v bolnišnici obravnavanih 28.629 pacientov kot ambulantnih primerov, hospitaliziranih 6148 primerov, od katerih je operativno zdravljenih 4038 pacientov, od tega 1076 operacij endoprotetike kolka« (Ortopedska bolnišnica Valdoltra, 2011b, 21–23).

Bolnišnica je usmerjena v znanstveno-raziskovalno delo na področju ortopedija, s svojimi znanstvenimi prispevki je prepoznavna v slovenskem in mednarodnem prostoru. Je četrta akreditirana bolnišnica po standardu NIAHO, ki ga podeljuje norveška akreditacijska hiša DNV. Gre za mednarodni standard, ki ga poleg standarda Joint Commission priznavata največji ameriški zavarovalnici Medicare in Medicaid. Na področju kakovosti in varnosti je bolnišnica v skrbi za paciente usmerjena k celovitemu obvladovanju tveganj in s tem zagotavljanja visoke stopnje kakovosti in varnosti.

Uvajanje kliničnih poti pomeni organizacijske inovacije, ki so glede na razvijanje celotnega družbenega sistema nujne in pričakovane, saj prinašajo v proces obravnave pacienta preglednost, sistematično zbiranje podatkov, ki že sami po sebi spodbujajo analitičen pristop in s tem težnjo k izboljšavam ter povečevanju kakovosti in varnosti.

Bolečina, omejenost gibanja, otrdelost kolka in šepanje pri hoji so najpogostejši simptomi, zaradi katerih se pacienti odločijo za operativno zdravljenje. Bolečine in omejeno gibanje lahko bistveno zmanjšajo kakovost življenja ali celo povzročijo nesamostojnost posameznika že pri najbolj osnovnih življenjskih aktivnostih. Ponavadi se bolečine pričnejo v starejših letih, lahko pa se prve težave pojavijo že prej ali so posledica motenj v rasti ali razvoju. Rešitev je v operativnem zdravljenju z vstavitvijo umetnega sklepa oz. proteze kolka, ki je

lahko iz plemenitih kovin, keramike ali umetnih mas. Praviloma vsak tak operativni poseg bistveno izboljša kakovost življenja posameznika, saj zmanjša bolečine in poveča možnost in sposobnost gibanja. Pacienti po operaciji lahko opravljajo številne aktivnosti, ukvarjajo se lahko tudi z lažjimi športnimi aktivnostmi. Zaradi izboljšane kakovosti življenja se za operacijo odloča vse več ljudi, predvsem tisti, ki so po začetnih težavah že prejeli protibolečinska zdravila in/ali prilagodili način življenja zdravstvenim težavam.

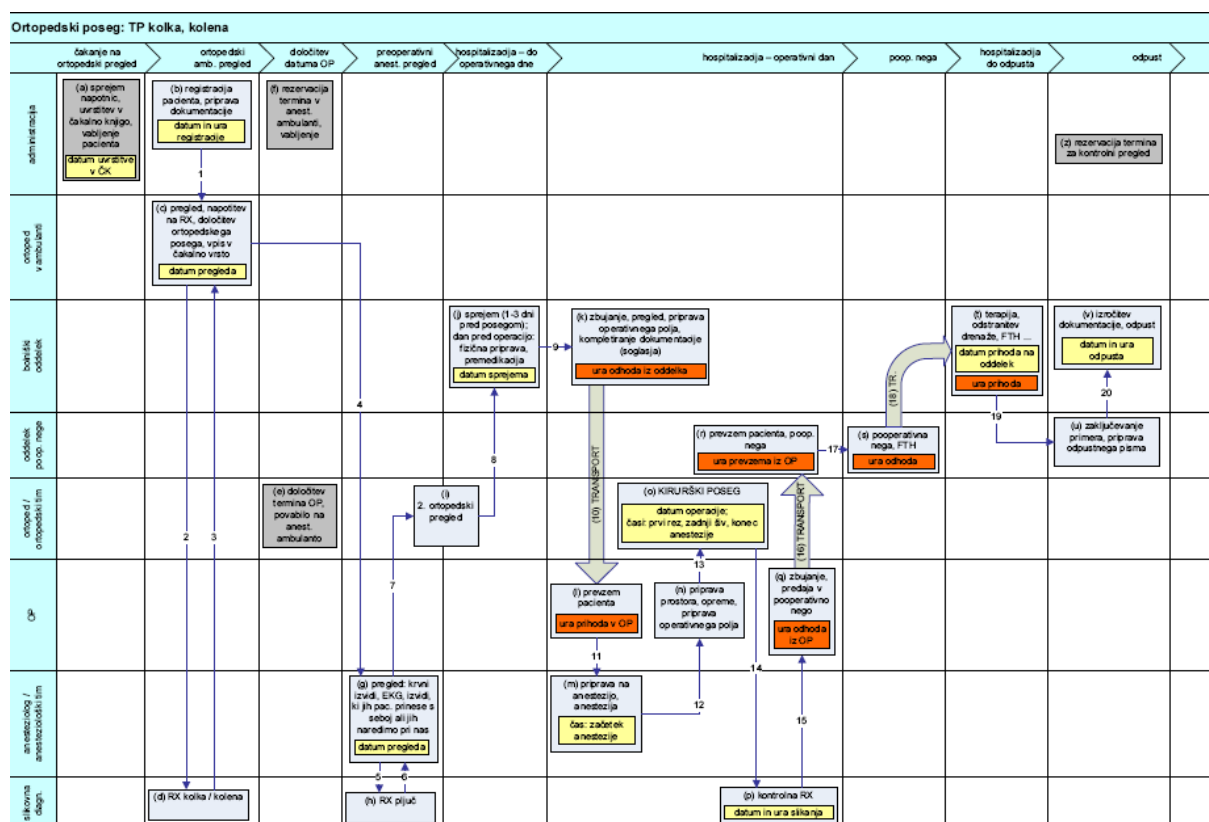
Predstavitve procesa klinične poti pri vstavitvi endoproteze kolka

V okviru izvajanja internega projekta bolnišnice na področju digitalizacije in sodelovanja v mednarodnem projektu »e-health«³⁴ je opravljen temeljit pregled procesov zdravstvene obravnave, izdelana je grafična shema procesa in tudi obrazložitev procesa vstavitve endoproteze kolka po posameznih aktivnostih.

Klinična pot je definiran in beležen proces obravnave pacienta in potrebnih aktivnosti pri vstavitvi endoproteze kolka. Določa kaj, kdaj in kdo mora izvesti kakšno aktivnost, v kakšnem obsegu in na kakšen način, da bo zdravstvena obravnava posameznika kar najbolj strokovna, etična in hkrati prilagojena pacientovim individualnim potrebam, hkrati pa določa tudi kaj, kdaj in kdo je dolžan potrebne aktivnosti in pridobljene podatke sproti beležiti.

³⁴ V okviru mednarodnega sodelovanja na čezmejnem območju je stekel tudi eden od projektov na področju zdravja »E-HEALTH«. Gre za strateški projekt v okviru čezmejnega sodelovanja Slovenija-Italijo 2007–2013, financiranega iz Evropskega sklada za regionalni razvoj in nacionalnih sredstev, ki so namenjena čezmejnemu sodelovanju in povezovanju. V projekt so vključene tri italijanske regije: Friuli Venezia Giulia, Veneto in Emilia-Romagna, na slovenski strani pa projekt poteka pod okriljem Ministrstva RS za gospodarski razvoj in tehnologijo, aktivno pa sodeluje tudi Ministrstvo RS za zdravje ter nekaj slovenskih bolnišnic, med drugim tudi Ortopedska bolnišnica Valdoltra.

Slika 7.1: Grafična predstavitev procesa vstavitve endoproteze kolka



Vir: Ortopedska bolnišnica Valdoltra (2011c).

Proces obravnave pacienta po klinični poti se prične z vpisom v čakalni seznam za pregled pri specialistu ortopedu, kamor pacienta napoti izbrani lečeči zdravnik in se zaključi z odpustom pacienta iz bolnišnice po zaključenem zdravljenju (glej sliko 7.1). Iz grafične predstavitev procesa so razvidne posamezne faze procesa, ki zahtevajo specifično obravnavo posameznika. Vsaka faza procesa ima jasno opredeljeno vsebino obravnave, naloge in vključenost posameznih strokovnjakov ter dokumentacijo, ki je obvezni del procesa ali njegovega posameznega dela. Ne glede na dejstvo, da je za pacienta razlog prihoda v bolnišnico operativno zdravljenje, so vse faze procesa enako pomembne. Klinična pot zajema celotno dogajanje okrog pacienta od vstopa v zdravstveno obravnavo, preko celotne obravnave in vse do odpusta, vključno z vsemi potrebnimi navodili za ravnanje pacienta po odpustu ali nadaljevanje rehabilitacije v drugi ustanovi. Prične se z najavo pacienta na ortopedski specialistični pregled, torej z vstopom pacienta v zdravstveno obravnavo v bolnišnici ali specialistični ortopedski ambulantni v drugih ustanovah v Sloveniji. Nadaljuje se z ambulantnim pregledom, določitvijo datuma za operativni poseg, sledi predoperativni pregled

anesteziologa, hospitalizacija in priprava na pacienta na operativni poseg, pooperativna obravnava in rehabilitacija, priprava na odpust in odpust z ustreznimi navodili.

Operacija kolka je pravilom vnaprej planiran poseg, saj je s strokovnega stališča stopnja nujnosti izjemno nizka.

V neposredno timsko obravnavo pacient so vključeni strokovnjaki strokovno medicinskega področja (zdravniki ortopedi, anesteziologi, radiologi), strokovnjaki zdravstvene nege (medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege), specialist klinične farmacije, ki vodi lekarniško dejavnost, in specialist klinične biokemije, ki vodi dejavnost laboratorija, fizioterapevti, radiološki inženirji, dietetik in področje prehrane. Ti imajo v obravnavi pacienta večji ali manjši neposreden vpliv, odvisno od stanja pacienta, delovnega področja, ki ga pokrivajo, ter iz izobrazbe in delovnih nalog izhajajočih kompetenc.

Ob izvajalcih zdravstvenih storitev so v obravnavo in oskrbo bolj ali manj vključene še druge podporne dejavnosti: administracija, čistilni servis, tehnične službe itd., ki so v sistemu celotnega delovanja bolnišnice prav tako nujno potrebni.

Opredelitve delovnih nalog so opredeljene v internem aktu o sistemizaciji delovnih mest, iz katerega izhaja tudi hierarhija vodenja in odgovornosti.

Predstavitev procesa po aktivnostih:

Pacientom so že pred prihodom v bolnišnico na operativno zdravljenje na spletnih straneh bolnišnice na razpolago **informacije** z naslovom **Kaj je dobro vedeti o vstavitvi endoproteze kolka ali kolena**. Pojasnjene so situacije, v katerih je smiselno razmišljati o vstavitvi endoproteze, kakšna je endoproteza in materiali, ambulantna obravnava, pregled pri anesteziologu, sprejem v bolnišnico, postopki priprave na operativni poseg, potrebna soglasja in druga dokumentacija, anestezija, operacija in možni zapleti, pooperativna obravnava in priprava na odpust ter navodila po odpustu iz bolnišnice.

Vpis v čakalno listo za ortopedski pregled

- (a) Napotnice prejmemo v fizični obliki ali po faksu/elektronski pošti, sledi vpis v čakalno knjigo (seznam planiranih pregledov pacientov po ambulantah, dnevih in urah), ki jo

vodimo elektronsko v bolnišničnem informacijskem sistemu Birpis21. Na podlagi vpisa v čakalno knjigo izpišemo vabilo. Evidentiramo: datum vpisa v čakalno knjigo.

Spremljajoča dokumentacija	Vstopna: napotnica, ki jo izda lečeči zdravnik Izstopna: Čakalna lista – elektronski seznam čakajočih na pregled
Ključni zbrani podatki	Osebni podatki pacienta, napotni zdravnik, diagnoza, datum prispele napotnice ali e-prijave na pregled Določen datum pregleda pri specialistu ortopedu
Odgovorni za izvedbo	Zdravstvena administratorka v sprejemni pisarni Za čakalni seznam odgovarja pooblaščen oseba za vodenje čakalnih seznamov

Nabor pacientov, ki potrebujejo specifično ortopedsko zdravstveno obravnavo – totalno protezo kolka, je zbran v t. i. čakalni listi. Pacienti so vanjo uvrščeni na podlagi napotnice, ki jo izda zdravnik splošne ali družinske medicine (izbrani zdravnik). Pacient napotnico v skenirani ali originalni obliki posreduje v ortopedsko specialistično ambulanto, kjer je na podlagi vpisa podatkov uvrščen v elektronsko voden čakalni seznam (register) čakajočih na pregled v specialistični ortopedski ambulanti, na podlagi katerega je pozvan na pregled pri zdravniku ortopedu. V tej fazi še ni jasno, ali bo pacient dejansko vpisan v čakalni seznam za želeno operacijo oziroma bo operativno zdravljenje izvedeno.

Ambulantni ortopedski pregled

- (b) Ob prihodu pacienta registriramo v sprejemni pisarni. Na pregled počaka v čakalnici. Evidentiramo: datum in uro registracije.
- (c) Medicinska sestra pripravi pacienta na pregled in priloži vso njegovo predhodno pridobljeno zdravstveno dokumentacijo. Pacient opravi pregled pri ortopedu, ki po potrebi napoti pacienta še na RTG slikanje. Na podlagi mnenja ortopeda (pogleda še slike iz točke d) se pacienta vpiše v čakalno vrsto za operativni poseg. Evidentiramo: datum posega.
- (d) Aktivnost: RTG slikanje kolka/kolena.

Uporabljena dokumentacija	Vstopna: kartica zdravstvenega zavarovanja, Napotnica, ki jo izda lečeči zdravnik Izstopna: elektronska interna naročilnica za RTG preiskavo, RTG slike, izvid
---------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	pregleda pri specialistu ortopedu z napotki za pacienta in lečečega zdravnika
Ključni zbrani podatki	Datum in ura registracije pacienta, preverjanje osebnih podatkov in napotnice Celoten izvid pregleda v elektronski obliki, ki vsebuje zaznamek o odločitvi za operativni poseg, RTG slike v elektronski obliki, predviden datum sprejema
Odgovorni za izvedbo	Zdravstvena administratorica v ortopedski specialistični ambulanti Medicinska sestra v ortopedski specialistični ambulanti Zdravnik specialist ortoped Radiološki inženir

Ob pregledu specialist opravi fizični pregled pacienta, določi potrebne dodatne preiskave, ki so potrebne za postavitev in potrditev diagnoze (npr. potreben obisk pri drugem specialistu – npr. kardiologu, internistu, potrebno predhodno zdravstveno obravnavo zaradi druge bolezni itd.) ali za odločitev o načinu zdravljenja, kar pacient opravi že v času pregleda. Prvi pregled se zaključi s skupnim pregledom slik in dogovorom o nadaljnjem poteku zdravljenja oz. sprejetjem odločitve o operativnem posegu. Slednja pomeni **vstop v klinično pot**.

Vpis v čakalno listo za operativni poseg

- (e) Približno 10–30 dni pred predvidenim terminom operativnega posega pacienta pozovemo v specialistično anesteziološko ambulanto.
- (f) V administraciji določijo datum in uro pregleda ter pošljejo vabilo.
- (g) Ob prihodu pacienta registriramo v sprejemni pisarni. Počaka v čakalnici. Evidentiramo: datum in uro registracije.
- (h) Pacient opravi pregled pri anesteziologu, običajno je opravljen EKG, odvzem krvi za preiskave, če je potrebno se ga napoti tudi k drugim specialistom (npr. h kardiologu).

Uporabljena dokumentacija	Vstopna: izvid pregleda pri specialistu ortopedu z napotki za pacienta in lečečega zdravnika, laboratorijski izvidi pacienta in druga zdravstvena dokumentacija, ki jo je pacient pridobil pri drugih specialistih Izstopna: interna naročilnica za laboratorijske preiskave, RTG slike, izvid pregleda pri specialistu anesteziologu z napotki za pacienta in lečečega zdravnika ter oceno pacientove sposobnosti za operativni poseg, laboratorijski list z izvidi pacienta, naročilnica za odvzem krvi za avtologno transfuzijo (če je pacient zanjo zdravstveno primeren), ter napotnica za drugega specialista (npr. internista, kardiologa ...)
---------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ključni zbrani podatki	Datum in ura registracije pacienta, laboratorijski izvidi, izvid EKG preiskave, Celoten izvid pregleda pri specialistu anesteziologu, ki vsebuje zaznamek o pacientovem trenutnem zdravstvenem stanju in njegovih kroničnih boleznih ali poškodbah, oceno primernosti za operativni poseg,
Odgovorni za izvedbo	Zdravstvena administratorka v specialistični ambulanti Medicinska sestra v anesteziološki specialistični ambulanti Zdravnik specialist anesteziolog Laboratorijski inženir in laboratorijski tehnik

Pregled pri zdravniku anesteziologu je del standardne obravnave pacienta, pri katerem je indicirano operativno zdravljenje. Zdravnik anesteziolog presodi na podlagi pregleda, EKG-ja in laboratorijskih preiskav splošno zdravstveno stanje pacienta in poda mnenje o sposobnosti za operativni poseg. Presodi o vrsti anestezije, ki je primerna glede na posameznika in njegovo zdravstveno stanje ter planirano vrsto operacije. Pomemben je tudi pogovor s pacientom, v katerem se mu razloži potek anestezije, možne zaplete in se mu predstavi soglasje za anestezijo, ki ga podpišeta oba.

(i) Bodisi še isti dan bodisi na dan sprejema (j) pacient opravi 2. pregled pri ortopedu.

Uporabljena dokumentacija	Vstopna: vsa do sedaj zbrana zdravstvena dokumentacija z vsemi izvidi Izstopna: zapis zdravnika specialista ortopeda, pisno povabilo za sprejem v bolnišnico
ključni zbrani podatki	Datum ponovnega pregleda, opažanja in odstopanja od pričakovanega zdravstvenega stanja pacienta, predviden datum sprejema pacienta v bolnišnico
Odgovorni za izvedbo	Zdravnik specialist ortoped Zdravstvena administratorka oddelka, na katerega bo pacient sprejet

Po uspešno zaključeni obravnavi v anesteziološki ambulanti zdravnik ortoped prejme dokumentacijo pacienta in na osnovi podatkov in vrste operacije planira okvirni datum operativnega posega. Pacientu določi datum sprejema (ta nastane na podlagi tedenskega operativnega programa, ki je planiran vsak četrtek za naslednji teden in zajema razporeditev operativnih posegov za vse dni v tednu, vse planirane operacije in zapolnitev vseh razpoložljivih kapacitet v rednem delovnem času v vseh petih operacijskih dvoranah).

Hospitalizacija: sprejem pacienta v bolnišnico

(j) Na dan hospitalizacije se pacient javi na oddelku na podlagi pisnega povabila, opravi ponovni pregled laboratorijskih izvidov in po potrebi naroči dodatne izvide ali ponovitve preiskav. Dopolnimo dokumentacijo (soglasja, izvidi ...). Običajno je predpisano še slikanje pljuč ter po potrebi dodatno slikanje sklepa. Dan pred operacijo pacienta fizično pripravimo na operativni poseg (čiščenje prebavnega trakta, premedikacija ...). Evidentiramo: datum sprejema.

(k) Aktivnost: RTG pljuč in/ali sklepa

Uporabljen dokumentacija	Vstopna: kartica zdravstvenega zavarovanja, napotnica, ki jo je izdal lečeči zdravnik, vsa do sprejema zbrana pacientova zdravstvena dokumentacija, dokumentacija, ki jo je pacient glede na naročene dodatne specialistične preglede ali preiskave prinesel s seboj Izstopna: list terapije, list zdravstvene nege, negovalna anamneza, list fizioterapije, laboratorijski list, elektronska interna naročilnica za RTG preiskavo, RTG slike, vsa druga zbrana zdravstvena dokumentacija pacienta
Ključni zbrani podatki	Datum in ura sprejema pacienta, preverjanje osebnih podatkov in razloga za sprejem, osnovni podatki o pacientu, opis njegovega trenutnega zdravstvenega stanja, pacientove zdravstvene posebnosti in odstopanja, negovalna in socialna anamneza Naročila zdravnika za dodatne preiskave, diagnoza in vrsta zdravil, ki jih pacient redno jemlje, morebitne alergije in odstopanja, podatki o izmerjenih vitalnih znakih (pritisk, pulz, telesna temperatura), naročene fizioterapevtske meritve in naročena fizioterapija
Odgovorni za izvedbo	Zdravstvena administratorica oddelka, na katerega je pacient sprejet Medicinska sestra na bolniškem oddelku Zdravnik specialist ortoped Fizioterapevt

Sprejem pacienta na bolniški oddelek je praviloma načrtovan. Datum sprejema je pacientu posredovan pisno v obliki vabila za sprejem v bolnišnico. Vabilu so priložena navodila, kaj naj prinese s seboj. Pacient je sprejet pred dnevom planirane operacije. Sprejem poteka v dveh fazah: ureditev administrativnih postopkov, identifikacije in registracije sprejema, priprave dokumentacije, ki ga opravi zdravstvena administracija. V drugem delu na bolniškem oddelku pacienta najprej sprejme medicinska sestra, ki seznanja pacienta s prostori oddelka, osebjem in pacienta namesti v bolniško sobo. S pacientom izpolni dokument Negovalna anamneza in pripravi načrt zdravstvene nege. Oba dokumenta priloži ostalim zdravstveno administrativnim dokumentom in pacienta usmeri na pregled pri zdravniku. Ta opravi medicinski del sprejema:

anamnezo, status, zabeleži pacientove posebnosti, pojasni pacientu predviden operativni poseg in možne komplikacije, nakar oba podpišeta soglasja za operativni poseg.

Predoperativna priprava

- (1) Na dan operacije pacienta pripravimo na operacijo: priprava operativnega polja – britje, pregledamo dokumentacijo, soglasij itd. in ga pripravimo na transport v OP blok. Evidentiramo: datum premestitve iz oddelka.

Uporabljena dokumentacija	Vstopna: vsa pacientova zdravstvena dokumentacija, vsa potrebna soglasja za operativni poseg, anestezijo in donacijo ali prejetje tkiv Izstopna: list terapije, list zdravstvene nege, negovalna anamneza, list fizioterapije, laboratorijski list, elektronska interna naročilnica za RTG preiskavo, RTG slike, vsa druga zbrana zdravstvena dokumentacija pacienta
Ključni zbrani podatki	Datum in ura sprejema pacienta, preverjanje osebnih podatkov in razloga za sprejem, osnovni podatki o pacientu, opis njegovega trenutnega zdravstvenega stanja, pacientove zdravstvene posebnosti in odstopanja, negovalna in socialna anamneza Naročila zdravnika za dodatne preiskave, diagnoza in vrsta zdravil, ki jih pacient redno jemlje, morebitne alergije in odstopanja, podatki o izmerjenih vitalnih znakih (pritisk, pulz, telesna temperatura), naročene fizioterapevtske meritve in naročena fizioterapija
Odgovorni za izvedbo	Zdravstvena administratorka oddelka, na katerega je pacient sprejet Medicinska sestra na bolniškem oddelku Zdravnik specialist ortoped Fizioterapevt

Predoperativna priprava na operativni poseg se prične že z vstopom pacienta v klinično pot; torej z odločitvijo, da bo operativno zdravljenje dejansko izvedeno. Priprava na operacijo je psihična in fizična. Psihična priprava poteka od same odločitve o potrebnem operativnem zdravljenju vse do same izvedbe operacije. Pacient mora biti deležen skrbne strokovne komunikacije, dobiti mora vse želene informacije. Pomembno je, da lahko v vsakem trenutku od operacije odstopi oziroma zahteva dodatne pojasnila in informacije. Fizična priprava se prične dan pred operacijo (čiščenje prebavnega trakta, kopanje pacienta oziroma ustrezna higienska oskrba, pregled stanja kože celotnega telesa in posebej operativnega polja). Obvezna je markacija operativnega polja, ki ga opravi zdravnik operater. Ta s posebnim markerjem označi okončino in sklep predvidene operacije. Pri pacientih, ki so operirani prvi, je markacija predvidena dan pred operacijo, za ostale je možna markacija zjutraj na dan

operacije. Na dan operacije zdravstveno osebje posveča pacientom posebno pozornost. Preveri identifikacijo pacienta in pregleda popolnost njegove dokumentacije in izvidov, pregleda potrebna soglasja, ki morajo biti podpisana (prejem tkiva iz kostne banke, soglasje za donacijo kostne banke, pristanek na anestezijo, pristanek na operativni poseg itd.), na željo pacienta je možen pogovor z zdravnikom. Sledi transport pacienta v operacijski blok, kamor ga zaradi ustrezne psihične oskrbe vedno spremlja medicinska sestra.

Operativni poseg

- (m) Pacienta prevzamejo v OP bloku.
- (n) Pacienta pripravimo na anestezijo. Evidentiramo: čas pričetka anestezije.
- (o) V tem času se operativna ekipa pripravi, pripravimo tudi prostore, opremo, pripomočke, materiale.
- (p) Kirurški poseg. Evidentiramo: čas prvega reza in zadnjega šiva ter konec anestezije.
- (q) Aktivnost: kontrolna RTG slika sklepa. Možno je oz. možno bo pridobiti datum in uro slikanja.
- (r) Sledi zbujanje in/ali priprava pacienta na predajo na oddelek pooperativne nege.

Uporabljena dokumentacija	<p>Vstopna: vsa pacientova zdravstvena dokumentacija, vsa potrebna soglasja za operativni poseg, anestezijo in donacijo ali prejemanje tkiv, list anestezije</p> <p>Izstopna: vsa pacientova zdravstvena dokumentacija z vsemi soglasji, list anestezije, kirurški varnostni list in list pooperativne nege z vsemi podatki o poteku anestezije, posebnostih med operativnim posegom in navodili za pooperativno zdravstveno obravnavo in oskrbo pacienta, operativni zapisnik s podatki operaterja o poteku operacije in vstavljenem protetičnem materialu</p>
Ključni zbrani podatki	<p>Datum in ura sprejema pacienta v operacijske prostore, preverjanje osebnih podatkov in razloga za sprejem, osnovni podatki o pacientu, izmerjene vitalne funkcije, pričetek in konec anestezije, ura prvega reza, ura zadnjega šiva, čas trajanja operativnega posega, vrsta vstavljenega protetičnega materiala, vrsta šivov, izguba krvi med operacijo in prejete transfuzije krvi, vsa prejeta zdravila in tekočine ter ura aplikacije, čas predaje pacienta na oddelek pooperativne nege, pooperativna digitalna RTG slika vstavljene kolčne proteze, imena oseb, ki so sodelovale pri operaciji</p> <p>Naročila zdravnika za pooperativne preiskave, pooperativno fizioterapijo, ravnanje z dreni in operativno rano, preiskave, diagnoza in vrsta zdravil, ki jih pacient redno jemlje, morebitne alergije in odstopanja, podatki o izmerjenih vitalnih znakih (pritisek, pulz, telesna temperatura), naročene fizioterapevtske meritve in naročena fizioterapija</p>

Odgovorni za izvedbo	Medicinska sestra oddelka, na katerem je pacient hospitaliziran Anestezijska medicinska sestra, tehnik zdravstvene nege Zdravnik specialist anesteziolog Zdravnik specialist ortoped – operater Operacijska medicinska sestra – inštrumentarka (umita in tista, ki streže) Radiološki inženir Medicinska sestra na oddelku. pooperativne nege
----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Operativni poseg predstavi pacientu zdravnik že v specialistični ambulanti in predstavitev po potrebi ponovi ob sprejemu. Kljub predhodni predstavitvi je zdravstveno osebje pacientom vedno na razpolago za vsa morebitna dodatna vprašanja; tudi tik pred operativnim posegom v operacijski dvorani. V operacijske prostore pacienta vedno spremlja medicinska sestra, ki preveri pacientove identifikacijske podatke, njegovo dokumentacijo, ga namesti na transportni voziček, ustrezno uredi in prepelje v prostor za prevzem pacienta v operacijski blok. Tam ga sprejme anestezijska medicinska sestra ali tehnik zdravstvene nege in zdravnik anesteziolog. Pred prevzemom pacienta v operacijski blok je obvezno preverjanje markacije operativnega polja. Pacient, ki ni ustrezno markiran, ne more biti sprejet v operacijski blok (zahteva internega dokumenta, tj. kirurški varnostni list). Sledi ponovno preverjanje osebnih podatkov, priprava na anestezijo in izvedba anestezije ter premestitev pacienta v operacijsko dvorano. Tu se anestezijskemu timu priključi operacijska ekipa, ki pripravi operacijsko dvorano, potrebne inštrumente, proteze in druge pripomočke. Pacienta namesti v ustrezen položaj in pripravi samo operativno polje ter izvede načrtovan operativni poseg. Operativni poseg je skrbno načrtovan poseg, ki ga vodita zdravnika ortoped in anesteziolog. Dolžina operativnega posega je odvisna od vrste posega, vrste vsadka, splošnega zdravstvenega stanja pacienta, prizadetosti sklepa, izurjenosti ekipe, materialnih in prostorskih pogojev. Predviden čas trajanja posega je manj kot dve uri.

Za namene zagotavljanja varnosti je izdelan t. i. kirurški varnostni list. Vanj so s strani zdravnika ortopeda, zdravnika anesteziologa in operacijske medicinske sestre vneseni ustrezni podatki po posameznih korakih obravnave. Podatki služijo za preverjanje ustreznosti procesa obravnave pacienta v operacijskem bloku in zagotavljanju optimalne varnosti pacienta (glej priloga 2).

Zaradi zagotavljanja varnosti in povratne informacije o uspešnosti izvedbe operativnega posega je pri vsaki vstavitvi endoproteze načrtovano pooperativno RTG slikanje operiranega sklepa. Sliko najprej pregleda zdravnik operater, naslednje jutro so vse slike prejšnjega dne predstavljene tudi na jutranjem zdravniškem raportu.

Premestitev pacienta na oddelek pooperativne nege

- (s) Pacienta prevzamejo na oddelku za pooperativno nego.
- (t) Izvaja se pooperativna nega in poostren nadzor. Še isti dan se s pacientom seznanijo fizioterapevt, ki glede na navodila operaterja načrtuje izvajanje fizioterapije za naslednje dni.

Uporabljena dokumentacija	Vstopna: vsa pacientova zdravstvena dokumentacija z vsemi soglasji, list anestezije, kirurški varnostni list in list pooperativne nege z vsemi podatki o poteku anestezije, posebnostih med operativnim posegom in navodili za pooperativno zdravstveno obravnavo in oskrbo pacienta, operativni zapisnik s podatki operaterja o poteku operacije in vstavljenem protetičnem materialu, list predaja pacienta Izstopna: enaka kot ob vstopu
Ključni zbrani podatki	Datum in ura predaje pacienta na oddelku pooperativne nege, izmerjene vitalne funkcije, vrsta in čas apliciranih zdravil, pooperativna izguba krvi in prejete transfuzije krvi, čas vseh prejetih zdravil in tekočin, podpis zdravnika, ki je predpisal pooperativna zdravila, in oseb, ki zdravila aplicirajo, ter ura aplikacije, ocena bolečine po VAS lestvici Naročila zdravnika za pooperativne preiskave, pooperativno fizioterapijo, ravnanje z dreni in operativno rano, opis rane ob vsaki prevezi rane, preiskave, diagnoza in vrsta zdravil, ki jih pacient redno jemlje, morebitne alergije in odstopanja, podatki o izmerjenih vitalnih znakih (pritisk, pulz, telesna temperatura), naročene fizioterapevtske meritve in naročena fizioterapija
Odgovorni za izvedbo	Zdravnik specialist anesteziolog in anestezijska medicinska sestra Medicinska sestra oddelka za pooperativno nego Zdravnik specialist ortoped Fizioterapevt

Pooperativna oskrba pacienta je usmerjena v poostren nadzor pacientovih vitalnih funkcij in protibolečinske terapije. Predaja pacienta iz operacijskega bloka poteka ustno in pisno. Predaja je dokumentirana na posebnem obrazcu: **Predaja pacienta** (glej priloga C). Pacienta preda in o njem poroča zdravnik anesteziolog in operater. Vse pomembnejše informacije o pacientu morajo biti dokumentirane. Dokumentirana morajo biti tudi vsa posebna navodila (npr: počutje pacienta med operacijo, operativna izguba krvi in zaloga transfuzije krvi,

ravnanje s kirurško rano in dreni, protibolečinska in druga terapija, potrebno opazovanje, morebitne posebnosti med operacijo, navodila za pooperativno fizioterapijo itd.).

Na oddelku pooperativne nege medicinske sestre najprej pacienta ustrezno uredijo, izmerijo in dokumentirajo vitalne znake, preverijo stanje bolečine z oceno po VAS lestvici in izvedejo načrt zdravstvene nege s postavitvijo negovalnih diagnoz. Obravnava pacienta poteka po procesu zdravstvene nege glede na potrebe pacienta in navodila zdravnika anesteziologa in zdravnika ortopeda.

Vrnitev pacienta na bolniški oddelek

(u) Praviloma dan po operaciji pacienta premestimo na bolniški oddelek, kjer je deležen nadaljnje zdravstvene nege in oskrbe, fizioterapije, protibolečinske terapije, odstranimo drenažo itd. Evidentiramo: datum prihoda na bolniški oddelek. Tu je pacient obravnavan s strani lečečega zdravnika, zdravstvene nege in fizioterapije ter preskrbljen z ustrezno prehrano. Vse aktivnosti spremlja zdravnik. Pooperativna zdravstvena oskrba poteka po vnaprej predvidenem zaporedju posameznih aktivnosti. Morebitna odstopanja so zabeležena ustrezni dokumentaciji, tj. list terapije, list zdravstvene nege ali list fizioterapije. Dokumentacija je pripravljena v skladu z zahtevami standarda NIAHO, po katerem je bolnišnica pridobila akreditacijo.

Uporabljena dokumentacija	Vstopna: vsa pacientova zdravstvena dokumentacija Izstopna: enaka kot ob vstopu
Ključni zbrani podatki	Datum in ura predaje pacienta na oddelek pooperativne nege, izmerjene vitalne funkcije, vrsta in čas apliciranih zdravil, pooperativna izguba krvi in prejete transfuzije krvi, čas vseh prejetih zdravil in tekočin, podpis zdravnika, ki je predpisal pooperativna zdravila, in oseb, ki zdravila aplicirajo, ter ura aplikacije, ocena bolečine po VAS lestvici Naročila zdravnika za pooperativne preiskave, pooperativno fizioterapijo, ravnanje z dreni in operativno rano, opis rane ob vsaki prevezi rane, preiskave, diagnoza in vrsta zdravil, ki jih pacient redno jemlje, morebitne alergije in odstopanja, podatki o izmerjenih vitalnih znakih (pritisk, pulz, telesna temperatura), naročene fizioterapevtske meritve in naročena fizioterapija
Odgovorni za izvedbo	Zdravnik specialist anesteziolog in anestezijska medicinska sestra Medicinska sestra oddelka za pooperativno nego Zdravnik specialist ortoped Fizioterapevt

Poseben poudarek je namenjen obvladovanju pooperativne bolečine in rehabilitaciji. Oboje nadzira zdravnik.

Na bolniškem oddelku je pacient nameščen do odpusta iz bolnišnice. Čas bivanja je praviloma 7 do 9 dni po operaciji. Ker gre za individualno obravnavo posameznika glede na njegove zdravstvene in zdravstveno negovalne potrebe ter fizično zmožnost sodelovanja pri aktivni rehabilitaciji in vzpostavljanju čim večje sposobnosti samooskrbe, natančen čas pooperativne oskrbe v bolnišnici ni določen. Pacientu je zagotovljena celotna zdravstvena obravnava in oskrba, zdravstveno vzgojno delo s svetovanjem, fizioterapija ter priprava na odpust. V času bivanja v bolnišnici pri pacientu skrbno spremljamo vitalne življenjske funkcije (krvni pritisk, pulz, dihanje), splošno stanje, izvedene so redne laboratorijske analize krvi, skrbno spremljamo operativno rano. Začrtana klinična pot dopušča individualno rehabilitacijo in obravnavo glede na sposobnost samooskrbe. Pacient je v tem delu vključen v načrtovane aktivnosti, sodelovanje je odvisno od njegove psihične in fizične zmožnosti. Pomemben del pooperativne obravnave je v tem času zdravstvena vzgoja in svetovanje. Pacienta je seznanjen s spremenjenim načinom izvajanja fizičnih aktivnosti, kar je še posebej pomembno za čas po odpustu iz bolnišnice. Podučiti ga je treba o vstajanju, posedanju, obračanju in pravilni legi v postelji, spremenjenem načinu obuvanja in oblačenja. Pomemben del priprave na odpust je učenje pacienta o samoaplikaciji protitrombotične terapije in izogibanju nevarnostim v okolju ter spremljanje splošnega zdravstvenega stanja in stanja kirurške rane. Priprava na odpust je torej kompleksna in se izvaja vse od operacije do odpusta.

Odpust pacienta

- (v) Na dan odpusta kompletiramo in zaključimo dokumentacijo (ortoped pripravi odpustno pismo). Pacientu izročimo navodila za ravnanje doma (antikoagulantna terapija, vaje itd.) in ga tudi ustno podučimo, kje bo v domačem okolju lahko naletel na posamezne nevarnosti ali neustrezne vplive okolja. Pacientu je potrebno svetovati glede primernega življenjskega sloga glede na izveden operativni poseg in primerno ravnanje doma in v širšem bivalnem okolju. Na podlagi ocene, da bo po odpustu pacient morebiti potreboval zdravstveno, socialno ali fizično oskrbo, se odgovorna medicinska sestra poveže z ustreznimi službami in pripravi poročilo službi zdravstvene nege. Poročilo vsebuje podatke o pacientu, podatke o prejetih zdravilih na dan odpusta, njegovi oskrbi v času zdravljenja, sposobnosti samooskrbe po odpustu in

vse primanjkljaje v samooskrbi ali zdravstvenih razlogih, ki so razlog za potrebno sodelovanje z posameznimi službami.

(w) Pacientu izročimo dokumentacijo in s tem je hospitalna obravnava zaključena. Evidentiramo: datum in uro odpusta.

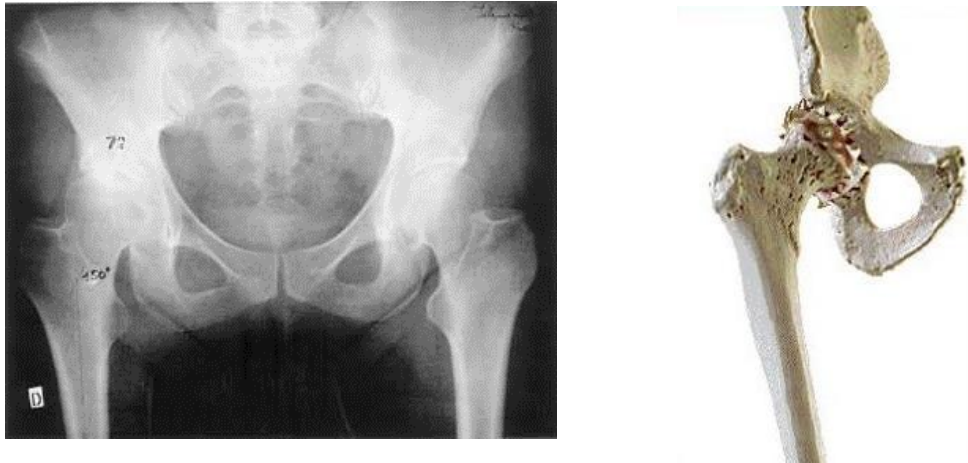
(x) Običajno že ob pripravi odpustnega pisma v administraciji rezervirajo termin za kontrolni pregled, datum je vpisan že v odpustno pismo (Ortopedska bolnišnica Valdoltra: Proces vstavitve totalne endoproteze kolka – interni vir).

Uporabljena dokumentacija	Vstopna: vsa pacientova zdravstvena dokumentacija Izstopna: enaka kot ob vstopu, dodano je odpustno pismo in poročilo službi zdravstvene nege, kartonček aplikaciji nizko molekularnega heparina, določitev SPP in zaključevanje primera - arhiviranje (v kolikor pacient po oceni zdravnika potrebuje prevoz z reševalnim vozilom, izda zdravnik še napotnico za reševalni prevoz)
Ključni zbrani podatki	Datum in ura odpusta pacienta, potek zdravljenja, vrsta izvedene operacije, zdravila, ki jih mora pacient jemati doma in okviren čas jemanja teh zdravil, navodila za nadaljnjo zdravstveno oskrbo in ravnanje pacienta, predviden datum kontrole Nabor vseh predhodno zbranih podatkov
Odgovorni za izvedbo	Zdravnik specialist ortoped Medicinska sestra oddelka Administratorica oddelka

Del zdravstvene obravnave, v katerem se odvija priprava na odpust pacienta in sam odpust, sta za pacienta enako pomembna kot celoten predhodni potek zdravljenja.

Posebno pozornost je potrebno posvetiti navodilom pacientu za ravnanje in življenje v domačem okolju in na koga se pacient po odpustu lahko obrne v primeru težav ali zgolj v zvezi z dodatnimi pojasnili. Pacient je praviloma odpuščen v domače okolje, ko je podana ocena zdravnika, medicinske sestre in fizioterapevta, da je njegovo zdravstveno stanje in stopnja samooskrbe primerna za bivanje izven bolnišnice. V nasprotnem primeru je odpust iz akutne obravnave možen v t. i. neakutno bolnišnično obravnav ali odpust v oskrbo drugega institucionalnega varstva oziroma v oskrbo svojcem. Odpustu vedno sledi kontrolni pregled, ki ga opravi zdravnik operater predvidoma 4 do 6 tednov po odpustu.

Slika 7.2: Prizadet kolčni sklep



Slika 7.3: Endoproteza kolka



Vir: Ortopedska bolnišnica Valdoltra, interno gradivo.

7.3 Ali in kako klinična pot pri vstavitvi endoproteze kolka zagotavlja kakovost in varnost

Analizirana klinična pot je **orodje**, ki celotnemu zdravstvenemu timu omogoča racionalno, na strokovnih smernicah in znanstvenih dokazih temelječo obravnavo pacienta. Obravnavana klinična pot ohranja utemeljeno avtonomnost odločitev, poenoti klinično prakso in krepi timsko delo. Z doslednim dokumentiranjem je omogočeno sledenje odklonov od standardnega postopka, spremljanje opravljenega dela in kazalnikov kakovosti. Zaradi preglednosti in procesnega modela je primerno orodje za aktivnejše vključevanje pacienta, predvsem v segmentu seznanjanja pacienta s postopkom obravnave in vsemi potrebnimi aktivnostmi. Klinična pot predstavlja **standardiziran proces** zdravljenja. Povzema zaporedje vseh aktivnosti, ki morajo biti izvedene, da dobi pacient kakovostne in varne storitve. Dosledno dokumentiranje zagotavlja sledljivost opravljenega dela in spremljanje rezultatov oskrbe pacienta.

Uporaba klinične poti zagotavlja preglednost pri:

- načrtovanju vseh potrebnih aktivnosti,
- spremljanje izvedenih aktivnosti,
- identifikacijo odstopanj,

kar predstavlja temeljna orodja za ocenjevanje kakovosti in varnosti.

Kot takšna predstavlja klinična pot nabor vnaprej dogovorjenih podatkov in informacij, ki so namenjene:

- izvajalcem zdravstvenih storitev in celotnemu zdravstvenemu timu,
- pacientom,
- managementu organizacije.

Namen zbranih podatkov in informacij je sprožitev dodatnih aktivnosti za izboljševanje kakovosti in varnosti storitev.

Skladnosti s teoretičnimi izhodišči

V konkretni primer klinične poti je v celoti zajeta opredelitev klinične poti po Robide, ki navaja, da gre pri klinični poti za strokovne procese ali t. i. doktrinarni način zdravljenja oziroma obravnave, ki se vpeljujejo predvsem za opisovanje poti zdravljenja in poenotenja

obravnave pri posamezni bolezni ali vrstah bolezni (Robida 2006). Kot takšna predstavlja »dokument kliničnega procesa (Hindle 2003). Klinična pot je oblikovana procesno. Kot takšna upošteva celoten tim strokovnjakov, ki so vključeni v zdravstveno obravnavo, je primerno orodje za informiranje pacienta o poteku zdravljenja, zagotavlja sistematično dokumentiranje in s tem ugotavljanje odstopanj in spremljanje kazalnikov izidov zdravljenja, kakovosti in varnosti.

Zaradi procesne zasnove je klinična pot naravnana tako, da sledi smernicam EPA (European Pathway association 2011), ki kot temeljni cilj klinične poti izpostavlja izboljšanje kontinuitete zdravstvene oskrbe, usklajevanje zdravstvene oskrbe med različnimi izvajalci, dosledno dokumentiranje, primerljivost ter spremljanje kazalnikov kakovosti. Dokumentacija klinične poti nedvomno dokazuje, da je primer klinične poti orodje, s pomočjo katerega so integrirani različni vidiki obravnave pacienta. S pomočjo sistematično urejene dokumentacije je olajšano načrtovanje, sistematično zaporedno izvajanje, spremljanje izvajanja postopkov v okviru posameznih faz procesa.

Klinična pot je pripravljena v skladu s priporočili za oblikovanje kliničnih poti, ki ji je izdalo Ministrstvo RS za zdravje. **Strukturiran obrazec** v skladu z zahtevami in priporočili vsebuje podatke o pacientu, podatke o njegovi bolezni (kronologija) in opis diagnoze, posege in postopke, kot jih za operacijo vstavitve totalne endoproteze opredeljuje klinična pot, cilje in namen klinične poti, zapis odklonov, ki so nastali v času zdravstvene obravnave in oskrbe, s čimer je omogočeno merjenje kakovosti in varnosti storitev. Zaradi preglednosti so podatki klinične poti primerni za načrtovanje celotne organizacije dela, vodenja in upravljanj ter sledenja materialnim tokovom (finančnim – nadzor nad stroški, kadrovskim potencialom in razvojem stroke). Klinična pot je standardizirana. Zaradi jasne preglednosti zaporedja potrebnih in izvedenih aktivnosti in njihovega dokumentiranja, predstavlja klinična pot jasno vodilo vsakemu posamezniku, kdaj in v kolikšni meri je vključen v obravnavo pacienta, s čimer je jasno opredeljena tudi odgovornost posameznika.

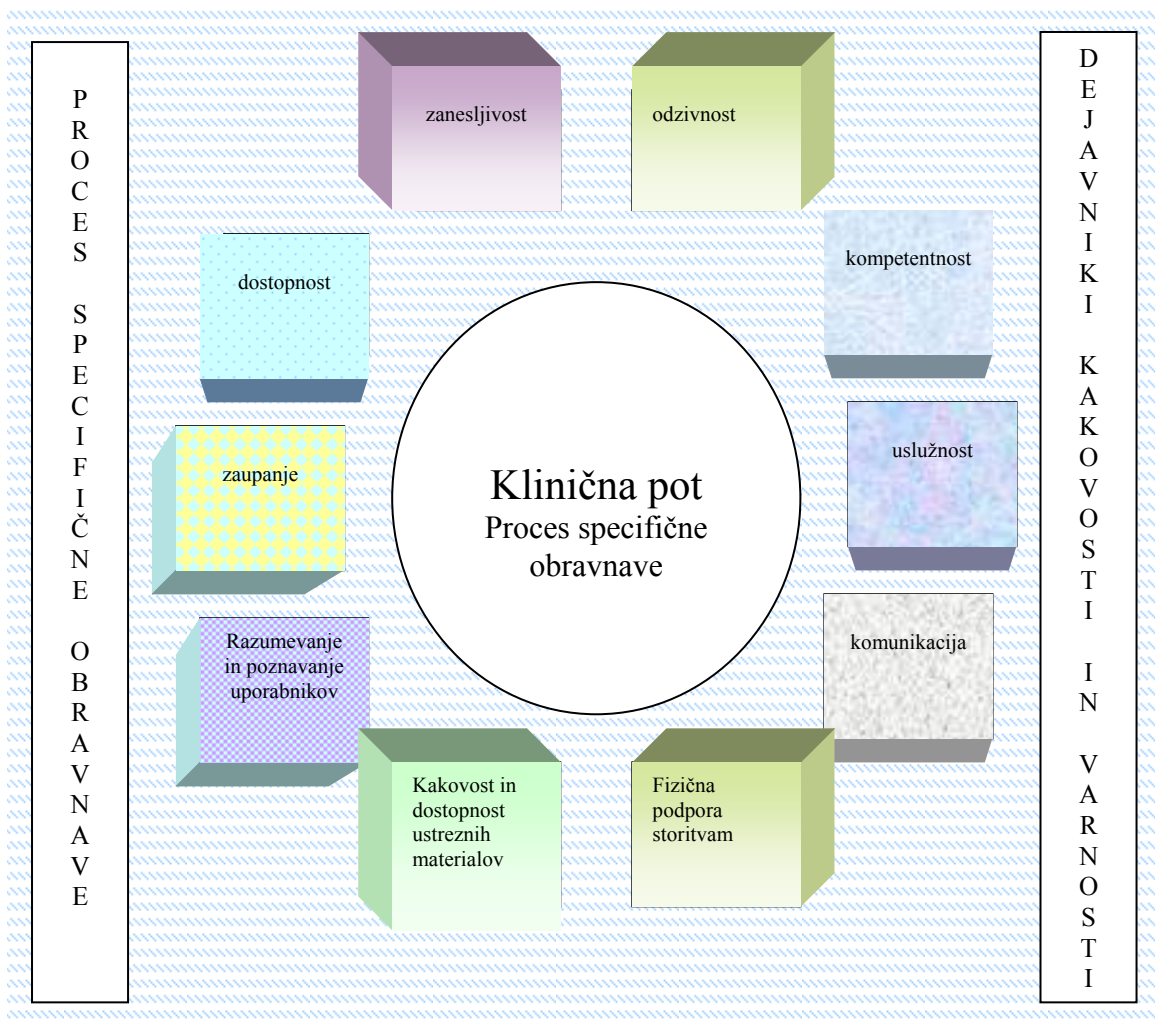
Skozi pregled analizirane klinične poti lahko zaznamo temelje kakovosti (temelji odličnosti) kot jih opredeljujejo Kern Pipan in Leon (2004):

- osredotočenost na odjemalca – celoten proces se odvija v zaradi potreb pacienta, temeljni cilj je izvedba kakovostne in varne storitve in posledično zadovoljstvo pacienta;

- usmerjenost na rezultate – cilj delovanja po klinični poti je uspešno izveden operativni poseg s kar najmanjšo možno stopnjo odstopanj in neželenih stranskih učinkov zdravljenja;
- voditeljstvo in stanovitnost namena – organizacija dela in upravljanje s procesi, dokumentiranje in možnost analize, sistematičnega in preglednega poteka procesa, kakovostna in varna storitev;
- upravljanje na podlagi procesov in dejstev – procesni pristop, s katerim je zagotovljena sledljivost poteka zdravstvene oskrbe in izvedba standardne zdravstvene storitve pri vseh pacientih, ki potrebujejo določeno zdravstveno obravnavo, definiranje in spremljanje kazalnikov kakovosti;
- razvoj in vključevanje zaposlenih – preglednost in sistematičen pristop uvajanja kadrov, določitev jasnih kompetenc in odgovornosti;
- stalno učenje, inovativnost in izboljševanje – pregled odstopanj in dokumentacija omogočata pregled nad celotnim potekom zdravstvene obravnave, kar omogoča timsko delo, razvijanje znanja, takojšnje zaznavanje odstopanj in hitre reakcije pri razvoju izboljšav;
- razvijanje partnerstva – preglednost in vnaprej načrtovan proces zagotavljata dostop do potrebnih informacij, vključenost vseh akterjev in učinkovitejšo komunikacijo;
- družbena odgovornost – zagotavljanje enakih storitev za vse, ki določeno storitev potrebujejo, razvijanje kakovosti in varnosti, finančna vzdržnost.

Nekoliko drugače, pa vendar vsebinsko zelo podobno, opredeljuje temeljne lastnosti kakovosti Parasuraman. Pri pregledu konkretne klinične poti gre za dokumentiran proces specifične obravnave, v katerem prepoznamo temeljne lastnosti kakovostne zdravstvene oskrbe (glej sliko 7.3) (Parasuraman in drugi 1985).

Slika 7.4: Lastnosti kakovostne zdravstvene oskrbe v analizirani klinični poti vstavitve totalne endoproteze kolka



Vir: Prirejeno po Parasuraman in drugi (1985).

Po pregledu dejavnikov, ki vplivajo na kakovost storitev v procesu obravnave pacienta zaradi vstavitve totalne endoproteze kolka, ugotovimo prepletanje lastnosti kakovostne zdravstvene oskrbe skozi celoten proces obravnave (glej sliko 7.4). Zaradi svoje procesne naravnosti, sistematične povezanosti potrebnih aktivnosti, določanja njihovega zaporedja in vključenosti celotnega zdravstvenega tima, sprotnega dokumentiranja in beleženja podatkov klinična pot zagotavlja zanesljivost in varnost storitve. Vključitev v proces obravnave po klinični poti zagotavlja tekoč proces dela, ki omogoča vse potrebne postopke in aktivnosti, izvedbo zgolj tistih aktivnosti, ki so opredeljene kot dogovorjene in potrebne, vnaprej je določeno zaporedje storitev, kar poveča pregled nad aktivnostmi, zmanjša možnost napak in podvajanj ter zagotavlja vnaprejšnjo časovno opredelitev in načrtovanje aktivnosti, hkrati pa je na osnovi

podatkov omogočeno spremljanje in analiza izvedenega dela, s čimer je zagotovljena visoka stopnja odzivnosti in ugotavljanje odklonov od načrtane poti. Potrebni kompetence posameznika klinična pot posebej ne opredeljuje, vendar je iz dokumentacije jasno razvidno, katera poklicna skupina oziroma oseba je zadolžena in odgovorna za izvedbo in nadzor izvedbe posamezne aktivnosti oziroma posamezne faze procesa. Po vstopu v proces obravnave je dostopnost v celoti zagotovljena. Pacientom je pred vstopom v proces obravnave zagotovljen možnost dogovora o najprimernejšem terminu za izvedbo posega. Krajevno dostopnost zagotavlja pacientom zakonska pravica do izbire zdravnika in zdravstvene organizacije. Odstopanje predstavlja le časovna dostopnost – čas čakanja na operativni poseg zaradi čakalne vrste, čeprav je upoštevana uredba Ministrstva RS za zdravje o najdaljših dopustnih čakalnih vrstah. Uslužnost oziroma spoštljiv odnos do pacienta ter empatija sta opredeljena v splošnih aktih bolnišnice v viziji razvoja in delovanja bolnišnice, ki temelji na prijaznem, spoštljivem odnosu do pacientov in drugih notranjih in zunanjih udeležencev v poslovanju bolnišnice. Uslužnost je del kompetentnosti kadrov, izhajajoč iz znanja in osebnostne naravnosti, vendar je na podlagi dokumentacije klinične poti ni mogoče ocenjevati. Zaupanje gre pripisati že dejstvu, da pacient v široki paleti izvajalcev storitve izbere bolnišnico in zdravnika, ki mu zaupa izvedbo operativnega zdravljenja. Z zaupanjem sta tesno povezana razumevanje in poznavanje uporabnika, ki sta temeljni izhodišči pri zagotavljanju pacientovih potreb in doseganju njegovega zadovoljstva. Kakovost in dostopnost ustreznih materialov in fizično podporo storitvam lahko bolnišnica dokazuje z ustrežno logistiko in organizacijo dela, procesno naravnostjo, z rednim sodelovanjem na javnih razpisih, iz katerih je razvidno, da je v uporabi zgolj visoko kakovosten protetični material in drugi, za storitev potrebni, pripomočki, statistični podatki o izidih enakih storitev ter referenčnost kadrov, njihova izobrazba in usposobljenost.

7.4 Ali in kako konkretna klinična pot pri vstavitvi endoproteze kolka omogoča menedžmentu nadzor in presojo kakovosti in varnosti

Z vidika uporabnosti za management lahko klinično pot ocenimo kot pregledno. Podatki so zbrani sistematično in predstavljajo nabor podatkov o pacientu, njegovem zdravljenju pred in med posamezno hospitalizacijo. Podatke je možno zbirati in analizirati ločeno ali v posameznih sklopih. Posodobljena dokumentacija, dosledno beleženje izvedenih aktivnosti in

avtorizacija izvedbe zagotavljajo boljšo sledljivost in primerjanje rezultatov. Prav tako je olajšano spremljanje odstopanj, kar je pomembno tako za organizacijsko-poslovni kakor tudi za strokovni menedžment. Klinična pot omogoča spremljanje številnih kazalnikov kakovosti, s katerimi je možno spremljati učinkovitost procesa, vključenost posameznih poklicnih skupin in opredelitev njihovih potrebnih kompetenc. Na podlagi klinične poti management lažje definira tveganja in posledično sprejema strateško učinkovitejše rešitve ter usmerja razvoj stroke v doseganje visoke ravni kakovosti in varnosti.

Z vidika varnosti omogoča oblikovana klinična pot sprotno spremljanje izvajanja aktivnosti po klinični poti, pa tudi vsa odstopanja, ki so pri tem nastala. Procesni pristop zagotavlja takojšnje zaznavanje odstopanj vsem vključenim strokovnjakom v vsakem časovnem obdobju oziroma v vseh fazah procesa. Varnost pacientov je potemtakem spremljana skozi celoten proces obravnave. Klinično pot je s tega vidika možno oceniti kot sistematično, za pacienta varno in takšno, ki omogoča v času obravnave po klinični poti spremljanje številnih kazalnikov kakovosti. Klinična pot zagotavlja učinkovitejšo komunikacijo znotraj zdravstvenega tima, jasno opredeljuje potrebne informacije vsakemu posameznemu članu tima, s čimer se poveča možnost informiranja pacienta in njegovih svojcev, kar posledično olajša interdisciplinarno obravnavo. Učinkovita in kakovostna komunikacije znotraj zdravstvenega tima je ob strokovnem znanju in ustrezni tehnologiji ključni element za doseganje varnosti. Preglednost dokumentacije in zbranih podatkov zmanjša število napak in omogoča takojšnje zaznavanje odstopanj od začrtanih smernic klinične poti. Opredelitev dejavnikov tveganja zmanjšuje možnost odstopanj in zagotavlja enak nivo zdravstvene obravnave vsem pacientom.

Ocena klinične poti glede na lastnosti kakovostne oskrbe, kot so: visoka strokovnost, temelječa na znanstvenih dokazih, uporabi smernic, dostopnost, dosegljivost, pravičnost, najmanjše možno tveganje za pacienta, izpolnjevanje potreb pacientov in družbe so v sledenju korakov klinične poti omogočeni, razen učinkovite izrabe razpoložljivih virov, ki jih z dano obliko klinične poti ne moremo dokazati.

Zaradi preglednosti in vzpostavljenega zaporedja aktivnosti pri izvajanju storitev ter jasno opredeljenih nalog za vsako poklicno skupino je klinična pot primerno orodje za uvajanje in izobraževanje novo zaposlenih sodelavcev ter izobraževanje dijakov in študentov. Ocenjujemo lahko, da klinična pot:

- omogoča presojo po standardih kakovosti,
- z njeno uporabo zmanjšujemo možnosti napak,
- omogoča takojšnjo zaznavanje vseh odstopanj in hitrejše korektivno ukrepanje,
- zagotavlja celovitost in sistematičnost dokumentacije, torej sodobno zdravstveno dokumentacijo,
- lahko v skladu s teoretičnimi izhodišči povezujemo z nekaterimi drugimi vsebinami zdravstvene obravnave in oskrbe (npr. načrtovanje kadrov, izobraževanje in strokovno izpopolnjevanje, spremljanje kazalnikov poslovanja itd.),
- spodbuja razvoj in vpeljevanje informacijske podpore,
- omogoča učenje na podlagi praktičnih primerov.

Ker gre za izvajanje aktivnosti po vnaprej dogovorjenih strokovnih standardih in smernicah, klinična pot zagotavlja enako kakovost obravnave za vse paciente.

Klinična pot je s stališča uporabnosti za menedžment tudi orodje za opredeljevanje in spremljanje kazalnikov kakovosti – zagotavljanje sledljivosti in varnosti je realizirana na osnovi dokumentiranja. Dokumentacijo klinične poti sestavljajo obrazci, ki v uvodu vsebujejo podatke o pacientu – anamneza in status, list terapije, negovalna anamneza, načrt zdravstvene nege, (ime in priimek, datum rojstva, glavna diagnoza, zaradi katere je bil pacient sprejet v obravnavo, druge diagnoze). Odstopanja, vezana na anestezijo, so zavedena na listu anestezije posameznega pacienta in knjigi, v kateri so zabeležena vsa odstopanja pri anesteziji, ki se nahaja v operacijskem bloku. Dokumentirani so vsi laboratorijski izvidi ter dostopni v pisni in elektronski obliki. V sklopu klinične poti je tudi dokument Kirurški varnostni list (v nadaljevanju KVL), ki je bil izdelan s ciljem zagotavljanja optimalne kakovosti in varnosti ter sledljivosti postopkom v času zadrževanja pacienta v operacijskem bloku. Dokument zajema kriterije preverjanja ustrezne dokumentacije in postopkov s strani celotnega tima. Razdeljen je v tri sklope: anestezija, operacijska zdravstvena nega in priprava na poseg, pooperativna oskrba. Za varnost pacienta in izpolnjevanje sistemskih zahtev v skladu s klinično potjo je izjemnega pomena verbalna komunikacija med posameznimi člani tima, saj poteka izpolnjevanje KVL po principu in v skladu s pisnimi navodili na osnovi glasnega, jasnega in razumljivega besednega sporazumevanja in potrditve ugotovljenih dejstev, ki so nato zabeležena v dokument in potrjena s podpisom nosilcev posameznega dela preverjanja ter na koncu tudi s podpisom zdravnika operaterja.

7.5 Ali in kako konkretna klinična pot pri vstavitvi endoproteze kolka aktivno vključuje pacienta/uporabnika zdravstvenih storitev in vpliva na njegovo zadovoljstvo

Če ponovno izpostavimo Kersnikovo opredelitev bistvenega elementa zdravstvene oskrbe, torej njen izid, ne moremo mimo pomena izida predvsem s stališča pacienta. Izid predstavlja rezultat delovanja vseh segmentov znotraj izvajanja zdravstvenih storitev, ki je pod danimi pogoji s strani resursov odvisen tudi od lastnosti posameznega bolnika in njegovega zdravstvenega stanja oz. bolezni, izbire zdravstvene aktivnosti za izvedbo storitve in drugih družbeno socialnih dejavnikov, ki lahko vplivajo na sam izid zdravljenja (Kersnik 1998).

Prednosti obravnave po klinični poti za pacienta

Vsako zdravstveno težavo ali bolezen spremljajo različna čustva, strah in skrb za lastno zdravje. Temu se pogosto pridružijo še najrazličnejše težave posameznika. Obravnava po klinični poti pacientu omogoča boljši vpogled v načrtovani proces zdravljenja, pacient je lahko seznanjen s planiranimi aktivnostmi, njihovim zaporedjem, potrebo po svoji udeležbi v procesu zdravljenja, spremljanju napredka zdravljenja ter primerljivo enake obravnave z ostalimi pacienti. Tak pristop pacientom vliva zaupanje v potek zdravljenja in zagotavlja aktivnejšo vlogo v celotnem procesu. Zdravstveno osebje lahko v vsakem trenutku preveri pacientovo seznanjenost s potekom zdravljenja, pojasni, katere aktivnosti so še potrebne, s čimer se poveča zaupanje pacienta in njegovo aktivno sodelovanje. Pri takšni obravnavi je pacient dejansko postavljen v ospredje.

7.6 Odstopanje in pomanjkljivosti klinične poti pri vstavitvi endoproteze kolka

Kot vsak proces, metoda dela ali dokument ima tudi klinična pot določene pomanjkljivosti, ki jih je možno uporabiti kot priložnosti za izboljšave.

Z vidika uporabnosti za menedžment lahko ocenimo, da klinična pot ne vsebuje elementov, ki bi menedžmentu omogočali celostni pregled nad stroški oziroma planiranje stroškov že pred samim operativnim posegom. Klinična pot ne vsebuje nabora standardnih materialov za izvedbo operativnega posega (proteza, standardni paket materialov za pokrivanje operativnega polja itd.). Izbor proteze je prepuščen strokovni odločitvi vsakemu

posameznemu zdravniku operaterju, izbor materiala za pokrivanje operativnega polja operaterju in preostali ekipi itd. Predpostavljamo, da bi z naborom natančno določenih materialov povečali stroškovno primerljivost med posameznimi operativnimi posegi, vendar bi s tem hkrati zmanjšali možnost prilagajanja individualnim potrebam pacienta. Klinična pot torej nima ustreznega neposrednega in posrednega vpliva na stroške.

Z vidika kakovosti in varnosti analizirana klinična pot ustreza teoretičnim izhodiščem. Kljub temu so možne izboljšave z opredelitvijo dodatnih kazalnikov kakovosti, s katerimi je možno izboljšati spremljanje kakovosti in varnosti dela ter razvijati varnejše, učinkovitejše, bolj racionalne in pacientom prijazne postopke. Izboljšavo bi nedvomno predstavljala tudi elektronsko vodena dokumentacija pacienta, ki bi omogočala avtomatsko zbiranje podatkov, večjo sistematičnost zbiranja podatkov in olajšala analize. Ker je kakovost in varnost vedno možno razvijati in dopolnjevati je odkrivanje priložnosti za izboljšave še toliko bolj pomembno tudi na primeru klinične poti.

Z vidika povečevanja vključenosti pacientov v proces zdravljenja bi analizirano klinično pot v segmentu aktivnejše vloge pacienta v procesu zdravljenja lahko še izboljšali. Seznanitev pacientov z natančnim potekom klinične poti bi lahko izvedli že ob vstopu v proces zdravljenja, torej ob pregledu v specialistični ortopedski ali anesteziološki ambulanti. Pacienti bi si na osnovi zgodnjih informacij lažje pripravili morebitna vprašanja, s katerimi bi želeli pridobiti dodatne informacije natančnejša pojasnila. Pacientom je le delno poznan list terapije, v celoti je seznanjen z negovalno anamnezo, pomanjkljivo pa z načrtom zdravstvene nege, prav tako ni seznanjen s planiranim potekom fizioterapije in kasnejše rehabilitacije v pisni obliki. Ker pa gre pri pacientih z vstavljeno totalno protezo kolka praviloma za starejšo populacijo, ki je hkrati zaradi operativnega posega pod vplivom določenih psihično obremenjujočih dejavnikov, spremembe okolja in straha pred izidom operacije, bi bila pisna navodila dobrodošla že pred posegom. Opozoriti je potrebno na primer dobre prakse te iste bolnišnice, ko je bil za potrebe povečane informiranosti pacientov organiziran predoperativni seminar, na katerem sta zdravnica in diplomirana medicinska sestra pacientom podrobno v obliki predavanja predstavili potek zdravljenja in pooperativne obravnave, rehabilitacije in hkrati odgovarjali pacientom na konkretna vprašanja. Žal je taka praksa izzvenela zaradi skrajševanja ležalnih dni v bolnišnici, saj so pacienti v bolnišnico danes sprejeti praviloma dan ali največ dva dneva pred planiranim operativnim posegom. Zaradi kratke ležalne dobe pred operacijo pa je ves čas, ki je na razpolago, skoncentriran na nujno potrebne aktivnosti

priprave pacienta na poseg (izvidi, pregledi, slikanja, pogovor z zdravnikom, namestitve v bolnišnici itd.), tako da za sistematično informiranje zmanjka časa.

Organizacijski vidik – največji negativni delež pri obravnavani klinični poti lahko pripišemo nesprejemanju klinične poti s strani vseh poklicnih skupin, ki bi klinično pot morale sprejeti kot pripomoček, jo pa v praksi sprejemajo predvsem kot nepotrebno novost, ki zahteva spremembe v razmišljanju in ravnanju. Največji problem predstavlja prenovljena dokumentacija, spremenjen način dokumentiranja in sprotno avtorizacija izvedenih postopkov s podpisom izvajalcev.

Vpliv klinične poti na stroške – neposrednega vpliva klinične poti na stroške ne moremo dokazati. Glede izbire protetičnega materiala in vrste proteze je potrebno poudariti, da že zaradi fizične konstitucije in anatomskih razlik med pacienti ne obstaja tipična proteza, ki bi bila primerna oziroma optimalna za vse uporabnike. Nabor protetičnega materiala se na trgu stalno povečuje, prav tako se stalno izboljšujejo materiali, iz katerih so proteze narejene. Pri tem so pomembne tudi tehnike izvedbe, razvojni potencial proizvajalcev ter v končni fazi tudi cenovna dostopnost. Ortopedska bolnišnica Valdoltra je ves čas delovanja na področju ortopedije usmerjena v nabavo visokokakovostnih materialov, ki so včasih na prvi pogled morda videti nekoliko dražji, vendar je obstojnost vstavljenega materiala na podlagi študij dokazala, da gre v teh primerih za dolgoročno naložbo. Pri izbiri visokokakovostnega materiala je pozitiven učinek tako na strani pacienta kakor tudi na strani plačnika obravnavane zdravstvene storitve. Na ravni bolnišnice je na osnovi klinične poti možno določiti nekatere materialne, postopke in posege, ki jih je možno standardizirati. Zaradi upoštevanja individualnih potreb posameznika vseh stroškov ni možno predvideti, kar pa ne pomeni, da optimizacija ni možna.

Primerjava klinične poti z dosedanjo prakso

Zaradi procesnega pristopa je bilo potrebno pregledati vso prejšnjo dokumentacijo, pregledati procese, ki so del načrtovane klinične poti, in pristopiti k pripravi prenovljene dokumentacije. Pri pripravi se je bilo potrebno izogniti podvajanjem dokumentiranja, postavljeni so jasni okvirji nalog posamezne poklicne skupine, z uvedbo odpisovanja izvedenih aktivnosti je uvedena odgovornost za izvajanje aktivnosti, prav tako je uvedeno zaključevanje procesa. To

nastopi pred odpustom pacienta in je izvedeno s spregledovanjem celotne dokumentacija s strani zdravnika – nosilca dejavnosti, ki s podpisom potrdi izvedbo klinične poti.

Navodila za izvajanje kliničnih poti narekujejo takojšnje dokumentiranje vseh odstopanj in presojo, sicer nastalo odstopanje vodi v izstop iz načrtovane klinične poti (torej v novo klinično pot) oziroma oceno, ali gre morda za komplikacijo oz. neželen dogodek.

Primerjava klinične poti z dosedanja prakso pokaže nekatera bistvena odstopanja. Medtem ko je klinična pot jasno začrtana, pri dosednji praksi obravnava pacienta ni jasno dorečena. Razlikuje se namreč glede na odločitve izvajalcev zdravstvenih storitev. Sistematično urejeno zaporedje izvajanja posameznih aktivnosti olajša pripravo diagrama korektivnih ukrepov, prav tako je bistveno zmanjšanje podvajanja nekaterih zapisov, podatkov in tudi izvedenih aktivnosti. Uvedba klinične poti zahteva izobraževanje, spreminjanje dokumentacije in postopno uvajanje v prakso v obliki timskega dela. Pomembna je torej sprememba organizacijske kulture.

Vpliv vsesplošne usmerjenosti v zagotavljanje in razvijanje kakovosti je očiten tudi v prehodu k uvajanju kliničnih poti, standardizacije in akreditacije. Priprava kliničnih poti je po pričakovanjih glede na teoretična izhodišča sprožila drugačna razmišljanja nekaterih posameznikov, ki so v procesni metodi dela in povečani sistematičnosti dokumentacije in zbiranja podatkov prepoznali priložnost za izboljšave. To dokazuje dejstvo, da je prav ta skupina posameznikov ob svojem velikem obsegu rednega dela aktivno pristopila še k uvajanju sprememb. Gre namreč za sistemske spremembe, ki zahtevajo velike premike v kulturi organizacije. Vsekakor pa je možno podati ugotovitev, da je v prakso še vedno vpeljanih malo kliničnih poti.

7.7 Preverjanje in interpretacija tez

Preverjanje prve teze je temeljilo na teoretičnih izhodiščih (Hindle 2003; Yazbeck in Robida 2006; Maze 2008), ki opredeljujejo klinične poti kot primerno orodje za izboljšanje kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev, na osnovi metodoloških priporočil za oblikovanje kliničnih poti, ki jih je izdalo Ministrstvo RS za zdravje (Robida 2006), in tistih, ki zagovarjajo uporabnost kliničnih poti v zagotavljanju nepretrgane in usklajene zdravstvene oskrbe,

povečani usklajenosti dela in učinkovitejši komunikaciji, sistematično vodilo za izvajanje procesov in postopkov oskrbe (Parasuraman in drugi 1985).

T1: Klinična pot je primerno orodje nadzora in presoje kakovosti zdravstvenih storitev – potrdimo. Študija primera pokaže, da klinična pot zagotavlja sistematično dokumentiranje izvajanja procesa oskrbe, s čimer je zagotovljeno sistematično zbiranje podatkov, učinkovit prenos informacij, možnost takojšnje ugotovitve morebitnih odklonov od klinične poti, zato z njeno pomočjo lažje ovrednotimo dejavnike, ki vplivajo na kakovost in izpostavimo dejavnike tveganja.

Preverjanje druge teze je sloni na teoretičnih ugotovitvah, da je klinična pot primerna za opredeljevanje kazalnikov kakovosti, saj z njeno uporabo lahko dosežemo večjo transparentnost zbranih podatkov in preglednost pacientove dokumentacije, kar omogoča primerjanje lastnosti kakovostne oskrbe (Yazbeck in Robida 2006; Parasuraman in drugi 1985; Robida in drugi 2006; Hajnrih in drugi 2009). Kot navaja Robida, je merjenje kakovosti zdravstvenih storitev je v stalnem razvoju tudi v našem sistemu zdravstvenega varstva. Ob vedno večjem zavedanju pomena kakovosti in varnosti ter prehajanjem na dokazovanje konkurenčnosti posameznih zdravstvenih organizacij so bila za ocenjevanje izoblikovana nekatera merila in kriteriji tako na državni kot tudi na ravni posamezne zdravstvene organizacije. Kot je povzeto v Nacionalnih usmeritvah za razvoj kakovosti v zdravstvu, je merjenje kazalnikov nujno, saj omogoča vrednotenje in merjenje dela in kakovosti storitev, medsebojna primerljivost pa omogoča prepoznavanje dobrih praks in priložnost za izboljšave (Robida 2006a).

T2: Klinična pot zagotavlja sledljivost zdravstvene oskrbe in s tem povečuje varnost zdravstvenih storitev – potrdimo.

Študija primera pokaže, da zagotavlja klinična pot dobro preglednost in sistematično zbiranja pacientovih podatkov, kar omogoča učinkovitejšo komunikacijo znotraj zdravstvenega tima in takojšnje zaznavanje odstopanj, olajša notranji nadzor, omogoča hiter prenos dobre prakse in olajša opredelitev kazalnikov kakovosti. Zaradi hitre zaznave odstopanj od načrtovanih postopkov zdravstvene obravnave in izidov zdravljenja je možno takojšnje ukrepanje in določanje kazalnikov kakovosti, kar povečuje kakovost in varnost storitev.

Tretjo tezo smo preverjali na osnovi opredeljevanja in ocenjevanja kakovosti storitev, pri katerem uporabniki uporabljajo temeljne kriterije, ki po opredelitvi Parasuramana in drugih (Parasuraman in drugi v Štern 2006, 44) obsegajo deset kategorij, ki se med seboj lahko tudi prepletajo in prekrivajo. Ti dejavniki, ki vplivajo na kakovost storitev, so: zanesljivost,

odzivnost, kompetentnost, dostop, uslužnost, komunikacija, zaupanje, varnost, razumevanje oz. poznavanje uporabnikov ter fizična podpora storitvam.

T3: V klinično pot vstavitve totalne endoproteze kolka so vključeni temeljni dejavniki, ki vplivajo na kakovost in varnost storitev – potrdimo.

Obravnavani primer klinične poti kaže na korelacijo klinične poti in dejavnikov, ki vplivajo na kakovost storitev. Klinična pot je zasnovana na procesu obravnave za izvedbo točno določene storitve, to je vstavitve totalne endoproteze kolka. Pri izvajanju posameznih aktivnosti lahko iz opisa procesa razberemo, da so v dejavniki vpeti v celoten proces zdravstvene obravnave od sprejema do odpusta.

Četrto tezo smo preverjali na osnovi teoretičnega izhodišča, ki obravnavajo problematiko pomembnosti kazalnikov kakovosti zdravstvenih storitev in zadovoljstvo uporabnikov. Čeprav sta zadovoljstvo uporabnikov in kakovost storitev med seboj povezana, ju ne moremo enačiti, saj gre pri zadovoljstvu uporabnikov zgolj za del kakovosti storitev. Bitner in Hubert ocenjujeta, da je zadovoljstvo uporabnikov pogoj za zaznano kakovosti. Izhajata namreč iz predpostavke, da je zaznana kakovost storitev posledica večkratnega zadovoljstva uporabnika (Bitner in Hubert v Dagger in drugi 2007, 133). Zadovoljstvo je definirano kot uporabnikov čustveni odziv na določeno izkušnjo (Oliver v Choi in drugi 2005, 141). Po drugem pogledu je kakovost kot kognitivno vrednotenje predhodna zadovoljstvu, ki je emocionalna reakcija na določeno izkušnjo (Brady in Robertson v Dagger in drugi 2007, 133).

T4: Uvajanje kliničnih poti v prakso povečujejo aktivno vključenost pacientov v proces zdravstvene obravnave in s tem njihovo zadovoljstvo – ovržemo.

Klinična pot sama po sebi ne izkazuje direktnega vpliva na povečevanje zadovoljstva pacientov, prav tako velja tudi za njihovo večjo vključenost v proces zdravstvene obravnave. Vključenost v proces obravnave je prepoznavna le v primeru pridobivanja potrebnih pisnih soglasij, ki jih mora pacient podati za izvajanje posameznih aktivnosti, pojasnilna dolžnost zdravstvenega osebja pa je sicer v praksi izvedena, vendar pomanjkljivo dokumentirana. Iz študije primera klinične poti ne moremo razbrati, v kolikšni meri so pacienti dejansko vključeni v obravnavo in kakšno je dejansko njihovo zadovoljstvo z izvedbo posameznih aktivnosti in izidom storitve. Študija primera je pokazala, da je v klinični poti natančno definiran le proces dela, medtem ko lahko za obseg vključenosti pacientov sklepamo, da je leta odvisen predvsem od izvajalcev zdravstvenih storitev, v kolikšni meri sami vključujejo in obravnavajo pacienta kot enakopravnega partnerja oziroma od lastnih aktivnosti in interesa pacienta samega.

8 KLJUČNE UGOTOVITVE

Iz Priporočila Sveta Evrope Rec (2000)⁵ o razvoju organiziranosti državljanov in vlogi pacientov pri odločanju v zdravstvenem varstvu je bistvo sistema zdravstvenega varstva zaupanje pacientov. Če obstoja dvom pri zaupanju v zdravnika, je potrebno celotni sistem ponovno pretehtati. V kontekstu sodelovanja med zdravstvenimi delavci, plačniki zdravstvenih storitev in pacienti na eni strani in zdravstveno politiko na drugi strani je potrebno razvijati ustrezne pogoje za promocijo zaupanja. Za izgradnjo zaupanja je potrebno sprejeti različne ukrepe:

- za zdravstvene delavce: kakovost strokovnega usposabljanja in raven etike, neodvisnost njihovih odločitev, spremljanje razvoja stroke;
- za paciente: pravice pacientov, preglednost in obveščenost o pomenu postopkov in zbranih rezultatov, možnostih za posredovanje in spravo, itd. (Robida 2005).

Sisteme in procese zdravstvene obravnave je treba izboljšati tako, da bi bili zapleti že od samega začetka manj pogosti. Če pa do njih pride, jih moramo hitro prepoznati in jih odpraviti, preden bolnikom povzročijo škodo. Na tak način lahko zdravnikom in drugim zdravstvenim strokovnjakom nudimo podporo pri prizadevanjih za izvajanje najboljše možne zdravstvene oskrbe (Robida 2005).

Ko gredo stvari narobe, je zelo pomembno, da zdravstvene službe natančno ugotovijo, kaj se je zgodilo ter aktivno iščejo načine za preprečevanje tovrstnih težav v prihodnje. Prav tako morajo o tem, kaj se je zgodilo, obvestiti bolnika in tiste, ki zanj skrbijo, ter jim razložiti, kaj bodo v zvezi s tem storile. Izboljševanje varnosti ni le delo zdravnikov, medicinskih sester ali drugih zdravstvenih poklicev. Nobena skupina ločeno ne more biti uspešna. Vsakdo mora prevzeti svojo vlogo od vlade, ki sprejema odločitve o zdravstvenem sistemu na visoki ravni, pa vse do bolnika, ki prejema zdravstveno oskrbo (Robida 2005).

V Sloveniji so bile prve klinične poti uvedene leta 2002. Klinične poti so lahko ključnega pomena pri zagotavljanju kakovostne zdravstvene oskrbe, saj zagotavljajo usklajeno delovanje tima, odlično sledljivost in povezovanje članov tima v polivalentni kontinuirani oskrbi. Uvajanje kliničnih poti pomeni organizacijske inovacije, ki so glede na razvijanje celotnega družbenega sistema nujne in pričakovane, saj prinašajo v proces obravnave pacienta

preglednost, sistematično zbiranje podatkov, ki že sami po sebi spodbujajo analitičen pristop in s tem težnjo k izboljšavam ter povečevanju kakovosti in varnosti.

V nalogi so nas zanimalo predvsem prednosti klinične poti in odgovor na vprašanje, ali so klinične poti primerno orodje za zagotavljanje kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev. Analiza primera klinične poti je pokazala, da so klinične poti lahko primerno orodje za zagotavljanje sledljivosti zdravstvene obravnave in kot take tudi primerno orodje za zagotavljanje kakovosti in varnosti. Sklepamo lahko, da so lahko tudi dober pripomoček za nadzor nad stroški, vendar se v praksi prav na tem področju odpirajo še nedotaknjena vprašanja, ki zahtevajo vključevanje širše množice različnih strokovnjakov, nenazadnje tudi proizvajalcev in dobaviteljev potrebnih materialov, prav tako tudi finančnikov, analitikov, raziskovalcev itd. Izračun stroškov iz analizirane klinične poti ni možen, ker niso postavljena ustrezna izhodišča oziroma nabori standardnih materialov.

Glede na teoretična izhodišča klinična pot omogoča: učenje, olajša uvajanje novo zaposlenih, preglednost timskega dela in odgovornosti za posamezne aktivnosti znotraj procesa, olajša komunikacijo in prenos informacij, izogne se podvajanju informacij, tim vodi v smeri skupnega delovanja, osredotočenega na pacienta, zagotavlja enostavnejše zbiranje in analizo podatkov, v sistemu SPP zagotavlja boljšo primerljivost. Z uvajanjem kliničnih poti zaposleni lažje prehajajo na procesni način dela, postavljeni so novi kazalniki kakovosti, poenostavljen je pretok pacientov skozi posamezne obravnave. Analizirana klinična pot ustreza ugotovitvam Kebera, ki pravi: »Kakovost zdravstvenih storitev razumemo, kadar pravi bolnik dobi pravo oskrbo pravočasno in na pravi način, kadar mu je zdravstvena oskrba dostopna v primernem času, kadar dobi natančno in razumljivo informacijo o tveganjih in dobrobitih zdravstvene oskrbe, kadar se ta izvaja varno in spoštljivo in kadar je nepretrgana, učinkovita in uspešna« (Keber in drugi 2003, 42).

Kljub temu je potrebno opozoriti, da klinične poti še vedno niso splošno sprejete kot pripomoček za zagotavljanje kakovosti in varnosti, saj v praksi pri njihovem uvajanju naletimo na precejšen odpor. Na eni strani zaposleni zaupajo v preizkušene načine dela in preizkušeno organizacijo, na drugi strani pa se pojavi potrebna reorganizacija (organizacijska inovacija) in s tem spremembe, merjenje in omejevanje porabe, natančnejše spremljanje stroškov, nejasnost ciljev itd., kar preusmeri potrebno energijo za spremembe v boj z dokazovanjem in prepričevanjem. Izid je seveda odvisen od predhodne priprave zaposlenih na spremembe, razvijanja organizacijske kulture in predhodnega izobraževanja.

Na državnem nivoju ni opredeljen minimalni standard kakovosti ali minimalni cenovni standard posameznega protetičnega materiala, saj se celotna kalkulacija ZZZS vrti okrog števila primerov, SPP in čakalnih dob, medtem ko nikogar – razen izvajalcev samih – ne zanima vrsta in kakovost vgrajenega materiala, kakovost izvedbe storitve in realnost dejanskih čakalnih dob. Za dobavo protetičnega materiala bolnišnica sicer sodeluje na javnem razpisu, vendar je paleta razpisanih protetičnih materialov prepuščena strokovni presoji zdravnikov in dostopnosti na trgu. O izboru proteze se torej v vsakem posameznem primeru odloča zdravnik operater. Takšne odločitve so seveda zaradi naravnosti zdravnikov k strokovno opravljenemu delu in izbiri najkakovostnejših, sodobnih in s študijami podprtih materialov strokovno upravičene, s strani pacienta pričakovane, vendar s strani financerja javnih zdravstvenih storitev nenadzorovane, drage in nepodprte. Ker ni izhodiščnega standarda, kakovost še vedno ni cenjena kot dolgoročna naložba, čeprav raziskave kažejo, da sta prav kakovostna storitev in kakovosten protetični material dolgoročno finančno učinkovita, obstojna in varna ter ekonomsko upravičena.

V kolikor bi pri izboru materialov izhajali iz nabora materialov glede na ceno in s strani zdravnikov opredeljene kakovosti v okviru sedanjega zdravstvenega sistema v RS, je z uporabo klinične poti nedvomno možen tudi **vpliv na stroške**. Neposrednega vpliva klinične poti na stroške sicer ne moremo dokazati, a kljub temu lahko z gotovostjo trdimo, da študija primera jasno pokaže sistematičen pristop in v celoti dokumentirano zdravstveno obravnavo z vsemi potrebnimi postopki, s čimer lahko nedvomno zagotovimo, da ne prihaja do podvajanja postopkov, možen je nadzor nad porabo materialov in pripomočkov, ki so uporabljeni v teku posamezne zdravstvene obravnave, kar v končni fazi zmanjša skupne stroške.

Pri procesu razvijanja in zagotavljanja kakovosti in varnosti nastajajo stroški kakovosti, stroški, potrebni za vzpostavitev sistema, stroški preprečevanja napak in podvajanj storitev, stroški kontrole, nadzora in preizkusov« (Vujošević 1992, 193; Kersnik 2012), kar dokazuje, da kakovost in sistem vzpostavljanja kakovosti stane, hkrati za s takim pristopom na daljši rok in v ekonomiji obsega vodi v sistematičen nadzor nad stroški in posledično tudi v možnost zmanjševanja stroškov. Slednje odraža tudi analizirana klinična pot.

Standardiziran material, katerega cena je pokrita iz naslova zdravstvenega zavarovanja, bi po pričakovanjih padel pod sedanji nivo kakovosti, saj se danes zdravniki pred implantacijo odločajo predvsem na osnovi kakovosti, z dokazi podprte trajnosti vstavljenih endoprotetike,

in temeljite priprave glede na anatomske posebnosti in življenjski stil posameznika. Obstaja torej pomislek, da bi z natančno uvedbo predpisanih protetičnih materialov v stalnem boju s stroški lahko padla njihova kakovost. Rešitvi sta sicer dve:

- določitev standardizirane protetike z uvedbo doplačil za vse nestandardizirane materiale,
- določitev minimalnih kriterijev kakovosti za vse implantne materiale.

Pri sestavi nabora materialov bi morali sodelovati tako plačniki zdravstvenih storitev kakor tudi medicinski strokovnjaki oziroma znanstveniki, ki lahko na osnovi študij zagovarjajo kakovost in varnost protetike in s tem optimalno varnost za paciente.

Na podlagi analize primera klinične poti ocenjujemo, da je klinična pot primerna kot:

- metoda za doseganje kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev,
- eden od korakov vzpostavljanja sistema celovite kakovosti,
- omogoča sistematično zbiranje podatkov in merjenje kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev,
- je ustrezen pripomoček za nadzor, izboljšanje in presojo kakovosti.

Vrednost dokumenta bi bila povečana, če bi bil implementiran v elektronski obliki z avtomatskim beleženjem podatkov in lažjo analitično obravnavo ter avtomatskim opozarjanjem na odstopanja, kar pa je predmet razvoja v prihodnosti. Iz študije primera ugotovimo, da je klinično pot smiselno dopolniti z vsebinami, ki bi spodbujale in dokazovale vključevanje pacientov v zdravstveno obravnavo.

Kljub vsemu klinična pot v praksi ni pogosto uporabljena metoda, s katero bi izvajalci zdravstvenih storitev uravnavali potek zdravstvene obravnave in jo uporabljali kot pripomoček za zagotavljanje kakovosti in varnosti.

Čeprav je podlaga za plačilo javnih zdravstvenih storitev vezana na pogodbeno določen obseg storitev in istočasno plačilo po sistemu SPP³⁵ (skupine primerljivih primerov), so vodilo skozi proces zdravljenja lahko tudi klinične poti, s pomočjo katerih je olajšano zagotavljanje kakovostno opravljenih storitev, zmanjšanje tveganj, povečanje zadovoljstva pacientov in zaposlenih, omogočajo pa tudi boljšo sledljivost in poglobljeno raziskovalno delo na področju kakovosti storitev. K takšnim vodilom pa je potrebno dodati še nabore minimalnih standardiziranih ali dogovorjenih materialov, opreme in kadrov, ki bi v praksi predstavljalo minimalne pogoje za izvedbo storitev, kar bi okrepilo nadzor nad stroški. Žal pa tak celovit sistem v praksi uporabe kliničnih poti še ne deluje.

³⁵ Skupine primerljivih primerov – SPP predstavlja model razporejanja sredstev za zdravstvene storitve t. i. akutne bolnišnične obravnave. Temeljni namen je povečanje preglednosti in sredstev ter plačevanja storitve. Zaradi enotnih meril predstavlja model dobro izhodišče za primerjanje med posameznimi izvajalci. Samo plačevanje storitev je odvisno od zahtevnosti storitev oz. zdravstvene obravnave, kar pomeni, da »denar sledi bolniku«. Z uvajanjem kliničnih smernic in kliničnih poti (kar predstavlja nadgradnjo sistema) se povečuje preglednost sistema, hkrati pa gre tudi za spodbujanje dobre klinične prakse, ki je bila v preteklosti pogosto premalo cenjena ali morda kar spregledana.

ZAKLJUČKI

Obvladovanje sodobnih konceptov, poznavanje primernih orodij in zavedanje pomena kakovosti in varnosti je izjemnega pomena tudi v zdravstvu. Kakovost in varnost postajata vedno bolj pomembni vodili v procesu zagotavljanja zdravstvenih storitev. Zavedanje priložnosti za izboljšave in nova znanja vodijo menedžment k uvajanju novih sodobnih orodij v prakso. Eno takšnih orodij so tudi klinične poti.

Na podlagi študije primera je možno sklepati, da so klinične poti primerno orodje za zagotavljanje kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev. Poglavitna prednost kliničnih poti je v takojšnjem zaznavanju odklonov in sistematično zbranih podatkih o celotnem procesu zdravstvene obravnave. Potrjuje tudi, da je kakovost temeljno izhodišče varnosti – ne glede na vrsto ali zahtevnost zdravstvene obravnave.

Če na kratko povzamemo, ugotovimo, da predstavlja primer klinične poti zdravstveno dokumentacijo, ki omogoča primerjanje, sledljivost, raziskave in razvoj. Hkrati zagotavlja olajšano in preglednejše kodiranje izvedenih storitev, samoocenjevanje lastnega dela in razvijanje kakovosti in varnosti ter v povezavi s tem vseživljenjsko učenje. Kot taka lahko predstavljena klinična pot služi menedžmentu kot orodje za planiranje, izračunavanje stroškov, upravljanje s tveganji. Hkrati je primer klinične poti možno uporabiti kot orodje za izgradnjo ter razvijanje sistema celovitega sistema kakovosti in varnosti. Pri tem je potrebno opozoriti na omejitve raziskave – zaradi študije enega primera rezultatov ni mogoče posploševati.

Kljub navedenim prednostim klinične poti v praksi niso najbolj sprejete, zato je dejanskih primerov, primernih za poglobljene raziskave, še izjemno malo. Pri tem se poraja vprašanje, če so klinične poti dejansko vsesplošno uporabne oziroma kaj je potrebno storiti, da bodo v praksi dejansko zaživele.

Priporočila:

- Zaradi lažjega zbiranja podatkov in spremljanja kazalnikov kakovosti je smiselno razmišljati o čim prejšnji uvedbi elektronske dokumentacije pacienta v celoti. Elektronska oblika dokumentacije bi zagotavljala preglednost vseh podatkov pooblaščenim osebam ob vsakem trenutku na enem mestu, olajšala bi spremljanje izidov zdravstvene obravnave, pri dokumentiranju ne bi prihajalo do podvajanj

zapisov in možnosti napak pri prepisovanju podatkov (kot je prisotno pri ročno vodenem dokumentiranju), kar bi imelo za posledico povečanje kakovosti in varnosti.

- Na osnovi študije primera bi bilo zaradi boljšega pregleda nad stroški in vpliva na njihovo zniževanje potrebno pripraviti okvirne nabore materialov, ki so potrebni za posamezno vrsto zdravstvene obravnave (tudi protetiko), ter aktivno pristopiti k spodbujanju proizvajalce o zniževanju cen. Tak pristop bi povečal nadzor nad stroški tako znotraj posamezne vrste zdravstvene obravnave kakor tudi v okviru posameznega zdravstvenega zavoda, vpliv pa bi bil nedvomno izražen tudi znotraj racionalizacije stroškov v celotnem zdravstvenem sistemu na ravni države.
- Za pospešeno uvajanje kliničnih poti bi morala biti zainteresirana tako plačnik zdravstvenih storitev kot tudi zdravstvena politika. Od obeh akterjev je pričakovati spodbudo in nagrajevanje preglednosti pri zagotavljanju in izvajanju zdravstvenih storitev ter povečane aktivnosti na področju edukacije in praktičnega usposabljanja.
- Več pozornosti je potrebno nameniti povečevanju vključenosti pacienta; ocenjujemo, da bi z vključevanjem pacienta lahko pričeli že ob pripravi klinične poti, ko bi pacienti lahko izrazili, kaj jih najbolj zanima oziroma, kateri podatki in informacije so za njih najpomembnejši. S takšnim pristopom bi multidisciplinarno procesno obravnavo obogatili in dodatno povečali stopnjo zadovoljstva uporabnikov zdravstvenih storitev.

Vedno se na koncu postavlja temeljno vprašanje: kako dobro narediti še bolje (Kersnik 1998).

LITERATURA

1. Albreht, Tit, Eva Turk, Martin Toth, Jakob Ceglar, Stane Marn, Radivoje Pribaković Brinovec in Marko Schaller. 2009. Slovenija: *Health system review. Health Systems in Transition. Copenhagen: World Health Organization, Evropean Observatory on Health Systems and Policies.*
2. Balažič, Jože. 2002. *Obravnava zdravstvene napake skozi zgodovino.* Ljubljana: 19. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Združenje zdravnikov družinske medicine. SZD. Dostopno prek: http://www.drmed.org/javne_datoteke/novice/datoteke/781-zdravstvenenapake.pdf (17. januar 2013).
3. Bernad, Rechel, Carl-Ardy Dubois, Martin McKee. 2006. *The Health Care Workforce in Europe.* Denmark.: Europea Observatory on Health Systems and Policies.
4. Biserka, Simčič, Mircha Poldrugovac, Dorjan Marušič. *Kazalniki kakovosti in akreditacija kot orodja za vodenje kakovosti v zdravstvu v Sloveniji.* Dostopno prek: <http://versita.metapress.com/content/22146v1953407271/fulltext.pdf> (23. november 2011).
5. Bohinc, Rado. 2009. *Pravni vidiki menedžmenta.* Ljubljana: FDV – študijsko gradivo.
6. Borak, Neven in Helena Kamnar. 2009. *Ekonomski vidiki menedžmenta.* Ljubljana: FDV – študijsko gradivo.
7. Brščič, Bernard in Maks Tajnikar. 2007. *Zdravstvene storitve kot ekonomska dobrina.* Ljubljana: Zdravstveno varstvo, 46, 78-84.
8. Bull, Adrijan. 1994. *Specifying quality in health care.* Journal of management in medicine 8(5). Dostopno prek: <http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?issn=0268-9235&volume=8&issue=2> (23. oktober 2011).
9. Cardoso, Lavoisier in Susan Aherns. 1999. *Assessing the Efficacy of a Clinical Pathway in the Management of Older Patients Hospitalized with Congestive Heart Failure.* JHQ. Dostopno prek: <http://www.allenpress.com/JHQ/079/079.htm>. (12. avgust 2012).
10. Choi, Kui Son, Lee Hanjoon, Kim Chankon in Lee Sunhee. (2005). *The service quality dimensions and patient satisfaction relations hips in South Korea: comparisons across gender, age, and types of service.* Journal of service marketing 19(3), 140 – 149.

11. Conway, Tony in Stephen Willcock. 1997. *The role the expectations in the perception of health care quality: developing a conceptual model*. International journal of health care quality assurance 10(3). 131-140.
12. Council of Europe. 2010. *Recommendation CM/Rec(2010)6 of the Committee of Ministers to member states on good governance in health systems, adopted by the Committee of Ministers on 31 March 2010 at the 1081st meeting of the Ministers' Deputies*.
13. Čebašek-Travnik, Zdenka. 2011. *Dostopnost kot pacientova pravica – z vidika Varuha človekovih pravic Republike Slovenije*. Maribor: 8. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije – zbornik prispevkov z recenzijo, 14-16.
14. Česen, Marjan, Dušan Keber, Janez Mayer. 2003. *Menedžment javne zdravstvene službe*. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje.
15. Česen, Marjan. 1998. *Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
16. --- 2003. *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje.
17. --- 2006. *Reforma zdravstva v Sloveniji*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje.
18. --- 2010. *Kratek pojmovnik za menedžerje v zdravstvu*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
19. Čuk, Vesna. 2010. *Obvladovanje neželenih dogodkov v zdravstveni negi v psihiatričnih bolnišnicah*. Obzornik zdravstvene nege 2010(4): 21-26. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
20. Dagger, Tracy S., Jillian C. Sweeney in Lester W. Johnson. 2007. *A hierarchical model of health service quality*. Journal of service research 10(2), 132 – 142.
21. Derek, R. Lane. *Communication Competence Defined! Dr.Lane's Perspective*. Dostopno prek: <http://www.uky.edu/~drlane/capstone/commcomp.htm> (12. avgust 2011).
22. Det Norske Veritas (DNV). *International Accreditation*. Dostopno prek: http://www.dnv.com/industry/healthcare/services_solutions/accreditation/niaho_dnv_international_accreditation/ (7. oktober 2011).
23. *Direktiva Komisije 2005/61/ES z dne 30. septembra 2005 o izvajanju Direktive Evropskega parlamenta in Sveta 2002/98/ES glede zahtev po sledljivosti in obveščanju o hudih neželenih reakcijah in dogodkih* (Uradni list EU L 256, 01/10/2005, 0032 – 0040).

24. *Direktiva Sveta 97/43/EURATOM z dne 30. junija 1997 o varstvu zdravja posameznikov pred nevarnostjo ionizirajočega sevanja zaradi izpostavljenosti sevanju v zdravstvu in o razveljavitvi Direktive 84/466/Euratom* (Uradni list EU L 180 z dne 09/07/1997, 22).
25. Dobnikar, Brane. 2005. *Koncesijsko opravljanje zdravstvene dejavnosti: uspehi, težave in izzivi*. Zdravniški vestnik (7/8): 464-471.
26. Dolinšek, Slavko. Franka Piskar, Armand Faganel, Karmen Kern-Pipan in Drago Podobnik. 2006. *Management kakovosti: zapiski predavanj*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management Koper.
27. Doppler, Klaus in Cristof Lutenberg. 1994. *Change – Management den Unternehmenswandel gestalten*. Frankfurt: Campus.
28. Dowsey, M.Michelle, Meredith Kilgour L. M. Nick Santamaria in F.M. Peter Choong, 1999. *Clinical pathways in hip and knee arthroplasty: a prospective randomised controlled study*. The Medical Journal of Avstralia, 1999; 170: 59-62.
29. EHealth. *Zdravje-EU*. Javnozdravstveni portal Evropske ubije. Dostopno prek: http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/long_term_care/index_sl.htm (30. november 2011).
30. *European Pathway Association* (EPA). 2011. Dostopno prek: <http://www.e-p-a.org/index2.html> (17. julij 2012).
31. European Pathway Assotiation. 2012). *European Care Pathway Conference*. Dostopno prek: <http://www.e-p-a.org/downloads/flyerecpc2012call.pdf> (17. julij 2012).
32. Evropska komisija, Generalni direktorat za zdravje in varstvo potrošnikov. 2004. *Varnost proizvodov v Evropi. Priročnik za korektivne ukrepe*. Dostopno prek: http://www.mgrt.gov.si/fileadmin/mgrt.gov.si/pageuploads/DNT/SETB/horizontalna_zakonodaja/splo__na_varnost/Priloga_8__action_guide_sl.pdf (18. junij 2012).
33. Evropska komisija. 2012. *Varnost bolnikov*. Dostopno prek: http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/patient_safety/index_sl.htm (18. junij 2012).
34. *Evropska strategija zdravstvenega varstva (EU Health Strategy »Together for Health«2008-2013)*. Dostopno prek: <http://eur-lex.europa.eu/Notice.do?mode=dbl&lang=en&ihmlang=en&lng1=en,sl&lng2=bg,cs,da,de,el,en,es,et,fi,fr,hu,it,lt,lv,mt,nl,pl,pt,ro,sk,sl,sv,&val=458032:cs> (18. junij 2012).
35. Fras, Zlatko in Marjan Pajntar. 2002. *Kako merimo kakovost zdravstvenega varstva*. Zdravniški vestnik 2002; 71: 737-41. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo.

36. Freddi, Giorgio. 2012. *L'anomalia americana. Perché è tanto difficile, se non impossibile, riformare la sanità statunitense*. Milano: Vita e Pensiero.
37. Gajski, Lidija. 2009. *Ljijekovi ili priča o obmani. Zašto raste potrošnja lijekova i kako je zaustaviti*. Zagreb: Pergamena d.o.o.
38. Garel, Pascal. 2010. *Efficient hospitals in Europe*. 17. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu. Čatež, 20. in 21. maj 2010. Dostopno prek: http://www.devz.si/wp-content/uploads/2010/07/17_srecanje_ekonomistov_pomlad_010_splet2.pdf (19. junij 2012).
39. Gazvoda, Tatjana Marija. 2004. *Zadovoljstvo varovancev kot pomemben del poslovne odličnosti*. Slovensko združenje za kakovost. Letna konferenca (13; 2004; Bernardin). Kakovost – različni pristopi, skupen cilj, zbornik referatov. Ljubljana.
40. Gregorič-Rogelj, Elda. 2011. *Učinkovitost poslovanja z vidika odgovornosti managementa v zdravstvu*. Dostopno prek: <http://www.devz.si/wp-content/uploads/2011/10/gregoricrogelj.pdf> (14. maj 2012).
41. Günter, Bernard J. 1990. *Managementorientire Informations – und Kennzahlensysteme für Krankenhauser: Analize und Konzepte*. Berlin, New York: Springer.
42. Hajnrih, Breda, Saša Kadivec, Zdenka Krama, Dorjan Marušič, Tanja Mate, Mircha Poldrugovac. 2009. *Priročnik za oblikovanje kliničnih poti*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
43. Hebert, P.C., Hoffman, C., & Davies, J.M. (2003). *The Canadian safety dictionary*. Edmonton: Canadian Patient Safety Institute.
44. Hindlel, Don, Ane-Marie Yazbeck in Jana Wahl. 2004. *Klinične poti v 17 državah Evropske unije: pregled mnenj strokovnjakov*. Ljubljana. Zdravniški vestnik 2004; 73: 839–45.
45. Hindle, Don, Anne-Marie, Yazbeck, Jana Wahl. 2009. *Klinične poti v 17 državah evropske unije: pregled mnenj strokovnjakov*. Dostopno prek: http://szd.si/user_files/vsebina/Zdravniski_Vestnik/vestnik/st4-11/st4-11-839-845.htm (23. januar 2012).
46. Hughes, Ronda. 2008. *Patient Safety and Quality: An Evidence Based Handbook for Nurses*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services.

47. Ichak, Adizes. 2001. *Diagnosis and treatment of management problems: How to Solve the Mismanagement Crisis*. Santa Monica California: The Institute for Managerial Development.
48. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. 2008. *SPP skupina primerljivih primerov. Vprašanja in odgovori o sistemu razvrščanja bolnišničnih obravnav (SPP) in financiranju bolnišnic*. (SPP). Dostopno prek: http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=78&pi=6&_6_id=828&_6_PageIndex=0&_6_groupId=-2&_6_newsCategory=IVZ+kategorija&_6_action=ShowNewsFull&pl=78-6.0. (21. november 2012).
49. International Organization for Standardization. *Standard kakovosti ISO 9001:2000*. Dostopno prek: http://www.iso.org/iso/iso_catalogue/catalogue_ics/catalogue_detail_ics.htm?csnumber=21823 (22. november 2011).
50. Interpersonal Competence: Dostopno prek: <http://www.uky.edu/~drlane/capstone/interpersonal/competence.htm> (19. februar 2012).
51. Ishikawa, Kaoru. 1989. *Kako celovito obvladovati kakovost – japonska pot*. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije.
52. Ivanko, Štefan. 2007. *Sodobne teorije organizacije*. Ljubljana: Fakulteta za upravo.
53. Izdatki in viri financiranja za zdravstvo, Slovenija, 2003–2009. Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno prek: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=3975 (21. februar 2012).
54. Kadivec, Saša. 2003. *Organizacijski vidik sistema vodenja kakovosti v zdravstveni negi v bolnišnici – magistrsko delo*. Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, magistrska naloga.
55. Kamnar, Helena. 2007. *Javna sredstva – različni vidiki*. 9. izobraževalni seminar o javnih financah in državnem revidiranju – *Portorož 2007*. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica Ljubljana.
56. Klinični center Ljubljana in Zdravniška zbornica Slovenije. 1997. *Razvoj in izvajanje sistemov izboljševanja kakovosti v zdravstvenem varstvu. Priporočilo št. R (97) 17 Svet Evrope, slovenska verzija*. Ljubljana: Založništvo Sveta Evrope, Informacijsko-dokumentacijski center Sveta Evrope pri Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani.
57. Keber, Dušan, ur. 2003. *Zdravstvena reforma*. Ljubljana: Vlada republike Slovenije Ministrstvo za zdravje.

58. Kern Pipan, K., Leon, L. 2004. *Rezultati uvajanja modela odličnosti EFQM v Sloveniji v primerjavi z Evropo*. zbornik referatov 23. mednarodne znanstvene konference o razvoju organizacijskih ved "Management, znanje in EU". Portorož 24. - 26. marec 2004.
59. Kersnik, Janko. 1998. *Kakovost v splošni medicini*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino – SZD.
60. --- 1999. *Zadovoljstvo bolnikov*. Ljubljana: medicinski razgledi 38: 389-394.
61. --- 2001. *Kakovost v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji. Pregled stanja in bodoče usmeritve*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Urad Svetovne zdravstvene organizacije.
62. --- *Sistem zdravstvenega varstva*. Dostopno prek: http://www.google.si/#hl=sl&gs_nf=1&cp=62&gs_id=7&xhr=t&q=Kakovost+v+sistemu+zdravstvenega+varstva+v+Republiki+Sloveniji&pf=p&scient=psy-ab&site=&source=hp&pbx=1&oq=Kakovost+v+sistemu+zdravstvenega+varstva+v+Republiki+Sloveniji&aq=f&aqi=&aql=&gs_sm=&gs_upl=&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.,c.f.osb&fp=b535410f22bdc03c&biw=1152&bih=714 (21. februar 2012).
63. --- 2002. *Kakovost v sistemu zdravstvenega varstva*. Dostopno prek: http://www.drmed.org/projekt_kakovost/Porocilo_za_WHO_3.doc (16. oktober 2011).
64. --- 2010. *Kakovost v zdravstvu*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine. Slovensko zdravniško združenje. SZD. Dostopno prek: http://www.drmed.org/javne_datoteke/novice/datoteke/723-Kakovost_v_zdravstvu.pdf (17. januar 2012).
65. Kobal Grum, Darja. 2009. *Perspektive motivacije*. Ljubljana. Znanstvena založba Filozofske fakultete.
66. Košir, Franc. 2005. *Financiranje zdravstvenega varstva: javno – zasebno*. Zdravniški vestnik 74 (7/8): 460.
67. Kotler, Philip. 1998. *Marketing management (Trženjsko upravljanje)*; 2. izdaja. Ljubljana: Slovenska knjiga, 832.
68. Kramberger, Boris. 2010. *Financiranje sistema zdravstvenega varstva v Evropski uniji in v Sloveniji*. Medicinska fakulteta Ljubljana – seminar na dodiplomskem študiju. Dostopno prek: <http://m.mf.uni-lj.si/dokumenti/7eeefbe41d70677a878fcc3de6ac8ef3.pdf> (22. maj 2012).

69. Kuhar, Marjeta. 2012. *Analiza izvajanja zdravstvenega varstva na primarni ravni v Republiki Sloveniji – magistrsko delo. – magistrsko delo.* Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
70. --- 2007. *Pregled stanja bolnišnic v Republiki Sloveniji z vidika spremljanja delovnega programa, strukture zaposlenih, finančnih rezultatov in investicij za leto 2007.* Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Sektor za ekonomiko javnega zdravstva.
71. Lovelock, Christopher in Lauren Wright. 1999. *Principles of service marketing and management.* Upper Saddle River: Prentice Hall.
72. *Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika. Varnost bolnika – zagotovimo jo!* Ljubljana: Zdrav. Vestn. 2005; 74: 413-4.
73. Macario, Aleks, Michael Horne, Stuard Goodman, Terry Vitez, Franklin Dexter, Rainee Heinen in Byorn Brown. 1998. *The effect of a perioperative clinical pathway for knee replacement surgery on hospital costs.* Dstopno prek: <http://www.anesthesia-analgesia.org/search?author1=M+Horne&sortspec=date&submit=Submit5568fd18fe88> (17. junij 2012).
74. Macur, Mirna. 2005. *Menedžment v zdravstvu. V sinergiji metodologij,* 1379-1383. Kranj: Moderna organizacija.
75. Malnar, Brina. 2002. *Sociološki vidiki zdravja.* V Niko Toš, Brina Malnar (ur.): *Družbeni vidiki zdravja 3 – 32.* Ljubljana. Fakulteta za družbene vede.
76. Marolt, Janez in Boštjan Gomišček. 2005. *Menedžment kakovosti.* Kranj: Moderna organizacija.
77. Marolt, Janez. 1994. *Menedžment in tehnologija zagotavljanja kvalitete.* Kranj: Moderna organizacija.
78. Marušič, Andrej in Biserka Simčič. 2009. *Priročnik za oblikovanje kliničnih poti.* Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
79. Marušič, Dorjan in Nina Pirnat. 2008. *Intervju s Francem Hočevarjem, svetovalcem predsednika države za zdravstveno in socialno varstvo in humanistična vprašanja.* Bilten ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu 24 (2): 42–44.
80. Maze, Hilda. 2008. *Model organiziranja zdravstvene nege v bolnišnici – magistrsko delo.* Maribor, Fakulteta za organizacijske vede.
81. Mesner-Andolšek, Dana. 1995. *Organizacijska kultura.* Gospodarski vestnik, Ljubljana.

82. Mihalič R. 2007. *Upravljam organizacijsko kulturo in klimo*. Škofja Loka: Mihalič in partner.
83. Ministrstvo za zdravje. 2004. *Navodilo o zagotavljanju zdravstvene in socialnovarstvene obravnave v primerih odpusta iz bolnišnic ter v primerih, ko upravičenec živi doma*. Dostopno prek: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/navodilo_odpust_bolnik.pdf (11. januar 2012).
84. --- 2008. *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev*. (ReNPZV). Ur.l. RS, št. 72/2008 (47/2008 popr.).
85. --- 2009. *Osnove pravne ureditve s področja zdravstva in zdravstvenega varstva. Priročnik za pripravo na strokovni izpit za zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce z višjo, visoko in univerzitetno izobrazbo*. Ljubljana, Ministrstvo za zdravje.
86. --- 2010. *Klinične poti. Priročnik o kliničnih poteh*. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost_in_varnost_sistema_zdravstvenega_varstva/klinicne_poti/ (17. junij 2012).
87. --- 2010. *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti 2010-2015*. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/nacionalna_strategija_kakov_in_varn_2010-2015/Nacionalna_strategija_kakovosti_in_varnosti_v_zdravstvu_2010-2015.pdf (9. november 2011).
88. --- 2010. *Projekt E.zdravje*. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/si/za_izvajalce_zdrav_storitev/ezdravje/splosno_o_projektu_ezdravje/ (17. december 2012).
89. --- 2011. *Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020*. RS, Ministrstvo za zdravje.
90. --- *Projekt e.zdravje*. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/eZdravje/predstavitev/N_Kratka_predstavitev_projekta_za_splet_feb10.pdf (30. november 2011).
91. --- *Zdravstvene napake*. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost_in_varnost_sistema_zdravstvenega_varstva/varnost/zdravstvene_napake/ (30. november 2010)
92. Morovič, Barbara in Biserka Simšič. 2010. *Nacionalna strategija razvoja financiranja zdravstvene dejavnosti (2010 – 2020)*. Ministrstvo za zdravje. Dostopno prek

- http://zos.s5.net/e_files/datoteke/17/nacio_strat_razvoja_financ_2010-20.pdf (21. junij 2012).
93. Musek Lešnik, K. 2009. *Pomen klime (organizacijske) v podjetjih*. Dostopno prek: www.ipsos.si (23. december 2011).
94. *Nacionalna strategija financiranja zdravstvene dejavnosti (2010 – 2020)*. Dostopno prek: http://zos.s5.net/e_files/datoteke/17/nacio_strat_razvoja_financ_2010-20.pdf Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Skupine primerljivih primerov (SPP). (17. december 2011).
95. *Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenija – zdravje za vse do leta 2004* (NPZV). Ur.l. RS, št. 49/2000 z dne 6.6.2000. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200049&stevilka=2333> (20. junij 2012).
96. *O javni zdravstveni službi*. Dostopno prek: <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/o/4165C0E8D4B98A33C1256D3400276C85> (14. januar 2012).
97. Obradović, Marko. 2009. *Zdravstveni sistemi in zdravstveno zavarovanje*. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za farmacijo: zapiski predavanj.
98. Organizatio for Economic Co-operation and Developmen. *Health Data, poročilo za leto 2010*. Dostopno prek: <http://books.google.si/books?id=diDzyPWpHi4C&pg=PA85&dq=OECD.+Health+Data+2010&hl=sl&sa=X&ei=xMt2UZC0MvDV4QTRpYCIDg&sqi=2&ved=0CCsQ6AEwAA#v=onepage&q=OECD.%20Health%20Data%202010&f=false> (14. november 2011).
99. Ortopedska bolnišnica Valdoltra. 2007. *Klinična pot – dokumentacija*. Ankaran: interno gradivo.
100. --- 2011a. *Zgodovina bolnišnice; 100 let Ortopedske bolnišnice Valdoltra*. Ankaran: interno gradivo.
101. --- 2011b. *Letno poročilo za leto 2010*. Ankaran: interno gradivo. Dostopno prek: http://www.ob-valdoltra.si/upload/doc/62_Letno_porocilo_2010.pdf (20. avgust 2012).
102. --- 2011c. *Proces obravnave pacienta pri vstavitvi endoproteze kolka*. Ankaran: interno gradivo.
103. --- *Kaj je dobro vedeti pred operacijo kolka ali kolena. Informacije za bolnike*. Dostopno prek: <http://www.ob-valdoltra.si/informacije-o-zdravljenju> (18. november 2011).

116. *Poročilo o doseženih poslovnih rezultatih JZZ za 2009*. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/ekonomika_javnega_zdravstva/Poro%C4%8Dilo_o_dose%C5%BEenih_poslovnih_rezultatih_JZZ_v_letu_2009_280610.pdf (21. december 2011).
117. *Poslovno poročilo za leto 2009*. 2010. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
118. *Poslovno poročilo za leto 2010. 2011*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
119. *Poslovno poročilo za leto 2011. 2012*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
120. Pribaković Brinovec, Rade. *Kazalniki kakovosti – delavnica*. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/delovni_sest_kazalniki_2011/pribakovic_brinovec_010211.pdf (12. avgust 2011).
121. *Priporočilo Rec (2006)7 Odbora ministrov državam članicam o ravnanju z varnostjo pacientov in preprečevanju neželenih dogodkov v zdravstvu*. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/VARNOST/SE-Varnost_Pacientov_2007.pdf (24. maj 2012).
122. Rajgel, Darja in Zdenka Kramar. 2011. *Varnostne vizite – pomemben element uvajanja varnosti pacientov. Zbornik XXVII – Primeri dobre prakse v perioperativni zdravstveni negi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, sekcija medicinskih sester v operativni dejavnosti.
123. *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev« (ReNPZV)*. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200872&stevilka=3163> (16. januar 2012).
124. Retelj, Mira. 2007. *Benchmarking kot orodje za izboljševanje poslovnih rezultatov in poslovnih procesov v slovenskih bolnišnicah*. 10. dan kakovosti in inovativnosti Dolenjske in Bele Krajine. Dostopno prek: <http://ebookbrowse.com/dkidbk-2007-retelj-doc-d61400556> (21. november 2011).
125. Roberts, Adrian in Sue Middleton. (Eds). 2000. *Integrated Care Pathways: A Practical Approach to Implementation*. Oxford, Butterworth-Heinemann.
126. Robida, Andrej, Ane Marie Yazbeck, Bernarda Kociper in drugi. 2006. *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

127. Robida, Andrej. 2004a. *Notranja presoja-samoocenjevanje, zunanja presoja – akreditacija: program*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
128. --- 2004b. *Opozorilni nevarni dogodki. Kakovost v zdravstvu*. Zdrav. vestnik 73: 681-7.
129. --- 2005. *10 nasvetov za varnejše zdravje*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije in Informacijsko dokumentacijski center Sveta Evrope pri NUK v Ljubljani. Povzetek po: Thomas EJ, Studdert DM, Runciman WB et al. A comparison of iatrogenic injury studies in Australia and America 1:context, methods, casemix, population, patient and hospital characteristics. *International Journal for Quality in Healthcare*.
130. --- 2006a. *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
131. --- 2006b. *Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
132. Rodwin, Marc. 1993. *Medicine, Money and Morals; Physicians Conflicts of Interest*. New York: Oxford University Press Inc.
133. Roter Thomas, Leight Kinsman, Erica L. James, Andreas Machotta, Holger Gohte, Jon Willis, Pamela Snow in Joachim Kugler. 2010. *Clinical Pathways: effects on profesional practice , patient outcomes, lenght of stay and hospital coste*. Cochrane database of System Reviews 2010, Issue 3. Art. No.: CD006632. DOI: 10.1002/14651858.CD006632.pub2. Dostopno prek: <http://apps.who.int/rhl/reviews/langs/CD006632.pdf> (12. maj 2012).
134. Rus, Veljko. 2001. *Podjetizacija in socializacija države*. Ljubljana; Fakulteta za družbene vede.
135. Scott, R.B., Joshi, M., Nash, D. 2004. *The Hhealthcare Quality Book*. Chicago, Health Administration Press.
136. Simšič, Biserka. 2010. *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
137. *Sistem financiranja zdravstvene dejavnosti*. Dostopno prek: <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/o/2E4428989813AEA0C1256D34002865ED> (21. junij 2012).
138. Skela Savič, Brigita. 2002. *Zadovoljstvo bolnikov – kazalec kakovosti v zdravstvu*. V *Management in Evropska unija*, ur. Goran Vukovič, 1449–1455. Kranj: Moderna organizacija.

139. *Skupaj za zdravje: strateški pristop EU za obdobje 2008–2013*. Bela Knjiga. Komisija evropskih skupnosti. Bruselj, 23.10.2007. Dostopno prek: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52007DC0630:EN:NOT> (16. november 2012).
140. Slovensko združenje za kakovost. 2004. *Stroški kakovosti*. Ljubljana: Gospodarska zbornica Slovenije – Slovensko združenje za kakovost.
141. Snoj, Boris. 1998. *Management storitev*. Koper: Visoka šola za management v Kopru.
142. *Splošni dogovor za pogodbeno leto 2009*. 2009. Ljubljana: Občasnik akti&navodila Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije 3 (1): 3-110.
143. *Srednjeročni program statističnih raziskovanj 2008-2012*. Dostopno prek: http://www.stat.si/drz_stat_srednjeročni_program.asp (2. avgust 2012).
144. Statistični urad Republike Slovenije. 2007. *Poročilo 2006: Izdatki in viri financiranja zdravstva*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.
145. --- 2011. *Poročilo za leto 2009-2010*. Dostopno prek: http://www.stat.si/tema_splosno_splosno.asp (17. april 2012).
146. --- 2010. *Poročilo za leto 2009*. 2009-2010B). Dostopno prek: http://www.stat.si/tema_splosno_splosno.asp (17. april 2012).
147. Svensson, Göran. 2001. *The quality of bi-direcional service quality in dyadic service encounters*. Journal of Services Marketing, 15 (5): 357-378.
148. Svenšek, Rosvita. 1996. *Analitična primerjava sistemov zdravstvenega varstva v Evropi*. Bilten ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu. Ljubljana, 12(1996), 1, 41-50.
149. Šostar, Adolf. 2000. *Management kakovosti*. Maribor: Fakulteta za strojništvo.
150. Štern, Bojanka. 2001. *Poslovno organizacijski vidik ocenjevanja kakovosti v zdravstvenem sistemu – magistrsko delo*. Maribor, Ekonomsko-poslovna fakulteta.
151. --- 2006. *Pomen systemskega pristopa k vrednotenju kakovosti v zdravstvenem sistemu*. Zdravniški vestnik 75: 303-308. Dostopno prek: <http://www.vestnik.szd.si/st6-5-303-308.htm> (28 november 2011).
152. --- 2007. *Javno zdravje in javno zdravstvo*. Ljubljana: Zdravniški vestnik; 76: 317-22.
153. Tavčar, Mitja. 2002. *Strateški management nepridobitnih organizacij*. Učbenik za podiplomski študij. Koper: Fakulteta za management Koper.
154. Tomes, Anne E. 1995. *Ng Stephen Chee Peng: Service Quality in hospital health care: the development of an in-patient questionnaire*. International Journal of Health Care Quality Assurance, 8 (3): 25-33.

155. Toš, Niko, e tal. 2004. *VREDNOTE v prehodu III. Slovensko javno mnenje 1999-2004*. Ljubljana : Fakulteta za družbene vede, IDV, Center za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij. (Dokumenti SJM ; 10). Dostopno prek: http://www.cjm.si/sites/cjm.si/files/File/e-dokumenti/SJM_vrednote_v_prehodu_3.pdf (17. februar 2012).
156. Toš, Niko. 2002. *Družbeni vidiki zdravja*. Ljubljana. Fakulteta za družbene vede, IDV, Center za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij.
157. Toth, Martin. 2003. *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
158. --- 2006. *Kakovost v sistemu zdravstvenega varstva*. Ljubljana; BILTEN junij 2006, letnik 22, 2. 40-47.
159. --- 2010. *Zdravstvena ekonomika. Strategija razvoja zdravstvenih zavarovanj*. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Dostopno prek: http://miha.ef.uni-lj.si/_dokumenti3plus2/192346/EF,Ekonomika,strategija.ptt (17. januar 2012).
160. *Učinkovitost upravljanja in vodenja v zdravstvu*. 2010. 17. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu. Čatež, 20. in 21. maj 2010. Dostopno prek: http://www.devz.si/wp-content/uploads/2010/07/17_srecanje_ekonomistov_pomlad_010_splet2.pdf (22. junij 2012).
161. Ule, Mirjana. 2003. *Nova razmerja v pojmovanju zdravja in bolezni v svetu*. Zbornik predavanj in posterjev 4. kongresa zdravstvene nege: Globalizacija in zdravstvena nega. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
162. --- 2004. *Spregledana razmerja – O družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Založba Aristej.
163. *Uredba (ES) št. 851/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 21. aprila 2004 o ustanovitvi Evropskega centra za preprečevanje in obvladovanje bolezni* (UL C 32, 5.2.2004, str. 57).
164. *Ustava Republike Slovenije* Ustava Republike Slovenije, Ur.l. RS, št. 33/1991 z dne 28.12.1991.
165. Volč, Božidar. 1990. *Kaj je odgovornost za zdravje?* Zdravstveno varstvo, 11/12, 301-302.

166. Vujošević, Niko. 1992. *Vodilo za standarde kakovosti ISO 9000*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
167. Winsted Frazer, Kathryn. 2000. *Patient satisfaction with medical encounters. A cross-cultural perspective*. International Journal of Service Industry Management, 11/5, 399-421.
168. World Health Organization. 1998. *Health for all in the 21st Century. An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region*. Dostopno prek: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/88590/EHFA5-E.pdf (30. november 2011).
169. --- Dostopno prek: <http://www.who.int/en/> (17. januar 2012).
170. --- 2010. *Definicija zdravstvenih storitev*. Dostopno prek: <http://www.who.int/about/en/> (9. november 2011).
171. Yazbeck, Anne Marie in Andrej Robida. 2006. *Metodološka priporočila za oblikovanje in oblikovanje kliničnih poti*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
172. --- 2004. *Vpliv organizacijske kulture na kakovost zdravstvene oskrbe – uporaba kliničnih poti*. V *Kakovost – različni pristopi, skupen cilj*, 156-158. Ljubljana: Slovensko združenje za kakovost.
173. *Zakon o javnih financah (ZJF-UPB4)*. Ur. l. RS 11/2011 (2. november 2011).
174. *Zakon o javnih uslužbencih (ZJU-UPB1)*. Ur. l. RS 63/2007 (13. julij 2007).
175. *Zakon o lekarniški dejavnosti (ZLD-UPB1)*. Ur. l. RS 36/2004 (13. april 2004).
176. *Zakon o nalezljivih boleznih (ZNB-UPB1)*. Ur. l. RS 33/2006 (30. marec 2006).
177. *Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP)*. Ur. l. RS 15/2008. (11. februar 2008).
178. *Zakon o zavodih (ZZ)*. Ur. l. RS 12/1991 (22. marec 1991).
179. *Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ)*. Ur. l. RS 65/2000 (21. julij 2000).
180. *Zakon o zdravilih (ZZdr-1)*. Ur. l. RS 31/2006 (21. marec 2006).
181. *Zakon o zdravniški službi (ZZdrS-UPB-3)*. Ur. l. RS 72/2006 (11. julij 2006).
182. *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-UPB-3)*. Ur. l. RS 72/2006 (11. julij 2006).
183. *Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-UPB2)*. Ur. l. RS 23/2005 (10. marec 2005).
184. *Zakon o zdravstveni inšpekciji (ZZdrI-UPB-2)*. Ur. l. RS 59/2006 (8. junij 2006).

185. *Zakonodajna resolucija Evropskega parlamenta UR. l. EU, C184/E395: Varnost pacientov.* 2009. Dostopno prek: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:184E:0395:0403:SL:PDF> (21. november 2011).
186. Zaletel-Kragelj, Lijana in Ivan Eržen. 2011. *Zdravje in okolje - Ekonomski vidiki zdravstvenega varstva – študijsko gradivo.* Ljubljana: Medicinska fakulteta.
187. Zineldin, Mosad. 2006. *The quality of health care and patient satisfaction. International journal of health care quality assurance* 19(1), 60 – 92.
188. Živčec-Kalan, Gordana, Janko Kersnik, Igor Švab in Brane Dobnikar. 2002. *Kakovost v zdravstvu: predpisi in praksa.* *Zdravstveni vestnik* 71: 743-749. dostopno prek: <http://vestnik.szd.si/st2-12/743-749.pdf> (17. januar 2012).

PRILOGE

Priloga A: Klinična pot pri vstavitvi endoproteze kolka – dokumentacija



Nalepka: podatki o
bolniku

KLINIČNA POT – CELOSTNA OBRAVNAVA BOLNIKA PRI ENDOPROTEZI KOLKA

Diagnoza: _____

	Ambulantni, dne:	Zdravnik:	Predoperativni, dne:
Ortopedski pregled:			
Anesteziološki pregled:			

Datum sprejema v bolnišnico: _____

Datum operacije: _____

Operator: _____

Vrsta proteze: _____

Predviden datum odpusta: _____

Dejanski datum odpusta: _____

Klinična pot dokončana DA NE zakaj _____

Sprejemni zdravnik	Sprejemna medicinska sestra

Nadaljevanje priloge A



Ortopedska bolnišnica

Nalepka: podatki o bolniku

ORTOPEDSKI PREGLED – REGISTER (1/1)

Datum: _____

<p>Etiologija (diagnoza pred primarno op.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> idiopatska artroza <input type="checkbox"/> reumatoidni artritis <input type="checkbox"/> posledice travme <input type="checkbox"/> posledice displazije <input type="checkbox"/> posledice displazije z luksacijo <input type="checkbox"/> posledice epifiziolize ali Mb. Perthes <input type="checkbox"/> ankilozantni spondilitis <input type="checkbox"/> NACF (avaskularna nekroza) <input type="checkbox"/> ostalo _____ 	<p>Stran OP</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> desno <input type="checkbox"/> levo <p>Incizijsko mesto</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> brez posebnosti <input type="checkbox"/> brazgotina <input type="checkbox"/> ostalo _____ <p>RTG kolkov opravljen dne</p> <p>_____</p> <p>Predoperativni HHS: ____ oz. – ni podatka</p>
<p>Predhodne operacije obravnavanega kolka:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> nič <input type="checkbox"/> osteosinteza zaradi zloma femurja <input type="checkbox"/> osteotomija <input type="checkbox"/> druge operacije <p>Druge ortopedske diagnoze</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p>	<p>Kontralateralni kolik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> brez posebnosti <input type="checkbox"/> proteza - <input type="checkbox"/> totalna <li style="padding-left: 150px;"> - <input type="checkbox"/> parcialna <input type="checkbox"/> artroza <input type="checkbox"/> ostalo _____
<p>Sprejem in operativni poseg</p> <p>Bolnik seznanjen s potekom in možnimi komplikacijami op. posega <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p>	
<p>Ostalo _____</p> <p>_____</p>	

Podpis ortopeda	Opombe
<p>_____</p>	

Nadaljevanje priloge A

prostor za samolepilno etiketo
z imenom, priimkom
in matičnim indeksom

Ortopedska bolnišnica Valdoltra

VPRAŠALNIK

Točkovanje stanja kolka - **Harris Hip Score**

Datum testiranja: _____

starost: _____

Kateri kolk: levi - desni

- ♦ pred operacijo
♦ po operaciji - koliko časa je minilo od operacije? _____ let _____ mesecev

- | 1. KAKO MOČNE SO VAŠE BOLEČINE? | TOČKE |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| A. jih nimam nikoli | 44 |
| B. so občasne, blage, ne ovirajo moje normalne aktivnosti | 40 |
| C. bolečine se da zdržati, ovirajo mojo aktivnost, vendar še lahko delam | 20/30 (glej analgetik) |
| D. so močne, zelo ovirajo mojo aktivnost | 10 |
| E. so zelo hude, sem skoraj ves čas priklenjen-a na posteljo, oziroma sem nepokreten-a | 0 |
2. ČE SI LAJŠATE BOLEČINE Z ZDRAVILI, PROSIMO, NAPIŠITE KATERA UPORABLJATE _____ (ad 1. C 30 za NSAR in 20 za opiat)
- | | |
|-----------------------------------------------------------------|---|
| 3. KAKŠNA JE VAŠA HOJA PO STOPNICAH? | |
| A. normalno hodim po stopnicah | 4 |
| B. normalno hodim po stopnicah, če se držim za ograjo | 2 |
| C. po stopnicah lahko hodim, vendar le po eno stopnico naenkrat | 1 |
| D. po stopnicah ne morem hoditi | 0 |
4. STE SPOSOBNI STOPITI V AVTO, AVTOBUS ALI VLAK?
- | | |
|-------|---|
| A. Da | 1 |
| B. Ne | 0 |
5. KAKO SEDITE?
- | | |
|---------------------------------------------------|---|
| A. lahko sedim na normalnem stolu več kot eno uro | 5 |
| B. lahko sedim na visokem stolu, največ pol ure | 3 |
| C. ne morem sedeti na nobenem stolu | 0 |
6. KAKO SI OBUJETE NOGAVICE ALI ČEVLJE?
- | | |
|-----------------------------------------|---|
| A. z lahkoto | 4 |
| B. s težavo | 2 |
| C. ne morem si obuti nogavic ne čevljev | 0 |
7. KAKŠNA JE VAŠA HOJA?
- | | |
|--------------------------|----|
| A. ne šepam | 11 |
| B. šepam malo in občasno | 8 |
| C. šepam zmerno | 5 |
| C. šepam močno | 0 |

Nadaljevanje priloge A

8. KAKŠNO OPORO UPORABLJATE PRI HOJI?

A. nobene	11
B. eno palico / berglo za daljše razdalje	7
C. eno palico večino časa	5
D. eno berglo večino časa	3
E. dve palici	2
F. dve bergli	0
G. ne morem hoditi	0

9. KAKŠNO RAZDALJO LAHKO PREHODITE?

A. kolikor hočem	11
B. 600 metrov	8
C. 300 metrov	5
D. hodim le po hiši	2
E. le ležim in sedim / sem v invalidskem vozičku	0

10. MERITVE KOLKOV

		L	D	
Prikrajšava:	relativna	_____	_____	
	absolutna	_____	_____	
Prikrajšava:	0-2,9 cm			1
	> 3 cm			0
Kontrakture:	fleksija	_____	_____	
	< 30°			1
	> ali = 30°			0
	notranja rotacija	_____	_____	
	zunanja rotacija	_____	_____	
	< 10°			1
	> ali = 10°			0
	abdukcija	_____	_____	
	addukcija	_____	_____	
	< 10°			1
	> ali = 10°			0
Trendelenburg:		+/-	+/-	
Gibljivost:	fleksija		> 90°	5
			45° - 90°	3
			< 45°	0

SKUPNI SEŠTEVEK: _____



PISNO SOGLASJE ZA OPERATIVNI POSEG

Podpisani(a)
ki sem predviden(a) za operativni poseg, sem po izčrpnem pogovoru z zdravnikom
specialistom ortopedom Ortopedske bolnišnice Valdoltra seznanjen(a) z:

- z naravo in vrsto svoje bolezni,
- s prednostmi in pomanjkljivostmi možnih vrst zdravljenja,
- s predvidenim potekom bolezni, v kolikor se odločim za operativni poseg,
- s potekom operativnega posega in možnimi komplikacijami,
- s postoperativnim potekom vključno z možnimi postoperativnimi komplikacijami.

Potrjujem, da soglašam s predlaganim operativnim posegom.

Podpis pacienta:

Podpis zdravnika:

PISNO SOGLASJE ZA RAZISKOVALNO ŠTUDIJO

Podpisani(a)
dovoljujem, da se moji anonimizirani podatki in biološki material, ki bo odstranjen med
operativnim posegom in bi bil sicer uničen, uporabijo v znanstvenoraziskovalnih študijah,
ki jih izvaja oziroma v katerih sodeluje Ortopedska bolnišnica Valdoltra z namenom
izboljšanja metod zdravljenja.

Podpis pacienta:

Podpis zdravnika:

Ankaran,

Nadaljevanje priloge A

 <p>Ortopedska bolnišnica Valdoltra</p>	<p>SOGLASJE PREJEMNIKA za prejem tujega tkiva</p>	<p>Dokument: OBR Velja od 1.1.2010</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------	--------------------------------------------

Potencialni prejemnik tkiva (nalepka):

Izjava o poučenosti in soglasje za prejem ALOGENSKIH tkiv/celic

Podpisani/a rojen/a, izjavljam:

1. da sem prejel/a oz. razumel/a informacije o:

- terapevtskem namenu in potrebi za prejem tujega tkiva,
- posledicah in tveganju, povezanih s prejemom tujega tkiva
- varovanju osebnih podatkov
- potrebnih preiskavah in predvidenih postopkih pred prejemom tujega tkiva
- zdravljenju s tkivi / celicami
- pravicah iz naslova zdravstvenega zavarovanja.

2. da sem seznanjen/a z možnostjo

- odklonitve prejema tujega tkiva in posvetovanja z odgovornim zdravnikom in osebjem

3. da sem imel/a možnost zastaviti vprašanja

V primeru zastavljanja vprašanj sem dobil/a zadovoljiv odgovor.

Soglašam,

- da se lahko tuje tkivo/celice uporabijo za zdravljenje v skladu z veljavno zakonodajo,
- da se me o morebitnih komplikacijah povezanih z uporabo tkiv/celic zaupno obvesti,
- da se moji osebni podatki zbirajo, vodijo in uporabljajo izključno za namene zdravljenja skladno z zakonom.

S podpisom potrjujem, da prostovoljno dovoljujem prejem tujega tkiva / celice.

Datum:

Potencialni prejemnik tkiv/celic:



ANESTEZIOLOŠKI PREGLED

Oddelek: _____ Datum: _____ MI: _____ Amb. številka: _____
 Diagnoza:

Starost: _____ Višina: _____ Teža: _____ Telesna temperatura (°C) _____ Krvna skupina: _____ Rh: _____ RR: _____ Pulz: _____ Hb/Ht: _____ Krvni sladkor: _____ EKG: _____ RTG. pulm: _____ Morebitne serološke preiskave: _____ Naročene dodatne preiskave: _____ Število enot rezervne krvi _____ Dobi napotnico za odvzem _____ enot lastne krvi	Opombe Avtotransfuzija <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Zakaj _____ Podpis anesteziologa: _____
Anestezija: _____ NIČESAR PER OS PO 24 URI! PREMIKACIJA Zvečer: _____ Žutraj dne: _____ ob _____ (zdravila, doza, način, aplikacije) _____ _____ Aplikacijo izvedel: _____	

Nadaljevanje priloge A

Anamneza:	DA	NE
Fizična aktivnost		
Dispnea		
Pljučna obolenja		
Težave s srcem		
Zlatenica, jetrna obolenja		
Ledvična obolenja		
Diabetes		
Ginekološka anamneza patološka		
Alergija		
Kadi		
Uživa alkohol		

	DA	NE
Predhodne operacije, anestezije		
- komplikacije		
Ali je bil kakšen bližnji sorodnik operiran, je dobil anestezijo		
- komplikacije		
Zdravila, ki jih jemlje, ali jih je jemal:		
- kortizonski preparati		
- psiho farmaka		
- kardiotonika		
- antihipertenziva		
- ostalo		
Dodatna anamneza		

Status:

KOŽA	Topla	Hladna				
	Suha	Vlažna				
	Rožnata	Bleda	Cianotična			
GLAVA	Nos prehodan		DA	NE		
	Usta odpre		DA	NE		
	Zobovje sanirano		DA	NE	Zobna proteza	DA NE
	Ocena po Mallampathy-u: Razred I II III IV			Tiromentalna razdalja:		
Vrat	Gibljivost		Popolna	Omejena		
	Ščitnica		Normalna	Eutir	Povečana	
Prsni koš	Oblika					
	Dihalne ekscurzije					
Pljuča	Poklep					
	Auskultacija					
Srce	Akcija	Ritmična	RR (mm Hg)		Pulz/min	Regularen
		Aritmična				Iregularen
	Toni					
	Šumi					
Trebuh						
Spodnje okončine:						
ASA klasifikacijski razred: 1, 2, 3, 4, E						
Zaključek: Bolnik	JE	sposoben za operativni poseg v			splošni	anesteziji.
	NI				regionalni	(Obkroži)

Bolnik je podpisal soglasje za anestezijo: DA NE Podpis zdravnika:

PISNO SOGLASJE ZA ANESTEZIJO

Podpisani(a), ki sem predviden(a) za načrtovano operacijo, oziroma sem skrbnik, predvidene(ga) za načrtovano operacijo, potrjujem, da sem izčrpno seznanjen(a) z načinom anestezije in nadzorom življenjsko pomembnih funkcij med operacijo in v zgodnjem pooperativnem obdobju.

Poučen(a) sem o tem, da je sodobna anestezija varna. Čeprav je vodena strokovno in skrbno, pa se včasih ni mogoče izogniti možnim zapletom, ki so v najhujšem primeru tudi smrtni (kar velja tudi za druga področja medicine).

Potrjujem, da sem poučen(a), da med anestezijo in po njej lahko pride do naslednjih zapletov:

pri splošni anesteziji: slabost z bruhanjem, boleče grlo in mišične bolečine, motnje zavesti do nezavesti in kome, oteženo dihanje in hujše motnje dihanja, motnje v delovanju srca in ožilja, alergične reakcije različnih oblik in stopenj, nevaren porast telesne temperature;

pri regionalni anesteziji: - zaradi lokalnega anestetika: šumenje v ušesih, moten vid, omotičnost, počasen utrip srca; zaradi posega: omrtničenost anesteziranega predela, padec krvnega tlaka, bolečine na mestu vboda, manjša podplutba, občutek gluhosti v predelu blokade, ki traja dlje od načrtovane anestezije in so prehodne, prehodne težave z uriniranjem, glavobol po subarahnoidni anesteziji;

pri anesteziji nosečnic oziroma v porodništvu: so možni tudi zapleti pri materi ter pri plodu oziroma rojencu.

Dodatno so glede na moje splošno stanje (oziroma splošno stanje oskrbovanca) možni naslednji zapleti:

.....
.....

Dovolim, da anesteziolog prilagodi (spremeni) predviden način anestezije, če bi to bilo potrebno.

Dovolim morebitno transfuzijo krvi ali krvnih derivatov in sem poučen(a) o možnih nevarnostih le-te, ter sem seznanjen(a) z možnostjo avtotransfuzije.

Želim, da se moja, pri operaciji odvzeta kost, ne zavrže temveč shrani in uporabi za zdravljenje drugih bolnikov. Potrjujem, da sem prebolel(a):

.....
.....


Potrjujem, da sem dobil(a) izčrpne odgovore na vprašanja in s predvidenimi postopki soglašam.

Podpis bolnika oziroma skrbnika ali staršev:

Podpis anesteziologa:

Datum:

Nadaljevanje priloge A

	NEGOVALNA ANAMNEZA	OBR 601-002
		VERZIJA: 1
		VELJA OD: 20.3.2012

1. SPLOŠNI PODATKI O BOLNIKU

Priimek in ime:	Po potrebi obvestiti
Datum rojstva:	Priimek in ime:
Stalno bivališče:	Sorodstveno razmerje:
Začasno bivališče:	Bivališče:
Telefon:	Telefon:
Sprejem	
Datum:ura: <input type="checkbox"/> planiran <input type="checkbox"/> nujen <input type="checkbox"/> premestitev iz	
Sprejem za: <input type="checkbox"/> OP poseg <input type="checkbox"/> konservativno zdravljenje <input type="checkbox"/> diagnostično obravnavo	
Alergije	Dieta
<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da, na kaj	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da, kakšna
Higiensko stanje bolnika ob sprejemu	
Bolečina	
<input type="checkbox"/> ne da: <input type="checkbox"/> blaga <input type="checkbox"/> zmerna <input type="checkbox"/> močna	
lokacija:	
Dosedanja medikamentozna terapija	
Seznanjenost bolnika o poteku zdravljenja	
<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
Pripomočki, ki jih bolnik prinaša s seboj	
<input type="checkbox"/> očala <input type="checkbox"/> slušni aparat <input type="checkbox"/> invalidski voziček <input type="checkbox"/> bergle <input type="checkbox"/> hodulja	
<input type="checkbox"/> zobna proteza: zgornja, spodnja <input type="checkbox"/> drugo	

2. SOCIALNA ANAMNEZA

Zaposlen/poklic	upokojen, invalid
Družina (stan, otroci)	
Bivalno okolje	
Živi	Potrebna povezava
<input type="checkbox"/> v domski oskrbi <input type="checkbox"/> sam	<input type="checkbox"/> s patronažno službo <input type="checkbox"/> socialno službo
<input type="checkbox"/> z zakoncem <input type="checkbox"/> pri starših	<input type="checkbox"/> potrebuje domsko oskrbo
<input type="checkbox"/> pri otrocih	<input type="checkbox"/> drugo
Kdo bo bolniku nudil pomoč po odpustu	
.....	

Nadaljevanje priloge A

3. UGOTAVLJANJE BOLNIKOVIH POTREB OB SPREJEMU

Prehranjevanje <input type="checkbox"/> samostojen <input type="checkbox"/> potrebuje pomoč pri hranjenju	Odvajanje blata <input type="checkbox"/> normalno <input type="checkbox"/> težave pri odvajanju
Spanje <input type="checkbox"/> normalno <input type="checkbox"/> odstopanja	Pri odvajanju je <input type="checkbox"/> samostojen <input type="checkbox"/> potrebuje pomoč
Gibanje <input type="checkbox"/> samostojen potrebuje pomoč pri: <input type="checkbox"/> obračanju v postelji <input type="checkbox"/> posedanju v postelji <input type="checkbox"/> vstajanju <input type="checkbox"/> hoji	Izločanje urina <input type="checkbox"/> normalno <input type="checkbox"/> težave pri izločanju Pri odvajanju je <input type="checkbox"/> samostojen <input type="checkbox"/> potrebuje pomoč
Pripomočki, ki jih potrebuje <input type="checkbox"/> bergle <input type="checkbox"/> invalidski voziček <input type="checkbox"/> hodulja <input type="checkbox"/> drugo	
Osebna higiena in urejenost <input type="checkbox"/> samostojen <input type="checkbox"/> potrebuje pomoč Koža: Ustna votlina: Lasišče: Nohti:	
Komuniciranje <input type="checkbox"/> normalno <input type="checkbox"/> oteženo Zavest: <input type="checkbox"/> normalna <input type="checkbox"/> odstopanja Govor: <input type="checkbox"/> normalna <input type="checkbox"/> odstopanja Sluh: <input type="checkbox"/> normalna <input type="checkbox"/> odstopanja Vid: <input type="checkbox"/> normalna <input type="checkbox"/> odstopanja	
Izraba prostega časa (interesi in želje)	Razvade in odvisnosti

4. OSTALA OPAŽANJA

.....

.....

5. NEGOVALNE DIAGNOZE

.....

Podpis m.s.:

Nadaljevanje priloge A



Nalepka:
podatki o bolniku

EPIDEMIOLOŠKO SPREMLJANJE MRSA

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1. Bolnik je premeščen v našo bolnišnico iz druge bolnišnice, zavoda za rehabilitacijo invalidov ali doma za ostarele
KJE: _____ | NE | DA |
| 2. Bolnik je v zadnjem letu hospitaliziran v drugi ustanovi
KJE: _____ | NE | DA |
| 3. Bolnik je bil v predhodnih hospitalizacijah že okužen ali koloniziran z MRSA | NE | DA |
| 4. Bolnik z okužbo operativne rane z MRSA | NE | DA |
| 5. Bolnik s sumom na okužbo proteze, pri katerem se predvideva operativni poseg | NE | DA |
| 6. Bolnik je sprejet v našo ustanovo na zdravljenje spondylitisa | NE | DA |
| 7. Bolnik s kronično rano ali preležanino | NE | DA |
| 8. Bolnik je v zadnjem letu prejemal večmesečno antibiotično terapijo | NE | DA |

Nadzorne brise na MRSA odzvamemo, če imamo vsaj 1 pritrdilni odgovor.

Vprašalnik izpolnil(-a): _____

Datum: _____

Nadaljevanje priloge A

STANDARDIZIRANI SKLOPI PREISKAV (klinična pot TE kolka)

PREDOPERATIVNE PREISKAVE: anesteziološka ambulanta, ob sprejemu

1. Sedimentacija eritrocitov
2. HEMATOLOŠKE: hemogram z DKS
3. TESTI HEMOSTAZE: PČ/INR in Aptč
4. BIOKEMIČNE: glukoza, sečnina, kreatinin, proteini, bilirubin (celokupni, direktni), elektroliti (K, Na, Cl), encimi AST, ALT, GGT, LDH; CRP
5. ANALIZA URINA

NA DAN OPERACIJE

1. DIABETIKI: glukoza (lahko POCT), elektroliti ?
2. BOLNIKI NA OAT: PČ/INR
3. BOLNIKI S TROMBOCITOPENIJO $< 100 \times 10^9/l$: hemogram

OSNOVNE POOPERATIVNE PREISKAVE: 1. dan pooperativna nega; dalje glede na predhodne izvide

1. HEMATOLOŠKE: hemogram
2. BIOKEMIČNE: glukoza, sečnina, kreatinin, elektroliti (K, Na, Cl)
3. ANALIZA URINA

PRVI DAN NA ODDELKU

1. HEMATOLOŠKE PREISKAVE: hemogram
2. BIOKEMIČNE PREISKAVE: glukoza, sečnina, kreatinin, elektroliti (K, Na, Cl)

KONTROLE NA ODDELKU: vsak drugi dan glede na predhodne izvide

NA DAN ODPUSTA

1. HEMATOLOŠKE PREISKAVE: hemogram
2. OAT: PČ/INR

PREOPERATIVNI DAN

Datum: _____

Diagnoza	Predviden operativni poseg
Faktorji tveganja	
<input type="checkbox"/> sladkorna bolezen <input type="checkbox"/> povišan tlak <input type="checkbox"/> srčne bolezni	
<input type="checkbox"/> kajenje <input type="checkbox"/> pljučne bolezni <input type="checkbox"/> ledvične bolezni	
Alergije na zdravila _____	
Alergije na hrano _____	
Ostalo _____	
Zdravila	
Bolnik redno jemlje _____	
Zdravila ima s seboj <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Zdravila v času hospitalizacije jemlje sam <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Klinični farmacevt – konziliarni pregled terapije <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
<ul style="list-style-type: none"> • znaki uroinfekta <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE • septični procesi <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE • predoperativni pregled anesteziologa <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE • premedikacija napisana <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE • podpis soglasij za ortopedski <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <li style="padding-left: 20px;">za anesteziološki poseg <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE 	
Dodatne laboratorijske preiskave	
<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA: _____	

Nadaljevanje priloge A

Informacije svojcem in odpustni plan	
Informacije svojcem	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Predviden datum odpusta	_____
Način prevoza	<input type="checkbox"/> osebni avto <input type="checkbox"/> reševalno vozilo <input type="checkbox"/> ostalo _____
Bolnik odpuščen	<input type="checkbox"/> domov <input type="checkbox"/> drugam _____

Podpis sprejemnega zdravnika	Opombe

Meritve in ocene stanja pred operativnim posegom	
<ul style="list-style-type: none">• telesna višina _____ m; telesna teža _____ kg; BMI _____;• Vitalna kapaciteta _____• pritisk / pulz _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____• temperatura _____ stanje kože _____ zobovje _____	
Naročena kri	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA
Avtotransfuzija (AT)	
<ul style="list-style-type: none">• kri za AT odvzeta	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, kje _____
<ul style="list-style-type: none">• kri za AT prispela v bolnišnico	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, količina _____
<ul style="list-style-type: none">• vzorec za hemogram odvzet	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA

Podpis med. sestre: _____



OPERACIJSKI LIST


št. _____

Diagnoza:

Operacija:

PRIPRAVE IN PREISKAVE ZA OPERACIJO			
Datum	TT[kg]	TV[cm]	
Srce klin. v redu : <u>DA NE GLEJ IZVID</u> Pljuča klin. v redu : <u>DA NE GLEJ IZVID</u> RR _____ , _____ PULZ _____ , _____	RTG: _____ RTG: _____ ASA: _____	EKG: _____ _____ _____	
SR: _____ K. sladkor: _____ L: _____ E: _____	Hb: _____ Ht: _____ PTČ: _____ INR: _____	Proteini: _____ Kalij: _____ Sečnina: _____ Kreatinin: _____	Urin: _____ CRP: _____ Alergija: <u>DA NE</u> Kakšna: _____
OPOMBE:			
Odd. Zdravnik:			
	Dan	Ura	
Zadnji obrok hrane:	_____	_____	Zobovje v redu: <u>DA NE</u>
Zadnje uriniranje:	_____	_____	Proteza: <u>DA NE</u>
Klizma:	_____	_____	Koža klin.normalna: <u>DA NE Kakšna:</u>
PREMEDIKACIJA:	_____		
Odd. Sestra:			

Nadaljevanje priloge A



Ortopedska bolnišnica Vaidoltra

Oddelek: _____
Soba št.: _____

Bojnikov priimek in ime: _____

Datum rojstva: _____
Št. popisa: _____

**Identifikačno
bolniška
preveriti:** _____

Klin. diagn.: _____
Oper. diagn.: _____
Operacija: _____

Opombe: _____

Bojnikovo stanje pred anestezijo dobro

Anestezija: zadovoljivo

Tel. teža: slabo

Temp.: prav slabo

Dihala:

Običljai: A.P. mmHg _____

Hb. g% _____

EKG: _____

Endokrine motnje (terapija):

Diabetes _____

Steroidi _____

Ostala obolenja: _____

Alergija na: _____

Krvna skupina: _____

Kri naročena: ml _____

Prejšnje transfuzije: _____

(reakcija) _____

Prejšnje anestezije: _____

(reakcija) _____

Zadnji obrok hrane _____

dne ob _____ uri

Potek anestezije:

Ura	mm Hg		°C
O ₂	220		40
N ₂ O	200		
	180		39
	160		
	140		38
	120		
	100		37
	80		36
	60		35
	40		34
	20		33

Promedikacija

	Rect	S.C.	I.M.	I.V.
Anestetik:				
Relaksans:				
Tehnika:				

Izguba krvi ml _____
Dane količine _____

Datum anestezije: _____
Anesteziolog: _____
Operater: _____

Komplicacije med anestezijo:

Zavest _____

Dihanje _____

Oblok _____

Ostalo _____

Boj. stanje ob koncu anestezije

Napoten v:

intenzivno nego

prehod. opazovanje

navadno nego

Aparat:

Anestezija:

splošna

regionalna

Operacija

programska

nujna

Nadaljevanje priloge A



**Ortopedska bolnišnica
Valdoltra**

6280 Ankaran, Jadranska c. 31, p.p. 1, SLOVENIJA

**SPREMLJANJE POTEKA TRANSFUZIJE
KRVI ali KRVNEGA PRIPRAVKA**

Ime in priimek bolnika-ce:
Datum rojstva:
Bivališče:
Matični indeks:

VRSTA: konc. eritrociti sveže zmrznjena plazma drugo
 polna kri trombocitna plazma datum odvzema enote krvi:

NEPOSREDNO PRED APLIKACIJO preverjena identiteta bolnika-ce		Zdravnik:		Med. sestra	
Skladnost podatkov na izvidu in enoti krvi / krvnega pripravka		Zdravnik:		Med. sestra	
Krvna skupina bolnika-ce (bed-side test):	Zdravnik:	Krvna skupina enote krvi / krvnega pripravka:		Zdravnik:	
nalepka enote krvi		ml	začetek	po 15 min	konec
	Datum				
	Ura				
	Krvni tlak				
	Pulz				
	Temperatura				
	Dihanje				
	Počutje				
	Zdravnik				
	Med. sestra				

Opombe:.....

VRSTA: konc. eritrociti sveže zmrznjena plazma drugo
 polna kri trombocitna plazma datum odvzema enote krvi:

NEPOSREDNO PRED APLIKACIJO preverjena identiteta bolnika-ce		Zdravnik:		Med. sestra	
Skladnost podatkov na izvidu in enoti krvi / krvnega pripravka		Zdravnik:		Med. sestra	
Krvna skupina bolnika-ce (bed-side test):	Zdravnik:	Krvna skupina enote krvi / krvnega pripravka:		Zdravnik:	
nalepka enote krvi		ml	začetek	po 15 min	konec
	Datum				
	Ura				
	Krvni tlak				
	Pulz				
	Temperatura				
	Dihanje				
	Počutje				
	Zdravnik				
	Med. sestra				

Opombe:.....

Nadaljevanje priloge A

VRSTA: konc. eritrociti sveže zmrznjena plazma drugo
 polna kri trombocitna plazma datum odvzema enote krvi:

NEPOSREDNO PRED APLIKACIJO preverjena identiteta bolnika-ce		Zdravnik:		Med. sestra	
Skladnost podatkov na izvidu in enoti krvi / krvnega pripravka		Zdravnik:		Med. sestra	
Krvna skupina bolnika-ce (bed-side test):	Zdravnik:	Krvna skupina enote krvi / krvnega pripravka:		Zdravnik:	
nalepka enote krvi		ml	začetek	po 15 min	konec
	Datum				
	Ura				
	Krvni tlak				
	Pulz				
	Temperatura				
	Dihanje				
	Počutje				
	Zdravnik				
	Med. sestra				

Opombe:.....

VRSTA: konc. eritrociti sveže zmrznjena plazma drugo
 polna kri trombocitna plazma datum odvzema enote krvi:

NEPOSREDNO PRED APLIKACIJO preverjena identiteta bolnika-ce		Zdravnik:		Med. sestra	
Skladnost podatkov na izvidu in enoti krvi / krvnega pripravka		Zdravnik:		Med. sestra	
Krvna skupina bolnika-ce (bed-side test):	Zdravnik:	Krvna skupina enote krvi / krvnega pripravka:		Zdravnik:	
nalepka enote krvi		ml	začetek	po 15 min	konec
	Datum				
	Ura				
	Krvni tlak				
	Pulz				
	Temperatura				
	Dihanje				
	Počutje				
	Zdravnik				
	Med. sestra				

Opombe:.....

Nadaljevanje priloge A

		Datum operacije: _____	
Ortopedska bolnišnica Valdostra OPERACIJSKI BLOK		Datum: _____ Ura: _____ Stranica: _____	
PREOPER. ZDRAVSTVENA NEGA			
Posebne bolezni <input type="checkbox"/> Alergija <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Hiv <input type="checkbox"/> Predhodne operacije <input type="checkbox"/> ostalo		Čistost kože <input type="checkbox"/> Intaktna (B.P.) <input type="checkbox"/> Brazgotine <input type="checkbox"/> Inficirana <input type="checkbox"/> Britje <input type="checkbox"/> Priprava op. polja - datum/ura:	
OPERACIJSKA SOBA: <input type="checkbox"/> OP I. <input type="checkbox"/> OP II. <input type="checkbox"/> OP III. <input type="checkbox"/> OP/SEPT* <input type="checkbox"/> OP B4			
INTRAOPERATIVNA ZDRAVSTVENA NEGA			
Vrsta anestezije: <input type="checkbox"/> SPL <input type="checkbox"/> SAB <input type="checkbox"/> EPIDUR <input type="checkbox"/> I.V.BLOK <input type="checkbox"/> LOK			
Sprejem v OP. ura: _____		Operacija čas min.: _____	
OPERACIJA:			
OP. Ekipa	OPERATER:	UMITA OP.M.S.	
	I. ASIST.	NEUMITA OP.M.S.	
	II. ASIST.	ANEST. M.S.	
	ANESTEZIOLOG	Z.T. ČIŠČENJE op.polja	
Položaj bolnika <input type="checkbox"/> Na hrbtu <input type="checkbox"/> Trebuh <input type="checkbox"/> L bok <input type="checkbox"/> Polesedeči <input type="checkbox"/> D bok <input type="checkbox"/> Povite noge		Priprava OP. polja <input type="checkbox"/> Spitaderm <input type="checkbox"/> Skinsept <input type="checkbox"/> Ostalo _____	
		Pokrivanje OP. polja <input type="checkbox"/> Enkratno <input type="checkbox"/> Platno <input type="checkbox"/> Ioban <input type="checkbox"/> Steri-drape	
Štetje pred OP. (število) <input type="checkbox"/> Treb.kompr. <input type="checkbox"/> Zloženci <input type="checkbox"/> Mali tamp <input type="checkbox"/> Veliki tamp <input type="checkbox"/> Ringer za spiranje a°500 <input type="checkbox"/> Inštrumenti		Dodatno med OP. (število) <input type="checkbox"/> Treb.kompr. <input type="checkbox"/> Ostalo <input type="checkbox"/> Zloženci <input type="checkbox"/> Ringer za spiranje Preiskave <input type="checkbox"/> Bakt. <input type="checkbox"/> Ostalo <input type="checkbox"/> Histol <input type="checkbox"/> Kostna banka <input type="checkbox"/> Študija - J.Š.	
		Štetje ob zapiranju <input type="checkbox"/> O.K.	
			
Oskrba rane: <input type="checkbox"/> Zloženc <input type="checkbox"/> Redivac <input type="checkbox"/> Vatiranec <input type="checkbox"/> Ortopas PO <input type="checkbox"/> Vata <input type="checkbox"/> Toraks dren <input type="checkbox"/> Povej <input type="checkbox"/> Imobilizacija		Uporabljene aparature: Elektroskalpel <input type="checkbox"/> Mono <input type="checkbox"/> Bi <input type="checkbox"/> Aspirator - Septovac <input type="checkbox"/> Tourniquet <input type="checkbox"/> High speed drill <input type="checkbox"/> RTG med OP. <input type="checkbox"/> RTG po OP.	
		Uporabljene aparature: <input type="checkbox"/> Endoskop <input type="checkbox"/> Pumpa <input type="checkbox"/> Shaver <input type="checkbox"/> Laser <input type="checkbox"/> VAPR <input type="checkbox"/> Intra.op. zbiranje krvi <input type="checkbox"/> Ostalo	
Čiščenje in razkuževanje op. prostora:			
Predaja BOL. ob ura _____		<input type="checkbox"/> Oddelek <input type="checkbox"/> Int.nega <input type="checkbox"/> Recovery	
Dvigovanje <input type="checkbox"/>	Blazina <input type="checkbox"/>	Sam Samostojno	Podpis Umita M.S.: Neumita M.S.:

Posebna naročila za pooperativno zdravstveno nego:

Nadaljevanje priloge A


Implantati:
Acetabulum
Stem
Glava

- Cement _____ Navaden Antibiotični
 - Mešanje cementa _____ Vakumsko
 - Spiranje _____
 - Rokavice Enojne Dvojne Bombaž

Šivi	(število)	OP.Set
<input type="checkbox"/> Vicryl		<input type="checkbox"/> Halluxi <input type="checkbox"/> MENJAVA
<input type="checkbox"/> Vicryl rapid		<input type="checkbox"/> TPC <input type="checkbox"/> ARTRO KOLENA
<input type="checkbox"/> Etylon		<input type="checkbox"/> TPG <input type="checkbox"/> ARTRO RAMA
<input type="checkbox"/> Svila		<input type="checkbox"/> SCOL <input type="checkbox"/> ARTRO KRIŽNI
<input type="checkbox"/> Etibond		<input type="checkbox"/> HD
<input type="checkbox"/> Ligaclip		
<input type="checkbox"/> Ostalo		

Kontrola sterilnosti: Parna sterilizacija Plazma

Posebnosti med op posegom:

 <p>Ortopedska bolnišnica Valodtra</p>	<h2>FORMULAR OB ODPUSTU</h2>	OBR 500-002
		Verzija 2
		Velja od: 4.4.2012

po vstavitvi / reviziji proteze:

- kolka
- gležnja
- komolca
- kolena
- rame

po operaciji:

- herniae disci
- skolioze
- dekompresija stenoze spinalnega kanala brez fiksacije
- stenoze spinalnega kanala s posterolateralno spondilodezo
- stenoze s 360° fiksacijo
- stenoze z dinamično fiksacijo
- spondilodiscitisa
- epifiziozezi
- elongaciji
- otroškega stopala
- hallux valgusa
- osteotomiji tibije
- osteotomiji femurja
- odprti operaciji komolca
- odprti rekonstrukciji rotatorne manšete
- po odprti stabilizaciji ramenskega sklepa
- po odprti operaciji Ahilove tetive
- operaciji gležnja (zatrditev, stabilizacija)
- stabilizaciji pogačice
- drugo

po artroskopiji:

- kolena
- rame
- gležnja
- komolca

po endoskopski:

- rekonstrukciji vezi kolena (acl; pcl; mcl; plc)
- rekonstrukciji rotatorne manšete
- stabilizaciji ramenskega sklepa
- operaciji Ahilove tetive


Prostor za osnovno nalepko z imenom,
priimkom, matičnim indeksom, št. KZZ

KOMPLIKACIJE v času hospitalizacije:

1. Ni bilo komplikacij
2. Komplikacije pri anesteziji
3. Hematom
4. Okužba
5. Globoka venska tromboza
6. Pljučna embolija
7. Izpah proteze
8. Okvara živca
9. Nekroza rane
10. Postoperativna psihoza
11. Zlom
12. Smrt
13. Ostalo: _____
14. Hujša postoperativna anemija
16. Kardiovaskularni zapleti
17. Colicae abdominales/ileus
18. Alergija na zdravila
20. Izliv v sklepu
21. Retenca urina

Podpis zdravnika: _____

Priloga B: Kirurški varnostni list

 <p>Ortopedska bolnišnica Valodrina</p>	<p>KIRURŠKI VARNOSTNI LIST (v nadaljevanju KVL)</p>	
	<p>OBR 604-001 Verzija: 3 Stran: 1/1</p>	
<p style="text-align: center;">PRED ANESTEZIJO</p> <p><input type="checkbox"/> BOLNIK POTRjuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IME, PRIIMEK, DATUM ROJSTVA • VRSTO OPERACIJE • STRAN OPERACIJE <p><input type="checkbox"/> SOGLASJA PODOPIsANA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SOGLASJE ZA OP. POSEG • SOGLASJE ZA ANESTEZIJO • SOGLASJE ZA PREJEM TKIV <p>MESTO OPERACIJE OZNAČENO:</p> <p><input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>BOLNIK IMA:</p> <p>ZNANE ALERGIJE <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>TEŽAVE Z DIHANJEM <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>BOLNIK JE ŽE KDAJ PREJEL KRI:</p> <p><input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p>	<p style="text-align: center;">PRED PRVIM REZOM</p> <p><input type="checkbox"/> KIRURG, ANESTEZIOLOG, OP-MS PRI ANESTEZIJI IN ZT USTNO VSI GLASNO POTRDIJO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IME BOLNIKA • VRSTO OPERACIJE • STRAN OPERACIJE <p>OPozORILA</p> <p><input type="checkbox"/> KIRURG: MOŽNA TVEGANJA ZARADI DRUGE DIAGNOZE, MOŽNA IZGUBA KRVI</p> <p><input type="checkbox"/> ANESTEZIOLOG: POSEBNOSTI IN MOŽNA TVEGANJA</p> <p><input type="checkbox"/> ZDRAVSTVENA NEGA: STERILNOST INŠTRUMENTARIJA POTRJEVA, DELOVANJE OPREME, PROTEZE PRIPRAVLJENE</p> <p>ANTIBIOTIČNA PROFILAKSA:</p> <p><input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p>	<p style="text-align: center;">PRED ODHODOM BOLNIKA IZ OPERACIJSKE DVORANE</p> <p><input type="checkbox"/> OP-MS GLASNO OBVESTI KIRURŠKO EKIPo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ŠTETJE INŠTRUMENTOV • ŠTETJE ZLOŽENCEV • MOREBITNIH TEŽAVAH Z OPREMO <p>PREDAJA BOLNIKA Z NAVODILI ZA NADALJNJO OSKRBO:</p> <p><input type="checkbox"/> NA ODDELEK POOPERATIVNE NEGE</p> <p><input type="checkbox"/> NA BOLNIŠKI ODDELEKA</p>
<p>Podpis m. s. pri anest.: _____</p>	<p>DATUM: _____</p> <p>Nalepka bolnika: _____</p>	<p>Podpis krožeče op. m. s.: _____</p> <p>Podpis m. s. pri anest.: _____</p> <p>KVL preveril operator: _____</p>