

EU/WHO projekt
Osiguranje kvaliteta i akreditacija

Priručnik za menadžere

**Unutrašnji sistem poboljšanja kvaliteta u zdravstvenim
ustanovama i akreditacija**

Radna grupa

Predgovor

Vodeći računa o različitim interesima aktera koji su izravno uključeni u pružanje medicinskih usluga, razlikujemo tri dimenzije kvalitetne medicinske zaštite – **kvalitet kako ga vide korisnici**: ono što korisnici i njegovatelji traže od usluge; **kvalitet kako ga vide zdravstveni profesionalci**: liječnici i drugi stručnjaci procjenjuju da li su zadovoljene potrebe pacijenta; da li su usluge tehnički ispravno pružene; i da li su primijenjene odgovarajuće procedure s ciljem da se zadovolje potrebe korisnika; **kvalitet kako ga opaža menadžment**: medicinska zaštita se ocjenjuje u odnosu na efikasnost, učinkovitost i produktivnost, unutar zadanih ograničenja i smjernica koje su propisali donositelji političkih i finansijskih odluka u zdravstvenom sistemu. Ipak, taj ponešto različit pogled na kvalitet zaštite, ne sprečava menadžere da pružanje zdravstvenih usluga vide i iz ugla zdravstvenih radnika i korisnika zaštite. Da bismo mogli govoriti o kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti, ova tri pogleda treba integrirati, što uslošnjava postizanje kvalitetne medicinske zaštite i konceptualno razlikuje kvalitetne medicinske usluge od drugih vrsta usluga koje se pružaju klijentima. To, nadalje, znači da treba definirati standarde za sve tri dimenzije kvaliteta.

Mnogi smatraju da je dovoljno osigurati resurse – naime, dovoljan broj uvježbanog osoblja, opremu i novac, i da će se kvalitet desiti sam po sebi. To se uglavnom ne dešava. Američki guru kvalitete Crosby (1979) napisao je knjigu *Kvalitet je besplatan* (htio je zapravo reći da nedostatak kvaliteta košta) i u toj knjizi tvrdi da se provjerom prakse i reduciranjem rasipanja mogu postići značajne uštede koje nadilaze troškove uvođenja novih procedura. Nažalost, to nije uvijek tačno.

Očigledno je da različiti pogledi na kvalitet trebaju biti u dinamičkoj ravnoteži. Jedan od najčešćih konflikata jest onaj između troškova i kvaliteta. Naročito je znakovit rastući konflikt između pacijentovog i profesionalnog pogleda na kvalitet. Bolje informirana javnost (Internet, naprimjer) sve više iskušava tradicionalno neupitnu ekspertizu liječnika. Dio te rastuće svjesnosti o pravima pacijenata jest i porast broja parničenja i traženje naknada štete zbog nesavjesnog liječenja. To može imati brojne posljedice, ali jedna ključna je da liječnici mogu poduzeti drugi tok akcije s ciljem da se zaštite od rizika i da odustanu od pristupa koji favorizira pacijente (tzv. *defanzivna medicina*).

U jednom idealnom svijetu svi bi bili podjednako zadovoljni: donositelji političkih odluka u zdravstvu, finansijeri, zdravstveni profesionalci, menadžment medicinskih ustanova, pacijenti. Ali, u stvarnom svijetu, interesi ovih grupacija uvijek su u napetosti. To objašnjava zašto je diskusija o kvalitetu zdravstvene zaštite toliko kompleksna i zašto uvođenje sistema poboljšanja kvaliteta u zdravstvo napreduje tako sporo.

Europska organizacija za kvalitet fokusira se na menadžment kao jednu od glavnih socijalnih dimenzija za poboljšanje kvaliteta zdravstvene zaštite. U skladu s politikom kvaliteta i zakonima koji reguliraju ovu materiju, menadžment zdravstvenih ustanova mora se aktivno uključiti u sve projekte na poboljšanju kvalitete i svojim primjerom pokazati drugima šta i koliko treba činiti. Osim toga, menadžment zdravstvenih ustanova treba pomagati zdravstvenim radnicima da svladaju prirodni otpor prema promjenama i ubijediti ih da je organizacijski kvalitet nešto bez čega se ne može ići naprijed. Drugim riječima, menadžeri su dužni stvoriti povoljan **ambijent za promjene** i ustrajno raditi na podizanju **kulture kvaliteta i sigurnosti**.

Uspješni projekti kvaliteta po pravilu imaju svoje «šampione». To su cijenjeni menadžeri ili medicinski stručnjaci koji se ozbiljno posvećuju radu na podizanju kvaliteta. Bez jakog vodstva, osoblje je često zbunjeno u pogledu onoga što se od njih traži, pa je sklono da priguši početno oduševljenje i zaustavi aktivnosti. Zato je podrška menadžmenta projektu kvaliteta u zdravstvenoj ustanovi nezamjenljiva i odlučujuća. Menadžeri moraju uvažavati i vrednovati znanje i iskustvo osoblja na svim nivoima zdravstvene ustanove, unaprijediti timski rad i komunikacije između odjeljenja i službi, ovlastiti osoblje za inovacije i nagraditi pojedince i timove za kvalitetan rad.

Polazna tačka za promjene jest način na koji se u zdravstvene ustanove uvode metodi kvaliteta. Da bi se osoblje moglo orijentirati, menadžment ustanove mora donijeti *strategiju poboljšanja kvalitete* kao dio ukupnog strateškog planiranja. Cilj strategije je promjena u načinu ponašanja zaposlenih, postupna izgradnja unutrašnjeg sistema poboljšanja kvaliteta i sigurnosti i bolji menadžment zdravstvenih usluga.

Konkretno, tokom razvoja bilo kojeg projekta kvaliteta, cjelokupna struktura menadžmenta mora biti detaljno upoznata sa svrhom i ciljevima projekta, s osobitim naglaskom da projekt nije nešto što započinje i završava u nekom vremenskom razdoblju (to može, na primjer, sugerirati termin *projekt*), već da je to *stalna aktivnost* kojom se započinje uvođenje kulture kvaliteta i rada na poboljšanju zdravstvenih usluga kao sastavnog dijela svakodnevnog rada koji nikada ne treba da prestane. Pritom je odgovornost menadžera za podršku, koordinaciju i pronalaženje modaliteta **stimulacija** za osoblje koje kvalitetno radi od odlučujućeg značaja u održavanju klime unutrašnjeg natjecanja i horizontalnog i vertikalnog uvezivanja svih učesnika u koherentan i učinkovit sistem. Na menadžmentu također leži velika odgovornost u svladavanju prepreka i otpora provedbi projekta kvaliteta od strane zaposlenih, kojih će svakako biti.

U okviru projekta EU/WHO *Podrška reformi zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini*, komponenta 3 – Akreditacija i osiguranje kvaliteta, radna grupa pripremila je Priručnik za menadžere koji treba da ispuni ne samo prazninu u našoj stručnoj literaturi, već i da bude svakodnevna pomoć menadžerima u radu na poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga. Nadamo se da će ovaj priručnik tome u potpunosti odgovoriti.

I na kraju jedna opaska. Nije bilo moguće detaljno obraditi neka pitanja, naprimjer kliničku reviziju, razvoj kliničkih vodilja, upravljanje rizikom, te druga stručna klinička pitanja. Ova materija izložena je i detaljno objašnjena u drugim priručnicima koje su ranije pripremile agencije, te u slučaju potrebe, menadžeri mogu konsultirati te tehničke priručnike i drugu odgovarajuću literaturu.

Radna grupa

SADRŽAJ

PRVI DIO

1.	Zašto kvalitet u zdravstvu?	10
2.	Pacijent je u središtu zdravstvene zaštite	12
2.1	Zajedničko odlučivanje i partnerstvo s pacijentom	13
2.2	Kraj paternalizma?	13
2.3	Sigurnost pacijenata	13
2.4	Zadovoljstvo ili iskustvo pacijenta?	14
2.5	Javna odgovornost	15
2.6	Kako smanjiti broj žalbi i parnica?	16
3.	Sistem poboljšanja kvaliteta	18
	ULAZNI ELEMENTI SISTEMA POBOLJŠANJA KVALITETA	
4.	Ambijent za poboljšanje kvaliteta	19
4.1	Strategija poboljšanja kvaliteta	19
4.2	Vodstvo	20
4.2.1	<i>Uloga menadžera u sistemu poboljšanja kvaliteta</i>	21
4.2.2	<i>Uloga menadžera u razvoju organizacijske kulture</i>	22
4.3	Vrijednosti organizacije	26
4.3.1	<i>Vizija</i>	26
4.3.2	<i>Misija</i>	26
4.3.3	<i>Vrijednosti</i>	27
4.4	Resursi	27
4.4.1	<i>Upravljanje ljudskim resursima</i>	28
4.4.2	<i>Obuka za poboljšanje kvaliteta</i>	29
4.4.3	<i>Menadžment promjena</i>	30
4.4.4	<i>Infrastruktura</i>	31
4.4.5	<i>Radno okruženje</i>	32
4.4.6	<i>Podaci, informacije i informacijski sistemi</i>	32
4.4.7	<i>Snabdjevači i partneri</i>	34
4.4.8	<i>Prirodni resursi (energenti)</i>	34
4.4.9	<i>Finansijski resursi</i>	34
4.5	Inovacije	34
5.	Organizacijske strukture za kvalitet i sigurnost	36
5.1	Menadžeri i timski rad	36
5.1.1	<i>Formiranje i vrste timova</i>	36
5.1.2	<i>Pojedinac, tim i menadžment</i>	37
5.1.3	<i>Rukovođenje timom</i>	37
5.1.4	<i>Važne determinante uspjeha timskog rada</i>	38
5.2	Organizacijske strukture za poboljšanje kvaliteta	38
5.2.1	<i>Komisija za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga: odgovornosti i koordinacija</i>	39
5.2.2	<i>Timovi za implementaciju akreditacijskih standarda</i>	39
	PROCESI SISTEMA POBOLJŠANJA KVALITETA	
6.	Procesni pristup	44
6.1	Standardi, vodilje, putevi zaštite	46
6.1.1	<i>Organizacijski standardi</i>	47
6.1.2	<i>Klinički standardi</i>	48
6.2	Standardizacija procesa	48

	6.2.1	<i>Planiranje izrade politika i procedura</i>	49
	6.2.2	<i>Izrada (razvoj) politika i procedura</i>	50
	6.2.3	<i>Odobranje politika i procedura</i>	50
	6.2.4	<i>Distribucija usvojenih politika i procedura, upoznavanje osoblja sa sadržajem i Provođenje stalnog nadzora nad primjenom</i>	51
	6.2.5	<i>Provjera primjene usvojenih politika i procedura</i>	52
	6.2.6	<i>Revizija politika i procedura</i>	52
7.		Metodi: unutrašnji mehanizmi za kvalitet i sigurnost	52
	7.1	Unutrašnji mehanizmi	55
	7.1.1	<i>Odgovornost osoblja i pružanje usluga kompetentnog osoblja</i>	55
	7.1.2	<i>Blagostanje osoblja</i>	57
	7.1.3	<i>Koordinacija usluga u okviru upravljanja kvalitetom i rizikom</i>	57
	7.1.4	<i>Komunikacije, koordinacija, dokumentacija o pacijentima, informacije</i>	58
	7.1.5	<i>Rizik, zdravlje i sigurnost</i>	59
	7.1.6	<i>Upravljanje resursima, efikasnost</i>	61
8.		Indikatori (pokazatelji)	62
9.		Priprema zdravstvene ustanove za akreditaciju	65
	9.1	Poboljšanje kvaliteta	70
	9.2	Gdje i kako započeti?	70
	9.3	Samooocjena: gdje se sada nalazimo?	70
	9.4	Razvoj usluga	71
	9.5	Koliko vremena je potrebno za akreditaciju?	71
	9.6	Druga samooocjena: da li smo spremni?	71
		DRUGI DIO	
10.		Vanjski mehanizmi za ocjenu zdravstvenih ustanova	74
11.		Šta je akreditacija?	74
12.		Ciljevi akreditacije	75
13.		Šta nije akreditacija?	75
	13.1	Zdravstvena inspekcija	76
	13.2	Licenciranje	77
	13.3	Certificiranje	77
14.		Međunarodna iskustva	79
15.		Koristi od učešća u programu akreditacije	79
16.		Vanjsko kolegijalno ocjenjivanje	80
	16.1	Pregled dokumentacije	80
17.		Nakon ocjene slijedi finalni izvještaj i odluka o akreditacijskom statusu	81
		DODATAK: Preporuke Komisije ministara Savjeta Evrope 1997 Prilog R R (97) 17	85

PRVI DIO

1. Zašto kvalitet u zdravstvu?

Poboljšanje kvaliteta u većini zemalja ima glavnu ulogu u reformi zdravstvenih sistema i pružanja usluga. Sve zemlje suočavaju se sa izazovima da sa raspoloživim resursima osiguraju pristup, pravičnost, sigurnost i učešće pacijenata, i da razvijaju vještine, tehnologiju i medicinu na bazi dokaza.¹

Javno, političko i profesionalno nezadovoljstvo zdravstvenim uslugama pokazuje da postoji globalni konsenzus. Problemi se posebno odnose na pristup i kontinuitet zaštite, kliničku učinkovitost, sigurnost pacijenta, vrijednost za novac, zadovoljstvo korisnika i javnu odgovornost. Zbog toga se razvijeni svijet počeo fokusirati na preventivnu medicinu, primarnu zaštitu, uključivanje korisnika i eksplicitniju regulativu vlada i finansijera zaštite, kroz upravljaju zaštitu i zdravstvene mreže.

Glavni razlozi za implementaciju strategija osiguranja kvaliteta koje navode članice EU i druge zemlje koje se uključuju u ovaj proces su:²

- nesigurni zdravstveni sistemi;
- neprihvatljivi nivoi varijacija izvršenja, prakse i ishoda;
- neučinkovite ili neefikasne tehnologije zdravstvene zaštite i/ili pružanje usluga (preveliko korištenje, pogrešno korištenje, nedovoljno korištenje);
- nedopustivo rasipanje iz slabog kvaliteta;
- nezadovoljstvo korisnika;
- nejednak pristup zdravstvenim službama i uslugama;
- liste čekanja;
- troškovi za društvo koje to sebi ne može priuštiti.

Vijeće Europe osnovalo je komisiju eksperata za kvalitet 1995. godine. Ova komisija napravila je veliki broj preporuka ministrima zdravstva (usvojene 1997. god.) kojim se predlaže da vlade zemalja članica uspostave sistem za poboljšanje kvaliteta,³ što znači da vlade kreiraju politike i strukture, gdje je to moguće, kojima će se podržati razvoj i implementacija *sistema poboljšanja kvaliteta*, to jest, sistema za kontinuirano osiguranje i poboljšanje kvaliteta zdravstvene zaštite na svim nivoima

Rezolucija se zasniva na stanovištu da je kvalitetna zdravstvena zaštita temeljno pravo svakog pojedinca i svake zajednice, kako je implicitno definirano članom 11. Europske povelje o socijalnim pravima kojim se regulira pravo na zaštitu zdravlja, dok se članom 3. Konvencije o ljudskim pravima i biomedicini od ugovornih strana zahtijeva da osiguraju «pravičan pristup kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti». Aneks ove rezolucije sadrži listu od 17 vodilja prakse za nacionalni sistem poboljšanja kvaliteta (Vidi dokument u Dodatku na kraju Priručnika).

Ministri zdravstva su postigli sporazum 1998. godine o suradnji u oblasti kvaliteta zdravstvene zaštite; Federalno ministarstvo Austrije objavilo je rezime politika kvaliteta u

¹ Shaw Charles D, Kalo I. Osnovne informacije za nacionalne politike kvaliteta zdravstvenih sistema, Europski ured SZO, 2003. (Prijevod: AKAZ; može se naći na www.akaz.ba).

² Schweiger B (ed). Quality policy in the health care systems of the EU accession countries. Vienna: Federal Ministry of Social Security and Generations, 2001. www.gesundheit.bmsg.gv.at.

³ Council of Europe. <http://www.cm.coe.int/ta/rec/1997/97r17.html>

zemljama članicama Europske unije 1998. godine⁴ i zemljama koje se uključuju u kvalitet 2001. godine.⁵

Ne postoji univerzalni model za nacionalnu politiku kvaliteta, ali postoje zajednički elementi namjere, organizacije i aktivnosti koje nacionalne vlade identificiraju kao značajne, koji se ili zvanično objave ili vlade poduzmu akciju da ih realiziraju. Ovi elementi obuhvataju:

- Nacionalne vrijednosti i prioritete kvaliteta;
- nacionalne organizacije i strukture kvaliteta;
- metode, tehnike i sredstva za razvoj kvaliteta;
- resurse za poboljšanje kvaliteta.

Eksperti radnih grupa Svjetske zdravstvene organizacije preporučuju da **uloga menadžera u poboljšanju kvaliteta** treba da obuhvati sljedeće:

- imenovano vodstvo, odgovornost, nadzor, monitoring i komuniciranje kvaliteta na svim nivoima (općinskom, kantonalnom, regionalnom i nacionalnom nivou);
- javnu odgovornost kroz izvještavanje o sistemima poboljšanja kvaliteta putem objektivne vanjske ocjene od strane nezavisnih tijela (akreditacija);
- širenje informacija o kvalitetu za interesne grupe građana, kao što su, naprimjer, udruženja pacijenata, zdravstveni edukatori, zakonodavci i masovni mediji;
- koordinaciju multidisciplinarnih projekata osiguranja kvaliteta kroz korištenje zajedničkih protokola o temama kao što su, naprimjer, perioperativna, maternalna i perinatalna smrtnost ili jatrogene reakcije na lijekove;
- regularne sistematične povratne informacije o mjerenjima procesa i ishoda za pojedince, organizacijske jedinice i zdravstvene ustanove.

Okvir 1

Menadžeri u zdravstvenoj zaštiti treba da preuzmu vodstvo u uspostavljanju sistema poboljšanja kvaliteta u svojim organizacijama.

*Preporuka 7.
Preporuke Komisije ministara Savjeta Evrope, 1997 Prilog RR
(97) 17*

⁴ Federal Ministry of Labour, Health and Social Affairs. Quality in health care: opportunities and limits of co-operation at EU-level. Report of meeting European Union Health Ministers on quality in healthcare. Vienna, 1998. www.bmags.gv.at

⁵ Federal Ministry of Social Security and Generations. Quality policy in the health care systems of the EU accession candidates. Federal Ministry: Vienna, 2001. www.gesundheit.bmsg.gv.at

2. Pacijent je u središtu zdravstvene zaštite

Na pacijenta usmjerena zdravstvena zaštita pruža ono što svaki korisnik želi: poštovanje, razumijevanje, pravičnost, dobru komunikaciju s liječnikom, tačne i pravovremene informacije, privatnost, stručnost liječnika, ugodnost okruženja u kojemu se pružaju usluge, zadovoljstvo i dobre rezultate liječenja. Najbolja zdravstvena zaštita uvijek uključuje spremnost medicinskih stručnjaka da zadovolje potrebe pacijenta i ostvare njihove ciljeve. Nikada ne bi trebalo ostaviti bolesnika da traži sopstvene odgovore o problemima svoga narušenog ili ugroženog zdravlja. Jednako je važno *razvijati očekivanja dobrog kvaliteta* među klijentima, na način da pacijenti i njegovatelji kasnije insistiraju na tome. Mnogo ne košta, a veoma je korisno *osigurati pacijentima dobre informacije*, na primjer, dok čekaju na uslugu (poster, leci, brošure) ili organizirati seriju predavanja u zajednici o najčešćim zdravstvenim problemima. *Socijalni marketing*, koristeći elektronska medija, može također doprinijeti porastu svijesti stanovništva o kvalitetnim uslugama koje se pružaju u lokalnom domu zdravlja ili bolnici.

Redovito *anketiranje pacijenata* o zadovoljstvu uslugama i iskustvu u kontaktu s medicinskom službom i organizirani sistem žalbi i pohvala, treba da postanu rutinski zadaci menadžmenta i medicinskih profesionalaca. Izostanak komunikacije, objašnjenja ili izvinjenja, može od razmjerno male nezgode napraviti događaj koji postaje glavnim razlogom za inzistiranje pacijenta na naknadi štete.

Zaštita u čijem je središtu pacijent, koliko je logična toliko je još mnogima, nažalost, nejasna i nerazumljiva. Razloge za to vjerovatno treba tražiti u manjkavoj medicinskoj edukaciji i lošem ugledanju u praksi, te prevladavajućoj kulturi. Ono što se danas traži od zdravstvenih profesionalaca može se obuhvatiti pod sljedećih četrnaest tačaka:

- omogućiti pristup zdravstvenoj zaštiti;
- uključiti pacijente (i njihove roditelje ili njihovu djecu) u slobodan izbor liječnika i zdravstvene ustanove, slobodan izbor osiguravatelja, u odlučivanje o strateškim, menadžerskim i kliničkim pitanjima;
- informirati pacijente (i njihove roditelje ili djecu);
- poboljšati komunikacije s pacijentima (i njihovim roditeljima, odnosno djecom);
- davati pacijentima (ili njihovim roditeljima ili djeci) savjete, podršku i poduku;
- dobivati informirani pristanak od njih za sve medicinske procedure i procese;
- koordinirati zaštitu;
- osigurati kontinuitet zaštite;
- osigurati pacijentima fizički komfor;
- izmamiti od njih povratne informacije i saslušati sve o njihovim vrijednostima i pogledima;
- upoznati pacijente (i njihove roditelje ili njihovu djecu) s prihvaćenim standardima zdravstvene zaštite;
- iskazivati javnu odgovornost tako što će se pacijenti i njihovi najbliži uputiti i na drugu profesionalnu ekspertizu i kvalitetne izvore informacija;
- biti otvoren i pošten kada se pojavi neželjeni događaj;
- učiti iz iskustva pacijenata i njihovih njegovatelja.^{6,7}

⁶ NHS Quality Improvement Scotland. Patient Focus and Public Involvement, 2003.

⁷ Nicholls S, Cullen R, Halligan A. NHS Clinical Governance Support Team – facilitating cultural change. *Clinical Governance Bulletin*, April 2001;2(1):2-4.

Praktično, pacijente bi trebalo aktivno uključiti u:

- diskusione panele;
- razvoj kliničkih vodilja;
- kliničku reviziju;
- istraživanje;
- obuku i edukaciju;
- analizu incidentnih situacija;
- žalbene procedure;
- projekte;
- mapiranje procesa zaštite;
- oblikovanje informacija za pacijente.⁸

2.1 Zajedničko odlučivanje i partnerstvo s pacijentom

Pacijenti tako dolaze na vrh naših napora da postignemo kvalitetnu i sigurnu zdravstvenu zaštitu. Zdravstveni profesionalci postaju im odgovorni, slušaju ih, konsultiraju i uključuju u razvoj kvaliteta. Javnost je samo zbirna imenica za brojne osobe koje ispoljavaju jedinstveno iskustvo šta to znači biti bolestan u smislu akutnog osjećaja otuđenja koje prati svaku spriječenost za rad. Ta *medicina zasnovana na pojedinačnim pričama bolesnih osoba* je postmoderni termin kojim se opisuje i shvata iskustvo bolesti.⁹

Osim toga, zdravstveni profesionalci treba da postignu *stvarno partnerstvo s pacijentima*. Prošla su vremena kada su zdravstveni profesionalci mogli gledati na pacijente kao pasivne primaocce zaštite. U današnjim liberalnim demokracijama građani imaju izbore u skoro svakom aspektu njihovih života. Ni zdravstvena zaštita nije ostala imuna na te promjene. Pacijentima je data u ruke kontrola njihove sudbine; oni očekuju da ih se tretira i poštiva kao osobe s vlastitom autonomijom; oni mogu postavljati i neugodna pitanja zdravstvenim vlastima; oni mogu odlučivati o značajnim pitanjima kao što je njihovo zdravlje.¹⁰

2.2 Kraj paternalizma?

Paternalistički način pružanja zdravstvenih usluga, kakav u nas prevladava, samo pojačava pritiske i zahtjeve za zdravstvenom zaštitom, umjesto da podržava samostalnost. Prečesto se pacijenti tretiraju kao djeca kojima treba reći šta da rade, umjesto da se prema njima ophodimo kao odgovornim odraslim osobama koje su u stanju da upiju informacije i potom načine informirane izbore. Paternalizam potiče pasivnost i ovisnost, podriiva samopouzdanje i razara sposobnost ljudi da svladavaju poteškoće. Mogu li danas zdravstveni radnici sagledati pacijente kao partnere i suproizvođače zdravlja?

2.3 Sigurnost pacijenata

Aktivno uključivanje pacijenata može značajno umanjiti incidencu medicinskih grešaka i nepovoljnih događaja. Obaviješteni pacijenti znaju šta mogu očekivati od standarda

⁸ Squire S, Wall D, Hallingan A. Involving patients and the public in clinical governance: a practical approach. *Clinical Governance Bulletin*, December 2002; 3(4):5-6.

⁹ Sweeney K. Patient experience. *Clinical Governance Bulletin*, July 2000;1(1):6-7.

¹⁰ Lugon M, Scally G. Communication (Editorial). *Clinical Governance Bulletin*, October 2001;2(4):1-2.

kvaliteta i mogu provjeriti odgovarajuću izvedbu u odnosu na standarde i kriterije. Medicinske greške česte su u oblasti propisivanja lijekova a to se može reducirati aktivnijim angažmanom pacijenata u vlastitom liječenju. Pacijenti mogu značajno doprinijeti boljem dizajnu informativnih letaka i pakovanja lijekova. Informirani pacijenti mogu tražiti da provjere zabilješke u historijama bolesti i zdravstvenim kartonima, uključujući provjeru uputnica i rezultata pretraga. Štoviše, britanski zdravstveni sistem planira da pacijentima ponudi elektronski pristup preko Interneta u njihovu medicinsku dokumentaciju.¹¹

2.4 Zadovoljstvo ili iskustvo pacijenata?

Ako naše napore na poboljšanju kvaliteta želimo da usmjerimo na potrebe i želje pacijenata, prvo moramo posmatrati događaje kroz optiku korisnika zaštite – pacijenata i njegovatelja. Već godinama se ocjenjuje kvalitet mjerenjem zadovoljstva korisnika. Traženje mišljenja pacijenata može imati pozitivan utjecaj na percepciju koju pacijenti imaju o kvalitetu zdravstvene zaštite, a i menadžerima daju informacije korisne za strateško donošenje odluka. Međutim, mnoge ankete o zadovoljstvu pacijenata zdravstvenom zaštitom trpe od ozbiljnih metodoloških nedostataka i ne ciljaju na ono što zapravo pacijente zanima.¹² Pregled 195 objavljenih studija je ukazao na to da su samo neki istraživači koristili metode koje su bile i validne i pouzdane.¹³ Ovaj nedostatak u standardizaciji mjerenja zadovoljstva pacijenta i nedovoljna oštrina instrumenta rezultirali su nemogućnostima poređenja s najboljima u istraživanju (*benchmarking*).¹⁴

Zadovoljstvo se sastoji i od kognitivne evaluacije i emocionalne reakcije na komponente pružanja usluga. Kao takvo, ono predstavlja subjektivnu percepciju pojedinca, koja je u uskoj vezi s njegovim očekivanjima. Mnogi pacijenti imaju mala očekivanja i često će reći da su zadovoljni, ali sistematičnije mjerenje njihovog iskustva koje se odnosi na izbor usluga, poštovanje i informacije je osjetljiviji indikator jačanja uloge pacijenata. Zbog toga postoji sve veće slaganje da je informativnije pitati pacijenta o tome kakva su bila njihova *iskustva* nego pitati ih da li su bili zadovoljni.¹⁵

Istraživači na Medicinskom fakultetu na Harvardu razvili su i testirali standardizirani instrument za mjerenje zabrinutosti i iskustva pacijenata. To je prvi put primijenjeno na državnom nivou u SAD-u za intervjuiranje bolničkih pacijenata i njihovih porodica telefonskim putem. Otada se koristi kao *Picker* upitnik u Australiji, Kanadi¹⁶ i mnogim zemljama u Europi.^{17,18,19} Pohvalni rezultati *Picker*-a pokazali su vezu između signifikantno smanjenih komplikacija i neočekivanih smrtnih slučajeva u mičigenskim bolnicama,²⁰ slabi rezultati su bili povezani sa slabijim zdravstvenim statusom pacijenata s akutnim infarktom miokarda New Hampshire-u.²¹

¹¹ Coulter A. Ibid (ref. 1).

¹² Sitzia J, Wood J. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997;278:1608-12.

¹³ Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *Int J Qual Health Care* 1999;11:319-28.

¹⁴ Lugon M, Hittinger R. Patient and public involvement (Editorial). *Clinical Governance Bulletin*, October 2003;2(4):1.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Charles C, Gauld M, Chambers L et al. How was your hospital stay? Patients' reports about their care in Canadian hospitals. *Can Med Assoc J* 1994; 150: 1813-22.

¹⁷ Bruster S, Jarman B, Bosanquet N et al. National survey of hospital patients. *BMJ* 1994; 309: 1542-6.

¹⁸ Gulacsi L. Quality of health care: patient satisfaction and patient reports in Hungarian hospitals. In Gulacsi L (ed) Hungarian health care in transition. University of Amsterdam 2001.

¹⁹ Coulter A, Cleary PD. Patients' experience with health care in five countries. *Health Affairs* 2001; 20:244-52.

²⁰ Bechel DL, Myers WA, Smith DG. Does patient-centred care pay off? *J Qual Improvement* 2000; 26: 400-9.

²¹ Fremont AM, Cleary PD, Hargraves JL et al. Patient-centred processes of care and long-term outcomes of myocardial infarction. *J Gen Internal Med* 2001;16:800-8.

U Engleskoj su bolnice obavezne da provedu anketiranje jednom godišnje, uključujući i standardni set pitanja za praćenje izvršenja i *benchmarking* na državnom nivou. Rezultati se predaju Ministarstvu zdravstva i koriste se za Okvirnu procjenu državnog izvršenja (*National Performance Assessment Framework*). Agregirani rezultati se objavljuju na Internetu (npr. za koronarno srčano oboljenje), a zdravstvenoj zaštiti za koju se pokaže da je usmjerena na pacijenta daje se finansijski poticaji.²²

Razne studije su pokazale da je moguće međubolničko poređenje na lokalnom i regionalnom nivou, npr. u Francuskoj,²³ Grčkoj,²⁴ Poljskoj,²⁵ i Švedskoj.²⁶

2.5 Javna odgovornost

Visoka izdvajanja za zdravstvenu zaštitu, uz istovremenu povećanu potražnju zdravstvenih usluga, dovela su do situacije u kojoj se od zdravstvenih ustanova traži više odgovornosti prema javnosti. Potražnja je rezultirala objavljivanjem indikatora izvedbe na temelju kojih se zdravstvene ustanove mogu porediti. Indikatori izvedbe imaju dvostruku vrijednost: daju informacije za prioritizaciju poboljšanja kvaliteta i detaljan opis na koji se način koriste javni fondovi.

Javno izvještavanje uporedivih informacija o kvalitetu zdravstvene zaštite postaje sve prihvaćeniji način poboljšanja odgovornosti i kvaliteta. Kartice za izvještavanje o kvalitetu su veoma važne u SAD-u i Kanadi već više od deset godina, a predstavljaju i središnji dio reforme zdravstvenog sistema u Velikoj Britaniji. Međutim nezadovoljstvo javnosti, zdravstvenih profesionalaca i menadžera objavljenim indikatorima izvršenja u Velikoj Britaniji pokazalo je da su prioriteti korisnika drugačiji od prioriteta kreatora politike.²⁷ Istraživanje najčešćih izazova i razlika u provođenju politike u Velikoj Britaniji i SAD-u²⁸ rezultiralo je nekim specifičnim preporukama i povećanjem učinkovitosti javnog izvještavanja do maksimuma. Komercijalne web stranice, kao što je to Dr Foster (home.drforster.co.uk), ohrabruju javnost da traži i koristi sistematske informacije o kvalitetu zdravstvene zaštite. Akreditacijski standardi, kojima se zahtijeva da svaka zdravstvena ustanova načini i objavi vodič za pacijente, još više pojačavaju te napore. Ove strategije nisu bez rizika, budući da svaka zdravstvena ustanova želi da se javnosti predstavi u svjetlu koje je bolje nego što jest. Ali, rastući trend prema saopćavanju rezultata javnosti, ima dobru stranu što zdravstvenim ustanovama ne ostavlja mnogo izbora: one *volens-nolens* moraju da prionu na poboljšanje kvaliteta usluga koje pružaju.²⁹

²² Secretary of State for Health. The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform. London: Stationery Office, 2000.

²³ Saloman L, Gasquet I, Mesbah M, Ravaud P. Construction of a scale measuring inpatients' opinion on quality of care. *Int J Qual Health Care* 1999;11:507-516.

²⁴ Moutzoglou A, Dafogianni C, Karra V, Michailidou D, Lazerou P, Bartsocas C. Development and application of a questionnaire for assessing parent satisfaction with care. *Int J Qual Health Care* 2000;12:331-7.

²⁵ Lawthers A, Rozanski BS, Nizankowski R, Rys A. Using outpatient surveys to measure the quality of outpatient care in Krakow, Poland. *Int J Qual Health Care* 1999;11:497-506.

²⁶ Hansson L, Bjorkman T, Berglund I. What is important in Psychiatric inpatient care? Quality of care from the patient's perspective. *Quality Assurance in Healthcare* 1993;5:41-7.

²⁷ Lustgarten H, Cowley C, Scobie S. Performance indicators. Benefits of the doubt. *Health Serv J* 2002;12(5817):28-30.

²⁸ Marshall MN, Shekelle PG, Davies HT, Smith PC. Public reporting on quality in the United States and the United Kingdom. *Health Aff (Millwood)*. 2003;22(3):134-48.

²⁹ Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH. The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the evidence. *JAMA* 2000;282:1866-74.

2.6 Kako smanjiti broj žalbi i parnica?

Pažljivo saslušati žalbe pacijenata značajno je ako želimo da pružamo zaštitu koja je fokusirana na pacijenta i da učimo iz iskustva pacijenata. Kada primamo žalbu, treba poduzeti dvije akcije: prvo, odgovoriti što prije s izvinjenjem ili barem objašnjenjem; drugo, prihvatiti žalbu kao mogućnost učenja. Ove dvije aktivnosti treba jasno razdvojiti vremenski. Nakon izvinjenja, ako podnositelj žalbe vjeruje u vas i vašu ustanovu, možete mnogo naučiti iz žalbe i poboljšati praksu, a pacijenti i osoblje će biti uvjereni da je žalba bila vrijedna truda.³⁰

Pažljivo postupanje sa žalbama pacijenata, zapravo je pažljivo, humano i kulturno ophođenje s ljudima. Ono što pacijent kao negativno prvo zapaža jesu oholost i arogancija zdravstvenog radnika. Nijedno znanje i vještine ne mogu zamijeniti ljudskost. Ali, to pitanje jest pitanje lične i organizacijske kulture. Nije uvijek lako mijenjati tu kulturu – od kulture «ja znam šta je najbolje za tebe» do «služiti pacijentima». Ako liječnici ne uzimaju u obzir vrijednosti i preferencije pacijenata, onda oni neće primiti odgovarajuću zaštitu prema njihovim potrebama. Liječnici su, u pravilu, dobro informirani o uzrocima bolesti, dijagnostičkim tehnikama, mogućnostima liječenja, prognozi i preventivnim strategijama. S druge strane, samo pacijenti znaju kakvo je njihovo iskustvo aktuelne bolesti i pridruženih socijalnih uvjeta, običaja, ponašanja, stavova prema riziku, vrijednosti i željenih izbora. Za uspješan tretman potrebne su obje vrste znanja, i obje strane – liječnik i pacijent moraju razmijeniti informacije i donijeti ispravne odluke, utemeljene na dokazima.³¹

Okvir 2

Povratne informacije su ključne. Ako pacijentu koji se žali kažete da ćete poduzeti neke korake u vezi s prigovorom, budite sigurni da ćete mu se vratiti i potvrditi da je poduzeta tačno određena akcija. Na taj način vašeg protivnika možete preobratiti u vašeg saveznika.

Sve prosvjećeniji korisnici zdravstvene zaštite sve manje su spremni tolerirati predugo čekanje u ambulancama, duge liste čekanja za neke operacije, nedostatak informacija u zdravstvenim ustanovama, nekomunikativno osoblje i nespremnost zdravstvenih ustanova da u kreiranje i poboljšanje usluga uključe poglede i mišljenja pacijenata. Zdravstvene politike također to prepoznaju kao nedostatak odziva, odnosno reagiranja na potrebe i preferencije korisnika zaštite. Na duži rok, uspješnost zdravstvenih sistema u cjelini cijenit će se prema mogućnostima da brzo i snažno odgovore na rastuće i opravdane potrebe građana kao platiša zdravstvenog osiguranja i glasača na izborima. Zbog svega toga će u skoroj budućnosti vjerovatno doći do porasta broja žalbi koje dovode do parničenja. Analiza uzroka može ponuditi vrijedan vodič radi izbjegavanja sličnih događaja. Izostanak komunikacije, objašnjenja ili izvinjenja, može od relativno male nezgode napraviti događaj koji postaje glavnim razlogom zbog kojeg pacijenti i njihova porodica ustrajavaju na zakonskoj naknadi štete.

Stope medicinskih grešaka i posljedica mogu se smanjiti ako koristimo pristup koji favorizira pacijenta u središtu. Pritom je važan *informirani pristanak* na medicinske

³⁰ Cavagh P, Muir H. Ibid (ref. 4).

³¹ Coulter A. Ibid (ref. 1).

procedure, s naglaskom na *informirani*.³² Liječnici koji ne ponude potpune i uravnotežene informacije o rizicima i neizvjesnostima procedura i tretmana mogu kod pacijenata stvoriti nerealistična očekivanja. Postulira se da bi to mogao biti jedan od ključnih razloga za povećanje stope parnica u Velikoj Britaniji.³³

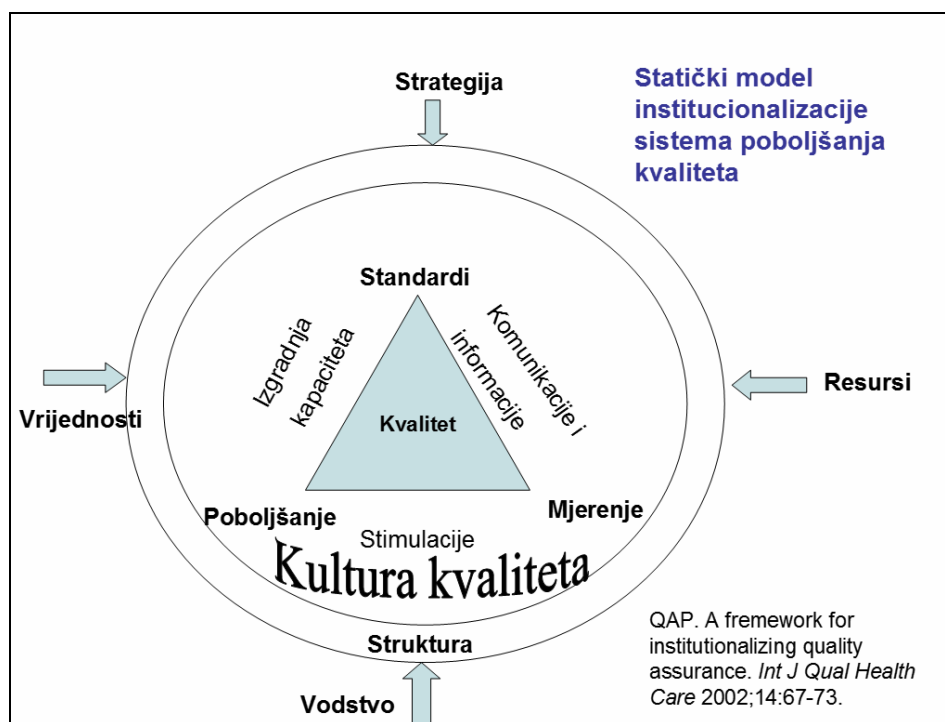
Sigurna, kvalitetna i koordinirana zdravstvena zaštita je bitna karakteristika pozitivnog pacijentovog iskustva.

³² Lavelle-Jones C, Byrne DJ, Rice P, Cuschieri A. Factors affecting quality of informed consent. *BMJ* 1993;306:885-90.

³³ Coulter A, Entwistle V, Gilbert D. Sharing decisions with patients: is the information good enough? *BMJ* 1999;318:318-22.

3. Sistem poboljšanja kvaliteta

Sistem poboljšanja kvaliteta može se definirati kao skup procedura, mjerila i planiranih akcija na svim nivoima organizacije koji se poduzimaju s ciljem osiguranja da je zdravstvena zaštita pružena pacijentima ispunila određene kriterije koji opisuju svaki standard i da se trajno radi na osiguranju i poboljšanju kvalitete zdravstvene zaštite.³⁴ Takav sistem ima dvojaku namjenu: *unutrašnju* i *vanjsku*. Za davaoce usluga i njihove zdravstvene institucije, sistem je sredstvo za trajnu edukaciju i privlačenje zdravstvenih profesionalaca; za društvo, javnost, pacijente, finansijere i donositelje političkih odluka u zdravstvu, sistem pokazuje na koji način davaoci usluga i menadžment organizacije poboljšavaju kvalitet. To zahtijeva vanjsku evaluaciju sistema i cijele organizacije (vanjska ocjena kvalitete i akreditacija zdravstvene ustanove).



Slika 1. Statički model institucionalizacije sistema poboljšanja kvaliteta

Sistematično poboljšanje kvaliteta zaštite i usluga u biti je pozitivan pristup. Za razliku od kontrole i osiguranja kvalitete koji počivaju na *teoriji loših jabuka* (trule 'jabuke' treba odstraniti da bi sistem bio bolji, što vrijedi za sigurnost zaštite i minimalne standarde), trajno poboljšanje kvalitete zasniva se na *teoriji dobrih jabuka* koja na poboljšanje gleda u cjelini, dakle, kao poboljšanje već dobrih procedura, bilo dosezanjem optimalnih standarda, bilo postavljanjem optimalnih standarda na još višu razinu kvaliteta.³⁵

³⁴ The development and implementation of quality improvement systems in health care. Council of Europe Publishing, Recommendation No. R(97) 17 and explanatory memorandum, 1999.

³⁵ Berwick DM. Continuous Improvement as an Ideal in Health Care. In: Quality in Health Care: Theory, Application, and Evolution. Graham Nancy O, ed. Aspen Publication, Gaithersburg, Maryland 1995: 64-72.

Danas je sistematično poboljšanje kvaliteta zdravstvene zaštite i usluga *profesionalna dužnost* i *odgovornost* davaoca usluga koja se ostvaruje u prijateljskoj klimi nekažnjavanja za sporadičnu lošu izvedbu i koja postaje dio rutinskog rada. Naglasak je na dobrom vodstvu organizacije, uspostavi odgovarajuće strukture i funkcija za sigurnost i kvalitet, privrženosti menadžmenta poboljšanju kvaliteta, timskom radu koji prelazi granice jedne službe i/ili organizacije, samoocjeni, samoregulaciji, stimulacijama za dobru izvedbu i odgovarajućim resursima.

Podizanje unutrašnjeg sistema poboljšanja kvaliteta predstaviti ćemo kroz ulazne elemente u sistem – strukturu, procese i izlazne elemente sistema – ishode. Ulazni elementi u sistem obuhvataju stvaranje pogodnog ambijenta za poboljšanje kvaliteta i organizacijske strukture za kvalitet i sigurnost.

ULAZNI ELEMENTI SISTEMA POBOLJŠANJA KVALITETA

4. Ambijent za poboljšanje kvaliteta

Četiri bitna elementa za poboljšanje kvaliteta su: **strategija, vodstvo, vrijednosti i resursi**. Njima se mogu pridružiti i **inovacije**.

4.1 Strategija poboljšanja kvaliteta

Strategija poboljšanja kvaliteta, kao dio ukupnog strateškog planiranja, temeljni je dokument u kojem zdravstvena ustanova prepoznaje značaj kvaliteta za postizanje organizacijskih ciljeva, i u kojem se jasno navodi da menadžment predvodi tu inicijativu i daje podršku za implementaciju unutrašnjeg sistema poboljšanja kvaliteta. Cilj strategije je promjena u načinu ponašanja osoblja, izgradnja nove organizacijske kulture i unutrašnjeg sistema poboljšanja kvaliteta.

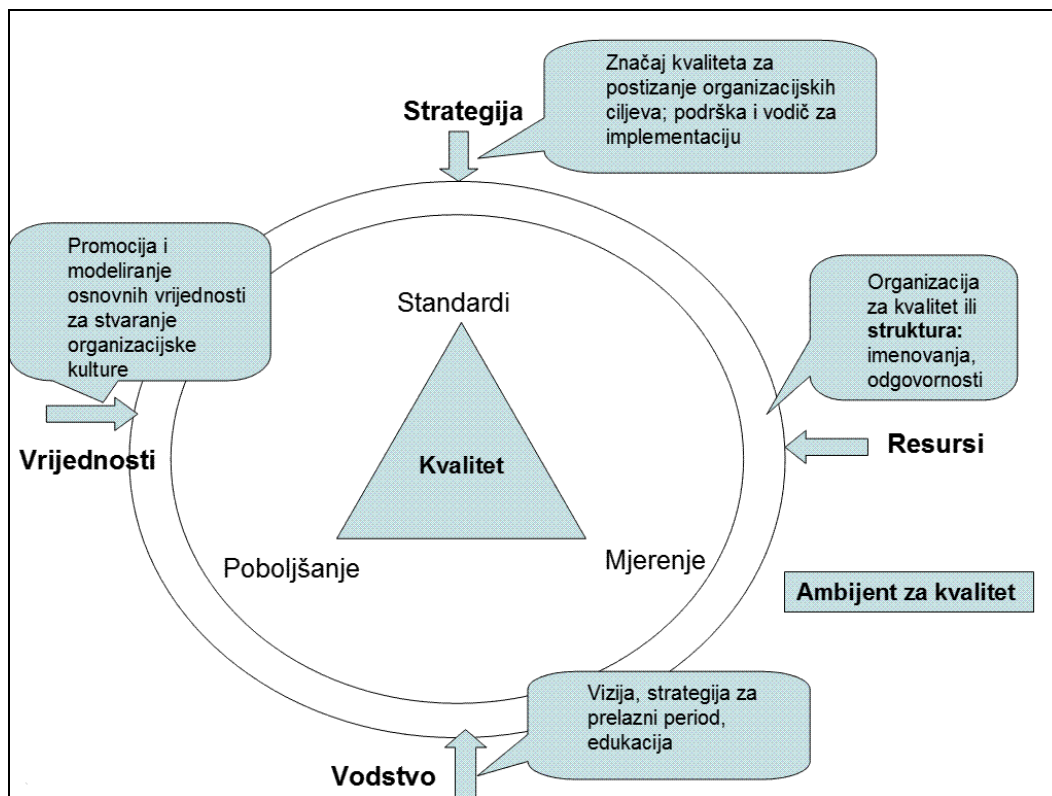
Međutim, naša iskustva pokazuju da formuliranje i pisanje institucionalnih strategija kvaliteta i rizika nije ni lak ni jednostavan posao. Zapravo je menadžment ustanove s početka malo zbunjen; odgovorni ljudi nemaju jasne smjernice odakle i kako započeti. Općenite preporuke iz politika kvaliteta treba sada pretočiti u nešto konkretnije institucionalne strateške smjernice. Na temelju iskustva iz facilitacije pilot ustanova u projektu, možemo predložiti najbolji pristup: budući da su zdravstvene ustanove obično ostavljale za kraj projektnih aktivnosti formuliranje lokalnih strategija kvaliteta i rizika, prijedlog je da se zdravstvena ustanova prvo samoocijeni. Na taj će način najlakše saznati čime raspolaže, gdje se nalazi u odnosu na akreditacijske standarde i kriterije i koje se strateške smjernice mogu preporučiti. Logika ovog zahtjeva je jednostavna: zdravstvena ustanova tek treba da “vidi” i “osjeti” šta predstavlja i znači *unutrašnji sistem poboljšanja kvaliteta* koji ima mnogo sastavnih elemenata. Mnoga poglavlja u akreditacijskim standardima postaju tako *velike teme* za zdravstvenu ustanovu koja treba da utvrdi svoje slabe i jake strane; da uoči praznine koje treba popuniti pisanim politikama i procedurama; da spozna sve elemente nepotrebnog dupliciranja, ponavljanja, čekanja, rasipanja; neprimjerenog ponašanja i nedakvatne prakse; slabog informiranja i koordinacije između sastavnih dijelova organizacije, itd. Tako pošteno i transparentno obavljena samoocjena zdravstvene ustanove stvara po sebi pretpostavke za nacrt strateških pravaca u upravljanju kvalitetom i rizikom.

Organizacijska strategija kvaliteta postaje tako opći orijentir i vodič za aktivnosti u polju kvaliteta za službe, odjele i jedinice, kojom se uređuju prioritete za poboljšanje kvaliteta;

sporazumi radi usklađivanja na nivou organizacije; navode imenovane i odgovorne osobe za kvalitet zaštite; vrste i učestalost anketiranja pacijenata i osoblja; način organiziranja sistema žalbi; učestalost kliničke revizije; načini prijavljivanja incidentnih situacija; načini samoocjene i kolegijalnih pregleda; načini distribucije standarda; kako se vrši ocjenjivanje u odnosu na standarde; upute radi pripreme za akreditaciju ustanove, itd.

Na temelju strategije, donose se kratkoročni *programi kvaliteta* (1 – 2 godine) radi postizanja ciljeva iz strategije, osobito obuke osoblja za kvalitet (znanje, stavovi, praksa).

Postupno koristeći pristupe *odozdo prema gore* (samoocjena i akcioni planovi za poboljšanje) i *odozgo prema dole* (nacrti strategija kvaliteta i rizika), zdravstvena ustanova ulazi u novu fazu razvoja unutrašnjeg sistema poboljšanja kvaliteta.



Slika 2. Ključni elementi za uspostavljanje unutrašnjeg sistema poboljšanja kvaliteta

4.2 Vodstvo

Zahtjevi akreditacije prisiljavaju menadžere da na zdravstvenu organizaciju gledaju kao na cjelinu, a ne kao na zbroj izoliranih odjeljenja. Menadžeri mnogo jasnije uviđaju šta su njihovi glavni zadaci i odgovornosti u ustanovi. Štoviše, menadžeri različitih zdravstvenih ustanova uviđaju da su im interesi i ciljevi slični ili isti; oni stoga traže oblike organiziranja koji će im omogućiti međusobnu podršku. Menadžeri hoće da znaju da li njihov menadžment vodi ispunjenju standarda i gdje leže problemi s kojima se moraju suočiti. Taj snažan interes menadžmenta potiče razvoj standarda koji će biti parametri 'dobre' i 'glasovite' ustanove. Osim

toga, javlja se i zanimanje za pregled na kolegijalnoj osnovi, budući da priznanje *prvih među jednakima* za dobar rad ima visoku specifičnu težinu.³⁶

4.2.1 Uloga menadžera u sistemu poboljšanja kvaliteta

Tradicionalni pristup menadžerstvu je usmjeren na to da su to osobe koje donose ključne odluke i organizuju osoblje za djelovanje. U savremenim uslovima uloga menadžera znatno je izmjenjena. Menadžeri postaju dizajneri i učitelji. Prvi zadatak u domenu dizajniranja je uspostava upravljačkih ideja o misiji, viziji i bazičnim vrijednostima sa kojima će organizacija živjeti. Drugi zadatak uključuje dizajniranje politike, strategije i strukture koje će vodeće ideje pretočiti u poslovne odluke i njihovo stalno inoviranje. Uloga menadžera kao učitelja podrazumijeva pomoć svima u organizaciji da dostignu odgovarajući stepen spoznaje postojeće realnosti ukazivanjem na uzroke problema i iznalaženje novih mogućnosti za oblikovanje budućnosti.

Ove uloge zahtijevaju nove vještine: sposobnost građenja zajedničke **misije i vizije** i podržavanje sistematičnijih načina razmišljanja. Ukratko, menadžeri su odgovorni za izgradnju organizacije u kojoj osoblje kontinuirano širi svoje sposobnosti da oblikuje svoju budućnost.

Poboljšanje kvaliteta je odgovornost svih u organizaciji, ali jako liderstvo mora biti obezbijeđeno od strane top menadžmenta. Glavna uloga top menadžmenta je uspostava i upravljanje sistemom poboljšanja kvaliteta.

Aktivnosti top menadžera su:

- Razvoj participativne, timski orijentisane organizacijske kulture koja ohrabruje učešće profesionalaca svih nivoa i vođenje procesa promjene kulture
- Definisane vrijednosti, misije i vizije organizacije
- Definisane poslovne strategije kao podloge za strateško planiranje
- Razvijanje organizacijske strukture koja promovira komunikaciju i koordinaciju
- Imenovanje timova poboljšanja kvaliteta, učešće u utvrđivanju tema za razmatranje od strane timova kvaliteta i pružanje pomoći timovima u radu
- Utvrđivanje zadataka u domenu standardizacije procesa, detektiranje i preveniranje potencijalnih problema u procesima fokusiranjem na najvažnije procese radi njihovog poboljšanja
- Identificiranje načina mjerenja kvaliteta i alata za mjerenje
- Razvoj sistema nagrađivanja koji podržava participaciju i visok nivo izvođenja, izbjegavanje primjene sistema krivnje
- Održavanje sastanaka sa predstavnicima korisnika usluga i osobljem da bi se došlo do zaključaka vezanih za evaluaciju aktivnosti preduzetih na poboljšanju kvaliteta i odredile dalje aktivnosti
- Učešće u razvoju planova poboljšanja kvaliteta
- Demonstriranje posvećenosti akcijama kvaliteta.

Uloga menadžera srednje i prve linije je da slijede top menadžere i asistiraju im u implementaciji procesa poboljšanja kvaliteta. Njihove uloge su slijedeće:

- Realizacija zadataka na provođenju definisane misije i vizije organizacije i zadataka koji proizilaze iz strateških planova, njihovo približavanje osoblju

³⁶ Srivens E, Accreditation. Protecting the professional or the consumer? Open University Press, Buckingham 1995.

- Imenovanje timova kvaliteta (u zavisnosti od raspodjele odgovornosti u organizaciji) i učestvovanje u radu timova
- Razvoj planova poboljšanja kvaliteta organizacione jedinice i praćenje njihove realizacije
- Planiranje programa edukacije, provođenje programa i učešće u obuci u oblasti poboljšanja kvaliteta
- Dizajniranje poslova na način da se na najbolji način iskoristi ekspertno znanje i profesionalno iskustvo
- Podjela zaduženja i rad sa osobljem na području standardizacije procesa
- Identificiranje potreba korisnika usluga i osoblja u cilju njihove ugradnje u sistem kvaliteta
- Praćenje primjene sistema mjerenja kvaliteta uz primjenu odgovarajućih alata i obezbjeđenja povratnih informacija od zaposlenih prema top menadžmentu, odnosno menadžmentu višeg nivoa o problemima sa kojima se susreću
- Demonstriranje posvećenosti procesima poboljšanja kvaliteta.

4.2.2 Uloga menadžera u razvoju organizacijske kulture

Jedno od zajedničkih iskustava je da poboljšanje kvaliteta ne ovisi mnogo o većem broju osoblja, opreme ili novca, već o reorganizaciji korištenja postojećih resursa i promjeni načina rada. Poboljšanje kvaliteta više ovisi o ponašanju nego o tehnologiji; upravo zbog toga sredstva kvaliteta koja se koriste u jednoj zemlji ne moraju dati dobre rezultate ako se koriste u nekoj drugoj zemlji.

Izgradnja sistema kvaliteta i dalji konstantan rad na njegovom poboljšanju zahtijevaju niz značajnih promjena u ustanovama koje pružaju zdravstvenu zaštitu. Kako se sistem kvaliteta izgrađuje u zdravstvenim ustanovama, dolazi do promjena u načinu pružanja usluga, odnosu prema korisnicima usluga, mnoge zdravstvene ustanove mijenjaju svoju strukturu, izvore finansiranja i sl. U ovim naporima jedno od najbitnijih područja je razumijevanje i razvoj organizacijske kulture. Veoma je bitno da menadžeri razumiju organizacijsku kulturu i ulogu koju ona ima u promjenama. Kultura je humana dimenzija, dimenzija odnosa. Prepoznavanje i razumijevanje ove dimenzije i ovih veza je važno za uspjeh ili neuspjeh organizacije u procesu promjena.

Organizacijska kultura³⁷ se odnosi na to kako su stvari uređene tokom obavljanja radnih aktivnosti, kao npr. šta su odgovarajuća, a šta neodgovarajuća ponašanja u timu, kako osoblje saraduje međusobno, da li je osoblje svjesno da je usluga koju pruža dobra ili ne, na koji način se reaguje ako stvari krenu loše. Način na koji su stvari uređene često je rezultat nepisanih pravila.

Savremena organizacija mora biti visoko adaptivna da bi udovoljila zahtjevima u postojećem okruženju. Mnoge organizacije su suočene sa izazovom promjene svoje kulture da bi obezbijedile fleksibilnost, kreativnost i timski rad. Organizacijska kultura je vjerovatno najvažniji faktor koji određuje da li je organizacija sposobna da se adaptira i inovira, a najvažniju ulogu u ovom procesu imaju menadžeri.

³⁷ Definicije organizacijske kulture su različite. Jedna od njih kaže da je to neformalni psihološki i sociološki aspekt organizacije koji određuje kako će ljudi misliti, šta je po njima bitno, kako će se ponašati i šta određuje uspjeh strukturalnih reformi (Cameron and Quinn, 1999). NHS Modernisation Agency: Building and nurturing an improvement culture, Department of Health Publications, London, 2005, page 3.

U ovom procesu menadžeri moraju konstantno postavljati pitanje koje su to stvari koje treba promijeniti, a koje zadržati. Koje će vrijednosti, principi, uvjerenja biti promijenjeni i na koji način i kako će to uticati na organizaciju. Ozbiljne organizacijske promjene često su bolne. One često dovode do promjene odnosa, redizajniranja puteva i procesa rada, ili utiču na neke stvari koje menadžeri mogu smatrati minornim, a zaposleni veoma bitnim.

Menadžeri moraju shvatiti da će se sa nastojanjima vezanim za poboljšanje kvaliteta često mijenjati i organizacijska struktura. Organizacijska struktura pri tome nije samo organizacijska shema. Ona obuhvata formalni i neformalni sistem i ponašanje, uključujući politike, procese i interne propise. Organizacijska kultura može pomoći da se struktura lakše prilagodi promjenama.

Svaki put kada organizacija provodi promjene većina zaposlenih to doživljava kao haos. I zaista, kod velikih promjena haos je ponekad neizbježan. Dolazi do preispitivanja svrhe i vrijednosti organizacije, ali se istovremeno daje i prilika da se formira odgovarajuća organizacija sa novom strukturom i načinom rada. Haos kao suprotnost redu, na kraju može rezultirati novim poretkom i značenjem.

Uobičajeno je da se **osoblje protivi promjenama** i to prije ne samim promjenama, nego nastojanjima da budu promijenjeni, posebno ako ne razumiju razloge za promjene. Menadžeri moraju obznaniti proces promjena i jasnu strategiju, koja će obezbijediti zaposlenim da se kreću putem koji poštuje njihov dignitet. Menadžeri moraju obezbijediti procese, podršku i vrijeme da osoblje to shvati i prihvati. Zaposleni moraju znati razlog za promjene i poboljšanja koja se očekuju. Važno je da menadžeri uključe sve zaposlene u proces promjena što prije. Informacije su izvor reda i strukture.

Otvorenost, povjerenje, motivacija i čvrsta opredijeljenost temelji su kulture kvaliteta. Ali, često se dešava da osoblje koje provodi tradicionalne prakse odbija poboljšanje. Ovakvim pristupom stvaraju se kultura malih očekivanja (od javnosti i profesionalaca), vertikalne strukture naredbe, ograničeno informiranje i negativan stav prema odgovornosti. Simptomi obuhvataju sljedeće:

- Menadžment je tipa naredbe, a ne tipa vodstva; fokusiran je na administraciju pojedinih odjela i službi, umjesto na veze između njih i izvršenje cijele organizacije.
- Osoblje i javnost smatraju da se promjene ne mogu sprovesti bez legislative ili prisile.
- Profesionalci nisu ovlašteni, nisu organizirani i ne žele da preuzmu odgovornost za poboljšanje kliničkog izvršenja na bazi samokontrole.
- Smatra se da se poboljšanje kvaliteta odnosi prvenstveno na strukturu, opremu, objekte i osoblje, a ne na operativne procese i rezultate. Sve dok se ne definišu podaci za izvršenje i dobar monitoring smatrat će se da je «najbolja» ona služba koja ima najviše resursa.
- Greške se ili prikrivaju ili prebacuju na pojedince, umjesto da se iskoristi jedna od mogućnosti da se poboljša sistem i smanji šteta; na menadžment kvaliteta se gleda kao na jedan od metoda inspekcije koji kontrolira a ne potiče razvoj sistema.
- Profesionalci i korisnici imaju ograničeno znanje ili razumijevanje o postojećoj organizaciji zdravstvenih službi u smislu njihovih prava i uloga.
- Tako zdravstveni sistem stoji kao izolovani svijet, umjesto da se međusobno povezuje s drugim sistemima koji su već izvršili reforme i proveli standardizaciju prakse.

Iz navedenih stavki jasno je da na menadžerima leži velika odgovornost u kreiranju pogodnog ambijenta za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga. Kvalitet i

sigurnost moraju biti stalna stavka na sastancima menadžmenta, a menadžeri pokazivati ličnim primjerima da su čvrsto opredijeljeni za kvalitet.

Formiranjem internih mehanizama **komunikacije**, menadžeri mogu reducirati nelagodu kod zaposlenih i zaustaviti neopravdane glasine. Korist od otvorenih i podijeljenih informacija je višestruka. Stvara se osjećaj povjerenja, osjećaj da se efektivno može upravljati novim problemima, širi se entuzijazam da će postići uspjeh, osoblje se osjeća bitnim za proces i postaje spremno za promjene i inovacije.

Menadžeri moraju u **vrijeme promjena** posebno da paze na odnose i veze unutar organizacije. Treba da vode računa i o odnosima koje sami mogu smatrati nebitnim, a zaposleni bitnim (npr. kakve će biti nove uniforme, logo koji će biti korišten). Menadžeri moraju znati kad treba da budu jaki i pokažu snagu, kad treba da traže mišljenja drugih ili pokažu saosjećajnost. Ako dijele strahove sa zaposlenim pokazuju svoju humanost i stvaraju povjerenje. Moraju graditi mrežu dozvoljavajući ljudima da participiraju: time su šanse za uspjeh veće. Treba da zaštite i nagrade kreativno osoblje.

Menadžeri moraju biti eksperti za ljudsku **motivaciju**. Da bi bili efikasni u rukovođenju kompleksnim pojedincima i grupama, njihova shvatanje osim intuitivnih moraju biti i racionalna. Dok većina ima zajedničke dominantne potrebe, potrebe nekih osoba mogu se sa vremenom mijenjati u različitim situacijama. Npr. nakon stresnog iskustva zaposlenik može imati jaku potrebu za prijateljstvom i razumijevanjem. Zbog potreba izazvanih situacijom, on može negativno reagirati na motivacioni pristup koji inače funkcionira sasvim dobro. Da bi menadžer bio efikasan motivator mora razumjeti i shvatiti šta se dešava u životima zaposlenih.

Ono što menadžer nikako ne smije propustiti je da dobro urađen posao **pohvali**. Ukoliko to ne učini učinio je najveću grešku u motivaciji. Skoro bez izuzetka, dobro urađen posao ne daje odgovarajući efekat ukoliko ostane neprimijećen. Podrška treba da uslijedi odmah nakon akcije. Pozitivna podrška zasigurno pojačava aktivnost. Pritom su **stimulacije osoblja** kroz isticanje i pohvale pojedinaca, finansijske i druge stimulacije od odlučujućeg značaja.³⁸ Direktori ustanova rano treba da prepoznaju istinske „šampione” kvaliteta (šefove odjela, glavne sestre, naprimjer) i da im povjere odgovorne dužnosti u stalnom poticanju osoblja da radi na kvalitetu. S jedne strane, njegovanje organizacijske kulture, a posebno kulture kvaliteta i sigurnosti, i s druge strane, savladavanje otpora, srž su svake promjene.

Navikavanje na red ne treba smatrati kažnjavanjem. **Navikavanje na red i disciplinu** ne dovodi do slabljenja aktivnosti. S druge strane sa disciplinskim mjerama treba biti oprezan. **Disciplinske mjere** u početku mogu potaći zaposlene na popravljane ponašanja. Međutim, kada se disciplinske konzekvence jednom povuku zaposleni često nastavljaju sa istim ponašanjem. Disciplinske mjere, takođe, često povećavaju pojavu kontraproduktivnih emocionalnih reakcija kao što su ljutnja, neprijateljski stav, agresija, frustracija, strah i povlačenje. Menadžeri moraju biti sposobni procijeniti zaposlene i zauzeti pravilan stav koji će dati pozitivan rezultat.

³⁸ U izvještaju američkog Instituta za medicinu pod nazivom “Crossing the Quality Chasm” naglašava se potreba uvezivanja politika plaćanja i poboljšanja kvaliteta. Osim zadovoljstva osoblja bolje urađenim poslom, neophodno je uvesti odgovarajuće nagrade za kvalitet, certificate i, naravno, finansijske stimulacije. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington: NAP, 2001 Chapter 8. http://www.nap.edu/pdf/0309072808/pdf_image/193.pdf.

Mnogo rasprava je vođeno o tome koje su to karakteristike organizacijske kulture koje promoviraju modernizaciju i poboljšanje usluga. Može se reći da je riječ o slijedećim ključnim elementima koje menadžeri treba da promovišu.³⁹

- Usmjerenost na pacijenta: pacijent je u središtu i partner je u procesu pružanja zdravstvenih usluga.
- Vjerovanje u ljudske potencijale: snaga svih promjena su ljudi koji su kreativni, energični i inovativni; potrebno je dati podršku njihovom profesionalnom i personalnom razvoju.
- Ohrabrivanje aktivnosti preduzetih na poboljšanju i inovacije: stalno ohrabrivanje zaposlenih da poboljšaju izvođenje usluga.
- Prepoznavanje vrijednosti učenja: poticanje zaposlenih da aktivno učestvuju u procesu rješavanja problema, da uče iz grešaka, da preuzmu odgovornost za svoj rad, da grade praksu na dokazima, da prenose znanje i iskustvo, da ne tolerišu loše izvođenje.
- Efektivan timski rad: poticanje timskog na račun individualnog rada.
- Komunikacije: ukazivanje na značaj neformalnih kanala i personalnih kontakata, obznanjivanje važnih odluka i načina njihovog donošenja.
- Iskrenost i povjerenje: razvijanje uvjerenja da će napori koje zaposleni ulažu, rizik koji preuzimaju i sposobnosti koje razvijaju biti cijenjeni i vrednovani od strane osoblja i menadžmenta; povjerenje u zaposlene od strane menadžmenta da će vrijeme, prostor i ostale resurse koristiti razumno.

Na slijedećoj tablici date su uobičajene karakteristike menadžmenta u zdravstvenim ustanovama prije ulaska u projekt poboljšanja kvaliteta i promjene koje nastaju tokom i nakon projekta.

Tablica 1. Transparentnost menadžmenta i razmjena informacija: sadašnja rješenja

Prije projekta	Tokom projekta	Standardi
Menadžment je više kontrola i komandovanje a manje liderstvo	Planiranje, podaci, informacije i komunikacije su osnovom za veću transparentnost i javnu odgovornost menadžmenta	DZ: 1A i 1B; 1D – Planiranje usluga i službi; 1H Komunikacije; 11 – Upravljanje informacijama; bolnice: standardi 1 i 2; 6 – Upravljanje informacijama; 7 – Marketing i komunikacije;
Na poboljšanje kvaliteta gleda se u odnosu na osoblje, objekte, opremu, a ne kao na izvedbu (proces rada i rezultati rada)	Pomjeranje sa resursa na radne procese i rezultate rada	DZ - 1F – Upravljanje izvedbom; bolnica: 3 – Upravljanje kvalitetom
Menadžment je usmjeren na administriranje pojedinačnih odjela i usluga a ne na veze između njih i funkcioniranje korporacijskog sistema	Uvezivanje pojedinačnih zdravstvenih 'pogona' i stvaranje cjelovite slike organizacije	DZ: 4A – Upravljanje procesima zaštite; bolnice: 5. dio – Upravljanje organizacionom jedinicom
Nema samoocjene i evaluacije pojedinačnih i korporativnih aktivnosti	Samoocjena u odnosu na standarde i kriterije	Akreditacijski standardi i tehnički dokumenti AKAZ-a

³⁹ NHS Modernisation Agency: Building and nurturing an improvement culture, Department of Health Publications, London, 2005, page 12.

Neka buduća rješenja za ovo stoljeće prikazana su na tablici 2.

Tablica 2. Transparentnost menadžmenta i razmjena informacija: buduća rješenja

Sadašnji pristup	Novo pravilo	Menadžment ustanove
Tajnost je neophodna	Transparentnost je neophodna	Dostupnost relevantnih informacija za sve zainteresirane
Odgovornost nije ugrađena u sistem	Transparentnost je put ka odgovornosti	Odgovornost ustanove prema javnosti za zaštitu koja je usmjerena na pacijenta
Informacije se nedovoljno razmjenjuju	Vodstvo, odgovornost, nadzor, monitoring i komunikacije o kvalitetu na svim razinama	Uska suradnja s AKAZ-om u pogledu indikatora izvedbe i <i>benchmarkinga</i>
Kvalitet niko ne kontroliše	Kvalitet se potvrđuje vanjskim pregledom neovisne Agencije	U interesu menadžmenta ustanove je da aplicira za akreditaciju

4.3 Vrijednosti organizacije

Prije oblikovanja struktura i funkcija za poboljšanja kvalitete potrebno je definirati **viziju organizacije**, da bi organizacija mogla sagledati u kojem pravcu treba da ide, uz strateške smjernice kako postupati u prelaznom periodu, od “načina na koji se sada radi” do “načina rada u budućnosti”. Zapravo se vizija organizacije teško može odvojiti od misije organizacije, jer vizija čini samo jedan dio misije.

4.3.1 Vizija

Vizija pomaže da se osoblje ujedini u postizanju svrhe organizacije. Kreiranje i oživotvorenje vizije zadatak je lidera organizacije, koji treba da omoguće da svi u organizaciji vjeruju u predočenu viziju, “da vide nevidljive stvari”. Međutim, vizija nije okamenjena izjava; kako se organizacija mijenja, tako se preispituje i vizija. Uspješna vizija ispunjava slijedeće ciljeve:

- daje osjećaj budućnosti (vizija je “slika budućnosti”);
- vodi u procesima odlučivanja;
- ukazuje na strateške smjernice i ciljeve organizacije;
- pomaže da se stvori jednoglasnost u pogledu svrhe organizacije;
- daje vodilje za ponašanje osoblja;
- inspiriše emocije;
- uspostavlja vezu s temeljnim vrijednostima organizacije.

Okvir 3

Jednostavna izjava o viziji:

Ambulanta porodične medicine je posvećena pravovremenoj, osjetljivoj i na naučnim dokazima zasnovanoj zdravstvenoj zaštiti pacijenata, koju pruža u visoko profesionalnom i prijateljskom radnom okruženju za sve osoblje, vodeći računa o stalnom unapređenju svojih usluga i stimulacijama za dobre rezultate rada.

Jednom kada je utvrđena vizija organizacije (kako ona treba da izgleda u budućnosti), mnogo je lakše odrediti strateške ciljeve kao mjerljive indikatore kvaliteta (Ciljevi se također mogu izvesti iz misije organizacije i osnovnih vrijednosti). Naprimjer, na sastancima osoblja menadžeri mogu postaviti pitanje: “kako će znati da pružate pravovremenu, osjetljivu i na naučnim dokazima zasnovanu zdravstvenu zaštitu?” Odgovori na ovo pitanje mogu vam ponuditi mjerljive ciljeve izvršenja:

- Pacijenti će čekati na uslugu 10 minuta ili manje (“pravovremenost”)
- Svi timovi porodične medicine tretirat će pacijente kao “goste u vlastitoj kući” (“osjetljivost” na potrebe pacijenata)
- Medicinsko osoblje odabrat će i poboljšati tretman barem jednog kliničkog entiteta u okviru neke male oblasti, naprimjer, godišnje ispitivanje stopala za sve pacijente s dijabetesom, tip 2 (klinička revizija; medicina zasnovana dokazima).

4.3.2 Misija

Izjava o **misiji organizacije** je kratak opis osnovnih vrijednosti organizacije, opis posla koji organizacija vrši, uključujući svrhu i ciljeve organizacije, kao i njezine klijente, stalno vodeći računa o kvalitetu usluga koje pruža svojim klijentima. Izjava o misiji organizacije je ključno mjesto za početak planiranja i upravljanje promjenama.

Postavljanje realističnih ciljeva i akcionih planova, koji se tiču kvaliteta, zahtijeva procjenu nivoa kvaliteta koja se može dostići s postojećim raspoloživim resursima; procjenu organizacijskih snaga i slabosti, uključujući i ocjenu izvedbe tekućih projekata kvaliteta (ako postoje!); pregled populacije aktuelnih i potencijalnih klijenata i njihove ocjene zadovoljstva pruženim uslugama; te ocjenu političke i socijalne klime u kojoj organizacija radi.

4.3.3 Vrijednosti

Vrijednosti su uvjerenja koja vladaju u organizaciji; vrijednosti su samo jezgro organizacijskog bića.⁴⁰ Na vrijednosti se naslanjaju strategije, ciljevi, politike i procedure, jer su vrijednosti organizacije čvorne tačke za sve stvari koje se dešavaju unutar organizacije.

Na menadžerima leži odgovornost da promoviraju okruženje za učenje i da modeliraju osnovne vrijednosti organizacije koje treba da karakteriziraju organizacijsku kulturu. U našem kontekstu, jedna od ključnih vrijednosti organizacije treba da bude organizacijska spremnost da se (p)održati kvalitet i da se stalno radi na poboljšanju kvaliteta usluga. Usvajanje ovih vrijednosti ili odbijanje osoblja da ih prizna i poštuje, kritično je da osoblje vidi sebe i svoje doprinose u poboljšanju kvaliteta kao dio sveukupnih napora organizacije da pruža bolje zdravstvene usluge.

Vrijednosti i vizija moraju se podijeliti svim zaposlenim. Svi u organizaciji moraju znati šta je njihov rad u osnovi (misija), kuda se kreću kao organizacija (vizija) i kako će se taj rad odvijati (vrijednosti).

4.4 Resursi

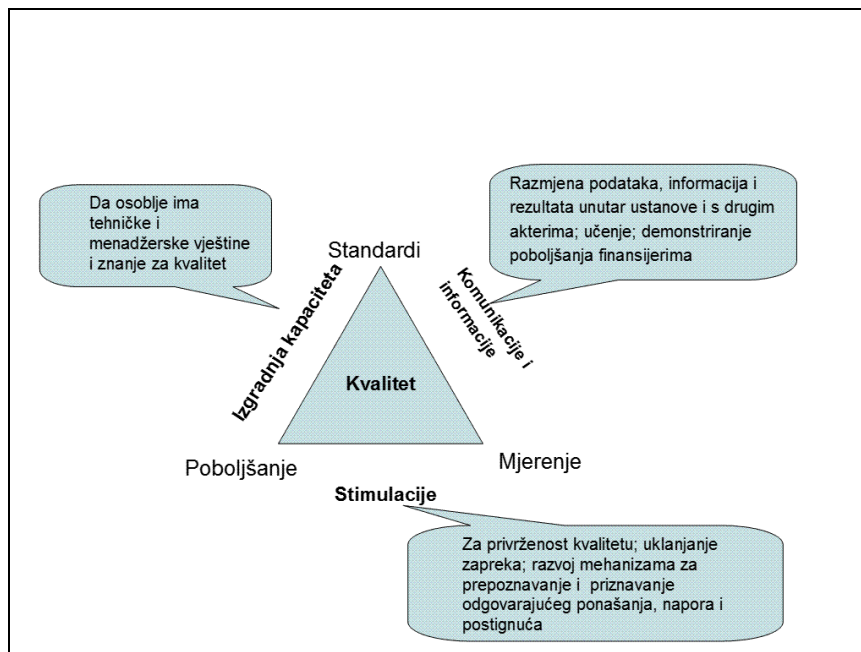
Na kraju, ali ne i na posljednjem mjestu, nalaze se resursi za poboljšanje kvaliteta. Ako zdravstvena ustanova ne alocira resurse za postizanje kvalitetnih i sigurnih usluga koje pruža, sistem poboljšanja kvaliteta neće se moći održati. Zadatak top menadžmenta je da utvrdi i pribavi resurse za implementaciju strategije poboljšanja kvaliteta, upravljanje

⁴⁰ <http://www.brefigroup.co.uk/facilitation/vision.html>.

kvalitetom, ispitivanje zadovoljstva i iskustva pacijenata i osoblja, te – općenito – za postizanje organizacijskih ciljeva.

Resursi obuhvataju ljude, uključujući njihovu edukaciju i obuku za kvalitet, infrastrukturu (prostor, oprema, materijali), radno okruženje, podatke, informacije i informacijske sisteme i tehnologije, snabdjevače i partnere zdravstvene ustanove, prirodne i finansijske resurse.⁴¹ Neke resurse teško je mjeriti, naprimjer intelektualno vlasništvo. Dostupnost ljudskih, tehničko-tehnoloških i finansijskih resursa (investicija), sama po sebi nije dovoljna, ako resursi nisu alocirani s obzirom na vrijeme, mjesto i odziv davalaca usluga u odnosu na potrebe populacije i individualnih pacijenata. U razmatranje ulazi i pravična raspodjela troškova zaštite i dobrobiti za populaciju i pacijente.

Način na koji se alociraju resursi snažno utječe na kvalitet zdravstvene zaštite: *infrastruktura tj. materijalni resursi* (količina i vrste objekata, opreme i opskrbe materijalima) određuju koje se usluge mogu ponuditi i kako će im se pristupiti; *ljudski resursi* (kvalifikacije osoblja, obuka, nadzor) određuju koliko će usluge biti dobre; *organizacijski sporazumi* – alokacija ovlaštenja i odgovornosti – određuju da li će davaoci usluga biti motivirani ili obeshrabreni. Za pružanje sigurne, kvalitetne i učinkovite zdravstvene zaštite neophodna je izvjesna minimalna razina resursa. Nedostatak odgovarajućih resursa dovodi planere projekata kvaliteta u težak položaj, na primjer, da li ograničiti broj usluga ili broj ljudi koji pružaju usluge.



Slika 3. Podržavajuće funkcije

4.4.1 Upravljanje ljudskim resursima

Upravljanje ljudskim resursima važna je briga menadžmenta. Među najvrijednije resurse jedne organizacije spadaju znanje, vještine i iskustvo njenog osoblja. Osoblje koje obavlja rutinske zadatke najbolje zna što je to pošlo pogrešno i zašto se to zbilo. Ono također ima veoma praktične ideje o tomu kako popraviti ili poboljšati neki proces. Stoga bi

⁴¹ IWA, . Quality management systems – guidelines for process improvements in health service organizations. Based on ISO 9004,2000, Secon edition, ISO 2001.

menadžeri morali uvažavati i vrednovati znanje, vještine i iskustvo osoblja na svim nivoima organizacije. U najboljem slučaju, menadžeri bi trebalo ovlastiti i dati odgovornosti svim članovima osoblja da poboljšavaju kvalitet. S tim opunomoćenjem, članovi osoblja mogu rješavati probleme i brzo i učinkovito poboljšavati kvalitet. Radnici koji učestvuju u odlučivanju tipično razvijaju osjećaj predanosti u provođenju toka akcije koja će ispraviti loše stvari ili poboljšati neki proces. Rješavanje čak i malih problema, daje osoblju osjećaj postignuća i jača njihovo samopouzdanje.

Upravljanje ljudskim resursima, općenito se odnosi na:

- izbor ljudi, zapošljavanje, uvođenje u rad;
- individualne planove razvoja osoblja;
- provjeravanje kompetencije profesionalaca;
- edukaciju i obuku uz rad;
- definiranje odgovornosti i ovlaštenja;
- planiranje radne snage;
- uspostavljanje ciljeva timova, upravljanje procesima izvedbe i evaluaciju rezultata;
- osiguranje učinkovitog timskog rada;
- superviziju
- plaće, priznanja, nagrade i druge stimulacije;
- stvaranje otvorene, dvosmjerne komunikacije i razmjenu informacija;
- stalno ispitivanje potreba osoblja;
- stvaranje okruženja u kojem će se vrednovati inovacije;
- prihvatanje korisnih sugestija i uvažavanje drugih mišljenja;
- mjerenje zadovoljstva osoblja;
- brigu o radnim uvjetima;
- ispitivanje zašto se ljudi zapošljavaju u organizaciji i zašto je napuštaju.

Zadovoljstvo poslom i urađenim ovisi o očekivanjima osoblja. Kad članovi osoblja očekuju da će svi predano raditi na boljem kvalitetu, potaknut će i suradnike da se poboljšaju. Dobra zdravstvena zaštita postiže se kada svaki član osoblja na svakom nivou organizacije iskreno vjeruje da je kvalitet značajan i kad za to poduzima odgovornost. U tom smislu, menadžeri mogu unaprijediti timski rad i komunikacije između odjeljenja, ovlastiti osoblje za inovacije i nagraditi pojedince i timove za kvalitetan rad. Stvarna dobit poboljšanja kvalitete kroz ciklus upravljanja jest **zadovoljnije osoblje**, budući da više neće trošiti energiju na procese koji su problematični, a izbjegavajući da uzalud troši vrijeme i resurse, pružat će bolju zaštitu pacijentima.

4.4.2 Obuka za poboljšanje kvaliteta

Ako menadžeri i zdravstveni profesionalci žele da aktivno i efikasno učestvuju u sistematskom poboljšanju kvaliteta, potrebni su im znanje, stavovi i vještine koje prethodnim školovanjem uglavnom nisu stekli. Cilj obuke treba da bude poboljšanje kliničkih vještina i znanja, ali mnogo češće da se razvije kapacitet menadžera i kliničara za individualno ili organizacijsko poboljšanje. Nova znanja i vještine temelje se na slijedećim principima :

- zdravstvena zaštita temelji se na kontinuiranim relacijama;
- prilagođena je pacijentovim potrebama i vrijednostima;
- pacijenti su izvor kontrole u sistemu;
- znanje se dijeli a informacije slobodno teku;
- odluke se zasnivaju na dokazima;

- sigurnost je odlika sistema;
- potrebe se anticipiraju;
- transparentnost je odlika menadžmenta i pružanja usluga;
- strogo se vodi računa o rasipanju resursa;
- zdravstveni profesionalci surađuju, tako da kolegijalni pregled postaje sredstvo edukacije;
- preferira se cjeloživotno učenje.

4.4.3 Menadžment promjena

Učiniti da kvalitet bude vrhovni princip i prioritet jedne zdravstvene organizacije, zahtijeva temeljite promjene u organizacijskoj kulturi, ciljevima i svakodnevnim poslovima. Jedini način da se ovo usvoji jest kretanje malim koracima naprijed, od kojih će svaki biti omogućen uspjehom prethodnog. Ustrajnost je ključ uspjeha: mnogi programi i projekti kvaliteta u zdravstvu završili su zbog početnog obeshrabrenja, nedostatka podrške menadžmenta, zbuđenosti, cinizma i samozadovoljstva prije nego što je opažen bilo kakav napredak. Uspostavljeni sistem poboljšanja kvaliteta omogućuje zdravstvenoj ustanovi da svoje resurse koristi mnogo efikasnije, da riješi dugogodišnje probleme i da poboljša zadovoljstvo klijenata (pacijenata i osoblja!).⁴² Mnogobrojni izvještaji pokazuju da se problemi i rješenja u menadžmentu promjena više odnose na **ponašanje ljudi i organizacija** a manje na tehnička pitanja.

Zašto je teško pokrenuti liječnike da rade na kvalitetu? Liječnici vide poboljšanje kvaliteta kao menadžerski posao i odgovornost; često ne prihvataju da su standardi ili klinički procesi slabog kvaliteta; ne vide da su ishodi zaštite povezani s procesima i da se rezultati i ishodi mogu poboljšati; nemaju vremena za te aktivnosti; nisu obučeni da rade u timovima. U centru ovih otpora leži, zapravo, nedostatak edukacije i obuke za poboljšanje kvaliteta.

Pojedinačni **otpori promjenama** mogu se savladati ako u ustanovi postoje jasno definirane odgovornosti; ako su obezbjeđene povratne informacije menadžmenta, grupa i pojedinaca; ako “kontrolu” provode kolege a ne vanjske inspekcije; ako postoje jasno definirani akcioni planovi s imenovanim ljudima, njihovim odgovornostima, zaduženjima i rokovima; ako se na vrijeme osiguraju pozitivne stimulacije koje ne moraju nužno biti finansijske; i ako se provodi redovna evaluacija izvedbe i poredi s prethodnim evaluacijama.

Okvir 4

Preraspodjele radnog vremena i ljudi s novim zaduženjima i odgovornostima u polju kvaliteta jedan su od ključeva za uspješan menadžment promjena u organizaciji.

Jedna od najčešće utvrđenih prepreka u poboljšanju kvaliteta jest **ograničeno vrijeme zdravstvenih profesionalaca**. Vrijeme je potrebno za sastanke, raspravu o zadatku, razmatranje najbolje prakse, prikupljanje podataka, njihovu analizu i implementaciju promjena u praksi. Neophodnost alociranja vremena za ove zadatke postavlja pitanje preispitivanja postojećeg obrasca pružanja zdravstvenih usluga, na način da se medicinskom osoblju dopusti da u okviru radnog vremena može učiti (čitati medicinske časopise ili tražiti

⁴² Najbolji dokaz uspješnog menadžmenta promjena je usvajanje medicine zasnovane na dokazima od strane kliničara, a posebno od strane liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i s tim u vezi provođenje kliničke revizije.

informacije na Internetu), raditi u timovima za poboljšanje kvaliteta (rad na standardima, samoocjenjivanje u odnosu na standarde prakse, promjena radne prakse, kolegijalni pregled, podučavanje, profesionalni razvoj). Dakle, da bi osoblje moglo efikasno da radi na poboljšanju kvaliteta, neophodno je u okviru radnog procesa odvojiti za navedene zadatke jedno vrijeme, koje ne bi smjelo da iznosi manje od 5 procenata sveukupnog radnog vremena, dok neki misle da bi to vrijeme koje iskusniji liječnik direktno ne posvećuje pacijentima, trebalo da iznosi barem 30 procenata od liječničkog vremena.⁴³ U našim uslovima bilo bi poželjno izračunati stvarne oportunitetne troškove rada na kvalitetu, uključujući i implementaciju standarda, posebno odakle namaknuti potrebna sredstva za to i šta su u pogledu finansiranja prioriteta.

Okvir 5

Najčešći izgovori liječnika za odbijanje učešća u projektima kvaliteta

- *Prezauzet sam...*
- *Nemamo kompjutere...*
- *Moje kolege neće da razmjenjuju informacije sa mnom...*
- *Sve brojke su pogrešne...*
- *Moju stručnost neće niko mjeriti!*
- *Ne možemo mi sebi priuštiti da bilo šta poboljšamo...*
- *Prestar sam za to. Još malo pa idem u penziju...*

Tablica 3. Raspoložive strategije promjene⁴⁴

Neefikasne strategije promjene	Varijabilno efikasne strategije	Općenito efikasne strategije
Pasivna edukacija Diseminacija vodilja Publikacija istraživanja Predavanja Stručni skupovi	Pregled kvaliteta na kolegijalnoj osnovi Povratne informacije o individualnom izvršenju Lokalni autoriteti Edukacija korisnika/potrošača Radoznali pacijenti Zajedničko odlučivanje	Korištenje podsjetnika (npr. kompjutera) Interaktivna edukacija Intervencija orijentirana ka savladavanju prepreka Kombinacija pojedinačnih strategija

4.4.4 Infrastruktura

U infrastrukturu spadaju: objekti ustanove; radni prostor i ambijent; sredstva rada, materijali i oprema; pomoćne službe; informacijske i komunikacijske tehnologije; sredstva transporta. Menadžment treba da infrastrukturu definira kao ciljeve, funkciju, izvedbu, održavanje, dostupnost, cijenu, sigurnost, bezbjednost, amortizaciju, evaluaciju prema stvarnim potrebama i korištenju, te u odnosu prema djelovanju na okruženje (konzervacija, polucija, uklanjanje otpadnih tvari i recikliranje). U upravljanju rizikom, infrastruktura zdravstvene ustanove podliježe procjeni nekliničkih rizika.

Tehničko-tehnološki sistemi su specifični za svaku vrstu posla u jednoj organizaciji, na primjer, sistem pružanja medicinskih usluga. U bilo kojoj organizaciji, problemi mogu nastati bilo zbog slabosti ljudskog sistema, kao što je to, na primjer, mala motiviranost uzrokovana niskim plaćama, bilo zbog tehničkih sistema, kao što je to slaba opskrba

⁴³ Discussion paper: Quality improvement strategy for public hospitals. Ad hoc group, Ministry of health, Wellington, September 2001:25.

⁴⁴ Gross PA et al. *Med Care* 2001; 39 S2 II:85-92.

lijekovima uslijed loše logistike. Svaki sistem/podsistem djeluje na drugi: propust ili kvar u tehničkom sistemu frustrira radnike i sprečava ih da obave dobar posao, potkopavajući njihovu motivaciju. Vrijedi i obrnuto: umoran liječnik nakon dežurstva koji ostaje raditi, može nepažnjom prouzrokovati kvar na nekom tehničkom sistemu. U isto vrijeme, takvi problemi mogu dovesti do međuljudskih sukoba i loše komunikacije, što može voditi daljnjem urušavanju veza između podsistema.

4.4.5 Radno okruženje

Menadžment treba osigurati da radno okruženje ima pozitivan utjecaj na motivaciju, zadovoljstvo i izvedbu osoblja radi poboljšanja izvedbe organizacije kao cjeline. Stvaranje odgovarajućeg radnog ambijenta koji će istovremeno osigurati i zdravo radno mjesto uključuje:

- kreativne radne metode i pružanje mogućnosti za ostvaranje potencijala zaposlenih u organizaciji;
- sigurnosna pravila i vodič za korištenje zaštitne odjeće i opreme;
- ergonomska pitanja;
- lokacija radnog mjesta;
- socijalne interakcije;
- fizičko vježbanje ako to iziskuju uvjeti radnog mjesta;
- radni uvjeti: toplota, vlažnost, svjetlo, protok zraka;
- higijena, čistoća, buka, vibracije i zagađenje
- pitanja stresa na radnom mjestu.

U skladu s odgovarajućim gornjim stavkama, zdravstvena ustanova razmatra pitanja komfora i za svoje klijente.

4.4.6 Podaci, informacije i informacijski sistemi

Menadžment treba da tretira podatke kao fundamentalni resurs za procesiranje informacija i stalni razvoj organizacijskog znanja koje je ključno za donošenje odluka i stimuliranje inovacija.

Upravljanje informacijama treba da uključuje:

- utvrđivanje informacijskih potreba organizacije;
- identifikaciju i pristup unutrašnjim i vanjskim izvorima informacija;
- konverziju informacija u organizacijsko znanje;
- korištenje podataka, informacija i znanja za postavljanje i dostizanje organizacijskih strateških ciljeva;
- osiguranje odgovarajuće zaštite i povjerljivosti podataka i informacija;
- evaluaciju koristi informacija s ciljem da se unaprijedi upravljanje organizacijskim informacijama i znanjem.

Pouzdana informacije temeljem su bilo kojeg rada na poboljšanju kvaliteta. Menadžeri trebaju tačne i pravodobne informacije da bi mogli procijeniti organizacijske slabosti i snage, utvrditi probleme, razviti strategije za rješavanje tih problema i mjeriti napredak. Osobito su važne dobre informacije o potrebama pacijenata, njihovim opažanjima, iskustvu i zadovoljstvu. U nedostatku pouzdanih informacija, a to se često dešava kada se podaci obrađuju centralizirano i bez povratnih informacija, odluke se zasnivaju na pretpostavkama, intuiciji ili prethodnim sličnim slučajevima, što može biti netačno ili iskrivljeno

pristranostima. Stoga je važno da se podaci prikupljaju na radnom mjestu, tu obrađuju, analiziraju i tumače kako bi se mogle donijeti ispravne i pravovremene odluke. Osim toga, osoblje će prije razumjeti u koju svrhu prikuplja podatke i bit će potaknuto da podaci budu što tačniji i precizniji. Organizacijsko vodstvo mora vrednovati slanje i primanje tačnih informacija bez obzira koliko su one neugodne ili negativne. U suprotnom, radnici će izvještavati samo o dobrim stvarima ili će čak falsificirati izvještaje da bi izbjegli kaznu zbog loših rezultata.

Dokumentaciju treba standardirati, najbolje na državnom nivou, i mora postojati revizija kvaliteta podataka u medicinskoj dokumentaciji u svrhu alokacije resursa, naknade troškova i praćenja (indikator). Standardi i kriteriji za sadržaj i administriranje medicinske dokumentacije jedan su od ključnih faktora u akreditacijskim programima zdravstvenih ustanova. Ne treba posebno podvlačiti *sudski značaj* dokumentacije radi kvantificiranja šteta uzrokovanih nesavjesnim liječenjem, naprimjer, u propustu identifikacije pacijenta ili dijelova njegovog tijela. Osim toga, medicinska dokumentacija važna je za profesionalne komunikacije, dokumentiranje ocjene pacijenta i evaluaciju učinjenog (klinička revizija).

Kvalitet podataka u medicinskim zapisima, informacije o pacijentima (prava pacijenata!) i interne komunikacije, samoocjenjuju se kliničkim revizijama i prilikom vanjske ocjene ustanove koja je aplicirala za akreditaciju.

Tablica 4. Smanjenje gubitaka u radnoj snazi, opremi, potrošnom materijalu i novcu: sadašnja rješenja

Prije projekta kvaliteta	Tokom projekta kvaliteta	Standardi
Loši klinički podaci; nestandardizirana medicinska dokumentacija; nedostaju indikatori izvedbe i utilizacije resursa	Porast svijesti o neophodnosti standardizacije medicinske dokumentacije radi procesiranja informacija o kliničkoj, organizacijskoj i finansijskoj izvedbi na svim nivoima. Preporuka 10 u Politici kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite u FBiH.	DZ: 3A.13 – indikatori; 1I – Upravljanje informacijama i informacijske tehnologije; 4J – Sistemi i sadržaj medicinske dokumentacije; 1G.314 – utilizacija resursa; bolnice: 3.33 – indikatori; 6 - Upravljanje informacijama i informacijske tehnologije; 26 – Upravljanje zdravstvenom dokumentacijom i njen sadržaj.

Tablica 5. Smanjenje gubitaka u radnoj snazi, opremi, potrošnom materijalu i novcu: buduća rješenja

Sadašnji pristup	Novo pravilo	Menadžment ustanove
Pojedinačna analiza prakse	Prospektivno prikupljanje podataka u standardizirane obrasce tokom nekog vremena	Analiza propisivačke prakse, referalne prakse; opterećenja liječnika; ishoda konsultacija
U našim uslovima ne postoji konzistentna analiza utilizacije resursa na institucionalnom nivou	Analiza prikladnosti kliničkih intervencija (prijemi, propisivanje, procedure) i rasipanja (stopa komplikacija, medicinske greške, odgađanja, ponovljeni rad, neiskorištene informacije, gomilanje zaliha) Važna komponentna SITAP projekta je racionalizacija bolničkih troškova	Formiranje Odbora za praćenje utilizacije resursa

4.4.7 *Snabdjevači i partneri*

Menadžment treba da uspostavi relacije sa snabdjevačima i partnerima da bi promovirao i olakšao komunikacije s ciljem obostranog poboljšanja učinkovitosti i efikasnosti procesa koji stvaraju vrijednost (zdravlje). Ovo se može ostvariti pomoću:

- optimiziranja broja snabdjevača i partnera;
- dvosmjernе komunikacije i brzim rješavanjem iskrskih problema s ciljem da se izbjegnu odlaganja i rasprave koje mnogo koštaju;
- suradnje sa snabdjevačima u vrednovanju procesa;
- praćenja sposobnosti snabdjevača da isporuči odgovarajuće robe i usluge s ciljem izbjegavanja suvišnih verifikacija;
- uključivanja snabdjevača u zajedničke programe kontinuiranog poboljšanja kvaliteta roba i usluga i druge zajedničke inicijative;
- uključivanja snabdjevača u dizajniranje organizacije i aktivnosti kojima se razmjenjuje znanje i unapređuju procesi isporuke roba i usluga;
- uključivanja partnera u identifikaciju potreba nabavke i zajedničku razvojnu strategiju;
- evaluacije, priznavanja i nagrađivanja napora i postignuća snabdjevača i partnera.

4.4.8 *Prirodni resursi (energenti)*

Menadžment mora razmatrati dostupnost prirodnih resursa koji mogu utjecati na izvedbu organizacije. Mada su ti resursi izvan kontrole organizacije, mogu imati značajne pozitivne i negativne učinke na njene rezultate. U tom smislu, organizacija mora raspolagati odgovarajućim planovima, osobito za krizne situacije, kojima se osiguravaju dostupnost ili zamjene tih resursa s ciljem preveniranja ili minimiziranja negativnih učinaka na izvedbu organizacije.

4.4.9 *Finansijski resursi*

Menadžment treba definirati potrebe ustanove za finansijskim sredstvima i stvarne i potencijalne izvore finansiranja. Kontrola finansijskih resursa treba da uključi aktivnosti na poređenju između planiranog i ostvarenog i da odredi odgovarajuće aktivnosti u vezi s tim.

Menadžment ustanove s finansijerima treba da ugovori na koji će se način finansijski podržati implementacija i održavanje učinkovitog i efikasnog sistema poboljšanja kvaliteta da bi se ostvarili organizacijski ciljevi. Osim toga, zdravstvena ustanova treba da razmotri inovativne načine stimulacija pojedinaca i timova nakon što se postignu odgovarajuće uštede.

4.5 Inovacije

Postoje dvije vrste inovacija: novo znanje i nove tehnologije.⁴⁵ Danas nove tehnologije ulaze na velika vrata bez prethodne evaluacije, dok se novo znanje mnogo sporije i manje sistematično ugrađuje u svakodnevnu kliničku praksu. I davaoci i kupci usluga trebalo bi da raspolažu sistemima koji bi im omogućilo upravljanje inovacijama u smislu njihovog uvođenja. Mada se to u akreditacijskim standardima ne navodi, bilo bi dobro da zdravstvene ustanove osnuju odbor za inovacije koji bi se bavio slijedećim pitanjima:

- Treba li poduzeti akciju i koju u vezi s novim znanjem;

⁴⁵ Gray Muir JA. Evidence-based healthcare. How to make health policy and management decisions. Churchill Livingstone, New York 1997;165.

- Koje nove tehnologije treba uvesti u zdravstvenu ustanovu;
- Koje nove tehnologije ne bi trebalo koristiti ako je dokazano da su neučinkovite;
- Koje tehnologije bi trebalo povući iz ustanove, budući da je dokazano da su neefikasne i neučinkovite.

Inovacije se stalno pojavljuju. Menadžeri bi trebalo da vode računa da svaka inovacija mora donijeti više dobra nego štete. Kada za inovaciju ne postoje dobri dokazi u tom smislu, menadžeri je ne bi trebalo uvoditi u ustanovu. Bitno je da javnost i pacijenti znaju da svaka nova intervencija nosi određene rizike. Trebalo bi također identificirati intervencije koje su dokazano ili nedokazano neučinkovite i s tim upoznati pacijente.

5. Organizacijske strukture za kvalitet i sigurnost.

Prema preporukama entitetskih politika kvaliteta⁴⁶ i obaveza koje proističu iz zakonske regulative,⁴⁷ organizaciju za kvalitet i sigurnost zdravstva zaštite treba uspostaviti na **svim nivoima** pružanja zdravstvenih usluga: domovi zdravlja, ambulante porodične medicine, bolnice, javne i privatne ustanove. Pritom su učinkoviti unutrašnji i vanjski metodološki mehanizmi za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti usluga, uz obavezno mjerenje učinaka, neophodni za implementaciju promjena.

5.1 Menadžeri i timski rad

Jedan od najbitnijih elemenata u procesu izgradnje sistema poboljšanja kvaliteta je timski rad. U organizacijama za pružanje zdravstvenih usluga efektivan tretman i njega pacijenta traže koordinaciju i komunikaciju među ljekarima, medicinskim sestrama i drugim zdravstvenim profesionalcima, a često i sa medicinskim saradnicima i drugim osobljem. Akreditacijski standardi za bolnice predviđaju formiranje niza timova kojima će biti povjereni zadaci standardizacije, praćenja efekata i aktivnosti na poboljšanju kvaliteta.

5.1.1 Formiranje i vrste timova

Tim je radna grupa formirana radi olakšavanja komunikacije i koordinacije unutar organizacije kao i između organizacija. Grupa postaje tim kada se formira oko zajedničkog cilja i pokaže jedinstvene obaveze vezane za ostvarivanje cilja. Potreba za koordinacijom unutar tima se povećava sa povećanjem međusobne ovisnosti.

Ako zadatak može izvršiti pojedinac ili je za izvršenje zadataka potrebna samo uzastopna (sekvencijalna) koordinacija, tada nema potrebe za formiranjem tima. Potreba za formiranjem tima javlja se kada su zadaci složeniji i traže koordinaciju između različitih organizacionih jedinica ili funkcija koje se obavljaju u istoj organizacionoj jedinici. Zadatak je vidljivi razlog ili cilj formiranja tima.

Formalne radne grupe (timovi) se uspostavljaju zbog specifičnih organizacionih potreba. Formalne radne grupe u zdravstvenim ustanovama su identificirane na dva nivoa. Prve su vezane za tretman i kliničku njegu. One uključuju ljekare specijaliste, koji obezbjeđuju dijagnostiku i liječenje pacijenata, kao i sestriinsko osoblje, zaduženo za njegu. Broj i vrsta osoblja uključenog u radnu grupu zavisi od toga kako je ustanova organizovana (npr. poliklinika, bolnica, klinika), kao i od zadataka koji su doznačeni specifičnoj grupi (npr. hiruški timovi, timovi za rehabilitaciju, onkološki timovi). Sastav će, takođe, biti vezan za broj ljekara i sestara i administrativnog i pomoćnog osoblja, a biće baziran i na potrebi koordinacije unutar i između funkcionalnih specijalističkih područja. Ovakvi timovi svrstavaju se u kategoriju multidisciplinarnih timova kliničkog tretmana i njege.

⁴⁶ Politika kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite u Federaciji Bosne i Hercegovine, 2001.; Predlog nacionalne politike kvaliteta u zdravstvu, Republika Srpska.

⁴⁷ Zakon o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu, Službene novine Federacije BiH, 59/2005. U Republici Srpskoj pitanje kvaliteta i akreditacije pokriveno je amandmanima na osnovne zakone u zdravstvu – Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o zdravstvenom osiguranju: Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti (“Službeni glasnik Republike Srpske”, br. 58/01 od 14. novembra 2001. godine) i Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju (“Službeni glasnik Republike Srpske”, br. 51/01 od 16. oktobra 2001. godine. Brčko Distrikt neposredno primjenjuje zakone entiteta u ovoj oblasti shodno svojim statutarnim odredbama i pravilnicima.

Drugu grupu čine timovi menadžmenta. To su grupe formirane radi donošenja odluka ili razrješenja organizacionih problema. One se mogu baviti i strateškim pitanjima (npr. konkurenetska pozicija, vanjske relacije, strateški planovi upravljanja kvalitetom i rizikom). Timovi menadžmenta mogu biti stalni, kao što su komisije, odbori, komiteti, povjerenstva ili privremeni, kao što su projektni timovi. I ovi timovi u pravilu su po sastavu multidisciplinarni jer to zahtijeva složenost i širina zadataka.

Projektni tim predstavlja posebnu vrstu radne grupe formirane najčešće od predstavnika različitih organizacionih jedinica, organiziranih za dovršenje doznačenog zadatka ili projekta. Ovi projekti mogu biti fokusirani na poboljšanje kvaliteta, procjenu ili planiranje usluga, organizacijske promjene koje će prelaziti granice organizacionih jedinica ili druge aktivnosti koje zahtijevaju kratkoročno rješavanje problema koji su složeni ili koji regulišu odnose između organizacionih jedinica. Projektni timovi mogu biti osnovani za izradu strategije upravljanja kvalitetom, strategije upravljanja humanim resursima, programa za primjenu kliničkih vodilja, složenijih politika i procedura.

Projektni timovi se rjeđe obrazuju u oblasti tretmana i kliničke njege, ali i u ovom dijelu se može pojaviti potreba da se formira tim za određena oboljenja i stanja za koja ne postoje stalni timovi.

5.1.2 Pojedinac, tim i menadžment

Menadžeri imaju posebnu odgovornost za razvoj tima. Menadžer je često jedina osoba koja kontaktira, kako sa timom kao cjelinom, tako i pojedincima iz tima. Da bi uticao na uspješnost tima mora koristiti ove relacije u cilju stvaranja balansa između ovlaštenja koja se prenose na pojedinca i ovlaštenja tima, individualnog doprinosa i saradnje. Saradnja je najefikasnija kada svaki član tima daje svoj istaknut doprinos radu tima.

Timovi se ne prave jednostavno, a ni brzo, Timski rad zahtijeva postupnu primjenu organizacijske kulture pošto ta kultura utiče na interpersonalne odnose. Čak i u slučaju da je grupa radila zajedno u istoj organizaciji dugi niz godina, moguće je da njeni članovi ne budu spremni da rade kao "tim" u modernom smislu te riječi. Članstvo u timu zahtijeva iznalaženje ravnoteže između vlastitih interesa i interesa tima.

Norme vezane za realizaciju zadataka idu ka očekivanjima koja se polažu u pojedince od strane tima. One prevazilaze pitanje prisustva i uključuju očekivane doprinose radu tima. Ovo može uključivati grupni rad (zajednički sastanci) i rad izvan grupe (istraživanje, zadatak koji član zada sam sebi, pojedinačno dodijeljen zadatak). Norme vezane za ponašanje i realizaciju zadataka predstavljaju skup "radnih pravila" koja olakšavaju razvoj tima, razrješavanje problema i donošenje odluka. Norme uspostavljaju granice, unutar kojih se javlja kreativnost i može upravljati konfliktom. Neophodne su za efikasan razvoj tima.

5.1.3 Rukovođenje timom

Smatra se da su timovi dobro vođeni kada se moć i politika tima shvataju i koriste kao prednost u ostvarivanju ciljeva koje je tim postavio. Moć može biti izvedena iz pozicije ili ovlaštenja. Neko ko je na određenoj funkciji ili je imenovan (formalni lider tima) imaće moć unutar tima. Npr. hirurg u hirurškom timu će imati autoritet (vlast) na osnovu funkcije, a liderstvo mu može biti i dodijeljeno. Drugo, moć može biti izvedena na temelju ekspertnog znanja. Znanje potrebno za rješavanje problema će varirati, tako da će se ekspertno izvedena moć mijenjati među članovima tima. Tako npr. fizioterapeut, u timu koji vodi kardiolog, može posjedovati više znanja o sanatorijima ili rehabilitacionim centrima za različite pacijente od ostalih članova tima.

Formalno rukovođenje (liderstvo) predstavlja kritični faktor za uspjeh rada tima. Rukovodilac tima je formalna veza sa menadžmentom. Da bi se osiguralo da tim funkcionira dobro, rukovodilac tima mora biti predan timskom radu i postavljenim zadacima. Uspješan rukovodilac tima gaji autonomiju tima i dozvoljava razvijanje neformalnog rukovođenja onda kada to situacija zahtijeva. Rukovodilac tima, takođe, identificira i usmjerava faktore koji dolaze u sukob sa izvođenjem zadataka od strane tima. Ovi faktori mogu biti i individualni (nespremnost za učešće u radu tima, loši rezultati ili međusobni konflikti). Održavanje tima i njegov razvoj odgovornost je rukovodioca tima.

Formalno rukovođenje je potrebno radi pomijeranja grupnog procesa prema naprijed. Međutim, rukovođenje timom je dinamično utoliko da se može mijenjati među članovima tima. Uspjeh tima će jednim dijelom zavisiti od sposobnosti članova tima da prihvate rukovođenje i želju da procjenjuju rukovođenje kao nešto što je podložno promjenama. Timovi mogu biti polarizirani ako legitimna moć i rukovođenje nisu sinhronizirani.

5.1.4 Važne determinante uspjeha timskog rada:

- Timovi će biti uspješni ako su podržani od strane menadžmenta i ako su dio organizacijske kulture.
- Razvoj timova je odgovornost top menadžmenta i zahtijeva jaku predanost kreiranja kulture koja podržava članove tima i njihov razvoj.
- Efektivni razvoj tima javlja se kao rezultat potpunog razvoja humanih resursa, napora fokusiranih na zaposlene kao pojedince i članove tima.
- Timovi mogu biti stalni ili privremeni, mogu imati statičko ili privremeno članstvo, pri čemu proces formiranja tima mora biti shvaćen i njim se efikasno upravljati.
- Timovi će biti najuspješniji kada su sastavljeni od pojedinaca različitih profesija neophodnih za razrješavanje problema i kada su u stanju da balansiraju konflikt i sklad sa kreativnošću.
- Postavljeni rukovodilac ili lider tima (formalna vlast) kritični je faktor za uspješnost tima.
- Rukovođenje timom mijenjaće se među članovima tima ovisno o formalnom autoritetu, ekspertnoj sposobnosti ili resursima koji su potrebni kao podrška u planiranju, donošenju ili implementaciji odluka tima.
- Timovima se najbolje rukovodi kada menadžeri osiguraju uravnotežene odnose sa timom kao cjelinom ili pojedinim članovima, tako da su zadovoljene pojedinačne potrebe, a ciljevi tima ispunjeni.

5.2 Organizacijske strukture za poboljšanje kvaliteta

Organizacija za poboljšanje kvaliteta odnosi se na imenovanja i uspostavljanje linija dužnosti i odgovornosti za superviziju, koordinaciju i implementaciju sistema poboljšanja kvaliteta u zdravstvenoj ustanovi. Ova 'struktura' ne smije se izjednačiti sa menadžerskim, odnosno profesionalnim odgovornostima u ustanovi, mada se u većini slučajeva preklapa. Nije riječ, dakle, o hijerarhijskoj organizacijskoj shemi ustanove, već o multidisciplinarnoj komisiji koja je zadužena za uspostavljanje sistema poboljšanja kvaliteta i sigurnosti u cijeloj ustanovi, te drugim stalnim ili privremenim timovima koji pomažu Komisiji.

5.2.1 Komisija za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga: odgovornosti i koordinacija

Prema Zakonu o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu u Federaciji BiH, sve zdravstvene ustanove dužne su imenovati Komisiju za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga, kojom treba da rukovodi koordinador Komisije. Zakoni u RS i Distriktu Brčko ovo ne preciziraju, ali se kroz prethodne projektne aktivnosti postigla suglasnost da jedan iskusniji menadžer treba da bude odgovoran za koordinaciju unutar zdravstvene ustanove. Učinkovitu koordinaciju treba ostvariti:

- unutar i između kliničkih jedinica i jedinica za podršku;
- na lokalnom – institucionalnom nivou;
- na kantonalnom / regionalnom i entitetskom nivou;
- između profesionalnih disciplina.

Osim poslova i zadataka predviđenih citiranim zakonom, Komisija treba da vodi računa o edukaciji i obuci zdravstvenih radnika u ustanovi iz oblasti poboljšanja kvaliteta usluga; da promovira poboljšanje kvaliteta u ustanovi; i da menadžmentu predlaže za priznanja osobe i timove koji se u aktivnostima na poboljšanju kvaliteta posebno ističu.

U Komisiju za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga trebalo bi uključiti zastupnike kliničkih disciplina, sestinstva, administracije i pomoćnih bolničkih službi i koje bi upravljalo, usmjeravalo i usklađivalo projekat kvaliteta u organizaciji. Komisija bi trebala davati potporu različitim komisijama/odborima u ustanovi ili funkcionalno unakrsnim timovima koji bi bili odgovorni za pojedine oblasti poboljšanja kvaliteta (na primjer, bolničke infekcije, dekubitus, klinički i neklinički rizici). Na nivou svakog odjela trebalo bi provoditi kliničku reviziju prema odabranim kriterijima za uočene kliničke i druge probleme.⁴⁸

Okvir 6

Funkcionalno unakrsni timovi.

Formiranje ovakvih timova česta je tehnika radi povezivanja ljudi iz različitih odjeljenja i službi da bi radili zajedno. Okupljajući sve ljude koji su uključeni u neki proces, funkcionalno unakrsni timovi mogu steći potpunu sliku što se to desilo, ispitati slabosti u cjelokupnom sistemu i stvoriti čitav niz ideja o mogućim uzrocima problema i njegovom rješavanju. Osim toga, ovakvi timovi lako nadilaze prepreke koje mogu stvoriti razlike u statusu, ovlaštenjima, stavovima i vrijednostima zaposlenih radnika.

Funkcionalno unakrsni timovi su značajni i zbog toga što jedna osoba ili čak jedno odjeljenje, rijetko kontroliraju ili shvataju cijeli proces. Na primjer, mnogi radnici doprinose kontroli infekcije u jednoj bolnici, ali će proces biti mnogo jasniji kada članovi tima budu i predstavnici spremačica ili administrativni radnik koji poručuje sredstva za čišćenje. Kroz raspravu o problemima zadobiva se i *osjećaj vlasništva nad procesom* i svi uključeni shvataju svoj *dio odgovornosti* u lancu procesa, vodeći računa o svojim klijentima o kojima ovisi glatko odvijanje razmatranog procesa.

5.2.2 Timovi za implementaciju akreditacijskih standarda

Akreditacijski standardi za domove zdravlja i bolnice utvrđuju obavezu obrazovanja komisija/odbora/povjerenstava za niz oblasti upravljanja kvalitetom i sigurnosti zdravstvenih usluga. Riječ je o timovima iz grupe timova menadžmenta, koji se obrazuju za određen vremenski period (uobičajeno dvije ili četiri godine), radi rješavanja određenih stratejskih i organizacijskih pitanja. Ove timove obrazuje direktor bolnice i njihova nadležnost se proteže

⁴⁸ Eldar R. Vrsnoća medicinske skrbi, Medicinska Naklada, Zagreb, 2003: 35-44.

na cijelu zdravstvenu ustanovu. Izuzetak predstavlja grupa za pregled nepovoljnih događaja koja se organizuje i na razini ustanove i u organizacionoj jedinici. Ako je riječ o grupi u organizacionoj jedinici, nju imenuje rukovodilac organizacione jedinice.

Nadležnosti stalnih, odnosno timova imenovanih za mandatni period definišu Akreditacijski standardi za dom zdravlja i bolnice. Tako je npr. nadležnost komisije (odbora, povjerenstva) za aktivnosti osiguranja zdravih radnih mjesta utvrđena standardima 2A.13 – 2A.23 i 2D.63 – 2D.76 (dom dravlja) i 5.95-5.121 (bolnice).

Kao timovi imenovani za određeni mandatni period utvrđeni su:

- Komisija (odbor, povjerenstvo) za kontinuirano poboljšanje kvaliteta (Standardi 1G.321; 3.17)⁴⁹
- Etički komitet (odbor, komisija) – Standard 3.60
- Komisija (odbor, povjerenstvo) za aktivnosti osiguranja zdravih radnih mjesta – (Standard 5.95)
- Upravljačka grupa ili drugo tijelo koje nadgleda upravljanje informacijama (menadžerski tim ili grupa s određenim mandatom) – Standard 6.1
- Grupa u bolnici/organizacionoj jedinici za pregled nepovoljnih događaja – Standard 11.12 i Komisija (odbor, povjerenstvo) za upravljanje rizikom u domu zdravlja – 1G.338.
- Komisija za sigurnost - Standardi 2A.16; i 12.4
- Odbor/forum za bezbjednost – 2C.47
- Tim za kontrolu infekcija – Standard 14.2; tim HES-a za pitanja javnog zdravlja: 2E.90.
- Komisija (odbor, povjerenstvo) za kontrolu infekcija – Standard 14.3
- Komisija za upravljanje bolničkim otpadom – Standard 16.2
- Komisija (povjerenstvo) za zdravstvenu dokumentaciju ili druga ekvivalentna komisija – Standard 26.54; uslovno 4A.30
- Komitet za izlaganje medicinskom zračenju – Standardi 4I.218; 33.1
- Komisija za lijekove – Standardi 3B.45 i 34.7
- Odbor/komisija za osiguranje/poboljšanje kvaliteta transfuzijske jedinice – Standard 46.63
- Odbor za malignome – Standard 47.1.

Timovi, koje posebno ne navode Akreditacijski standardi za domove zdravlja i bolnice, jesu **stručna vijeća** koja prema zakonima o zdravstvenoj zaštiti moraju obrazovati sve zdravstvene ustanove. Zakonima i statutima su regulisana pitanja nadležnosti, sastava i načina rada stručnih vijeća kao savjetodavnih organa direktora. Iako to Akreditacijski standardi izričito ne predviđaju na rad stručnih vijeća mogu se primjeniti standardi 28.28-28.37 koji se odnose na **timski rad u bolnicama** i kriteriji 1C.153 – 1C.170 koji se odnose na **timski rad i koordinaciju u domu zdravlja**.

⁴⁹Napomena: Akreditacijski standardi za bolnice predviđaju odvojene komisije/odbore/povjerenstva za kontinuirano poboljšanje kvaliteta i za sigurnost. Zakon o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu („Službene novine Federacije BiH“ br. 59/05) utvrđuje obavezu imenovanja jedne Komisije za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga, što znači da je u ovom dijelu potrebno izvršiti usaglašavanje Akreditacijskih standarda sa Zakonom. Imajući u vidu mogućnost da se pitanja sigurnosti mogu tretirati odvojeno, ne bi bila napravljena greška kada bi se postupilo po bilo kojem od datih rješenja.

Uobičajeno, organizacione jedinice imaju stalne timove – **stručni kolegij** koji se bave organizacijskim i stručnim pitanjima (planiranje rada, planiranje stručnih usavršavanja, planiranje poslova u oblasti upravljanja kvalitetom, razmatranje izvještaja, praćenje i ocjena obima i kvaliteta rada osoblja, predlaganje stručnih rješenja i odlučivanje o zajedničkoj praksi, rješavanje pojedinačnih problema tretmana i njege i sl.). Na rad ovih timova primjenjuju se Akreditacijski standardi timskog rada i ako pojedina pitanja obrazovanja stručnih kolegija nisu riješena statutom, potrebno ih je definisati drugim, odgovarajućim aktom, koji može biti i procedura. Ona treba da obuhvati pitanja kao što su: sastav, nadležnosti, obavezni intervali održavanja sastanaka, način zakazivanja sastanaka i pozivanja članova, način odlučivanja, način dokumentiranja rada.

Posebno je potrebno utvrditi na koji način članovi stručnog kolegija pribavljaju mišljenja i stavove ostalih zaposlenika organizacione jedinice i po kojim pitanjima se organizuju zajednički sastanci. Ovo se posebno odnosi na veće bolnice u kojima postoje stručni kolegiji i na nivou odjela, ali i na višem organizacionom nivou kao što je klinika/poliklinika. U ovoj situaciji stručni kolegij nije sastavljen od svih zaposlenih, kao što je to uobičajeno na odjelima.

Rad stručnih kolegija vode šefovi organizacionih jedinica, a ukoliko to nije riješeno statutom, zajednička pravila vezana za rad treba da utvrdi direktor bolnice i da budu jedinstvena za sve organizacione jedinice.

Za razliku od timova, koji se bave i organizacionim i stručnim pitanjima u širem sastavu, u organizacionoj jedinici se svakodnevno obavljaju konsultacije vezane za tretman i njegu. Ovi sastanci u smislu zakazivanja (pozivanje sa zakazanim dnevnim redom) nisu toliko formalni. U svakom slučaju potrebno je i na ovim sastancima voditi zabilješke o prisustvu i postignutim dogovorima.

Akreditacijski standardi za bolnice predviđaju i osnivanje stalnih multidisciplinarnih timova zdravstvenog tretmana i njege za: hitnu reanimaciju (Standard 18.6), usluge rehabilitacije (Standard 35.3), transfuziološke službe (Standard 46.8), grupa za hemoterapiju (Standard 47.4), za palijativnu zaštitu (Standard 48.10), za hitan tretman bolesnih beba i konsultacije o problemima novorođenčadi (Standard 49.9). Riječ je uglavnom o timovima koji zahtijevaju učešće osoblja različitih organizacionih jedinica. Lista multidisciplinarnih timova time nije iscrpljena i ona zavisi od djelatnosti bolnice i učestalosti liječenja pojedinih oboljenja. U bolnici je potrebno definisati (procedura ili drugi akt) stalni sastav multidisciplinarnih timova, kao i privremeno članstvo po potrebi, način i dokumentiranje rada, te izvještavanje prema menadžmentu, posebno o učinkovitosti implementiranih aktivnosti u polju poboljšanja kvaliteta i sigurnosti kao i o sudjelovanju osoblja u realizaciji programa, naprimjer, na kvartalnoj osnovi.

Akreditacijski standardi za dom zdravlja i bolnice predviđa i formiranje fokusnih grupa s ciljem ispitivanja osoblja o kvalitetu vlastitog rada (3C.74 – 3C.79; 5.124 – 3.131). U okviru standarda za dom zdravlja, posebno su dati kriteriji za timove porodične medicine (5G.238 – 5G.282).

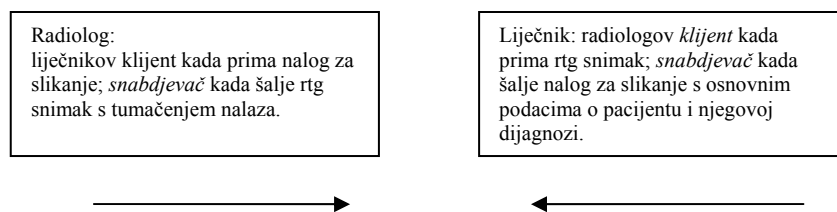
Tablica 6. Odgovornost menadžmenta za uspostavljanje unutrašnjeg sistema poboljšanja kvaliteta i pripremu za akreditaciju

Kategorija	Kriteriji	Primjeri
Misija, vizija i vrijednosti organizacije Strategije za kvalitet i sigurnost	Razvoj i implementacija	Misija, vizija i vrijednosti ustanove su javno objavljeni Strategija kvaliteta Strategija rizika Inkorporiranje gornjih strategija u opći strateški plan i poslovni plan ustanove
Stvaranje povoljnog ambijenta za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti: kultura	Kvalitet i sigurnost su stalna stavka na sastancima menadžmenta Lični primjeri	Njegovanje kulture kvaliteta i sigurnosti
Menadžment promjena	Stimulacije osoblja Povratne informacije Aktivna podrška	Isticanje i pohvale osoblju koje predano radi na kvalitetu Isticanje „šampiona” kvaliteta Odvojeno vrijeme za rad na kvalitetu Preraspodjele radnog vremena i ljudi s novim zaduženjima i odgovornostima Tehnička podrška novih timova/odjela osoblju koje radi na kvalitetu Poređenja između odjela i timova (<i>benchmarking</i>), stvaranje klime kompeticije
Organizacija za kvalitet i sigurnost	Imenovanja, nadzor, uspostavljanje linija odgovornosti	Koordinator kvaliteta Komisija za kvalitet i akreditaciju Odgovornosti šefova odjela/ službi za kvalitet Multidisciplinarni (funkcionalno unakrsni) timovi
Pružanje kvalitetnih i sigurnih usluga koje su fokusirane na pacijente	Usvajanje, odobravanje, nadzor izvršenja, analiza, informiranje osoblja, pacijenata i javnosti	Kliničke (operativne) politike koje se zasnivaju na dokazima Sistematski kolegijalni pregled prakse (klinička revizija) Poboljšanje izvršenja (indikator) Smanjenje kliničkih grešaka i nepovoljnih događaja za pacijente (upravljanje rizikom) Smanjenje neefikasnih i nepotrebnih pretraga, tretmana i upućivanja (upravljanje resursima) Poštivanje prava pacijenata
Metodološka uputstva	Aktivno učešće u razvoju, kreiranju; odobravanje, diseminacija; suradnja s agencijama za kvalitet i akreditaciju	Za razvoj standarda, kriterija i indikatora izvršenja Za kliničku reviziju Za samoocjenu Za razvoj i implementaciju sistema ocjene zadovoljstva

		korisnika Za razvoj sistema za pritužbe korisnika
Upravljanje ljudskim resursima	Kontrolni mehanizmi ocjene; briga o radnom ambijentu i osoblju Edukacija i obuka	Odgovornost za kvalitet definisana je u svim opisima poslova Utvrđivanje pojedinačne naobrazbe i obuke, pregled i ponovna ocjena radi potrebe za kontinuiranim profesionalnim razvojem Zadržavanje pouzdanog i obučenog osoblja; čuvanje zdravlja, sigurnosti i dobrobiti osoblja. Iz stručnog naslova i poboljšanja kvaliteta
Dokumentiranje, informacijski sistemi	Uvezivanje, analiza, sinteza	Izveštavanje prema menadžmentu (šefovi, imenovani pojedinci, odjeli, timovi; kvartalno izveštavanje) Povratne informacije za osoblje, pacijente i javnost Sigurnost, povjerljivost, privatnost i zaštita podataka Informacije o varijacijama u troškovima i korištenju materijala, Informacije o varijacijama u kliničkim intervencijama Kliničko i organizacijsko izvršenje radi provođenja postupka samoocjene i unutrašnje provjere kvaliteta, odnosno vanjske provjere kvaliteta ako zdravstvena ustanova aplicira za akreditaciju.
Akcioni planovi za poboljšanja	Samoocjena, vanjska ocjena	Zaduženja: odjeli, službe, timovi, odgovorni pojedinci; rokovi izvršenja i ponovna ocjena

6. Procesni pristup

Pružanje zdravstvenih usluga ostvaruje se kroz procese svih osoba u organizaciji što je dio jednog ili više međusobno povezanih procesa. **Proces** se može definisati kao sekvenca međusobnih aktivnosti koje, kada se izvode, koriste ljudske i druge resurse (*inpute*) da zadovolje očekivanja klijenta (potrošača). Zdravstveni radnik je **klijent** (potrošač) svih onih koji ga opskrbljuju *inputima*. Postoje **vanjski i unutrašnji klijenti i snabdjevači**. Svaki proces i svaki korak unutar procesa ima snabdjevače i potrošače. Na svakom koraku procesa je snabdjevač, koji obezbjeđuje *inpute* za taj korak procesa, i potrošač, koji prima *output* tog koraka. Često se zaboravlja da pacijent nije samo klijent u procesu, već kontrolirajući aktivni učesnik i kao takav više je snabdjevač nego klijent.⁵⁰ Također se često zaboravlja da su zaposleni u zdravstvenoj organizaciji unutrašnji klijenti i unutarnji snabdjevači budući da pružaju usluge jedni drugima.



Slika 4. Odnos klijent (potrošač) – snabdjevač na primjeru medicinskog slikanja

Čvrsti odnosi između klijenata i snabdjevača apsolutno su neophodni za dobro upravljanje kvalitetom. Klijenti su pacijenti, njihove porodice, prijatelji pacijenata, liječnici i drugi praktičari, zaposleno osoblje, finansijeri, drugi zdravstveni snabdjevači, ocjenjivači i regulatori, zajednica. Mnogi od njih su istovremeno snabdjevači za zdravstvene procese.

Problemi u jednoj tački ulančanih procesa mogu stvoriti probleme na drugim dijelovima tog lanca. Glavni uzrok pada u kvalitetu jesu problemi u procesu. Cjelokupno osoblje je odgovorno za uspjeh cijelog procesa. Stoga, ako dođe do problema u bilo kojoj tački, nijedan od radnika u organizaciji ne može reći da se to njega ne tiče ili reći klijentu da to nije njegov posao. Kvalitet je odgovornost svih zaposlenih bez razlike! Da bismo zadovoljili potrebe klijenata, organizacija, odjeljenje, tim, osoba, moraju imati jasnu sliku ko su njihovi klijenti. Kako ćete prepoznati vaše klijente? To su oni koje vi opskrbljujete, snabdjevate uslugama, podacima, informacijama, robama ili proizvodima.

Svaka organizacija/odjeljenje/tim/osoba treba da postavi pitanja: *ko su naši/moji klijenti? I šta su njihovi stvarni zahtjevi?* Da bismo to saznali treba poboljšati komunikacije i razmjenu informacija ili koristiti razne oblike upitnika. Kada se jednom uspostave mehanizmi za dobivanje povratnih informacija u vezi s potrebama klijenata, slijedeći je zadatak da se prate promjene u zahtjevima sa zadovoljavanjem potreba klijenata. Kad su, pak, u pitanju snabdjevači, nužno je da oni svojim klijentima objasne narav svojih usluga. U zdravstvenom sistemu čiji su procesi izuzetno kompleksni i međusobno uvezani s mnoštvom niti, izuzetno je važno da snabdjevači pruže jasne informacije svojim klijentima.

⁵⁰ The Healthcare Quality Handbook. A Professional Resource and Study Guide, ed. Brown JA, 16th ed. JB Quality Solution, Pasadena 2001.

Ukoliko bi se pokušale definisati karakteristike, koje treba da ispunjava svaki proces, one bi se ogledale u slijedećem:⁵¹

- **Definisan:** Svi *inputi*, *outputi* i aktivnosti su specificirani i dokumentirani. Zahtjevi potrošača su jasni i preneseni onima na koje se odnose. Jasno je utvrđeno **vlasništvo nad procesom** u smislu da je jasno ko obavlja posao, poboljšava ga i odgovara za njega.
- **Kontrolisan:** Mjeri se primjena i *outputi* procesa, rezultati se redovno vrednuju.
- **Djelotvoran:** Udovoljava zahtjevima potrošača.
- **Troškovno efektivan:** Ostvaruje se uz najniže troškove koje traži zahtijevani *output*.
- **Prilagodljiv:** Može da reaguje na promijenjene zahtjeve potrošača.

U skladu sa sistemom poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga, svaka zdravstvena ustanova treba da definiira svoje procese – prevencije, dijagnostike, njega, tretmana, rehabilitacije; administrativne i druge podržavajuće procese. Za razliku od akreditacijskih standarda, ISO 9000 ne specificira “kojim” potrebama klijenta treba udovoljiti, već osigurava da su ispravne procedure obavljene na konzistentan i kontroliran način. Drugim riječima, ISO 9000 podrazumijeva da ako su identificirani procesi u organizaciji, i ako su određene sekvence i interakcije tih procesa, i ako su određeni kriteriji i metode za odvijanje i kontrolu procesa, i ako postoje odgovarajući resursi, mjerenje, praćenje i analiza tih procesa, i ako su implementirane aktivnosti u dostizanju planiranih rezultata i kontinuiranog poboljšanja kvaliteta, – onda su ispunjeni ISO zahtjevi. Takva zdravstvena ustanova posjeduje dokumentirani “sistem kvaliteta”, za koji ISO *auditori* ne ispituje profesionalni sadržaj aktivnosti i rezultate. Taj sadržaj i ishode zaštite mogu provjeriti samo zdravstveni profesionalci koji obavljaju vanjski pregled ustanove na kolegijalnoj osnovi (akreditacija).

Sistem je mreža međupovezanih i međuzavisnih procesa dizajniranih da zadovolje očekivanja potrošača. «Sistemska mišljenje» i redizajn sistema mogu pomoći u pružanju zdravstvenih usluga. Ovaj pogled shvata organizaciju kao skup međuovisnih sistema/podsistema i procesa, budući da rad organizacije prelazi granice različitih hijerarhijskih razina, funkcije odjeljenja ili čak premošćuje udaljene geografske jedinice. Mnogi problemi mogu se jedino shvatiti i riješiti u kontekstu cijele organizacije. Iz sistemske perspektive, najslabiji podsistem organizacije određuje njezinu sveukupnu izvedbu, analogno da najslabija karika u lancu određuje jačinu cijelog lanca. Naprimjer, ako se loše održava bolnička higijena i najbolje liječenje može biti kompromitirano.

U većini organizacija određivanje *oštećenih procesa* može pomoći da se poboljša izvedba osoblja. Čak i najbolji zaposlenici ne mogu dobro obavljati svoje poslove ako su sistemi o kojima ovise manjkavi – na primjer, ako osoblju nedostaju obuka, oprema ili nadzor ili ako ne postoji jasna predstava o odgovornosti. Kada menadžeri sagledaju lošu pojedinačnu izvedbu kao *simptom* neuspjeha, a ne kao njegov *uzrok*, prestat će optuživanje radnika za sve probleme u organizaciji. Tada će i zaposleni prestat da osjećaju krivnju i da prakticiraju, na primjer, defanzivnu medicinu i moći će se usmjeriti na nalaz i ispravljanje stvarnih uzroka loše izvedbe. U «liječenju» procesa, treba, prije svega, shvatiti nestalnost (*variability*) procesa, jasno odvajajući varijable na koje nemamo upliva (razlike među osobama ili bolestima ili težini oboljenja) od onih koje se tiču razlika u tehnikama rada ili u obuci osoblja, na koje se može utjecati. Pritom je važno pažnju usmjeriti samo na vitalne procese o kojima ovisi kvalitet medicinske zaštite, jer nije moguće poboljšavati sve procese u jednoj

⁵¹ Kelly M. John: Upravljanje ukupnom kvalitetom, Potecon Zagreb, 1997, str. 185.

organizaciji. Čak i bez mnogo ulaganja, uvijek se mogu ponovno oblikovati pojedini radni procesi, ažurirati vodilje i protokoli i poboljšati komunikacije s klijentima. Mala novčana ulaganja koja će povećati efikasnost, mogu dovesti do velikih ušteda.

6.1 Standardi, vodilje, putevi zaštite

Standardi čini okosnicu oblikovanja organizacijskog kvaliteta. Standardi su *izjave očekivanja* ili neke *vrijednosti* kojima se opisuje nivo na kojem će se pružiti usluga, vodeći računa da moraju biti značajni, objektivni, razumljivi, poželjni, realistični, mjerljivi, dostizni, fleksibilni, prihvatljivi, prilagodljivi, te profesionalni i konsenzualno prihvaćeni.⁵² **Akreditacijski standardi** su izjave očekivanja pacijenata, zdravstvenih profesionalaca, menadžera i drugih aktera, na temelju kojih se zdravstvene ustanove samoocjenjuju da bi poboljšali kvalitet i sigurnost usluga koje pružaju i da bi zaslužili akreditacijsko priznanje nakon vanjskog kolegijalnog pregleda. Standardima se definiraju ne samo neophodni resursi i organizacijski sporazumi, već i različita kriteriji, politike i procedure, naprimjer kvalifikacije kliničkog i pomoćnog osoblja i prihvatljive razine izvedbe same procedure, upute o okolnostima i uvjetima izvedbe, itd.

Izvori za standarde mogu biti različiti: doprinosi profesionalnih tijela, postojeći akreditacijski standardi, nezavisne istrage, postojeća legislative i preporuke ministarstava zdravstva, certifikacije za sisteme kvaliteta po ISO 9000, akreditacija medicinskih laboratorija po ISO 15189, preporuke i standardi SZO za transfuzijsku medicinu i javnu sigurnost; preporuke Europske komisije za sigurnost, prevenciju i efikasnost zdravstvenih ustanova, itd.

Na temelju usklađenih akreditacijskih standarda, svaka organizacija detaljnije definira svoje *politike* pomoću kojih određuju ponudu usluga, mjesto i vrijeme pružanja usluga, i ko je podoban da pruži i primi takvu uslugu; radne *procedure i protokole*, kojima se usmjeravaju i određuju svakodnevni poslovi (detaljan opis procedure, ko pruža uslugu i kojim klijentima; obrasci i druga prateća dokumentacija). Procedure su u biti psihomotorni zadaci koji su razloženi na korake u formi algoritma ili dijagrama toka.

Prema **nivou**, standardi se mogu podijeliti na minimalne, optimalne i standarde izvrsnosti. *Minimalni standardi* moraju biti stoprocentno ispunjeni, budući da sve ono što je ispod dogovorenog minimuma označava neprihvatljivu uslugu ili proizvod. Standardi za različite vladine inspekcije su uobičajeno minimalni. *Optimalni standardi*, uobičajeno standardi za akreditaciju zdravstvenih ustanova, označavaju najbolji mogući nivo koji se može postići raspoloživim resursima u datim uvjetima. Dakle, oni ne predstavljaju teorijski maksimum, već se vodi računa da se ovi standardi mogu ispuniti u većini slučajeva i u jednoj prosječnoj zdravstvenoj ustanovi. Najzad, *standardi izvrsnosti* označavaju maksimalne

⁵² *Standard* je normativ koji regulira skup pravila, normi i zahtjeva. Druge prihvatljive definicije su:

- Izjava o očekivanju ili zahtjevi, koji kada se ispune, omogućavaju pružanje kvalitetne zdravstvene zaštite ili usluga.
- Specifikacije izvršenja, koje, ako se ispune, mogu voditi do najvišeg mogućeg kvaliteta u sistemu. Standard je izjava koju donosi organ vlasti ili profesija o onome što se očekuje od proizvoda, usluge, ponašanja ili ishoda. Standardi mogu biti pravila (npr. protokoli) ili specifikacije. Naprimjer: *Posebna sterilna igla mora se koristiti za vakcinaciju svakog djeteta.*
- Dokumentovani sporazumi koji sadrže tehničke specifikacije ili druge precizne kriterije koji će se konzistentno koristiti kao pravila, vodilje ili definicije karakteristika kojim se osigurava da materijali, proizvodi, procesi i usluge ispunjavaju svoju svrhu (ISO, 1996).

zahtjeve i uobičajeno se odnose na centre tercijarne zdravstvene zaštite, osobito na referentne zdravstvene ustanove.

Prema **vrsti**, standardi se dijele na standarde strukture, procesa i ishoda zaštite. *Standardi strukture* definiraju potrebne resurse – ljudske, finansijske i fizičke; *standardi procesa* definiraju aktivnosti procese u zdravstvenoj ustanovi, dok se standardi ishoda odnose na rezultate tih aktivnosti. Dosadašnja istraživanja pokazuju da više resursa ne osigurava bolje ishode zaštite, ali postaje dokazi da ispunjenost procesnih standarda i kriterija vodi ka boljim rezultatima tretmana pacijenta.

Prema **fokusu**, standardi se dijele na organizacijske i kliničke. Ta podjela je dosta vještačka, budući da ovi skupovi standarda moraju biti usaglašeni da bi bili operativni

6.1.1 Organizacijski standardi

Pod sve većim pritiskom vlada na javno zdravstvo i održavanje zdravlja, kupaca usluga i epidemiologa, eksplicitni standardi službi orijentiraju se sve više horizontalno na zajednice i populacije pacijenata. Tokom devedesetih, javljaju se novi programi akreditacije fokusirani na zajednice i mreže, a postojeći programi restrukturirali su svoje standarde i ocjene na osnovu iskustva pacijenata. Kupovina zdravstvene zaštite i unutrašnja tržišta daju prioritet *integriranim paketima zaštite*, a ne njenim sastavnim dijelovima, pri čemu se u ocjedi koriste integrirani putevi zaštite pacijenta, obično za jedan ili više kliničkih entiteta. Modeli za organizacijsku ocjenu bazirani na industriji, kao kao što su Malcolm Baldrige nagrade, “poslovna izvrsnost” i EFQM, imaju sve veći uticaj na zdravstvene službe. Organizacijski standardi obuhvataju različite aspekte:

- Licenciranje i akreditaciju
- Obuku i profesionalni razvoj
- Finansiranje i refundiranje
- Poboljšanje unutrašnjeg sistema kvaliteta
- Medicinu zasnovanu na dokazima
- Menadžment rizika
- Informacije i sisteme podataka

Tablica 7. Standardi i mjerenje standarda

<i>Kategorija</i>	<i>Standardi</i>	<i>Mjerenje</i>
Akreditacijski standardi: domovi zdravlja, timovi porodične medicine, bolnice	Organizacijski standardi	Samoocjena, kao samoocjena s indikatorima izvršenja, kontrolnim listama menadžmenta, okvirom EFQM “izvrsnosti” i programima unutrašnjeg kvaliteta odjela Vanjska kalibracija, certifikacija i akreditacija (programi obuke, zdravstvene ustanove, službe, oprema). ISO certifikacija za radiološke odjele i laboratorije Vanjsko objavljivanje i upoređivanje indikatora izvršenja Vanjski kolegijalni pregled u okviru sveukupnih akreditacijskih standarda Zakonom propisana inspekcija.
	Klinički standardi	klinička revizija (<i>audit</i>); klinički indikatori; nepovoljni događaji za pacijenta; analize kašnjenja; povjerljiva istraga

6.1.2 Klinički standardi

Vodilje za kliničku praksu (*Clinical Practice Guidelines*) su primjer standarda procesa, koje vode liječnike u dijagnostici i liječenju različitih kliničkih stanja i oboljenja. Također mogu biti predstavljene u formi algoritama ili narativno. Koncepti kliničke učinkovitosti i medicine zasnovane na dokazima postali su danas srž kvaliteta u kliničkoj praksi. Standardi, izraženi kao kliničke vodilje (vodiči, smjernice),

- sve su više zasnovani na biomedicinskom istraživanju i ocjeni zdravstvene tehnologije nego na konsenzusu;
- veoma dostupni i razmjenjuju se između zemalja;
- često prilagođeni lokalnoj kulturi i privredi prije usvajanja i nacionalne primjene;
- često prevedeni u detaljnije protokole za korištenje u pojedinačnim jedinicama.

Vodilje mogu biti fokusirane na specifičnu tehnologiju, kao što su lijek, instrument ili procedura, ili na kliničko stanje. Za pacijenta vodilje mogu biti fokusirane na specifični događaj ili epizodu, ili se vremenom mogu proširiti u multidisciplinarni “predviđeni oporavak” ili puteve “kritične zaštite” za pojedince. Kvalitet objavljenih vodilja je različit zato što ih veliki broj nisu eksplicitne, nisu na bazi dokaza i nemaju definirane strategije za diseminaciju, implementaciju i evaluaciju.

Ocjena kliničke prakse u odnosu na definirana, ili nedefinirana očekivanja, sve više obuhvata multidisciplinarnu timove a sve manje pojedince ili posebne specijalnosti. Ocjena putem kliničke revizije postaje sistematičnija korištenjem sveukupnih podataka a ne pojedinačnih slučajeva i ne treba je miješati s istraživanjem.

6.2 Standardizacija procesa

Menadžeri imaju značajnu ulogu u standardizaciji procesa kroz izradu i odobravanje politika i procedura. Akreditacijski standardi 2.38 - 2.47 utvrđuju obaveze bolnica vezane za dokumentirane politike i procedure. Iste zahtjeve za dom zdravlja postavljaju kriteriji 1E.260 – 1E.269. Politike i procedure je potrebno razviti za sva operativna polja zdravstvene ustanove u skladu sa postojećom zakonskom i podzakonskom regulativom i dobrom praksom.

U ovom procesu javljaju se različite faze i različite uloge pojedinih nivoa menadžmenta u tim fazama. Uobičajeno se u bolnicama i većim domovima zdravlja pojavljuju tri nivoa menadžmenta. To su top menadžeri ili menadžeri najvišeg nivoa, u koje se ubrajaju direktor i njegovi zamjenici ili pomoćnici (za medicinska pitanja, pravne i kadrovske poslove, ekonomsko-finanjske poslove, poslove poboljšanja kvaliteta, tehničke poslove i sl.). Drugi nivo su menadžeri organizacionih jedinica prvog nivoa podjele poslova (direktori/načelnici klinika ili poliklinika). Treći nivo su šefovi odjela/sluzbi. U manjim bolnicama šefovi odjela imaju ulogu menadžera drugog i trećeg nivoa. U velikim sistemima rukovođenje može uključiti i četvrti nivo (npr. šefovi odsjeka u odjelima) i tada se uloga menadžera trećeg nivoa dijeli između ove dvije grupe. Što se tiče nemedicinskih poslova, drugi nivo uobičajeno čine direktori/šefovi sektora, a treći šefovi organizacionih jedinica u sastavu sektora (npr. službe). Uloga menadžera u pojedinim fazama prvenstveno zavisi od odgovornosti koja im je dodijeljena statutom i opštim aktom kojim se reguliše organizacija i sistematizacija radnih mjesta. S obzirom da ovi akti ne mogu sadržavati sve obaveze, koje za zaposlene proističu iz Akreditacijskih standarda za dom zdravlja i bolnice, preporuka je da se ova pitanja riješe posebnom procedurom.

Pitanja, koja je potrebno definisati, vezano za standardizaciju procesa putem dokumentiranih politika i procedura jesu:

- Planiranje izrade
- Izrada (razvoj) politika i procedura
- Odobranje politika i procedura
- Distribucija usvojenih politika i procedura, upoznavanje osoblja sa sadržajem i Provođenje stalnog nadzora nad primjenom
- Provjera primjene usvojenih politika i procedura
- Revizija politika i procedura.

6.2.1 Planiranje izrade politika i procedura

Akreditacijski standardi za dom zdravlja i bolnice za određena područja predviđaju izradu dokumentiranih politika, dok je za standardiziranje pojedinih procesa rada predviđena izrada procedura. Ovi dokumenti su, dakle, odvojeni i za obje vrste važe ista pravila vezana za izradu, odobranje, distribuciju i druge radnje koje treba provesti. Pored toga, uobičajeno je da svaka procedura sadrži i kratku izjavu o politici, kojom se definiše značaj procedure i ciljevi koji se žele postići njenom primjenom. U zavisnosti od sadržaja procedure, izjave o politici (sadržane u tekstu procedure), u određenim situacijama mogu zadovoljiti i obavezu izrade posebnih politika.

Određene politike i procedure, posebno one koje su zajedničke za sve ili veći broj organizacionih jedinica, taksativno su nabrojane u Akreditacijskim standardima za dom zdravlja i bolnice. Za njihovu izradu u pravilu je potrebno učešće većeg broja organizacionih jedinica.

Za realizaciju ove aktivnosti potrebna je uključenost top menadžmenta. U zavisnosti od područja odgovornosti pojedinih članova top menadžmenta, a što je definisano statutom ili aktom o sistematizaciji, treba utvrditi i njihovu odgovornost za planiranje izrade i njihovo učešće u izradi politika i procedura. Ovu odgovornost im utvrđuje direktor bolnice posebnim nalogom ili procedurom. Ukoliko je to prihvatljivije za zdravstvenu ustanovu, ova obaveza može biti i sastavni dio opisa posla.

Svaki od članova top menadžmenta treba da bude odgovoran za koordinaciju rada na definisanju i planiranju izrade politika i procedura utvrđenih Akreditacijskim standardima za dom zdravlja i bolnice za područje rada za koje je odgovoran (pomoćnik direktora za ekonomsko-finansijske poslove za procedure iz oblasti računovodstva i finansija, ali i marketinga ako ne postoji druga odgovorna osoba; glavna sestra ustanove za procedure koje tretiraju njegu; medicinski direktor za procedure vezane za tretman i sl.). Obaveza svakog od članova top menadžmenta treba da obuhvati i stručnu pomoć koju treba da pruže pri izradi politika i procedura. Aktivnosti treba voditi u saradnji sa Koordinatorom kvaliteta, odnosno Komisijom za poboljšanje kvaliteta, posebno izradu plana kojim će se definisati način učešća pojedinih članova osoblja u izradi politika i procedura i utvrditi rokovi za izradu. Plan izrade politika i procedura može biti samostalan ili sastavni dio godišnjeg plana rada.

Šefovi odjela/službi planiraju i odgovorni su za izradu procedura specifičnih za organizacionu jedinicu. Ukoliko u ustanovi postoji i organizaciona jedinica nivoa klinika/poliklinika, kao viši nivo organizovanja u odnosu na odjele, menadžer ove organizacione jedinice obavlja poslove na koordinaciji rada i pružanja pomoći šefovima odjela u postupku definisanja politika i procedura, planiranja i izrade.

6.2.2 Izrada (razvoj) politika i procedura

Aktivnosti na izradi politika i procedura mogu se voditi formiranjem timova za izradu politika i procedura (složenije i zahtjevnije procedure, procedure vezane za rad više organizacionih jedinica) ili zaduživanjem pojedinih članova osoblja za izradu nacрта. Timove formiraju članovi menadžmenta odgovorni za koordinaciju aktivnosti na planiranju i izradi politika i procedura koje će biti rađene. Timove na prijedlog menadžera može obrazovati i direktor ako je takav način rada utvrđen statutom. Ovo će posebno doći do izražaja kod formiranja timova koji će vršiti izradu procedura za potrebe svih ili većeg broja organizacionih jedinica i u situacijama kada se vežu procesi rada medicinskog i nemedicinskog osoblja.

Prilikom izrade nacрта politika i procedura potrebno je obezbjediti učešće osoblja na koje će se politike i procedure odnositi pribavljanjem njihovih mišljenja putem zajedničkih sastanaka i omogućavanja davanja usmenih i pisanih pojedinačnih sugestija i komentara.

Izrada svake politike i procedure sastoji se od izrade nacрта i izrade konačnog teksta. Nacrt procedure izrađuje tim ili pojedinac koji je od strane menadžmenta zadužen da obavi taj posao. Potrebno je posebnom procedurom ili uputstvom definisati šta sadrži nacrt procedure. Izrada nacрта podrazumijeva i usaglašavanje teksta sa dobrom praksom. Prilikom izrade nacрта, ako je riječ o procedurama, treba nastojati standardizirati i obrasce koji dokumentiraju primjenu procedure.

Konačan tekst politike i procedure treba utvrditi prije njenog odobravanja. Ove aktivnosti treba da obuhvate:

- Povezivanje nacрта sa zakonskom i podzakonskom regulativom, opštim aktima bolnice i Akreditacijskim standardima za dom zdravlja i bolnice
- Kontrolu povezanosti i usklađenosti sa već odobrenim politikama i procedurama
- Prilagođavanje propisanom obrascu.

Zadatak vezan za izradu konačnog teksta procedure treba povjeriti određenom članu osoblja saglasno opisu posla ili posebno utvrđenoj obavezi od strane direktora bolnice. Povezivanje procedure sa zakonskom i podzakonskom regulativom povjerava se pravnoj službi (ako u sastavu službe koja se bavi problematikom kvaliteta nema kvalificirane osobe za taj posao). Kontrola usklađenosti sa već odobrenim politikama i procedurama i prilagođavanje propisanom obrascu je dio obaveze koji treba povjeriti osoblju koje radi na kvalitetu (Kordinator kvaliteta) ili nekom drugom članu osoblja osposobljenom da obavi taj zadatak.

6.2.3 Odobravanje politika i procedura

Svaka politika i procedura treba biti odobrena od strane jednog ili više ovlaštenih članova menadžmenta. Odobrenje daje onaj menadžer koji je na to ovlašten statutom ili drugim opštim aktom, odnosno koji je odgovoran za područje rada na koje se politika i procedura odnosi. U pravilu, to je član top menadžmenta koji je odgovoran i za planiranje izrade politika i procedura.

Politika i procedura uvijek podrazumijeva i nalog za određeno ponašanje. Zbog toga je kod odobravanja potrebno voditi računa i o području primjene, odnosno o tome koji član menadžmenta je ovlašten da daje nalog osoblju organizacione jedinice na koju se politika i procedura odnosi i kontroliše rad tog osoblja.

Uobičajeno je da politike i procedure, koje su zajedničke za sve ili više organizacionih jedinica, odobrava direktor bolnice. Ovdje se prvenstveno misli na procedure koje su vezane

za put pacijenta, upravljanje i rukovođenje zdravstvenom ustanovom i sl. (npr. politika i procedura postupanja po žalbama pacijenata i drugih korisnika, politika i procedura o zapošljavanju i izboru osoblja, procedura za prijem u bolnicu/jedinicu, procedura za pristup medicinskoj dokumentaciji i sl.). Kod ovih politika i procedura uz odobrenje direktora dodatno se može uvrstiti odobrenje zaposlenika odgovornog za određenu grupu poslova (npr. šef pravnih poslova za procedure kod kojih je potrebno izvršiti povezivanje sa odgovarajućom regulativom, kao što je npr. procedura vezana za pristup medicinskoj dokumentaciji; šef ekonomskih poslova za procedure vezane za nabavku roba i usluga koje povezuju rad nemedicinskog i medicinskog osoblja; infektolog ili šef higijensko-epidemiološke službe za procedure vezane za kontrolu infekcija i sl.).

Politike i procedure, koje tretiraju medicinski tretman, u pravilu odobrava medicinski direktor (npr. politika i procedura o samostalnom uzimanju lijekova, procedura za brojanje sredstava koja se koriste tokom operacije, procedura za evidentiranje uzoraka tkiva poslatih na analizu, procedura o raspoloživosti sala za kritične operacije, procedura za procjenu pacijentove podobnosti za operativni tretman, politika i procedura za tretman i njegu visoko rizičnih pacijenata i pružanje visoko rizičnih medicinskih procedura i sl.). Ako pozicija medicinskog direktora nije predviđena tada se uključuju menadžer zadužen za određenu grupu poslova i direktor.

Procedure koje se odnose na zdravstvenu njegu odobrava glavna sestra doma zdravlja, odnosno bolnice.

Ako se radi o procedurama specifičnim za određenu organizacionu jedinicu, iste odobrava menadžer koji rukovodi tom organizacionom jedinicom.

6.2.4 Distribucija usvojenih politika i procedura, upoznavanje osoblja sa sadržajem i Provođenje stalnog nadzora nad primjenom

Po odobravanju politika i procedura vrši se njihova distribucija u organizacione jedinice.

Svaka politika i procedura treba da odredi i odgovorne osobe za distribuciju u organizacionoj jedinici i upoznavanje osoblja sa sadržajem. Ovo je obaveza menadžera prve linije, odnosno menadžer trećeg nivoa. U zavisnosti od sadržaja politike i procedure za upoznavanje osoblja sa politikom i procedurom mogu biti zaduženi šefovi odjela/službi, odgovorne sestre odjela, a po potrebi i drugi zaposlenici (npr. sanitarni tehničari za procedure vezane za kontrolu infekcija).

U organizacionoj jedinici vrši se umnožavanje procedura, odnosno obezbjeđuje onaj broj kopija koji zadovoljava potrebe organizacione jedinice.

Nadzor nad provođenjem politika i procedura je trajni zadatak menadžmenta. Kontinuirani nadzor je odgovornost menadžera prve linije, a povremeni nadzor menadžera organizacione jedinice višeg nivoa (npr. šefovi odjela dužni su kontinuirano pratiti pravilnost popune medicinske dokumentacije, a periodično ovu provjeru vrši direktor/načelnik klinike). Ovaj nadzor treba razlikovati od provjere primjene prema programima provjere kliničkog kvaliteta (klinička revizija), koji se obavljaju po tačno utvrđenim pravilima.

6.2.5 Provjera primjene usvojenih politika i procedura

Provjera poznavanja i primjene usvojenih procedura treba da se vrši periodično, prema programima provjere kliničkog kvaliteta, koji se donose za cijelu ustanovu (standardi 3A.1 – 3A.10 i 3.19 – 3.30) i organizacionu jedinicu (standardi 5E.187; 5F.236-237; 5G.278-279; 5J.317; 5L.380; odnosno 30.16). O izvršenoj provjeri vrši se periodično izvještavanje, kao što to utvrđuju Akreditacijski standardi za dom zdravlja i bolnice. Programom se utvrđuju obaveze menadžera pojedinih nivoa za njihovo učešće u izradi programa, analizi rezultata i izvještavanju.

6.2.6 Revizija politika i procedura

Reviziju politika i procedura vrši menadžer odgovoran za izradu nacrtu, koji određuje osoblje koje će izvršiti reviziju. Po potrebi za reviziju se može zadužiti i tim kao kod izrade nacrtu.

Revizija može biti redovna i vanredna.

Redovna revizija se vrši svake tri godine.

U slučaju kad nije potrebno vršiti izmjene nakon redovne revizije, u tekst se unosi naznaka o izvršenoj redovnoj reviziji (datum i potpis).

Vanredna revizija se vrši po ukazanoj potrebi kada dođe do promjene:

- Zakonskih i podzakonskih propisa ili opštih akata doma zdravlja, odnosno bolnice
- Medicinske prakse
- Kadrovskih, tehničkih ili tehnoloških uslova
- Organizacije
- Drugih okolnosti koje opravdavaju reviziju.

Izmjene po redovnoj i vanrednoj reviziji unose se u tekst, kao i naznaka o izvršenoj reviziji (datum i potpis).

Na revidiranu politiku i proceduru primjenjuju se pravila distribucije i upoznavanja osoblja kao kod politika i procedure koje se distribuiraju prvi put. Prethodni tekst se povlači od osoblja kome je distribuiran i uništava, a nakon toga se vrši upoznavanje osoblja sa revidiranim tekstom i njegova distribucija.

7. Metodi: unutrašnji mehanizmi za kvalitet i sigurnost

Oblikovanjem rada na boljem kvalitetu postavljaju se ciljevi, alociraju resursi i utvrđuju smjernice koje će osigurati učinkovitost i sigurnost, poboljšati pristup i zadovoljstvo korisnika. Praćenjem programskih aktivnosti i izvršenja osoblja osigurava se uvid u postizanje prethodno određenih ciljeva. Poboljšanje kvaliteta zahtijeva trajno poboljšanje procesa rada i izvedbe pojedinaca i timova.

Osnovni principi metodologije kojima se u uspostavljanju unutrašnjeg sistema kvaliteta treba da rukovodi menadžment zdravstvene ustanove jesu sljedeći:

- Identificirati postojeće mehanizme za kvalitet i sigurnost – unutrašnje, o kojima će biti riječi, i vanjske (naprimjer, zdravstvena inspekcija, sanitarna inspekcija, inspekcija za zaštitu od zračenja, program standardizacije laboratorija, ISO certifikacija i

akreditacija). U *vanjske mehanizme*, koji se ostvaruju zajedno sa profesionalnim komorama, spadaju i osnovna obuka, licenciranje i registracija zdravstvenih profesionalaca; specijalistička obuka i certificiranje specijalista; i kontinuirana medicinska edukacija i relicenciranje.

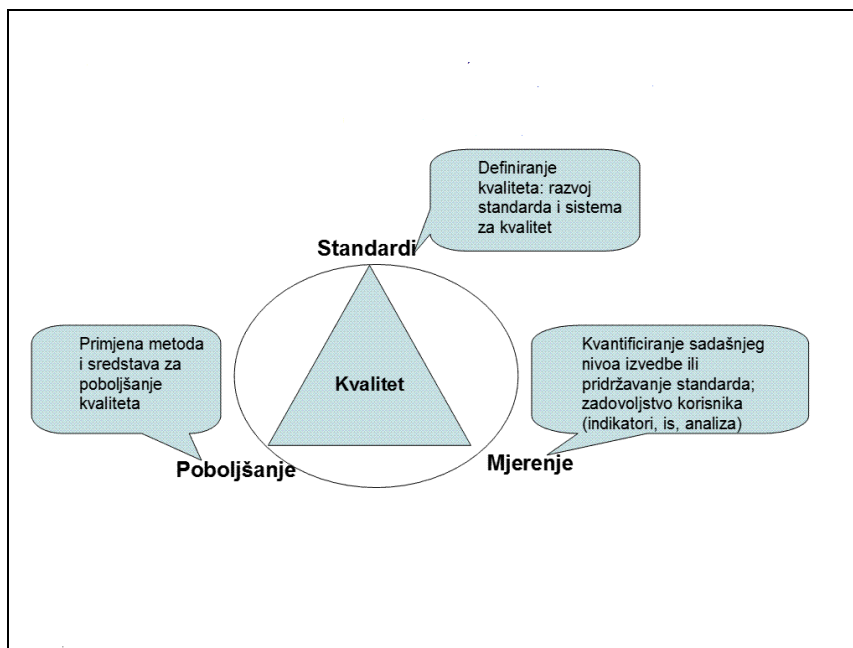
- Kombiniranim vanjskim i unutrašnjim pristupom, zdravstvena ustanova osigurava dobru *organizaciju* putem standardizacije, samoocjene i vanjske ocjene; *zadovoljstvo pacijenata* svojim uslugama – anketiranjem i lokalnim poveljama; dobru *kliničku praksu* na temelju kliničkih vodilja, medicine zasnovane na dokazima, kliničke revizije i indikatora izvršenja; dobru *kliničku obuku* na temelju definiranih kurikuluma, ispita i licenciranja; odgovarajuće *upravljanje resursima* preko sistema kontrole, izvještaja i devolucije budžeta za kvalitet na odjele i menadžere; *upravljanje rizikom* na temelju zakonskih propisa, politika i procedura, inspeksijskog nadzora i akreditacije.

Tablica 8. Povezanost vanjskog i unutrašnjeg sistema poboljšanja kvaliteta

Unutrašnji sistem poboljšanja kvaliteta	Objašnjenja
Usluge u čijem fokusu je pacijent	Trebalo bi da postoji zvanični mehanizam definiranja i zaštite prava pacijenata i njihovih porodica.
Strategije i politike	Vrijednosti, vizije i strategije vlade i institucija za poboljšanje kvaliteta bi trebalo da budu sveobuhvatne, dosljedne i zasnovane na dokazima i konsultaciji. Trebalo bi da budu eksplicitno navedene i dostupne kupcima, davaocima usluga, pacijentima i javnosti.
Organizacija	Trebali bi postojeti efektivni mehanizmi za ujedinjenje i provođenje državne politike unutar državne i lokalnih vlada, zatim unutar i između institucija, kao i svih aktera i sektora koji pružaju zdravstvenu zaštitu.
Metodologija	Trebalo bi promovirati efikasne metode poboljšanja kvaliteta na državnom, entitetskom i lokalnom nivou, koje bi bile u skladu s iskustvom i naučnim dokazima. Trebalo bi pohvaliti i nagraditi usvajanje dokazanih metoda kvaliteta u organizacijama i kod pojedinaca.
Metode poboljšanja kvaliteta	Lokalni programi kvaliteta bi trebalo da budu planirani sistematično i koordinirani kako bi zadovoljili prioritete na svim nivoima i potrebe lokalnih aktera. U programima bi trebalo koristiti standarde, tehnike mjerenja i poboljšanja, koje su određene i dokazano efikasne u tom okruženju.
Standardi	Svi standardi treba da se razvijaju u skladu s ALPHA principima
Metode mjerenja	Svaka zdravstvena ustanova treba da katalogizira i analizira odgovornost, učinkovitost i koordinaciju postojećih lokalnih aktivnosti na poboljšanju sigurnosti i kvaliteta.
Klinička revizija	Sistematična, dokumentirana provjera kvaliteta kliničke prakse i rezultata u odnosu na standarde koji se zasnivaju na dokazima s odgovarajućom organizacijskom promjenom i pokazanim poboljšanjem.

<i>Indikatori izvršenja/izvedbe</i>	Pokazati da unutrašnji sistem kvaliteta rutinski prikuplja podatke o izvršenju; koristi podatke za analizu i preglede; pokazuje napredak u odnosu na podatke.
<i>Izveštavanje o incidentima i greškama</i>	Dokumentirane procedure za izveštavanje, istraživanje i učinkovit odgovor na kliničke incidente (uključujući nepovoljne događaje ili incidente koji su zamalo izbjegnuti) za sve medicinske specijalnosti i odjele za kliničku podršku.
<i>Izveštavanje o infekciji i kontrola infekcije te izveštavanja o drugim kliničkim opasnostima</i>	Dokumentirane procedure o praćenju i kontroli potencijalnog rizika za pacijente, javnost i osoblje usljed kliničke opasnosti i opasnosti iz okoline, kao što su infekcija, radijacija, medikacija, transfuzija i štetne kemikalije.
<i>Provjera znanja i kompetencije kliničkog osoblja i ocjena osoblja</i>	Procedure za zapošljavanje, sistematičan pregled i razvoj odgovarajućih kompetencija personala potrebnih za obavljanje posla
<i>Podaci o korištenju resursa (menadžment resursa)</i>	Učinkovita raspodjela i korištenje resursa u skladu s dogovorenim politikama da se izbjegne nepotrebno trošenje vještina, vremena, materijala i novca.
<i>Komunikacije, koordinacija, dokumentacija, informacije</i>	Sistematičan pregled unutrašnjih i vanjskih komunikacija, kontinuitet zaštite i vođenje dokumentacije o pacijentima
<i>Akreditacija</i>	Sudjelovanje u neovisnoj vanjskoj akreditaciji institucije u odnosu na objavljene standarde.
Resursi (obuka za kvalitet)	Entitetski/ regionalni i lokalni programi bi trebalo da identificiraju odgovornost kad je u pitanju finansiranje i pružanje osnovne edukacije, vještina i informacija potrebnih za poboljšanje kvaliteta menadžera i zdravstvenih radnika
Dodiplomska medicinska obuka, specijalizacije i kontinuirani profesionalni razvoj	Obavezujući minimum iz kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga

- Napraviti evaluaciju dobrih strana, slabosti, dupliciranja, praznina i mogućnosti, tako što će se analizirati odgovornost, učinkovitost i koordinacija postojećih lokalnih aktivnosti na poboljšanju sigurnosti i kvaliteta u cijeloj ustanovi.
- Na osnovu konsultacija između odjela napraviti **godišnji plan** i razvijati stalni **program** sistematskih aktivnosti. Svaka aktivnost treba da obuhvati važeće akreditacijske standarde, pouzdano mjerenje ili praćenje dokumentiranih dokaza o akcijama koje vode ka poboljšanju u zdravstvenoj ustanovi.



Slika 5. Ključne aktivnosti na poboljšanju kvaliteta

7.1 Unutrašnji mehanizmi

Unutrašnji mehanizmi, predstavljeni politikama i procedurama (kako to zahtijevaju akreditacijski standardi), koji omogućuju sistematsko poduzanje unutrašnjeg sistema poboljšanja kvaliteta i sigurnosti i koji su u skladu s lokalnim prioritetima, obuhvataju: odgovornost menadžmenta (o tome je bilo riječi); odgovornost osoblja, pružanje usluga kompetentnog osoblja i njegovo blagostanje; koordinaciju usluga u okviru upravljanja kvalitetom i rizikom; upravljanje kliničkim i nekliničkim rizikom, zdravlje i sigurnost; upravljanje resursima, efikasnost; komunikacije, dokumentaciju o pacijentima, informacije; i indikatore strukture, procesa i ishoda zdravstvene zaštite.

7.1.1 Odgovornost osoblja i pružanje usluga kompetentnog osoblja

U ovom paragrafu obrađuje se susretno planiranje i izvršenje menadžmenta i zdravstvenog osoblja s posebnim naglaskom na odgovornosti osoblja.

Okvir 7

Odgovornost je dužnost jedne strane da pruža opravdanje i da se smatra odgovornom za svoje akcije prema drugoj interesnoj strani.

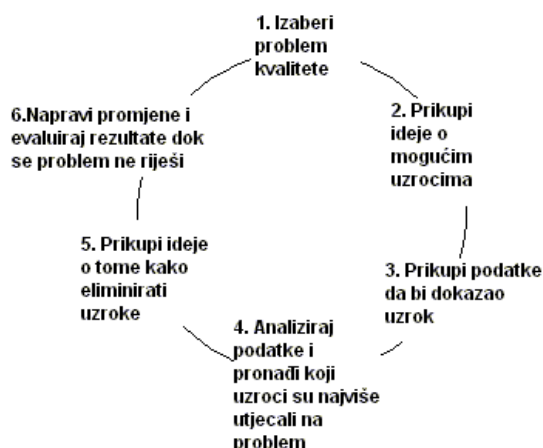
Donaldson L.J. (Editorial): Professional accountability in a changing world.
Postgrad Med J 2001;77:65-7.

Tablica 9. Odgovornosti, kompetencije i mjerenja

Kategorija	Standardi	Mjerenje
<i>Vrste odgovornosti osoblja</i>	<p>Individualna profesionalna odgovornost za kvalitet vlastitog rada;</p> <p>Odgovornost zdravstvenih profesionalaca unutar organizacije u kojoj rade;</p> <p>Odgovornost (s drugima), kao člana tima, za organizacijsku izvedbu i šire za proviziju lokalnih usluga.</p>	<i>Regulacija i kontrola odgovornosti</i> zakoni, politike i procedure, obavezujuće izjave i uputstva, etički kodeksi struke, ugovori o radu, provjera znanja i stručnosti (unutrašnji mehanizam ustanove), dobrovoljna sveobuhvatna vanjska procjena (akreditacija na temelju standarda).
<p><i>Kompetencija osoblja: profesionalni nivo</i></p> <p><i>Kompetencija osoblja: institucionalni nivo</i></p>	<p>Licenciranje Relicenciranje Standardi za etičko i kliničko izvršenje</p> <p><i>Jasna procedura apliciranja i izbora kandidata</i></p> <p><i>Izvršenje zdravstvenih profesionalaca i ponovno imenovanje</i></p> <p><i>Sistematični periodični pregled kliničkog imenovanja</i></p> <p><i>Inspekcija</i></p>	<p><i>Zakonska regulativa dodjeljuje ovu nadležnost komorama</i></p> <p>Vrednovanje prethodne radne historije, status tekuće registracije i reference</p> <p>Pregled ili procjena izvršenja pojedinca</p> <p>Lokalna ponovna provjera sposobnosti i kvalifikacije može, ali ne mora biti povezana s obnavljanjem certifikacije, obnavljanjem licence ili ponovnom validacijom na državnom ili nacionalnom nivou</p> <p>Uvid u dokumentaciju</p>
<i>Edukacija i obuka</i>	<i>Dodiplomska i postdiplomska nastava</i>	Akreditacija nastavnih planova i programa
<i>Zapošljavanje, zadržavanje i razvoj osoblja</i>	<p><i>Kriteriji za zapošljavanje, zadržavanje i razvoj osoblja</i></p> <p><i>Kriteriji za provjeru sposobnosti i kvalifikacija liječnika i stomatologa</i></p> <p><i>Kriteriji za provjeru kvalifikacija medicinskih tehničara / sestara</i></p>	<p>Podzakonski akti</p> <p>Provjera i dodjela kliničke "privilegije" u okviru definirane specijalnosti.</p> <p>Politike i procedure ustanove</p>

Poboljšanje izvedbe uključuje rješavanje problema izvedbe i korištenje mogućnosti za poboljšanja izvedbe. Problemi izvedbe obično su nezadovoljavajući ili neželjeni ishodi ili neke zapreke koje sprečavaju postignuće željenih ishoda za pacijente. Promjena je indicirana kada postoji **razlika između uočenog i željenog**. Ova razlika može pripadati strukturi,

procesu ili ishodima. Naprimjer, poboljšanje obuke osoblja iz kontrole infekcije može povećati mogućnosti da novo osoblje provodi određenu proceduru (struktura); kontrola pranja ruku na odjelima može značajno sniziti stopu kućnih infekcija (proces); sniženje stope kućnih infekcija može značajno sniziti stopu komplikacija u pacijenata (ishod). Na slici x predstavljena je tipična kružnica kvaliteta pomoću koje se mogu analizirati i kojom se mogu upravljati problemi kvaliteta u ustanovi (npr. klinička revizija).



Slika 6. Kružnica upravljanja kvalitetom

7.1.2 Blagostanje osoblja

Zadržavanje uvježbanog i poslu predanog osoblja bitno je za uspostavljanje odgovarajućeg nivoa radne snage. Čuvanje zdravlja, sigurnost i blagostanje osoblja treba da budu eksplicitni ciljevi poboljšanja kvaliteta u svakoj zdravstvenoj ustanovi. Zaštita i blagostanje osoblja nalaze se u centru dobrog upravljanja ljudskim resursima. Općenito, zakoni definiraju prihvatljive prakse, posebno kad je riječ o osobama koje rade s izvorima jonizirajućeg zračenja i štetnim hemikalijama, koje rukuju hranom i koje učestvuju u kontroli infekcije. Politike i procedure namijenjene davaocima usluga treba da definiraju prava osoblja, dok su standardi za zadovoljstvo osoblja rijetko eksplicitni.

Tablica 10. Blagostanje osoblja i mjerenja

<i>Kategorija</i>	<i>Standardi</i>	<i>Mjerenje</i>
Akreditacijski standardi: domovi zdravlja, timovi porodične medicine, bolnice	Organizacijski standardi	Upitnik i medicinski pregled prije zapošljavanja i tokom radnog vijeka Anketiranje zadovoljstva osoblja i intervjui prilikom napuštanja posla Rutinski indikatori oboljevanja, apsentizma i fluktuacije radne snage Revizije sigurnosnih mjera Inspekcija

7.1.3 Koordinacija usluga u okviru upravljanja kvalitetom i rizikom

Za koordinaciju usluga odgovorna je administracija zdravstvene ustanove, a posebno odjeli za informatiku koji brinu o uvezivanju i sređivanju informacija (vidi Akreditacijski standardi za bolnice, kriterij 3.18; Akreditacijski standardi za dom zdravlja, kriteriji 1C.153, 1C.154; 1G.333) koje se odnose na:

- Provjeru kvalifikacija osoblja i licenciranje
- Kontinuirani profesionalni razvoj i obuku za vrijeme radnog vremena

- Provjeru medicinske dokumentacije (standardi 26.57 – 26.81)
- Pregled žalbi klijenata
- Fizičku identifikaciju pacijenata, npr. za medikaciju, transfuziju i hirurgiju (npr. identifikacijske narukvice, barkod)
- Izvještaje o incidentima

Informatička služba na nivou ustanove treba da uveže podatke, najbolje u formi pokazatelja o:

- Kliničkoj reviziji i efikasnom razvoju prakse
- Politici prijema, otpuštanja i upućivanja
- Istraživanju i razvoju.

Okvir 9

Informacijski sistemi i pokazatelji

1. Informatički sistemi (IS) trebaju biti jednostavni za korištenje
2. Posojeće IS treba učinkovito koristiti
3. Sakupljači primarnih podataka treba da ih koriste u procesima poboljšanja kvalitete
4. Centralno obrađene podatke trebalo bi brzo vraćati nazad u lako čitljivom formatu
5. Za podatke koji se obvezno prikupljaju treba imenovati odgovornu osobu
6. U svim slučajevima podaci koji opisuju pacijente su povjerljivi
7. Treba jasno opisati sva odstupanja na način koji će pomoći poboljšanje kvalitete
8. Gdje god je to moguće, pokazatelje treba dobiti iz rutinskih podataka
9. Kvalitet pokazatelja mora biti prihvatljiv, a skup pokazatelja sveobuhvatan
10. Treba podržavati samoocjenu u odnosu na pokazatelje i razvoj mreža za razmjenu podataka između organizacijskih jedinica
11. Mora se osigurati zaštita i sigurnost podataka i prava pristupa informacijama.

7.1.4 Komunikacije, koordinacija, dokumentacija o pacijentima, informacije

U organizaciju i svaku njenu organizacijsku jedinicu treba ugraditi učinkovitu koordinaciju. Početna tačka je uspostavljanje standardiziranih procedura, vodilja, vodiča, radnih priručnika i opisa poslova. Obuka osoblja doprinosi da svi članovi kroz cijelu organizaciju dijele isti korpus znanja i vještina. Menadžeri su odgovorni za ispravljanje bilo koje neusklađenosti unutar organizacije.

Dobre komunikacije osiguravaju se horizontalnim širenjem informacija preko granica odjeljenja i vertikalno kroz hijerarhijske razine. To omogućuje da osoblje shvati na koji se način njihovi poslovi uklapaju u širi organizacijski kontekst a doprinosi i ostvarenju njihovih ciljeva. Obrnuto, kada su informacije uskraćene, profesionalci i radne jedinice ne mogu sklopiti «jedinственu sliku» organizacije i onda su skloni da rade neovisno jedni o drugima, što može voditi sukobima na radnom mjestu.

S ciljem da ostvari učinkovite komunikacije, organizacije moraju prevladati mnoge zapreke koje blokiraju, filtriraju ili iskrivljuju poruke. Hijerarhijske organizacije nastoje da unaprijede vertikalni protok informacija, od top menadžmenta do nadzornika radnika. Međutim, horizontalni protok informacija kroz odjeljenja, bitan je za učinkovito usklađivanje radnih procedura i standarda. Na primjer, svi članovi osoblja moraju znati koje su procedure nužne za premještanje bolesnika s jednog odjela na drugi. Štoviše, treba ovlastiti radnike da

mogu horizontalno razmjenjivati informacije sa svojim parnjakom na drugom odjeljenju i donositi odluke bez izričitog odobrenja nadređenih.

7.1.5 Rizik, zdravlje i sigurnost

U mnogim zemljama legislativa daje ovlasti vladinim tijelima – inspekcijama da kontroliraju rad zdravstvenih ustanova i službi u pogledu pridržavanja zakonskih propisa koji se tiču potencijalnih opasnosti i šteta po pacijente, javnost i osoblje. To uključuje opće zdravlje i sigurnost, kliničke opasnosti, (kao što su toksične hemikalije, lijekovi, izvori jonizirajućeg zračenja i medicinski aparati) i opasnosti iz okoliša i po okoliš (kao što su zdravstveni objekti, vatra, higijena hrane i dispozicija otpadnih tvari). Inspektori često traže da zdravstvene ustanove imaju napisane, interne procedure za minimiziranje rizika i gledaju da li ustanove mogu učinkovito odgovoriti na nepovoljne događaje. Osim toga, neke vlade, osiguravatelji i neovisna tijela (akreditacijski programi i ISO) objavljuju standarde utemeljene na dokazima o prethodnim nepovoljnim događajima, žalbama, parnicama i istragama. Zdravstvene ustanove moraju biti u potpunosti sigurne i posjedovati učinkovite procedure za pitanja rizika i sigurnosti. One moraju mjeriti same sebe da bi pružile dokaze o sigurnosti.

Upravljanje rizikom suviše je kompleksna materija da bi se mogla ukratko izložiti. Neka zainteresirani pogledaju priručnik za upravljanje rizikom koji je AKAZ pripremio za ustanove u projektima kvaliteta. Ovdje će biti riječi samo o nekim aspektima nepovoljnih događaja.

Tablica 11. Rizici, sigurnost i mjerenja

<i>Kategorija</i>	<i>Standardi</i>	<i>Mjerenje</i>
Akreditacijski standardi: domovi zdravlja, timovi porodične medicine, bolnice	Organizacijski standardi: neklinički rizici Klinički standardi: klinički rizici	Samoocjena kao procjena nekliničkog rizika Rutinsko praćenje indikatora, žalbi i izvještaja o incidentima Vanjska ocjena, kao što su akreditacija, ISO certifikacija, osiguranje Inspekcija

Problem nepovoljnih događaja i medicinskih grešaka u zdravstvenoj zaštiti nije nov. Studije iz ranih 50. i 60. godina izvještavale su o nepovoljnim događajima, ali je ta materija dugo bila zanemarivana. Korpus znanja širi se *Harvard Medical Practice* studijom iz 1991. godine. Potom istraživanja u Australiji, V. Britaniji i S. Irskoj to potvrđuju a naročito publikacija 1999. *To err is human: building a safer health system* koju je izdao IOM u Americi. Danas, mnoge zemlje – Kanada, Danska, Nizozemska, Švedska, gledaju sve ozbiljnije na ovaj problem.

Raspon nepovoljnih događaja kreće se od **3,2 do 16,6%** (u prosjeku 9 -11%) svih hospitaliziranih pacijenata. Pola tih događaja moglo se prevenirati, a jedna trećina su doveli do ozbiljnih šteta čak i smrtnih ishoda. Velika Britanija objavila je 2000 god. izvještaj *An organization with a memory, a 2001. Building a safer NHS* u kojima procjenjuje da se nepovoljni događaji javljaju u oko 10% bolničkih prijema ili oko 850.000 nepovoljnih događaja svake godine i oko 44.000 smrtnih ishoda od kojih se polovica mogla spriječiti. Svaki deseti pacijent u evropskim bolnicama pretrpi neku štetu i nepovoljan događaj koji je povezan s njegovom u bolnicama.

Učinci oštećenja pacijenata su ogromni. Oni emocionalno i fizički devastiraju pacijente i njihove familije; incidenti su stresni za osoblje, dok se članovi radnih timova demoraliziraju i postaju nezadovoljni.

Finansijski gubici su ogromni. Procjenjuje se da produžene hospitalizacije zbog nepovoljnih događaja koštaju V. Britaniju oko 400 miliona funti godišnje bez potencijalnih troškova parničenja koji iznose oko 2.400 miliona funti za postojeća i potencijalna parničenja. Samo intrahospitalne infekcije koštaju oko 1000 miliona funti svake godine. Ukupni gubici u SAD, uključujući gubitak prihoda, invaliditet i medicinske troškove, procjenjuju se na 17.000 – 29.000 miliona \$ godišnje.

Najbolji način da se greške reduciraju jeste da se naciľjaju **nedostaci sistema** (rutine, procedure, organizacija) a ne da se optužuju pojedinci. Zato je bitno razbiti dva mita: **Mit o savršenosti** – ako se ljudi dovoljno trude, greška se ne može dogoditi; i drugi **mit o kažnjavanju** – ako kaznimo ljude koji čine greške, oni ih neće više činiti ili će ih manje poćiniti.

Zdravstveni sistem je visoko rizićan sistem i uvijek uključuje rizike. Ali se ti rizici mogu reducirati analizom prethodnih incidenata (proaktivnim djelovanjem). Za to je potrebna kultura otvorenosti, poštenja, neoptuživanja (kultura sigurnosti); jasne linije odgovornosti, jaćanje funkcija upravljanja rizikom i metoda poboljšanja kvaliteta.

U V. Britaniji ustrojen je Nacionalni sistem za izvješćavanje i ućenje iz nepovoljnih događaja. Šta se preporučuje?

Izgradnja kulture sigurnosti. Uobićajeno se dešava nakon incidenta da se ćovjek suspendira a da se ne ispituju i analiziraju korijeni incidenta. To je promoviralo nespremnost osoblja da saopćtava o incidentima. Zato treba jasno ustrojiti politike o isľjeđivanju incidenta i kako se daje podrške pacijentima, porodici i osoblju. Politika treba da opiše uloge osoblja i odgovornosti kada stvari pođu po lošem.

Aktivnosti u upravljanju rizikom. Lokalni sistemi upravljanja rizikom dizajniraju se da pomognu zdravstvenim organizacijama da upravľjaju efikasno rizikom i smanje šanse za pojavu nepovoljnih događaja. Sigurnost pacijenta je ključna komponenta upravljanja rizikom i treba je integrirati sa sigurnošću osoblja, upravljanjem žalbama, parničenjem i procjenom finansijskog i okolišnog rizika. Postoje **klinićki** i **neklinićki** rizici s odgovarajućim indikatorima izvedbe koje treba monitorirati. Sistem izvješćavanja generira informacije i omogućuje **proaktivnu procjenu rizika**.

Izvješćavanje. Zdravstveni sistem treba da ima centralizirani sistem za prikupľanje podataka o incidentima. Tako se mogu analizirati **vrste, učestalost i težina** incidenata i koristiti te informacije za ućenje i poboljšanje sistema i klinićke zaštite. Organizacija treba da razvije politiku koja će ohrabriti i podržati osoblje da prijavľuje incidente. Izvješćava se o tri vrste incidenata:

- Koji su se desili
- Koji su se preduhitrili (*near misses*)
- Koji su se mogli desiti

Pacijenti. Istraživanja pokazuju da pacijenti prihvataju loše vijesti ako su im saopćene na vrijeme, potpuno i s uvažavanjem. Pacijenti oćekuju ćastan odnos medicinskih timova prema njima a ta otvorenost minimizira i ublažava traumatu koju oni imaju i osjećaju. Pacijenti kojima se osoblje nije izvinilo ili objasnilo šta se desilo, vjerovatnije će se žaliti i tražiti finansijsku naknadu. Organizacija treba imati politiku o otkrivanju nepovoljnih događaja pacijentima koji mogu dovesti do šteta ili smrtnog ishoda.

Učenje. Najvažnija je *Root Cause Analysis* (RCA) kojim se pregledava incident (šta se desilo, kako i zašto se nešto desilo). Nakon toga slijedi brza preporuka za rješenje i reduciranje šansi za isti događaj u budućnosti. Politika opisuje kriterija kada treba poduzeti RCA.

Implementacija rješenja. Lokalni akcioni plan nakon nepovoljnog događaja mora se provesti kroz cijelu organizaciju koja tada aktivno uči («organizacija koja uči»). Utjecaj tog učenja mjeri se u vremenu kao dio osiguranja i poboljšanja kvaliteta. S rezultatima se upoznaje sve osoblje. Nakon toga se sistem, procesi, rutine, organizacija, edukacija, trening redizajniraju da bi sistem kao cjelina bio sigurniji. Poslije toga se mjeri utjecaj redizajniranog sistema i prati trend istih grešaka.

7.1.6 Upravljanje resursima, efikasnost

Raspodjela resursa

Prvi opisi “standarda” za službe, posebno onih koje su napravila profesionalna udruženja, teže da se koncentriraju na resurse, a ne na način kako se oni koriste. U cjelosti razvijeni programi akreditacije baziraju svoje ocjene na procesima, a sve više, na tome šta se postiže procesima; njihovi standardi rijetko propisuju inpute za resurse, koji se smatraju nepouzdanom mjerom kvaliteta i u nadležnosti su lokalnog menadžmenta.

Standardi za raspodjelu resursa više su relativni nego apsolutni. Veliki broj organizacija koje pružaju usluge ograničene su utvrđenim godišnjim budžetom gdje menadžeri imaju ograničene ovlasti da prebacuju novac između odjela i funkcija. Suočeni s velikim brojem konkurentnih ponuda za unutrašnje resurse, menadžeri su skloni da više odgovore na one koje su objektivno identificirani i izmjereni kroz procese poboljšanja kvaliteta.

Korištenje i mjerenje resursa

Šta će se postići iz raspoloživih resursa ovisi ne samo o efikasnosti menadžmenta već i o podobnosti kliničke aktivnosti (kao što su prijemi u bolnicu, propisivanje lijekova, procedure) i nedostataka (kao što su komplikacije, greške, kašnjenja i ponavljanje rada). Standardi obuhvataju vodilje za kliničku praksu, menadžment rizika i sistematičan unutrašnji pregled korištenja resursa. Korištenje resursa ocjenjuje se unutrašnjom ocjenom (na primjer, indikatori efikasnosti, pregled stanja i korištenja resursa) i vanjskim 'benčmarketingom' (na primjer, klinički troškovi).

8. Indikatori (pokazatelji)

S ciljem ocjene i poboljšanja kvaliteta zdravstvene zaštite, menadžment prvo mora prevesti svoje ciljeve kvaliteta u *mjerljive pokazatelje* (Indicators) *kvaliteta za izvedbu osoblja i cijele organizacije*. U tu svrhu treba koristiti različite vrste pokazatelja od kojih svaka mjeri različite vidove kvaliteta i menadžmentu daje potpune informacije. Indikatori izvedbe predstavljaju moćno sredstvo za uvid u adekvatnost zdravstvene zaštite i utvrđivanje problematičnih oblasti, pa su stoga sastavni dio dobrog menadžmenta i profesionalne prakse.

Tablica 11. Neki primjeri 'prevođenja' ciljeva kvaliteta u pokazatelje izvedbe⁵³

Ciljevi poboljšanja izvedbe	Pokazatelji izvedbe
Smanjiti nepotrebne prijeme u bolnicu putem poboljšanja izvedbe u prijemno-trijažnoj jedinici	Procenat smanjenja nepotrebnih prijema u bolnicu nakon poboljšanja trijaže (podijeljeno po kategorijama razloga za prijem)
Smanjiti korištenje barem jedne skupe pretrage	Procenat gero-psihijatrijskih pacijenata koji su imali CT pregled po opravdanim indikacijama
Razviti i implementirati vodilje za kliničku praksu za deset najčešćih kliničkih entiteta	Procenat slučajeva u kojima su liječnici slijedili vodilje ili dokumentirali razloge odstupanja od vodilje u svojoj provedbi

Slijedeći Donabedian-ovu trilogiju, moguće je mjeriti pokazatelje **strukture** (procenat ili broj obučenog osoblja; broj specijalista u poređenju s drugim doktorima; pristup specifičnim tehnologijama; raspoloživost određenih jedinica, npr. jedinice za moždani udar; kliničke vodilje se revidiraju svake 2 godine, broj NMR jedinica u nekoj regiji, itd.), **procesa** (npr. vrijeme čekanja na uslugu; procenat davaoca usluga koji slijedi procedure kontrole infekcije; pacijenti se liječe prema kliničkim vodiljama; pacijenti s infarktom miokarda koji su primili trombolitičku terapiju; vrijeme od ulaska do tretmana za pacijente s infarktom miokardom; vrijeme čekanja na kontakt s doktorom kod akutnih prijema, broj pacijenata s dijabetesom kod kojih se provodi pregled stopala, itd.) i **rezultata izvedbe** (npr. procenat klijenata kod kojih je primijenjen odgovarajući metod; procenat pacijenata koji su uspješno tretirani, npr. broj osoba kod kojih su stabilizirane vrijednosti glukoze u krvi nakon edukacije ili broj pacijenata kod kojih je postignuta kontrola bola ili broj pacijenata kod kojih je došlo do ublažavanja simptoma i znakova depresije; opći i specifični morbiditet i mortalitet, npr. broj novih slučajeva karcinoma u prethodnoj kalendarskoj godini, broj smrtnih ishoda u djece < 1 godine u datom periodu; funkcionalni status, npr. pacijenata koji imaju smetnje motiliteta; stanje izmjerene zdravlja; radna sposobnost; komplikacije; kvalitet života; zadovoljstvo pacijenta). Pokazatelji ishoda mjere kratkoročne zdravstvene učinke tretmana i dugoročne utjecaje na zdravlje populacije (morbiditet, mortalitet, naprimjer). Povezujući pokazatelje procesa i ishoda, istraživači i menadžeri mogu dokazati koje promjene u uslugama poboljšavaju ishode zaštite. Ako stvar obrnemo, pa hoćemo da napravimo *pokazatelje za edukaciju pacijenata*, onda bi struktura bila uvezana s neophodnim pomagalima za učenje, proces bi bio sam postupak podučavanja, a ishod bi bila ocjena da li su pacijenti nešto naučili i u kojoj mjeri.

Pokazatelje strukture možemo izvući iz napisanih standarda strukture (misija, ciljevi, vrijednosti, strategije, opisi poslova); pokazatelje procesa možemo dobiti iz napisanih standarda procesa, a pokazatelje ishoda iz napisanih standarda ishoda koji su uvezani s odgovarajućim procesom.

⁵³ Adaptirano prema: NAHQ. Guide to Quality Management, 8th ed., Glenview, IL 1998:151.

Tablica 12. Primjeri nekih bolničkih standarda i izvedenih indikatora

	Standardi	Indikatori
Struktura	Politike i procedure se razvijaju u skladu sa zakonskim propisima za sva operativna polja bolnice.	Stopa politika i procedura koje su razvijene na temelju zakonskih propisa
Proces	Politike i procedure se razvijaju uz doprinos osoblja. Politike i procedure se distribuiraju u cijeloj bolnici.	Stopa učešća osoblja u razvoju politika i procedura Stopa diseminacije politika i procedura po radnim jedinicama
Rezultat	Vrši se provjera kvaliteta radne prakse kako bi se osiguralo da se ona odvija u skladu s dokumentiranim politikama i procedurama.	Stopa usaglašenosti prakse s politikama i procedurama po vrsti organizacijskih jedinica

Definiranje dobrih pokazatelja kvalitete (kliničke izvedbe) je zahtijevno, budući da pokazatelji moraju dati pouzdane, objektivne i značajne informacije o važnim pitanjima (dakle, trebaju biti zasnovani na dokazima); oni također moraju biti osjetljivi na promjene u izvedbi; moraju biti specifični za analiziranu situaciju i moraju se jednostavno izračunati iz dostupnih podataka. Ne smiju se smetnuti s uma i troškovi prikupljanja podataka, njihovog agregiranja, analize i objavljivanja.

S druge strane, definiranje i korištenje pokazatelja izvedbe smatra se najvišim prioritetom u domeni zdravstvenih usluga, ne samo zato što su oni neophodni u mjerenju i procjenjivanju kvaliteta pružene zaštite, već i zato što se pomoću njih ostvaruju i revidiraju postavljeni ciljevi organizacije u pogledu poboljšanja zdravstvene zaštite i što pokazatelji pružaju dokaze o učinkovitosti i finansijskoj isplativosti pojedinih medicinskih procedura. Valja istaknuti da pokazatelji izvedbe ne mjere izravno kvalitet, već ukazuju na problematične oblasti koja onda valja dodatno istražiti na uzroke, opseg i rasprostranjenost substandardne izvedbe. Naime, stope – kojima se najčešće predstavljaju pokazatelji – ne mjere da li je zaštita odgovarajuća ili dobrog kvaliteta. Stope samo *kvantificiraju* pojavu nekog događaja, ali nam ne mogu u kvalitativnom smislu reći da li je zaštita ili neka usluga odgovarajuća ili poželjna. Naprimjer, mjerenje dužine hospitalizacije u slučajevima nekih hirurških operacija i/ili procedura nije po sebi dovoljno. Taj indikator može biti uspješan samo ako se razmatra u kontekstu drugih faktora, recimo – varijacija u prosječnom broju dana hospitalizacije tokom vremena; očekivanom prosječnom broju dana hospitalizacije; očekivanom ishodu nakon hospitalizacije; poređenjem prosječnog ležanja u bolnici s drugim sličnim pacijentima i drugim bolnicama.⁵⁴

Okvir 10	Broj pacijenata kod kojih se javio poseban događaj
Opći oblik pokazatelja:	$\frac{\text{Broj pacijenata kod kojih se javio poseban događaj}}{\text{Broj pacijenata koji je uključen u događaj što ga mjeri pokazatelj}} \times 100$

Na temelju ocjene ispunjenja standarda akreditacijska tijela se fokusiraju na pitanje: *da li je organizacija u stanju da pruži kvalitetne usluge?* Međutim, na temelju pokazatelja,

⁵⁴ Canadian Council on Health Services Accreditation. A Guide to the Development and Use of Performance Indicators. Ottawa 1996:7.

akreditacijska tijela fokusiraju se na pitanje: *da li organizacija sada pruža kvalitetne usluge?* Dakle, dobivaju se odgovori na pitanja *šta organizacija radi* (proces) i *šta postiže* (ishodi). Korištenje indikatora za mjerenje izvedbe (performanse) samo je jedan od načina praćenja i ocjene kvaliteta zaštite i pruženih usluga, budući da je kvalitet višedimenzionalan. Zbog toga su zdravstvenoj ustanovi potrebni indikatori koji mjere sigurnost, kompetencije zdravstvenog osoblja, podesnost procedura, učinkovitost, efikasnost, kontinuitet zaštite, itd.

Pokazatelje treba dizajnirati da mjere postignuća postavljenih organizacijskih ciljeva, ali se u praksi oni najčešće biraju na temelju rutinske raspoloživosti bilo kakvih podataka iz bolničkih registara, organizacijskih protokola, knjiga dežurstva, otpusnih listi, registara kontrolnih pregleda nakon otpusta iz bolnice, itd. Međutim, kada postojeći podaci nisu pouzdani ili značajni, menadžeri treba da uspostave nove sisteme za prikupljanje podataka.

Ključni elementi implementacije sistema indikatora izvedbe su uspostavljanje odgovarajućeg sistema za prikupljanje podataka, timski rad, definiranje ciljnih ljudi i timova koji će koristiti indikatore i kako će ih koristiti budući da se zdravstveni profesionalci često osjećaju ugroženima ako ih neko mjeri. Međutim, nije riječ o pojedinačnoj, konkretnoj izvedbi – a to treba objasniti – već o mjerenju procesa i ishoda zaštite nakon agregiranja i anonimiziranja podataka. Nadalje, preduvjet su i dobra koordinacija prikupljanja podataka kroz cijelu organizaciju radi postizanja integralnosti i jednoobraznosti. Jednu osobu ili tim trebalo bi zadužiti u zdravstvenoj ustanovi da vodi aktivnosti razvoja pokazatelja i da koordinira rad na nivou ustanove. To će izbjeći dupliciranja i stimulirati zdravstvene profesionalce da razmjenjuju uspješne rezultate. U svakom slučaju, top menadžment mora dogovoriti sa šefovima odjela/službi i timovima koji će se podaci prikupljati i koji indikatori će se rutinski koristiti za cijelu ustanovu.

Nakon obrade svih podataka i dobivenih informacija, menadžeri mogu sabirati sve brojeve svakog mjeseca i izračunavati jednostavne stope. Uz pomoć sažetaka iz izvještaja i grafova, mogu potom analizirati trendove ili se porediti s drugim sličnim organizacijama, a najbolje s vodećom u domeni pružanja kvalitetnih usluga ('*benchmarking*'). Menadžeri mogu praviti i analize troškova koji su povezani s kvalitetom, u pogledu pretjerane upotrebe resursa ili njihove manjkavosti u pravo vrijeme. Naravno, danas se za upravljanje kompleksnim zdravstvenim organizacijama koriste računari i odgovarajući *software*, što menadžerima značajno olakšava posao (tzv. menadžerski informacijski sistemi, MIS).

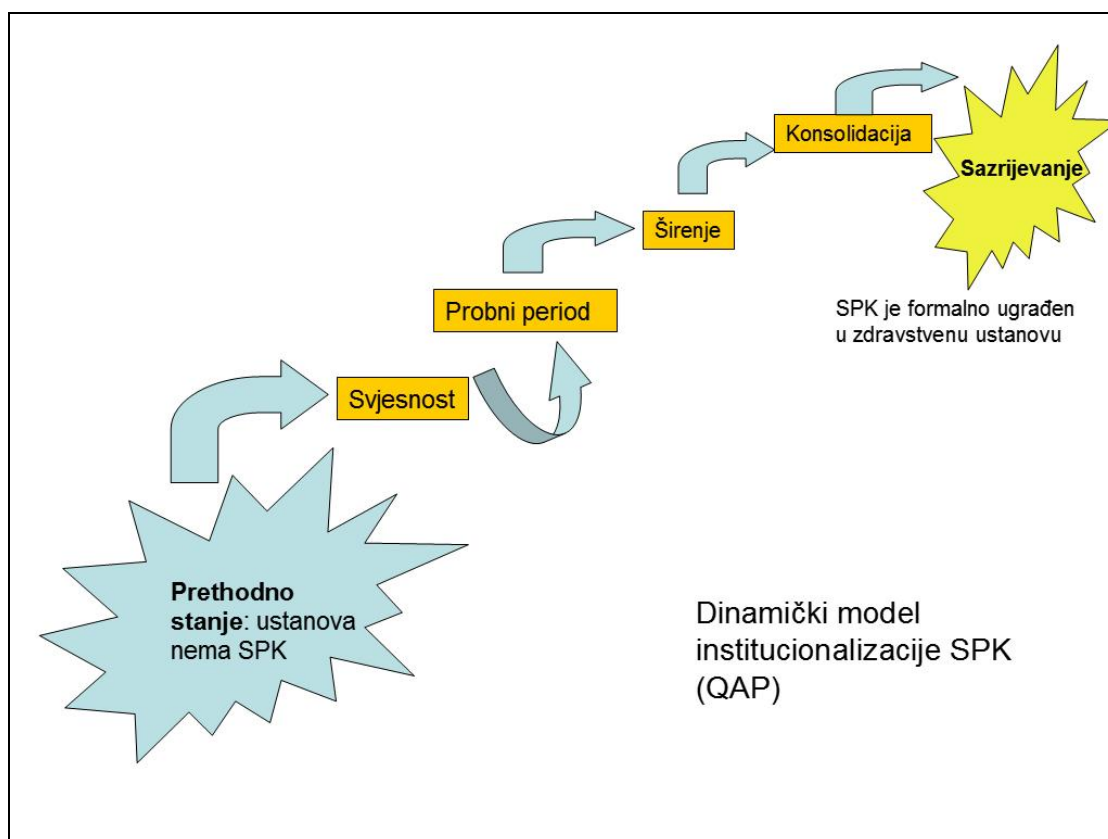
9. Pripreme zdravstvene ustanove za akreditaciju

Zdravstvene ustanovu ne mogu bez pomoći agencija ući u zahtjevan program akreditacije koji, naravno, podrazumijeva prethodno podignut sistem poboljšanja kvaliteta. U tu svrhu, prilikom sklapanja ugovora s agencijama, ove se obavezuju da će im pružiti svaku pomoć, uključujući i angažman iskusnijeg zdravstvenog profesionalca ili njih više u funkciji facilitatora. Facilitacija može trajati od 6 – 12 mjeseci ili duže, što ovisi o uspješnosti ustanove koja ulazi u program akreditacije. Dužnosti agencija, facilitatora i ustanova su slijedeće:

Tablica 13. Faze u razvoju akreditacijskog programa

FAZE	AKTIVNOSTI
Inicijalna faza (“svjesnost”)	<p>Aplikacija zdravstvene ustanove</p> <p>Potpisan je ugovor</p> <p>Dogovoren je plan projekta</p> <p>Agenciji je uručen popunjen obrfazac o profilu zdravstvene ustanove</p> <p>Standardi i tehnička dokumentacija u ustanovi su distribuirani</p> <p>Dogovoreni su načini obavještanja ustanove o projektu</p> <p>Dogovoreni su načini informiranja o projektu unutar ustanove</p> <p>U ustanovi je formiran projektni tim s jasnim dužnostima i odgovornostima (projektni tim može biti zakonom obavezna Komisija za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti)</p> <p>Napravljen je zajednički plan edukacije i obuke različitih profila ljudi u ustanovi (menadžment, koordinator, članovi Komisije, unutrašnji ocjenjivači)</p> <p>Drže se dvodnevni modularni kursevi za zaposleno osoblje prema profilima zaposlenih</p> <p>Facilitator drži otvoreni sastanak s menadžmentom i osobljem ustanove radi informiranja o početku projekta i promocije projekta (poželjno je prisustvo što većeg broja osoblja)</p> <p>Osiguranje vodstva i podrške direktora / ravnatelja i menadžmenta ustanove</p> <p>Projekat je zvanično pokrenut i svi u ustanovi su s tim upoznati</p> <p>Zdravstvena ustanova plakira na za to podesnim mjestima u ustanovi zvaničan početak projekta, njegovu svrhu i ciljeve</p> <p>Zdravstvena ustanova brine se za lokalnu medijsku promociju, obavezujući se tako pred pacijentima i javnosti da će uspostaviti sistem poboljšanja kvaliteta i sigurnosti i da je aplicirala za akreditaciju</p>
Faza početnog uspostavljanja sistema (“probni period”)	<p>Svaki odjel i služba ocjenjuju se u odnosu na njima primjerene standarde = «samoocjena» (P = potpuno pridržavanje; D = djelomično pridržavanje; N = nepridržavanje; NP = nije primjenljivo)</p> <p>Facilitator je tumač smisla svakog standarda i kriterija, i pomaže u samoocjeni ustanove</p> <p>U slučaju dvojbe, jedini ovlašteni tumač standarda su agencije</p> <p>Zdravstvena ustanova traži od agencija izuzeća za pojedine standarde/kriterije koji za ustanovu nisu primjenljivi</p> <p>Agencije zajedno s facilitatorom razmatraju takve zahtjeve i</p>

	<p>odobravaju ili ne odobravaju izuzeća od standarda Zadužene su osobe i timovi za pisanje politika i procedura, koje se zahtijevaju standardima/kriterijima, i određeni su rokovi za završetak tih zadataka Facilitator pribavlja već napisane politike i procedure na drugim mjestima («mreža ustanova» koje su prethodno prošle kroz projekte kvaliteta) ili upućuje ustanovu na odgovarajuće web resurse Kordinator organizira sastanke projektnog tima najmanje jednom sedmično radi monitoringa i evaluacije učinjenog i o tome podnosi izvještaj direktoru (stalni zadatak) Projektni tim zajedno s facilitatorom definira akcioni plan poboljšanja kvaliteta u skladu sa samoocjenom i prioritetima ustanove Prišlo se formulaciji strategije kvaliteta i rizika u ustanovi Svi uočeni nedostaci su popisani Popisane su aktivnosti i zadaci koji će se provoditi uz podršku facilitatora/agencija Prišlo se implementaciji promjena prema prioritetima</p>
<p>Faza punog razvoja sistema (“širenje”)</p>	<p>Zdravstvena ustanova uz pomoć facilitatora uvodi kliničku reviziju; kao vježbu razvija vodilje za kliničku praksu; razvija pokazatelje; izvedbe; definira lokalnu povelju o pravima pacijenata, razvija sistem žalbi i vrši anketiranje pacijenata; razvija sistem izvještavanja o incidentima s pripadajućim obrascima; provodi reviziju medicinske dokumentacije i obrazaca; uspostavlja sestrinsku dokumentaciju; ustrajno radi na razvoju politika i procedura U svim ovim aktivnostima neizostavna je pomoć facilitatora i agencija (savjetovanje, dokumentacija, tehnički priručnici) U planski određenim vremenskim intervalima facilitator zajedno s koordinatorom i Komisijom ocjenjuje učinjeno i o tome redovno izvještava menadžment ustanove Na zdravstvenoj ustanovi je odredi nagrade i mjere u slučaju kašnjenja i neispunjavanja preuzetih obaveza Nastavlja se obuka: obučavaju se unutrašnji ocjenjivači i po potrebi se obučava osoblje prema planu i programu drugih modula (npr. razvoj indikatora, kliničkih vodilja, klinička revizija, upravljanje kliničkim i nekliničkim rizicima, itd.) Facilitator analizira učinjeno i pomaže u revizijama akcionog plana</p>
<p>Faza završnih priprema za vanjsku ocjenu (“širenje” s nekim elementima “konsolidacije”)</p>	<p>Unutrašnji ocjenjivači provode unutrašnju ocjenu vlastite ustanovu («druga samoocjena»), simulirajući procedure vanjske ocjene Facilitator je na raspolaganju za savjetovanje prilikom unutrašnje ocjene Usaglašavanje facilitatora, koordinatora kvaliteta, članova Komisije, unutrašnjih ocjenjivača i predstavnika menadžmenta u vezi sa završnim izvještajem o drugoj samoocjeni Utvrđuje se akcioni plan za ispravljanje nedostataka koji su uočeni tokom unutrašnje ocjene (pomoć facilitatora se podrazumijeva)</p>

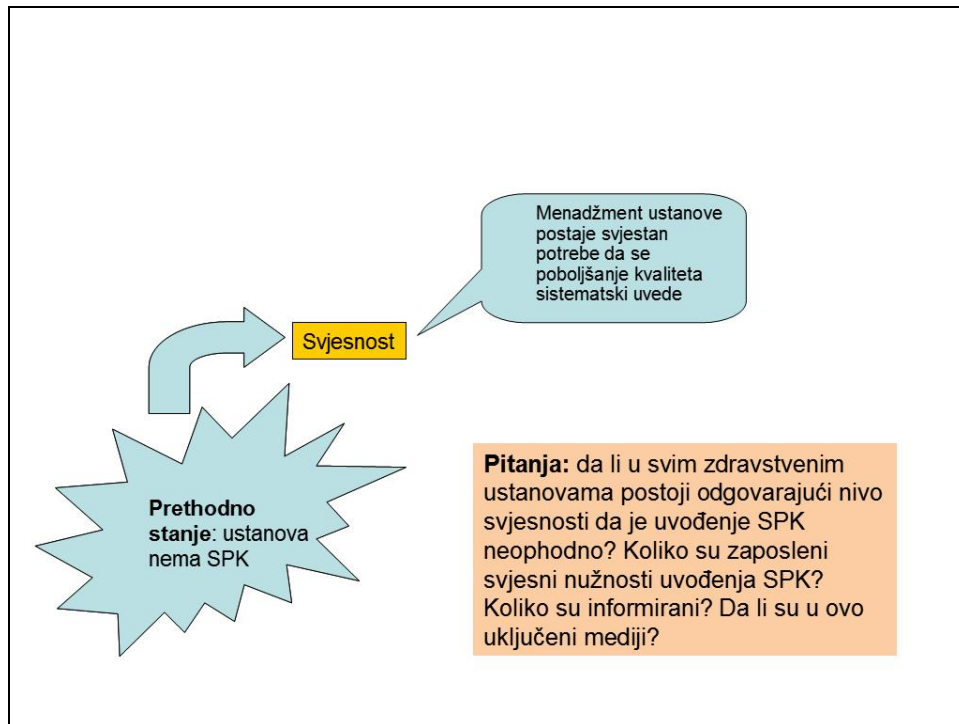


Slika 7. Uvođenje i institucionalizacija sistema poboljšanja kvaliteta (SPK)

Uvođenje i institucionalizacija sistema poboljšanja kvaliteta je stalni i evolutivni proces od samog početaka do filozofske i formalne integracije u organizacijske strukture i funkcije, što je označeno sazrijavanjem. Dinamički model, za razliku od statičnog, ocrtava četiri faze kroz koji svaka zdravstvena ustanova koja podiže SPK mora proći: **1.Svjesnost** (orijentacija i svjesnost da su potrebne promjene); **2. Probni period** (planiranje i priprema za promjene); **3.Širenje** (implementacija projekta kvaliteta); i **4.Konsolidacija** (široka implementacija projekta i usvajanje inovacija). Ove četiri faze nalaze se između prethodnog stanja, kad ne postoji svjesnost o potrebi uvođenja SPK, i završnog stanja sazrijevanja kad zdravstvena ustanova više ne može ni zamisliti svoj rad bez SPK. Naravno, ne postoji prethodno stanje u kojem se na sporadičan i neformalan način nije pokušalo s poboljšanjem kvaliteta, ali su to uglavnom bili izolirani pokušaji da se nešto na tom planu učini, kao naprimjer, šira edukacija i obuka osoblja. Tek formaliziranjem pristupa kvalitetu može se graditi jedan složen sistem kao što je SPK.

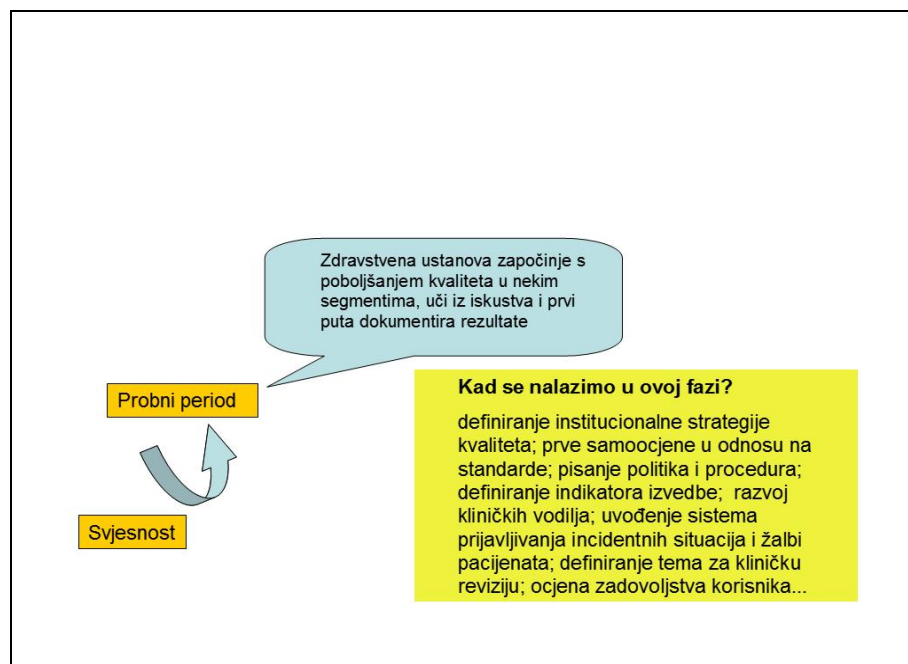
Faza svjesnosti tiče se ponajviše menadžmenta kao one snage koja je pokretač promjena u ustanovi. U ovoj fazi navode se uspješni primjeri na drugim mjestima, dokazuje se neophodnost poboljšanja kvaliteta, koristeći kompativne podatke, ankete i dokaze o uštedama i boljoj učinkovitosti tamo gdje je uveden SPK. Glavni pokretač mogu biti podaci iz ustanove koji ukazuju na probleme kvaliteta. Osobito može biti korisna sentenca da je svako poboljšanje promjena, ali da svaka promjena ne mora značiti poboljšanje. U ovoj fazi menadžment ustanove počinje ozbiljno razmišljati o aplikaciji, budući da je svjestan potrebe za poboljšanjem kvaliteta, jer raste nezadovoljstvo postojećim stanjem, i konačno donosi

odluku o ulasku u proces priprema za akreditaciju. Menadžeri započinju s čitanjem literature o SPK.



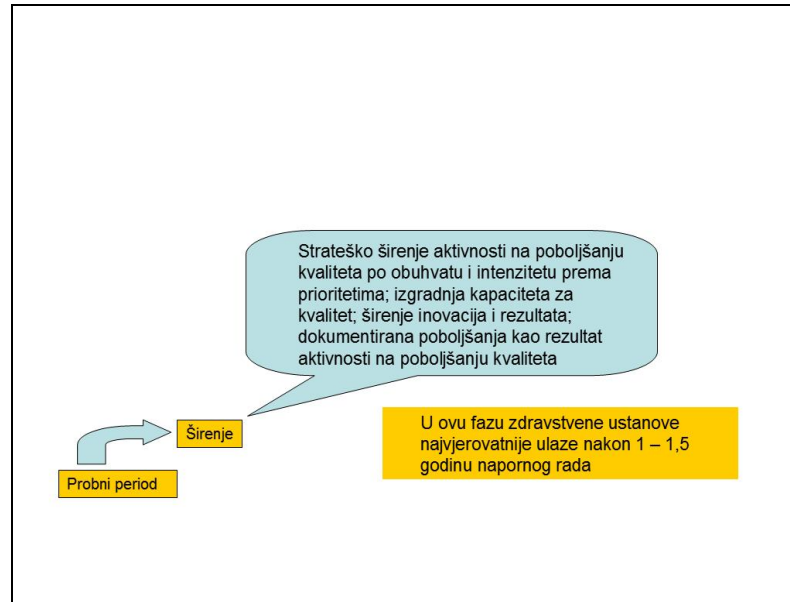
Slika 8. Faza svjesnosti

Probni period traje različito dugo a obuhvata onaj vremenski period od formalne aplikacije i formiranja organizacijskih struktura za kvalitet i sigurnost usluga, te prvih skromnih početaka - do razvoja mehanizama za širenje dokumentiranih rezultata kroz zdravstvenu ustanovu. Prikupljena su prva pozitivna iskustva, eksperimenira se s različitim metodama, a menadžeri sve više podržavaju ovaj pristup, razvijajući institucionalnu strategiju kvaliteta i sigurnosti. Pri kraju ova faze dolazi do jednog trenutka kad menadžment poduzima odlučujuću ulogu u vodstvu i nastoji inicijativu proširiti na cijelu organizaciju.



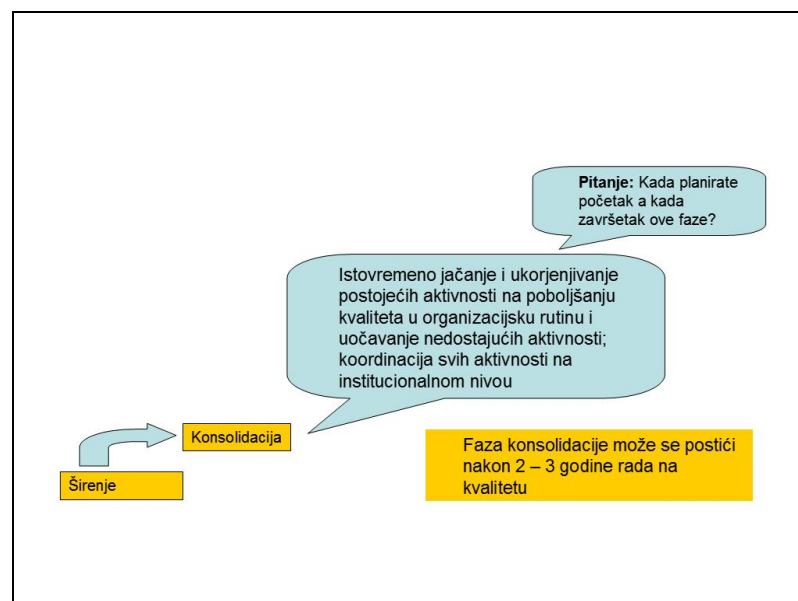
Slika 9. Probni period

U fazi širenja, organizacija već ima razvijenu strategiju i godišnji plan i program, sve veći broj osoblja uključuje se u projektne aktivnosti zahvaljujući formalnoj obuci i naporima menadžmenta. Rezultati poboljšanja su vidljivi i šire se na sve nivoe ustanove. Inovacije se sve više vrednuju. Menadžment jednoglasno odlučuje da nastavi implementaciju zacrtane strategije. Širenje obuhvata i različite odjele/službe i različite geografske lokacije ustanove i vrste aktivnosti u okviru poboljšanja kvaliteta.



Slika 10. Faza širenja

Fazu konsolidacije karakterizira ukorjenjivanje rada na kvalitetu u rutine organizacije na temelju akumuliranog znanja i iskustva iz prethodnih faza. Međutim, granica između prethodne i ove faze nije uvijek jasna. Aktivnosti na poboljšanju kvaliteta i sigurnosti sve više se cijene i nagrađuju. Inicijativa sve više dolazi od zaposlenih koji uočavaju propuste i nastoje ih ispraviti. Pacijenti pokazuju zadovoljstvo u anketama. Koordinacija aktivnosti na kvalitetu je sve bolja. Stvara se povoljan ambijent i klima za učenje. Naziru se glavna obilježja kulture kvaliteta.



Slika 11. Faza konsolidacije

Sazrijevanje nije faza već stanje potpune integracije SPK u strukture i funkcije organizacije. Aktivnosti na kvalitetu su dio svakodnevnih operacija i niko ih više ne razlikuje od drugih rutinskih zadataka u ustanovi.

Ove faze mogu se odvijati i simultano u različitim dijelovima organizacije, što ovisi o prihvaćenosti od strane menadžera i osoblja, ili se, pak, ponavljaju zbog zaostajanja u nekim elementima razvoja SPK. S druge strane, uspješna implementacija svakog elementa stvara kritičnu masu energije i resursa za naredni korak. Zbog toga je važno analizirati uspješnost implementacije svakog posebnog elementa, imajući u vidu i statički i dinamički model SPK.

9.1 Poboljšanje kvaliteta

Akreditacija u zdravstvu je više od distribucije i upoznavanja sa standardima. Kroz ozbiljan proces podrške agencije i kolegijalno ocjenjivanje, akreditacijski program testira kako su implemetirani standardi za poboljšanje kvaliteta zdravstvene zaštite za pacijente. Ovaj pristup je specifičan, a zahtjev da svi odjeli i osoblje unutar doma zdravlja ili bolnice ili timovi porodične medicine budu uključeni i da rade s izabranim standardima, predstavlja izazov. Mnoge organizacije izvještavaju da je program akreditacije jedini projekat u kojem su svi uključeni. Zato je učešće u ovom procesu od neprocjenjive važnosti u razvijanju i poboljšanju unutrašnje komunikacije i rada tima.

Kroz zajednički rad, razmjenu ideja kako da koriste standarde i razvijaju usluge, članovi osoblja u prilici su da bolje upoznaju svoju organizaciju. Njihovo učešće u programu često doprinosi i jačanju entuzijazma za rad i predstavlja katalizator za nove kreativne načine rada za dobrobit osoblja, pacijenata i organizacije kao cjeline.

Postoje tri ključne faze u programu akreditacije: *unutrašnje samoocjenjivanje* prema standardima; *planiranje akcija* (razvoj akcionih planova); i *razvoj usluga* koji prati vanjsko kolegijalno ocjenjivanje. Tokom procesa pripreme za vanjsku ocjenu na kolegijalnoj osnovi, zdravstvenu ustanovu pomaže *facilitator* iz agencije, koji je iskusni zdravstveni profesionalac i koji savjetuje i tumači standarde i pomaže u pitanjima vođenja projekta poboljšanja kvaliteta. Facilitator će dobro poznavati zdravstvenu ustanovu i može biti neprocjenjiv izvor informacija i značajna podrška.

9.2 Gdje i kako započeti?

Kada prijavite svoje učešće u programu za akreditaciju, dobit ćete sveobuhvatni set standarda koji se odnose na sisteme i procese u pružanju zdravstvenih usluga u vašoj organizaciji. Prije toga potrebno je imenovati koordinatora kvaliteta (u ovom slučaju on ima funkciju *koordinatora projekta*) i uspostaviti komisiju/odbor za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti. Koordinator kvaliteta usklađuje sve aktivnosti u polju poboljšanja pružanja usluga u vašoj ustanovi i uspostavlja veze s agencijama i stalno komunicira s facilitatorom. Agencije pružaju obuku kako bi pomogli facilitatoru u implementiranju lokalnog projekta, pokrivajući pitanja kao što su: pokretanje projekta, okupljanje osoblja, organizacija sastanaka, priprema dokumentacije i obuka unutrašnjih ocjenjivača. Za obuku se koriste materijali koji se odnose na upravljanje projektom, a što zajedno čini koristan paket resursa za facilitatore.

9.3 Samoocjena: gdje se sada nalazimo?

U periodu od nekoliko mjeseci vaša organizacija će raditi na punoj implementaciji standarda. Prva faza je provođenje detaljne i objektivne samoocjene pridržavanja standarda,

npr. da vidite gdje se sada nalazite. Rezultati primjene samoocjene će vam omogućiti da uočite propuste - gdje se ne pridržavate standarda i da planirate akcije koje treba poduzeti s ciljem ispravljanja uočenih nedostataka.

9.4 Razvoj usluga

Ovo je važan dio projekta, jer određujete mogućnost za razvijanje usluga, prepoznajete i razmjenjujete dobru praksu, a loše sisteme ili izvršenja uočavate i ispravljate.

9.5 Koliko vremena je potrebno za akreditaciju?

Od uvođenja projekta do vanjske kolegijalne ocjene većini organizacija potreban je period od 12 mjeseci do dvije godine u radu sa standardima

9.6 Druga samoocjena: da li smo spremni?

Oko šest nedjelja prije vanjskog kolegijalnog ocjenjivanja, vaša organizacija će poduzeti drugu samoocjenu prema standardima ili unutrašnju ocjenu koju obavljaju unutrašnji ocjenjivači, simulirajući u potpunosti vanjski kolegijalni pregled, i tada koristi principe kolegijalnog ocjenjivanja, gdje kolege radije ocjenjuju usluge jedni drugima, nego svoje. Ova vježba omogućava mjerenje vašeg napretka u ostvarivanju standarda a također će pomoći usmjeravanju na vanjsku kolegijalnu ocjenu. Informacije koje se dobiju iz druge faze samoocjene se šalju članovima tima kolegijalnih ocjenjivača, tako da oni mogu imati sliku vaše organizacije i pripremiti se za vanjsko ocjenjivanje.

DRUGI DIO

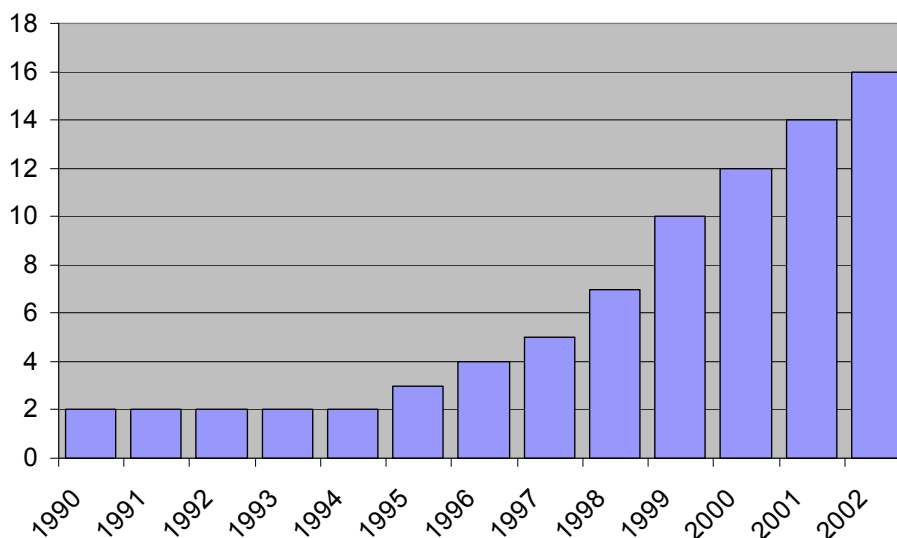
10. Vanjski mehanizmi za ocjenu zdravstvenih ustanova

U vanjske mehanizme za ocjenu zdravstvenih ustanova spadaju zdravstvena i sanitarna inspekcija, inspekcija za zaštitu od zračenja, javnozdravstveno praćenje zdravlja stanovništva, upravljanje žalbama na nivou ministarstava, kolegijalni pregledi («posjete») kao saradnička provjera kvaliteta, program standardizacije medicinskih laboratorija putem ISO certifikacije; EFQM model poslovne izvornosti i akreditacija zdravstvenih ustanova, uključujući i ambulante porodične/obiteljske medicine. Ipak, tri glavna pristupa za evaluaciju kvaliteta zdravstvene zaštite jesu akreditacija, licenciranje i certifikacija, koji koriste odgovarajuće standarde da bi odredili dosegnuti nivo kvaliteta, kako na individualnom, tako i na organizacijskom planu.

11. Šta je akreditacija?

Ovisno o specifičnim potrebama neke zemlje ili legislative, sistemi akreditacije, licenciranja i certifikacije mogu dati vrijedne informacije o sposobnostima, mogućnostima, sigurnosti i kvalitetu zdravstvenih ustanova i zdravstvenih profesionalaca koji pružaju usluge pacijentima, bilo da se ovi pristupi primjenjuju samostalno, bilo u međusobnim kombinacijama.

Unutar pokreta za poboljšanje kvaliteta zdravstvenih usluga akreditacija zdravstvenih ustanova sve više dobiva na popularnosti širom svijeta. Akreditacija se temelji na kolegijalnom pregledu i procjeni kvaliteta i sigurnosti neke zdravstvene ustanove.



Slika 12. Porast broja akreditacijskih programa u Europi 1990 – 2002. godine

Akreditacijom upravlja agencija koja postavlja standarde, zakazuje posjete tima ocjenjivača kvaliteta, odnosno zdravstvenih profesionalaca iz prakse, koji su prethodno obučeni da bi mogli evaluirati do kojeg se stupnja zdravstvena ustanova pridržava propisanih i javno objavljenih standarda. Ako zdravstvena ustanova udovoljava postavljenim standardima, ista se akreditira. U suprotnom se predlažu mjere za poboljšanje sigurnosti i kvaliteta i zakazuje nova posjeta radi ocjene kvaliteta. Akreditacija je obično dobrovoljna, vremenski ograničena i utemeljena na periodičnim ocjenama bez obzira da li se radi o javnom ili privatnom zdravstvenom sektoru.

Okvir 11

Akreditacija je model vanjske evaluacije zdravstvenih organizacija na kolegijalnoj osnovi i formalni proces u kojem jedna neovisna, obično nevladina agencija definira, ocjenjuje i prati ispunjenje eksplicitnih i objavljenih standarda kvaliteta u zdravstvenim ustanovama, poredi učinke ustanove sa standardima, odaje priznanje i/ili preporučuje mjere za poboljšanje kvaliteta. Akreditacija je obično dobrovoljna a u nekim zemljama zakonski obavezna (npr. u Francuskoj).

Polje akreditacije je cijela zdravstvena ustanova, a ne njeni pojedini dijelovi ili službe. To znači da se ocjenjuje sveukupnost organizacijske strukture i funkcija, odnosno aktivnosti neke zdravstvene ustanove, zbog uske međupovezanosti organizacijskih cjelina i zdravstvenih usluga koje se u okviru tih jedinica pružaju. Štoviše, u posljednje vrijeme, zbog sve većih zahtjeva za zdravstvenom zaštitom koja je fokusirana na pacijenta, polje akreditacije prelazi fizičke granice pojedinih ustanova i širi se putevima prolaska pacijenta kroz zdravstveni sistem. Na taj se način akreditira cijeli podsistem pružanja usluga, *networks*, kako se naziva u SAD. Ovdje treba dodati da edukacijske i istraživačke aktivnosti zdravstvene ustanove ne ulaze u polje procedura akreditacije. Akreditacija se također ne bavi provjerom znanja, vještina i stavova individualnih medicinskih profesionalaca, što ostaje u nadležnosti profesionalnih udruženja i komora.

12. Ciljevi akreditacije

Akreditacija ima osam glavnih ciljeva:

1. Ocjena kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite;
2. procjena kapaciteta zdravstvene ustanove da kontinuirano poboljšava kvalitet zdravstvene zaštite;
3. formulacija eksplicitnih preporuka i sugestija za poboljšanje na organizacijskom nivou;
4. učinak na profesionalni razvoj zdravstvenih profesionalaca (bolja edukacija, privlačenje kvalitetnih liječnika i medicinskih sestara u akreditiranu ustanovu);
5. poboljšanje menadžmenta zdravstvenih usluga;
6. bolje upravljanje zdravstvenim sistemom (interes ministarstava zdravstva za uspješniju implementaciju zdravstvenih politika);
7. racionalizacija i olakšavanje plaćanja za izvršene usluge (interesi fondova zdravstvenog osiguranja);
8. kontinuirano poboljšanje povjerenja javnosti u zdravstveni sistem.

13. Šta nije akreditacija?

Termin *akreditacija*, kako ga najčešće koristimo, u historijskom se kontekstu odnosi na akreditacijski sistem koji je izvorno bio dizajniran da zaštiti medicinsku profesiju od učinaka i posljedica loše organizacije i lošeg okruženja, a danas obuhvata skup elemenata modela vanjskog pregleda kvaliteta na kolegijalnoj osnovi. Akreditacija se najčešće zamjenjuje s drugim procedurama evaluacije, a osobito s inspekcijom, certifikacijom i licenciranjem.

13.1 Zdravstvena inspekcija

Veoma je važno razlikovati akreditaciju od inspekcije. U tom pogledu nisu uvijek jasno razdvojena ovlaštenja i djelokrug rada inspekcije prema vanjskom kolegijalnom pregledu radi osiguranja kvaliteta i akreditacije.⁵⁵ Ipak, u većini zemalja se zdravstveni inspektori fokusiraju na ispunjenje minimalnih standarda koji se traže zakonom i za razliku od akreditacijskih evaluatora konsultacije i obuka ocjenjivača, facilitatora, koordinatora, menadžmenta ustanova, itd. nisu u njihovom djelokrugu.

Inspekcija zdravstvenih ustanova i službi je obaveza države kojom se, u principu, osiguravaju *minimalni standardi* javne sigurnosti neke zdravstvene organizacije (javne i privatne) da bi uopće mogla obavljati svoju djelatnost i nastaviti sa zdravstvenom djelatnošću. Zdravstveni inspektori kontroliraju da li se neka zdravstvena ustanova pridržava zakonskih normi u pogledu tražene strukture za obavljanje djelatnosti (naprimjer, definirani prostor, medicinsko-tehnička oprema, kadrovi). Dakle, ova kontrola ima zakonski karakter.

Prema federalnom Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, u slučaju povrede zakonitosti u radu zdravstvenih organizacija (prava građana, medicinska etika, propusti u tretmanu, promjene uvjeta pod kojima je sklopljen ugovor), nadležna zdravstvena inspekcija pored ostalog, može zabraniti rad takvoj ustanovi (Čl. 46). Zakonom o zdravstvenoj zaštiti utemeljena je federalna i kantonalna zdravstvena inspekcija (Čl. 136 – 144) koja naročito nadzire sadržaj i kvalitet pruženih zdravstvenih usluga; način prijema, liječenja i otpuštanja pacijenata; primjenu sredstava i metoda za prevenciju, dijagnostiku, terapiju i rehabilitaciju; način propisivanja i izdavanja lijekova; način vođenja i korištenja odgovarajuće medicinske dokumentacije; primjenu sredstava i metoda za izradu laboratorijskih analiza i drugih dijagnostičkih metoda i sl. Međutim, prvenstveni zadatak zdravstvene inspekcije je kontrola provođenja pruženih zdravstvenih usluga u skladu sa Zakonom. Glavni termini koji reflektiraju rad zdravstvenih inspekcije jesu narediti, *zabraniti* i *kazniti*, a ne *motivirati*, *stimulirati*, *nagraditi* ili *osigurati kvalitet*. Čini se da je nadzor kvaliteta rada u zdravstvenim ustanovama više retorika, a manje suštinski djelokrug rada inspekcije kao što se to reguliranjem želi pokazati.⁵⁶

S druge strane, akreditacija je obaveza samostalne, nevladine, neovisne i neprofitne agencije, koja nastoji osigurati *optimnalne standarde* kvaliteta u zdravstvenim ustanovama. To, naravno, ne znači da tim ocjenjivača kvaliteta ne void računa o zakonskim obligacijama zdravstvenih ustanova. Zapravo je rješenje ministarstva – da zdravstvena organizacija može u skladu sa zakonom obavljati svoju djelatnost (dozvola za rad) – početni uvjet za svaku vanjsku ocjenu kvaliteta na kolegijalnoj osnovi.

⁵⁵ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), obraćajući se državnim inspekcijama u SAD, poduzela je inicijativu za međusobno priznavanje rezultata radi eliminiranja nepotrebnih pregleda zdravstvenih organizacija. Surcey Duplication Initiatives, www.jcaho.org.

⁵⁶ Po evropskom standardu, zdravstvena inspekcija pregledava i razmatra standarde koji se odnose na opće zdravlje i sigurnost, kliničku opasnost i opasnost za okolinu, kao što su zaštita od požara, toksične hemikalije, zdravstveni objekti, higijena, dispozicija otpadnih tvari, radijacija, medicinski uređaji i lijekovi, a može obuhvatiti i kontrolu infekcije i transfuziju krvi i krvnih pripravaka. Prema tome, navedene članove Zakona o zdravstvenoj zaštiti treba prilagoditi evropskoj praksi. U nadležnosti inspekcije nije da ocjenjuje kvalitet, dakle, ono što eksplicitno stoji u navedenim članovima Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Ove aktivnosti su u domeni Agencije za kvalitet i akreditaciju, jer za gore navedene aktivnosti postoje suvremeni akreditacijski standardi i kriteriji za ocjenu kvaliteta. Ako bi se zdravstvenoj inspekciji prepustilo da ocjenjuje minimalne standarde za gore navedene aktivnosti, sigurno bi došlo do preklapanja funkcija i nadležnosti između inspekcije i Agencije, što bi bilo samo nepotrebno rasipanje resursa.

Tablica 14. Temeljne razlike između zdravstvene inspekcije i akreditacije

Inspekcija	Akreditacija
Minimalni standardi sigurnosti	Optimalni standardi kvaliteta
Propisana zakonom	Dobrovoljna
Rješenje o zabrani rada ustanove	Priznanje za kvalitet
Novčane kazne	Promjene ponašanja finansijskim stimulacijama
Objavljena regulativa	Kolegijalno dogovoreni standardi
Manje zahtjevnost i specifičnost	Zahtjevnost i visoko specifičnost

13.2 Licenciranje

Po usvojenoj terminologiji, zdravstvene ustanove moraju se *licencirati* da bi mogle pružati usluge pacijentima. U većini zemalja svijeta postupak legalnog odobrenja za rad neke zdravstvene organizacije, koja zadovoljava minimalne zakonske pretpostavke, ali i odobrenje za rad medicinskim profesionalcima, koji imaju odgovarajuće kvalifikacije i kompetencije, naziva se *licenciranje*, a tako izdata dozvola – licenca. Postupak je uvijek obavezan. Posebno ovlaštena vladina ili druga tijela (inspektorati, naprimjer) izdaju licencije za rad kada objekti zdravstvene organizacije zadovolje unaprijed definirane nivoe sigurnosti i kvaliteta ili kad pružaju izvjesne specijalističke usluge, kao što su, naprimjer, laboratorijske i apotekarske usluge, sestrinstvo, usluge radiologije, hirurgije, transfuzijske medicine i sl.

Programi licenciranja zdravstvenih profesionalaca uključuju ispitivanje vjerodostojnosti diploma, inspekciju edukacijskih programa, testiranje profesionalnih kvalifikacija, recipročno priznavanje licenci aplikantima iz drugih zemalja, donošenje legislative o profesionalnim standardima prakse i ispitivanje odgovornosti za narušavanje standarda ‘dobre prakse’. Još preciznije, zakonski se reguliraju ispiti, zahtjevi za licenciranje, priznavanje privremene i posebne licence, procedure za nekompetentne praktičare, disciplinske mjere protiv licenciranih, nezakonita medicinska praksa, periodično obnavljanje licence, itd.

Kada je riječ o Federaciji BiH, ugovorne zdravstvene ustanove – javne i privatne, ne mogu početi s radom, dok tijelo nadležno za poslove zdravstva (ministarstvo), ne donese rješenje o ispunjenju propisanih uvjeta (Sl. Novine FBiH, 29/1997, Član 44). Profesionalne komore po službenoj dužnosti izdaju, obnavljaju i oduzimaju odobrenje za samostalnu djelatnost svojih članova (Čl. 154. i 155.). Odobrenje za samostalan rad izdaje se nakon dobivenog uvjerenja o položenom stručnom ispitu (Čl. 107.), dok se u članu 108. preciziraju okolnosti kada komora zdravstvenom profesionalcu može oduzeti odobrenje za samostalan rad.

13.3. Certifikacija

Certifikacija je procedura vanjske ocjene kvaliteta u pogledu ISO standarda koju obavljaju odgovarajući nemedicinski profesionalci (tzv. ISO auditori), čime se osigurava da jedan proizvod ili usluga zadovoljavaju specifične zahtjeve. Certifikacija se realizira na dobrovoljnoj osnovi, dakle, na inicijativu zdravstvene ustanove, a tiče se pojedinih sektora aktivnosti, kao što su laboratoriji, radiologija, ishrana, praonica, sterilizacija, itd. To praktično znači da zdravstvena ustanova pruža neke usluge ili ima kapacitete koje ne posjeduju organizacije s istom ili sličnom organizacijskom strukturom. Certifikacija nije preduvjet za akreditaciju, ali može biti poželjna.

Certifikacija također podrazumijeva priznanje zdravstvenim profesionalcima koji su pokazali specijalizirana znanja i vještine. Obično je dobrovoljna i izvan je formalne edukacije

i procesa licenciranja a tipično uključuje polaganje specijalističkog ispita, naprimjer certifikat za obavljanje hirurške specijalističke prakse.

Tablica 15. Temeljne razlike između licenciranja, inspekcije i akreditacije

Proces	Odgovorna ustanova	Objekt evaluacije	Komponente i zahtjevi	Standardi
Licenciranje (obavezno)	Ministarstvo	Osoba	Propisani minimalni standardi; ispit ili dokaz edukacije i kompetencije	Minimalni standardi radi osiguranja okruženja i zdravstvene zaštite s minimalnim rizicima po zdravlje i sigurnost
		Organizacija	Minimalni standardi sigurnosti, posjeta inspektora	
Inspekcija (obavezna)	Ministarstvo	Organizacija	Minimalni standardi za definirani prostor, medicinsko-tehnička opremu, kadrove; posjeta inspektora	Ispunjenje minimalnih standarda koji se traže zakonom
Akreditacija (dobrovoljna)	Priznato tijelo, najčešće nevladina agencija	Organizacija	Ispunjavanje objavljenih standarda; posjeta akreditacijskih evaluatora; udovoljenje standardima općenito se ne traži zakonom ili propisima	Optimalni standardi koji se nakon nekog vremena mogu postići, što stimulira kontinuirano poboljšanje kvaliteta
Certifikacija (dobrovoljna)	Ovlašteno tijelo, vladino ili nevladino	Osoba	Evaluacija unaprijed postavljenih zahtjeva, dodatna edukacija/trening, dokazana kompetencija u specijalističkoj oblasti	Standarde postavljaju profesionalna ili specijalistička tijela
		Organizacija ili komponenta	Dokaz da organizacija raspolaže sa sistemom kvaliteta, dodatnim uslugama, tehnologijom ili kapacitetom	

Akreditacijski i certifikacijski standardi periodično se revidiraju, budući da moraju odraziti tekuće promjene u zdravstvenoj praksi i zdravstvenim tehnologijama. S druge strane, zahtjevi za licenciranjem rijetko se mijenjaju, čak i godinama nakon što su kao pravna materija bili pravno regulirani.

14. Međunarodna iskustva

Unatoč činjenici da razvoj i održavanje standarda kvaliteta predstavlja značajan izazov za mnoge zemlje po pitanjima resursa i primjene, akreditacija je uspješno postavljena u mnogim zemljama svijeta i prihvaćena se kao jedan od najboljih, dosljednih i održivih pristupa za poboljšanje usluga u zdravstvenim organizacijama ili zdravstvenoj ekonomiji, budući se proces akreditacije zasniva na okvirima standarda koji propisuju mjere kvaliteta za svaki aspekt pružanja zdravstvene zaštite.

Važnost akreditacije u zdravstvenoj zaštiti na međunarodnoj sceni može se pokazati visokim ugledom koji uživa Međunarodno udruženje za kvalitet u zdravstvenoj zaštiti (ISQua), čiji kvalitet jamče akreditacijska tijela u zdravstvenoj zaštiti. ISQua ALPHA standardi su visoko cijenjeni i odobreni od strane akreditacijskih tijela širom svijeta. Naša namjera je da obje agencije za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu postanu aktivni i cijenjeni članovi ISQue.

Šta praktično znači akreditacija akreditora? To znači da će agencije koje dobiju akreditaciju jamčiti kvalitet i sigurnost zdravstvenih usluga za sve zdravstvene ustanove koje budu akreditirane po standardima koji su u skladu s ALPHA principima. Drugim riječima, zdravstvene ustanove u Bosni i Hercegovini bit će tada u prilici da prodaju svoje usluge vani (da 'uvoze' pacijente i 'izvoze' svoje usluge).

15. Koristi od učešća u programu akreditacije

S obzirom da je proces akreditacije zasnovan na organizacijskim standardima koji jasno uspostavljaju mjerenje kvaliteta za svaki aspekt pružanja usluga, obuhvatajući sve službe i odjele jedne zdravstvene organizacije, davaoci usluga ne mogu sumnjati u svoj rad u procesu koji vodi ka cilju dostizanja nivoa za dodjeljivanje akreditacije. Za one koji to postignu, akreditacija je zaslužena nagrada, koja demonstrira osoblju i pacijenatima da organizacija pruža usluge visokog kvaliteta koji je ocijenila jedna vanjska, neovisna agencija.

Primjena standarda vodi razvoju usluga i poboljšanju kvaliteta u cijeloj zdravstvenoj organizaciji. Evo nekoliko dokazanih koristi od učešća u programu akreditacije:

- raste opća svijest o kvalitetu kao glavnom ekvivalentu u pružanju usluga i jača želja da se uči i poboljša;
- bolje razumijevanje iskustva pacijenta i pitanja koja se odnose na privatnost, dostojanstvo i povjerljivost;
- ispunjenje očekivanja pacijenata;
- unapređenje procesa i ishoda liječenja na temelju medicine zasnovane na dokazima i troškovno efektivnim procesima tretmana;
- spremnost za zakonom propisanu inspekciju;
- poboljšana horizontalna i vertikalna komunikacija u cijeloj organizaciji, uključujući i bolje veze između timova;
- snažniji pristup razvoju i primjeni politika i procedura;
- poboljšani sistem kontrole dokumenata;
- zajedničko učenje i širenje dobre prakse između odjela, timova, službi i ustanova;
- osoblje radi zajednički u ostvarivanju akcija na postizanju kvaliteta;
- povjerenje u organizacijske sisteme, što osoblju omogućuje da se usmjeri na pružanje najboljeg kvaliteta zdravstvene zaštite pacijenata;

- poboljšano znanje i sistemi upravljanja rizikom, uključujući zdravlje i sigurnost, upravljanje žalbama, izvještavanje o incidentima i učenje iz grešaka;
- priznavanje i potvrda akreditacije od strane drugih davalaca usluga i zavoda za zdravstveno osiguranje;
- uspostavljanje podržavajuće organizacijske kulture u zdravstvenoj ustanovi koja pomaže poboljšanje kvaliteta i stalno unapređenje postojeće prakse.

Jedna od ključnih funkcija bilo kojeg sistema akreditacije je mogućnost organizacijskog razvoja, a to je značajna podrška zdravstvenim ustanovama u ciklusu stalnog poboljšanja kvaliteta i osposobljavanju osoblja u utvrđivanju i realizaciji pozitivnih promjena. Na praktičnom planu, veliki doprinos ulaska u procese podizanja sistema poboljšanja kvaliteta i akreditacije jest „upoznavanje zdravstvene ustanove sa samom sobom”. Izgleda paradoksalno, ali je u više navrata potvrđeno, da menadžment i zaposlenici tek prolaskom kroz proces akreditacije stvaraju pravu i cjelovitu sliku vlastite organizacije i njenih funkcija. To može biti i najveći doprinos akreditacije.

16. Vanjsko kolegijalno ocjenjivanje

Vidljiva karakteristika programa akreditacije je da se ocjenjivanje provodi od strane kolegijalnih ocjenjivača, kolega koji i sami rade u zdravstvenim ustanovama, a ne ljudi čiji je posao inspekcija. Ocjenjivači su svjesni spornih pitanja s kojima se zdravstvena ustanova svakodnevno suočava i uskladit će ih s vašim prioritetima u zdravstvenoj zaštiti pacijenata.

Agencije biraju ocjenjivače prema tačno utvrđenoj proceduri a na osnovu njihovog znanja i iskustva. Kolegijalni pregled vaše ustanove izvodi tim zdravstvenih profesionalaca iz sličnih organizacija.

Svaki vanjski pregled započinje pregledom dokumentacije u vašoj ustanovi, bilo na početku samog pregleda, bilo jednu do dvije nedjelje prije ocjenjivanja. Faza ocjenjivanja koja slijedi uključuje planirane intervjue s direktorima domova zdravlja, ili bolnica, članovima timova porodične medicine, šefovima odjela, a nastavlja se razgovorom s osobljem u određeno vrijeme na radnom mjestu i posmatranjem radne prakse, radnog ambijenta i objekata ustanove. Određene informacije mogu se dobiti i kroz razgovore s pacijentima, naravno, u onim oblastima za koje su mjerodavni korisnici usluga..

Na kraju ocjenjivanja, održava se *zaključni sastanak* između ocjenjivača i predstavnika vaše ustanove, na kojem će tim ocjenjivača dati usmene povratne informacije o inicijalnim rezultatima ocjenjivanja.

16.1 Pregled dokumentacije

Mnogi standardi zahtijevaju dokumentirane dokaze. Pregled dokumentacije je mogućnost da pokažete timu ocjenjivača da imate sve dokumente koji se od vas zahtijevaju. Tokom pregleda oni će:

- provjeriti da je sva relevantna dokumentacija na raspolaganju i da je organizirana i prezentirana na pravi način;
- dati komentare na dokumentaciju, fokusirajući se na ključne tačke koje su istražene za vrijeme intervjua i posjeta odjelima;
- ocijeniti usaglašenost dokumenata s pojedinačnim standardima.

Tablica 16. Struktura vanjskog kolegijalnog pregleda

Faze	Podfaze	Elementi
Vanjski pregled zdravstvene ustanove	Priprema	Aplikacija Upitnik (profil zdravstvene ustanove) Sklapanje ugovora Dostavljanje dokumentacije ustanovi Distribucija standarda Samooценка zdravstvene ustanove Sastavljanje tima vanjskih ocjenjivača i dogovori s ustanovom Planiranje datuma vanjske ocjene Planiranje rasporeda ocjene Druge aktivnosti prije vanjskog pregleda
	Vanjski pregled	Pregled dokumentacije Zakazani intervjui s menadžmentom ustanove Uzorkovanje medicinske dokumentacije Opservacije tokom obilaska objekata ustanove Noćni obilazak
	Izveštavanje	Usmeno izvještavanje neposredno nakon vanjskog pregleda Pisanje pojedinačnih finalnih izvještaja ocjenjivača Pisanje skupnog finalnog izvještaja Stupnjevanje ispunjenja standarda / kriterija Pohvale Sugestije za poboljšanje
Evaluacija		Akreditacijski odbor, evaluacijska komisija Pravila za odlučivanje Akreditacijski certifikat Procedure žalbe Objavljivanje rezultata
Vrijeme između vanjskih pregleda		Vrste ponovne provjere pridržavanja standarda

17. Nakon ocjene slijedi finalni izvještaj i odluka o akreditacijskom statusu

Nakon vanjske kolegijalne ocjene, dobit ćete napisani izvještaj o usaglašenosti vaše organizacije s akreditacijskim standardima. To je sveobuhvatna ocjena na koji način je vaša organizacija usklađena sa standardima, ističući dobru praksu i sugerirajući promjene gdje je to neophodno.

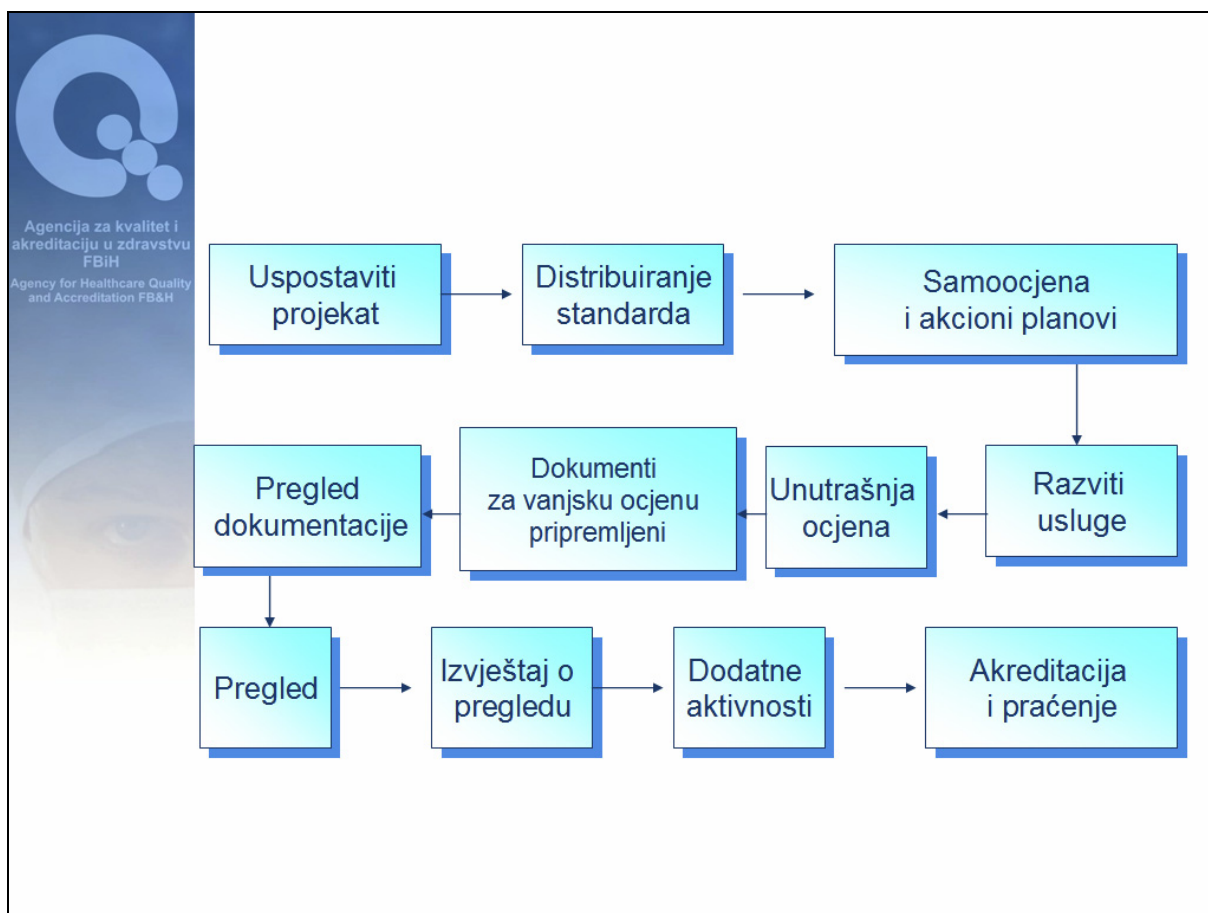
Struktura izvještaja obuhvata:

- izvršni sažetak sa svim raspravljenim temama;
- pohvale za dobru praksu;
- informacije o djelomično ispunjenim standardima i neispunjenim standardima;
- predložene akcije za poboljšanje kvaliteta;
- o standardima koji su potpuno ispunjeni se ne izvještava.

Ustanovi se omogućuje da dostavi komentare o finalnom izvještaju prije konačne verzije na temelju koje će ustanova raditi s ciljem dobivanja akreditacije. Detaljan pisani izvještaj ocjenjivača formulira se u obliku akcionog plana s ciljem da ustanova nastavi razvoj službi i usluga i da kontinuirano poboljšava kvalitet u skladu sa zahtjevima standarda. Izvještaj se uobičajeno šalje u roku od 30 dana od dana pregleda ustanove.

Akreditacijska ocjena proizlazi iz analize dokaza utvrđenih tokom pregleda. Ako neki standardi nisu ispunjeni ili su djelomično ispunjeni, donosi se odluka o daljnjem ocjenjivanju bilo pregledom dokumentacije, bilo fokusiranim dodatnim pregledom.

Akreditacija se dodjeljuje jednoj zdravstvenoj ustanovi kao priznati status kvaliteta i predstavlja dokaz dostignuća. Dodjela akreditacije je validna *tri godine* od datuma vanjske kolegijalne ocjene, a akreditirana ustanova se nadgleda kako bismo osigurali da se standardi trajno održavaju na onom nivou za koji je dodijeljeno akreditacijsko priznanje.



Slika 13. Ključne aktivnosti tokom projekta i vanjske kolegijalne ocjene

DODATAK

Preporuke Komisije ministara Savjeta Evrope, 1997 Prilog R R (97) 17

I. DIMENZIJE SISTEMA ZA POBOLJŠANJE KVALITETA

A. Procedure i procesi za poboljšanje kvaliteta

1. Potrebno je implementirati sljedeće osnovne odlike sistema za poboljšanje kvaliteta:
 - Identifikacija problema i uspjeha kvaliteta
 - Sistematično prikupljanje podataka o pružanju zaštite
 - Standardi i vodilje na bazi dokaza za visokokvalitetnu i splativu zaštitu
 - Implementacija potrebnih promjena kroz učinkovite mehanizme i strategije
 - Mjerenje učinka promjena
 - Korištenje najbolje prakse.

B. Organizacija poboljšanja kvaliteta

2. Ovi sistemi treba da se osnuju na svim nivoima pružanja zdravstvene zaštite: pojedinci, davaoci zaštite, prakse, domovi zdravlja, bolnice, druge ustanove, i veze između njih. Iste uvjete za osiguranje kvaliteta zdravstvene zaštite treba uspostaviti u svim javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama.

C. Odgovornosti: učesnici u poboljšanju kvaliteta

3. Svi oni koji učestvuju u zdravstvenoj zaštiti (davaoci usluga, pacijenti, finansijeri, menadžeri i organi vlasti) treba da učestvuju u osnivanju i održavanju sistema za poboljšanje kvaliteta kroz blisku i kontinuiranu suradnju.
4. Davaoci zdravstvene zaštite treba da razvijaju, osnivaju i održavaju sisteme za poboljšanje kvaliteta, prilagođene uvjetima u svojim ustanovama i moraju omogućiti da ovi sistemi budu transparentni za druge.
5. Zavodi za zdravstveno osiguranje treba da doprinesu poboljšanju kvaliteta tako što će ugraditi sistem poboljšanja kvaliteta u svoje ugovore sa doktorima, domovima zdravlja, bolnicama, timovima porodične medicine i drugim organizacijama zdravstvene zaštite.
6. Oni koji prave zdravstvenu politiku treba da kreiraju okvir za politike, zakone i regulative koji se odnose na kvalitet i prateće procedure za odgovarajuću evaluaciju i dopunjavanje.
7. Menadžeri u zdravstvenoj zaštiti treba da preuzmu vodstvo u uspostavljanju ovakvih sistema u svojim organizacijama.

II. GLAVNA PITANJA U SISTEMIMA ZA POBOLJŠANJE KVALITETA: OPĆI PRINCIPI

A. Vodilje za kliničku praksu

8. Vodilje treba razviti sistematično i učinkovito diseminirati profesionalcima i javnosti, i pratiti njihove efekte.

B. Ocjena tehnologije i poboljšanje kvaliteta

9. Zdravstvena zaštita treba da se poboljša primjenom metoda medicine zasnovane na dokazima i korištenjem rezultata tehnološke ocjene u procesu odlučivanja, te usmjeravanjem odgovarajuće pažnje na osiguranje kvaliteta laboratorija.

C. Indikatori kvaliteta i informacijski sistemi

10. Informacioni sistemi u zdravstvenoj zaštiti treba da se osnuju za korištenje relevantnog kvaliteta zdravstvene zaštite i indikatora procesa i da omoguće pravovremenu izradu, povratne informacije i pouzdana upoređivanja podataka zdravstvene zaštite. U svim slučajevima, pojedinačni podaci o pacijentu moraju se čuvati kao povjerljivi.

D. Perspektiva pacijenata

11. Informacije o potrebama, prioritetima i iskustvu na svim nivoima pružanja zdravstvene zaštite treba da se prikupljaju putem odgovarajućih metoda uz aktivno učešće pacijenata.

E. Upravljanje promjenom

12. Sistemi za poboljšanje kvaliteta treba da obuhvate učinkovite mehanizme i strategije: :

- za postizanje potrebnih promjena kroz planiran i upravljan pristup
- za uključivanje svih učesnika u procese zaštite i odlučivanja, a posebno pacijenata.

III. USLOVI ZA IMPLEMENTACIJU SISTEMA ZA POBOLJŠANJE KVALITETA

13. Potrebni uslovi moraju se kreirati u skladu sa zakonskim i političkim sistemom svake zemlje članice, za osnivanje i implementaciju sistema za poboljšanje kvaliteta, i to:

- strukture za podršku, kao što su agencije, odbori, komisije i mreže;
- puno korištenje raspoloživih resursa, a gdje je potrebno, osigurati resurse i specifične mehanizme finansiranja za ocjenu kvaliteta, osiguranje, poboljšanje i za razvoj
- dodiplomski i postdiplomski studij za davaoce usluga za sticanje znanja i vještina iz oblasti ocjene kvaliteta i sistema za poboljšanje kvaliteta
- odgovarajuće stimulacije za sudjelovanje u poboljšanju kvaliteta.

IV. EVALUACIJA SISTEMA ZA POBOLJŠANJE KVALITETA

A. Javna odgovornost

14. Javna odgovornost sistema za poboljšanje kvaliteta treba da se ispita kroz cilj vanjske ocjene od strane nezavisnih tijela i odgovarajuće komuniciranje rezultata.

B. Povratne informacije

15. Rezultati vanjske ocjene treba da se koriste za podršku unutrašnje evaluacije i poboljšanja.

V. ISTRAŽIVANJE I RAZVOJ

Nacionalni naponi

16. Treba poduzeti sve potrebne mjere da se promoviraju istraživanje i razvoj poboljšanja kvaliteta.

Evropska suradnja

17. Stimulisanje razmjene i suradnje u oblasti poboljšanja kvaliteta na nacionalnom i evropskom nivou treba podržavati. Pitanja kvaliteta treba uključiti u evropske inicijative suradnje (npr. rukovanje podacima i razmjena podataka).