

BQM

Bona Qualitas Medicinae

Broj 2

Volumen 1

Godina 2006

Časopis Udruženja za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu
Federacije Bosne i Hercegovine
Journal of Association for Healthcare Quality and Accreditation
Federation Bosnia and Herzegovina

Copyright © 2006 UKAZ FBiH

Sadržaj predstavlja vlasništvo UKAZ-a (Udruženja za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu FBiH). Namjenjen je za javnu objavu, njime se može svako koristiti, na njega se pozivati, ali samo u originalnom obliku, bez ikakvih izmjena, uz obavezno navođenje izvora podataka. Korištenje ovog dokumenta protivno gornjim navodima, povreda je autorskih prava UKAZ-a, sukladno Zakonu o autorskom pravu i srodnim pravima BiH. Počinitelj takve aktivnosti podliježe kaznenoj odgovornosti.

Riječ urednika

Sigurnost pacijenta je u fokusu

Sve zemlje svijeta žele kvalitetniju i sigurniju zdravstvenu zaštitu. U tim nastojanjima, naša zemlja ne bi trebalo da bude izuzetak. Politika kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite u Federaciji BiH¹, već u svom naslovu sigurnosti pacijenta poklanja izuzetan značaj. Od usvajanja Politike do danas, pokrenute su neke stvari nabolje: u zdravstvenim ustanovama, koje su učestvovala u projektu EU/WHO – Akreditacija i osiguranje kvaliteta, započelo se s prijavljivanjem nepovoljnih događaja, razvijaju se sistemi žalbi koji će se uvezati s navedenim izvještajnim sistemom, sve više se poštivaju prava pacijenata koja se odnose na sigurnost zdravstvenih usluga, medicinske greške su sve više u fokusu zdravstvenih profesionalaca, menadžmenta ustanova, pacijenata, medija, pravnika i javnosti...

Nepobitna je činjenica da su medicinske greške u našim zdravstvenim ustanovama česte, da su pacijenti, osobito u bolnicama, izloženi rizicima šteta koji se nikada ne mogu u potpunosti izbjeći, ali se pažljivim upravljanjem, kako kliničkih tako i nekliničkih rizikâ, značajno mogu umanjiti. Naše greške su klinička tamna strana mjeseca, stalno prisutna ali nevidljiva. O medicinskim greškama se nerado govori, nepovoljni događaji se zataškavaju i guraju pod tepih, da bi njihovi neliječeni uzroci s još većom snagom isplivali na površinu, dovodeći do istih ili sličnih pogrešaka koje su se mogle prevenirati. Tada progovaraju novinari, a advokati zadovoljno trljaju ruke.

Ovo je medicinska profesija razvijenog svijeta jasno shvatila, i sada se na sve strane radi da se popravi ambijent u kojem će se nepovoljni događaji svesti na najmanju moguću mjeru i da se u zdravstvenim ustanovama izgradi kultura sigurnosti. Posvuda niču forumi pacijenata koji se sve više uključuju u jačanje vlastite sigurnosti, održavaju se brojne konferencije posvećene upravljanju rizicima, sastavljaju preporuke za poboljšanje sigurnosti usluga, sigurnost pacijenta se ističe u prvi plan svih zdravstvenih projekata i inicijativa u koje se aktivno uključuju SZO,² Vijeće Europe, Europska komisija, OECD, ministarstva zdravstva brojnih zemalja...

Mi se aktivno priključujemo tim naporima. U ovom broju, u rubrici Edukacija, naći ćete upute kako evaluirati vlastitu praksu. Ta praksa može biti zasnovana na pogrešnim činjenicama ili neproverjenim dokazima i voditi medicinskim pogreškama. U članu 10. Izjave o postojanju potrebe za usvajanjem Povelje o pravima pacijenata u BiH, ističe se fundamentalno pravo pacijenta na sigurnost. Najzad, najnovija preporuka Komiteta Ministara Savjeta Europe nalaže zemljama članicama izgradnju sistema sigurnosti pacijenta koji počiva na stvaranju kulture sigurnosti, procjeni sigurnosti pacijenata u zdravstvenim ustanovama korištenjem pokazatelja, izvještavanju o incidentima koji narušavaju tu sigurnost, boljem korištenju podataka i izvora informacija o sigurnosti pacijenta, jačanju uloge pacijenata i građana, edukaciji, istraživanjima u ovoj oblasti, implementaciji Politike i uspostavljenom zakonskom okviru ●

¹ BiH. Federacija BiH. Vlada: Politika kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite u Federaciji Bosne i Hercegovine, Sarajevo, decembar 2003. (Politika se može besplatno dobiti na adresi: www.akaz.ba).

² WHO Quality of Care: patient safety Report EB113/37 by the Secretariat to the Executive Board, 4 December 2003, 6p. http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB113/eeb11337.pdf

BQM

Bona Qualitas Medicinæ

Glavni i odgovorni urednik / Editor-in-chief:

Zoran Ridanović

Zamjenik urednika / Deputy Editor:

Ahmed Novo

Pridruženi urednici / Associate Editors:

Charles D Shaw & Strašimir Cucić



VIJESTI

Završen Projekat EU/WHO podrške reformi zdravstvene zaštite u BiH Komponenta 3: Akreditacija i osiguranje kvaliteta



Unutar komponente 3. EU/WHO projekta podrške reformi zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini, određeno je pet specifičnih SZO produkata (Pogledati: Inception Meeting Background Document of May 2004; Priority 2 of BIH BCA 2004-2005). Dva od ovih pet produkata, su u vezi sa testiranjem eksternih i internih sistema kvaliteta u selektiranim zdravstvenim institucijama u oba entiteta u Bosni i Hercegovini (Federacija Bosne i Hercegovine i Republika Srpska), i odnose se na direktni angažman obje uspostavljene agencije za kvalitet i akreditaciju (Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u Federaciji Bosne i Hercegovine – AKAZ i Agency for Accreditation and Quality Improvement u Republici Srpskoj u Banja Luka- AAQI).

U sklopu projekta odabrane su “pilot” organizacije u kojima je rađeno na uspostavljanju unapređenja sistema kvaliteta.

Zdravstvene organizacije u akreditacijskom programu:

Bolnice: Brčko (Distrikt Brčko), Nova Bila (FBiH), Travnik (FBiH)
Domovi zdravlja: Brčko (Distrikt Brčko), Čapljina (FBiH), Travnik (FBiH)

Zdravstvene organizacije u uspostavljanju unutrašnjeg sistema kvaliteta:

Bolnice: Doboj (RS), Goražde (FBiH), Gradiška (RS), Livno (FBiH)
Domovi zdravlja: Tomislavgrad (FBiH), Goražde (FBiH) ●



Posjeta osoblja AKAZ-a Beogradu

U Beogradu, 26. maja 2006. godine, u prostorijama SIV-a održan je sastanak radne grupe Ministarstva zdravlja Republike Srbije za akreditaciju zdravstvenih ustanova. U okviru projekta Svjetske banke „Razvoj zdravstva Srbije“ po prvi put je prezentiran prijedlog bolničkih standarda za akreditaciju.

Na ljubazni poziv agilnog direktora PCU (Jedinica za koordinaciju projekta) Svjetske banke za Srbiju Saše Rikanovića sastanku su prisutvovali i gosti iz Bosne i Hercegovine: Zoran Ridanović i Melka Mercvajler iz Federalne agencije za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu (AKAZ), predstavnici Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske (RS): Gordan Jelić, Andreja Subotić Popović, Natalija Milovanović, Siniša Stević direktor Agencije za akreditaciju i unapređenje kvaliteta RS (AAQI) i Ahmed Novo iz ureda Svjetske zdravstvene organizacije za Bosnu i Hercegovinu ●

Sekretarica redakcije / Secretary of the Editorial Office:

Melka Mercvajler

Tehnički urednik / Technical Editor:

Ljubomir Kravec

Lektor za b/h/s jezik / b/h/s Language Revision:

Mirsad Hajdarević

Lektori za engleski jezik / English Language Revision:

Vildana Aljović i Melka Mercvajler

Savjetnik za statistiku / Statistics Consultant:

Fadila Serdarević

EU/SZO PODRŠKA REFORMI ZDRAVSTVENOG SISTEMA U BOSNI I HERCEGOVINI (BIH) - AKREDITACIJA I OSIGURANJE KVALITETA

I Z J A V E - RADNE GRUPE PRAVA PACIJENATA

Članovi radne grupe:

Velimir Marić, Koordinator Svjetske zdravstvene organizacije RS, Bakir Nakaš, Opća bolnica Sarajevo, Ahmed Novo, Koordinator Svjetske zdravstvene organizacije FBiH, Radojka Praštalo, Udruženje pacijenata oboljelih od karcinoma dojke BiH, Zoran Riđanović, Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu FBiH, Siniša Stević, Agencija za akreditaciju i unapređenje kvaliteta, RS, Seid Zenunović, Odjel za pravne poslove Brčko distrikt

IZJAVA o postojanju potrebe za usvajanjem Povelje o pravima pacijenata u BiH

Članovi radne grupe za izradu Izjave o pravima pacijenata u Bosni i Hercegovini, u okviru projekta EU/SZO „Podrška reformi zdravstvenog sistema u BiH“, jednoglasno se slažu da:

Prava svih pacijenata/korisnika bez obzira na uzrast, onesposobljenost, rasu, religiju, pol i seksualnu orijentaciju trebaju biti priznata, uvažena i prihvaćena od strane svih ključnih aktera u sistemu zdravstvene zaštite uključenih u njihovu njegu ili liječenje i promociju zdravlja, kao i briga samih pacijenata o njihovom vlastitom zdravlju.

Kao građani BiH, mi ne prihvatamo da se prava mogu afirmirati u teoriji, a potom negirati u praksi zbog finansijskih ograničenja. Finansijska ograničenja, koliko god bila opravdana, ne mogu legitimizirati negiranje ili kompromitovanje prava pacijenata. Mi ne prihvatamo da ova prava samo mogu odrediti zakonom, a da se isti nakon toga ne poštuju.

Nakon uvida u postojeću zakonsku regulativu i uvida u Evropsku povelju o pravima pacijenata, osnovni dokument (Rim, novembra 2002. godine). Članovi radne grupe za izradu Izjave o pravima pacijenata u Bosni i Hercegovini, u okviru projekta EU/SZO „Podrška reformi zdravstvenog sistema u BiH“, objavljuju:

I Z J A V U

O postojanju potrebe za usvajanjem Povelje O PRAVIMA PACIJENATA U BOSNI I HERCEGOVINI

I OPĆE ODREDBE

Član 1.
Predmet

(1) Ova Povelja o pravima pacijenata u Bosni i Hercegovini (u daljem tekstu: Povelja) utvrđuje sljedeća prava pacijenata:

- a) pravo na preventivnu mjeru,
- b) pravo na pristup,
- c) pravo na informaciju,
- d) pravo pristanak,
- e) pravo na slobodan izbor,
- f) pravo na privatnost i povjerljivost,
- g) pravo na poštovanje pacijentovog vremena,
- h) pravo na praćenje standarda kvaliteta,
- i) pravo na sigurnost,
- j) pravo na inovaciju,
- k) pravo na izbjegavanje nepotrebne patnje i bola,
- l) pravo na lični tretman,
- m) pravo na žalbu,
- n) pravo na kompenzaciju.

(2) Povelja utvrđujući ova prava i ima za cilj da garantuju visok nivo zaštite ljudskog zdravlja i obezbijedi visok kvalitet usluga, koje pružaju razne državne institucije.

U odnosu na četrnaest prava pacijenata podrazumijeva se sljedeće:

- Definicija prava podrazumijeva da i građani i pružaoci zdravstvene zaštite preuzmu svoje obaveze. Sva su prava vezana uz obaveze i odgovornosti svih učesnika u procesu zdravstvene zaštite.
- Povelja se odnosi na sve pojedince, prepoznajući činjenicu da razlike kao što su starost, pol, vjeroispovijest, socio-ekonomski status, pismenost itd., mogu uticati na individualne potrebe zdravstvene zaštite.
- Povelja nema namjeru da se stavlja na bilo koju stranu po etničkim pitanjima.
- Povelja definiše prava onako kako važe u trenutnim evropskim sistemima zdravstva. Zbog toga će biti podložna pregledima i modifikacijama koje će omogućiti njihovu evoluciju i razvoj naučnog znanja i tehnologije.
- Ovih četrnaest prava predstavlja otjelovljenje osnovnih prava i, kao takva, moraju biti priznata i poštovana neovisno o finansijskim, ekonomskim ili političkim ograničenjima, uzimajući u obzir kriterij prikladnosti zaštite.
- Poštovanje ovih prava podrazumijeva ispunjenje i tehničkih i organizacionih potreba, kao i načina ponašanja i profesionalnosti. Zbog toga ona zahtijevaju globalnu reformu načina rada državnih zdravstvenih sistema.
- Svaki član Povelje odnosi se na neko pravo i definiše i ilustruje ga bez tvrdnje da su predviđene sve moguće situacije.

II PRAVA PACIJENATA

Član 2.

Pravo na preventivne mjere

(1) Svaki pojedinac ima pravo na odgovarajuću uslugu u cilju sprečavanja bolesti.

(2) Zdravstvene institucije imaju obavezu da to implementiraju podižući svjesnost ljudi, garantujući besplatne zdravstvene procedure u regularnim intervalima za razne rizične grupe populacije i omogućavajući svima uvid u rezultate naučnih istraživanja i tehnoloških inovacija.

Član 3.

Pravo na pristup

(1) Svaki pojedinac ima pravo pristupa zdravstvenim uslugama koje su mu potrebne. Zdravstvene ustanove moraju garantovati isti pristup svakome, bez diskriminiranja na osnovu finansijskih resursa, mjesta stanovanja, vrste bolesti ili vremena dostupnosti usluge.

(2) Pojedinac kojem je potreban tretman, a koji nije u mogućnosti da snosi troškove, ima pravo na besplatnu uslugu.

(3) Svaki pojedinac ima pravo na adekvatne usluge, bez obzira da li je primljen(a) u malu bolnicu, veliku bolnicu ili na kliniku.

(4) Svaki pojedinac, čak i bez dozvole za boravak, ima pravo na urgentnu ili osnovnu uslugu u vanbolničkim i bolničkim ustanovama.

(5) Pojedinac koji boluje od neke rijetke bolesti ima isto pravo na potrebni tretman i lijekove kao i neko ko boluje od neke češće bolesti.

Član 4. Pravo na informaciju

(1) Svaki pojedinac ima pravo na sve vrste informacija koje su u vezi sa njegovim zdravljem, zdravstvenim uslugama i načinu korištenja istih, kao i svemu što mu može pružiti informacije o naučnim istraživanjima i tehnološkim inovacijama.

(2) Zdravstvene usluge, pružaoci usluga i profesionalci moraju obezbijediti informacije skrojene prema pacijentu, naročito uzimajući u obzir religiozne, etničke ili jezičke osobenosti pacijenta.

(3) Zdravstvene ustanove imaju obavezu da sve informacije učine pristupačnim, uklanjajući birokratske prepreke, obrazujući pružaoce zdravstvenih usluga, te pripremajući i distribuirajući informativni materijal.

(4) Pacijent ima pravo na direktan pristup njegovom/njenom kliničku i medicinsku dokumentaciju (istorija bolesti, protokoli, zdravstveni kartoni), može ih fotokopirati, postavljati pitanja o njihovom sadržaju i obezbijediti ispravke bilo kakvih grešaka koje se možda u njima nalaze.

(5) Bolnički pacijent ima pravo na kontinuiranu i iscrpnu informaciju; ovo može garantovati „tutor“.

(6) Svaki pojedinac ima pravo na direktan pristup informacijama o naučnom istraživanju, farmaceutskoj brizi i tehnološkim inovacijama. Ove informacije mogu doći ili od javnih ili od privatnih izvora, pod uslovom da one zadovoljavaju kriterij tačnosti, pouzdanosti i transparentnosti.

Član 5. Pravo na pristanak

(1) Svaki pojedinac ima pravo na pristup svim informacijama koje mu/joj mogu pomoći da aktivno učestvuje u odlukama koje se tiču njegovog/njenog zdravlja; ove informacije su preduslov za bilo kakvu proceduru ili tretman, uključujući učestvovanje u naučnim istraživanjima.

(2) Pružaoci zdravstvenih usluga i profesionalci moraju pružiti pacijentu sve informacije koje se tiču tretmana ili operacije kojoj treba biti podvrgnut, uključujući rizik i neugodnosti koji uz to idu, neželjene pojave i alternative. Ove informacije moraju biti date na vrijeme (dati dovoljno vremena unaprijed – najmanje 24 sata) da bi pacijent bio u mogućnosti da aktivno učestvuje u izboru terapije koja se odnosi na njegovo ili njeno zdravstveno stanje.

(3) Pružaoci zdravstvenih usluga i profesionalci moraju koristiti jezik poznat pacijentu i komunicirati na način koji je razumljiv osobama bez tehničkog predznanja.

(4) U svim situacijama u kojima zakonski predstavnik može dati informirani pristanak, pacijent, maloljetna ili odrasla osoba koja nije u stanju da razumije ili da izrazi svoju volju i dalje mora biti uključena koliko je moguće u donošenju odluka koje se tiču njega ili nje.

(5) Informirani pristanak pacijenta mora biti dobiven na ovoj osnovi.

(6) Pacijent ima pravo da odbije tretman ili medicinsku intervenciju i da promijeni mišljenje tokom tretmana, odbijajući njegov nastavak. Pacijent ima pravo da odbije informaciju o svom zdravstvenom stanju.

Član 6. Pravo na slobodan izbor

(1) Svaki pojedinac ima pravo da slobodno bira između različitih procedura tretmana i pružaoca istih, a na osnovu adekvatnih informacija.

(2) Pacijent ima pravo da odluči kojim dijagnostičkim pregledima i terapijama će biti podvrgnut i kod kojeg ljekara u primarnoj zaštiti, specijaliste ili u kojoj bolnici.

(3) Zdravstvene ustanove imaju obavezu da im garantuju to pravo, pružajući pacijentu informacije o različitim centrima i ljekarima koji su u mogućnosti da im pruže određeni tretman, kao i o rezultatima njihovih aktivnosti. Oni moraju ukloniti bilo kakvu prepreku koja ograničava praktikovanje ovog prava.

(4) Pacijent koji nema povjerenje u svog ljekara ima pravo da se opredijeli za drugog.

Član 7. Pravo na privatnost i povjerljivost

(1) Svaki pojedinac ima pravo na povjerljivost ličnih informacija, uključujući informacije vezane za njegovo/njeno zdravstveno stanje i potencijalne dijagnostičke i terapijske procedure, kao i na zaštitu njegove ili njene privatnosti u toku izvođenja dijagnostičkih pregleda, posjeta specijalisti i medicinskih/hirurških tretman uopšteno.

(2) Svi podaci i informacije koje se odnose na zdravstveno stanje pojedinca i na medicinske/hirurške tretmane kojima su on ili ona podvrgnuti se moraju smatrati privatnim i, kao takve, moraju biti adekvatno zaštićene.

(3) Lična privatnost mora biti poštovana, čak i tokom medicinskih/hirurških tretmana (dijagnostički pregledi, posjete specijalisti, medikamentozno liječenje itd.), koje se moraju odvijati u odgovarajućem okruženju i u prisustvu samo onih koji zaista moraju biti prisutni (osim ukoliko pacijent nije izričito dao pristanak ili zahtijevao).

Član 8. Pravo na poštivanje pacijentovog vremena

(1) Svaki pojedinac ima pravo na potrebni tretman unutar brzog i predviđenog vremenskog perioda. Ovo pravo se odnosi na svaku fazu tretmana.

(2) Zdravstvene ustanove imaju obavezu da koriguju vrijeme čekanja unutar kojeg određene usluge moraju biti pružene, a na osnovu specifičnih standarda i u ovisnosti o stepenu urgentnosti slučaja.

(3) Zdravstvene ustanove moraju svakom pojedincu garantovati pristup uslugama, osiguravajući trenutačno ubacivanje ukoliko postoje liste čekanja.

(4) Svaki pojedinac koji to traži ima pravo pregledati liste čekanja, unutar okvira poštivanja normi privatnosti.

(5) Kadgod zdravstvene ustanove nisu u mogućnosti pružiti usluge unutar predviđenog maksimalnog mogućeg vremena, mora mu se garantovati mogućnost traženja alternativnih usluga sličnog kvaliteta

i svi troškovi koje pacijent snosi moraju biti nadoknađeni unutar razumnog vremena.

(6) Ljekari moraju posvetiti dovoljno vremena svojim pacijentima, uključujući vrijeme provedeno u pružanju informacija.

Član 9.

Pravo na praćenje standarda kvaliteta

(1) Svaki pojedinac ima pravo na pristup visoko kvalitetnim zdravstvenim uslugama na osnovu specifikacije i praćenja preciznih standarda.

(2) Pravo na kvalitetne zdravstvene usluge zahtijeva da zdravstvene ustanove i profesionalci obezbijede zadovoljavajući nivo tehničkog izvođenja, komfora i humanih odnosa. Ovo implicira specifikaciju i posmatranje preciznih standarda kvaliteta, koji su utvrđeni javnim i konsultativnim procedurama koje se, s vremena na vrijeme, razmatraju i procjenjuju.

Član 10.

Pravo na sigurnost

(1) Svaki pojedinac ima pravo da bude pošteđen štete uzrokovane lošim funkcionisanjem zdravstvenih ustanova, medicinske loše prakse i grešaka, kao i na pravo pristupa zdravstvenim uslugama i tretmanima koji zadovoljavaju visoke standarde sigurnosti.

(2) Da bi se garantovalo ovo pravo, bolnice i zdravstvene ustanove moraju kontinuirano pratiti faktore rizika i obezbijediti da se medicinska oprema pravilno održava i da su operateri adekvatno obučeni.

(3) Svi zdravstveni radnici moraju u potpunosti biti odgovorni za sigurnost svih faza i elemenata medicinskog tretmana.

(4) Doktori medicine moraju biti u mogućnosti da spriječe rizik od grešaka praćenjem ranijih slučajeva i učestvovanjem u kontinuiranoj obuci.

(5) Zdravstveni radnici koji prijave postojanje rizika svojim nadređenim i/ili kolegama moraju biti zaštićeni od mogućih neželjenih posljedica.

Član 11.

Pravo na inovacije

(1) Svaki pojedinac ima pravo na pristup inovativnim procedurama, uključujući dijagnostičke procedure, a prema međunarodnim standardima i neovisno o ekonomskim ili finansijskim okolnostima.

(2) Zdravstvene ustanove imaju obavezu da promoviraju i održavaju istraživanja na biomedicinskom polju, obraćajući naročito pažnju na rijetka oboljenja.

(3) Rezultati istraživanja moraju biti adekvatno distribuirani.

Član 12.

Pravo na izbjegavanje nepotrebne patnje i bola

(1) Svaki pojedinac ima pravo da izbjegne patnju i bol koliko je to moguće, u svakoj fazi njegove ili njene bolesti.

(2) Zdravstvene ustanove se moraju obavezati na preuzimanje svih mjera kako bi se to postiglo, kao što je obezbjeđivanje palijativnih tretmana i simplificiranje pacijentovog pristupa njima.

Član 13.

Pravo na lični tretman

(1) Svaki pojedinac ima pravo na dijagnostičke ili terapeutske programe skrojene prema njegovim ili njenim ličnim potrebama koliko god je to moguće.

(2) Kako bi to postigle, zdravstvene ustanove moraju garantovati fleksibilne programe, orijentirane koliko je moguće ka pojedincu, osiguravajući da kriteriji ekonomske održivosti ne prevladaju nad pravom na zdravstvenu zaštitu.

Član 14.

Pravo na žalbu

(1) Svaki pojedinac ima pravo na žalbu kadgod je ona ili on pretrpio štetu i pravo na odgovor ili neku drugu povratnu informaciju.

(2) Zdravstvene ustanove moraju garantovati praktikovanje ovog prava, pružajući (uz pomoć trećih strana) pacijentima informacije o njihovim pravima i osposobljavajući ih da prepoznaju kršenja prava i da formalizuju svoje žalbe.

(3) Žalba mora biti praćena iscrpnim pismenim odgovorom od strane rukovodstva zdravstvenih ustanova unutar definisanog fiksnog vremenskog perioda.

(4) Žalbe moraju biti podnesene kroz standardne procedure i procesuirane od strane neovisnih tijela i/ili organizacija građana i ne mogu prejudicirati pravo pacijenata da poduzmu zakonske korake ili tražiti alternativna rješenja sporova.

Član 15.

Pravo na kompenzaciju

(1) Svaki pojedinac ima pravo na zadovoljavajuću kompenzaciju unutar razumno kratkog vremena kada su on ili ona bili podvrgnuti fizičkoj ili moralnoj i psihološkoj povredi uzrokovanoj tretmanu u zdravstvenoj ustanovi.

(2) Zdravstvene ustanove moraju garantovati kompenzaciju, bez obzira na težinu štete i njen uzrok (od dugog čekanja do slučaja loše prakse), čak i kada se krajnja odgovornost ne može u potpunosti odrediti.

III PREPORUKE ZA IMPLEMENTACIJU POVELJE

Član 16.

Zakonodavstvo

Očekuje se od ministarstava/odjela zdravstva/zdravlja da reafirmišu prava pacijenata koja su već regulisana zakonima o zdravstvenoj zaštiti Federacije BiH član 26-34, RS članovima 9-16, Distrikt Brčko, članovima 25-33, uključujući inovacije u poglavljima koja se odnose na kaznene odredbe za prekršioce odredbi zakona koje se odnose na prava pacijenata.

Očekuje se od Ministarstava/odjela zdravstva/zdravlja da u skladu sa sa reafirmisanim pravima pacijenata i 14 prava pacijenata iz Evropske povelje usvoje Povelju o pravima pacijenata u BiH.

Član 17.
Informacije i obrazovanje

Očekuje se da će Povelja, kao sredstvo informisanja i obrazovanja građana i zdravstvenih radnika, biti promovisana u bolnicama i drugim zdravstvenim institucijama i organizacijama. Očekuje se da će Povelja biti promovisana u školama, na univerzitetima i svim drugim mjestima. Posebnu pažnju treba posvetiti edukaciji pacijenata zdravstvenih profesionalaca i drugih učesnika u zdravstvenoj zaštiti. Očekuje se od svih medija u BiH da preuzmu posebnu ulogu u informisanju javnosti o pravima pacijenata u BiH.

Član 18.
Podrška

Očekuje se da će Povelju podržati i prihvatiti svi učesnici u zdravstvenoj zaštiti i organizacije građana, te da će definisati svoje obaveze u poštovanju prava pacijenata

Član 19.
Praćenje (Monitoring)

Očekuje se da će organizacije civilnog društva informativni mediji i neovisni autoriteti koristiti Povelju kao sredstvo za praćenje stanja prava pacijenata. Očekuje se da će posebnu ulogu u praćenju poštivanja prava pacijenata imati specijalizirane organizacije civilnog društva (Helsinški komitet, Transparency International i drugi) pri kojima bi se trebale osnovati posebne sekcije za zaštitu prava pacijenata u BiH. Od istih se očekuje da će objavljivati periodične izvještaje o stanju prava pacijenta u BiH

Član 20.
Dijalog

Očekuje se da će sadržaj Povelje otvoriti dijalog među svim akterima u društvu u cilju izrade politike, programa i planova za zaštitu prava pacijenata. Takav dijalog bi se trebao voditi između vladinih organa, javnih i privatnih kompanija uključenih u zdravstvenu zaštitu, kao i između profesionalnih udruženja i radničkih sindikata.

Član 21.
Budžet

Očekuje se da će ministarstva/odjeli zdravstva/zdravlja i fondovi zdravstvenog osiguranja kao i druge relevantne organizacije odvojiti procenat budžeta za promovisanje Povelje, implementaciju programa i planova koji se bave pravima pacijenata i za rješavanje specifičnih situacija (na primjer, liste čekanja), ili za zaštitu onih koji su u veoma kritičnim situacijama (kao što su mentalno oboljeli).

Član 22.
Zaštita

Očekuje se da će agencije za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu BiH na osnovu akreditacijskih standarda i kroz provođenje akreditacijskog programa, a u okviru standarda koji tretiraju prava pacijenata i uravnoteženom pristupu i vodeći računa o djelovanju svih aktera u sistemu zdravstvene zaštite, doprinijeti sveobuhvatnijem poštivanju prava pacijenta u BiH, uvažavajući pri tom i pritužbe pacijenata.

Dana 03.03.2006. godine ●



Savjet Europe
Komitet
Ministara

**Preporuke Rec(2006)7
Komiteta Ministara zemljama članicama
o menadžmentu sigurnosti pacijenta
i prevenciji nepovoljnih događaja u
zdravstvenoj zaštiti**

(Usvojeno od Komiteta Ministara temelju člana 15.b Statuta Savjeta Europe 24. maja 2006. godine na 965. sastanku Zamjenika Ministara)

Uzimajući u obzir da je cilj Savjeta Europe postizanje većeg jedinstva među njenim članicama i da se taj cilj može slijediti, pored ostalog, usvajajući zajednička pravila u polju zdravstva;

Uzimajući u obzir da je pristup sigurnoj zdravstvenoj zaštiti osnovno pravo svakog građanina u svim zemljama članicama;

Priznajući da je greška svojstvena svim poljima ljudske djelatnosti, i da je moguće učiti iz pogrešaka i prevenirati njihovu ponovnu pojavu, tako da davaoci zdravstvenih usluga i organizacije koje su postigle visok nivo sigurnosti imaju kapacitete da priznaju greške i iz njih uče;

Uzimajući u obzir da bi pacijenti trebali učestvovati u odlučivanju o njihovoj zdravstvenoj zaštiti, i priznajući da oni koji rade u zdravstvenim sistemima treba da ih opskrbe s odgovarajućim i jasnim informacijama o potencijalnim rizicima i njihovim posljedicama, s ciljem da dobiju njihov informirani pristanak na tretman;

Pozivajući se na Član 2 Konvencije o ljudskim pravima i biomedicini Savjeta Europe (ETS No. 164) koji uspostavlja prvenstvo ljudskog bića nad interesom društva ili nauke, i pozivajući se na Član 3 o pravednom pristupu zdravstvenoj zaštiti odgovarajućeg kvaliteta;

Smatrajući da metodologija za razvoj i implementaciju politika pacijentove sigurnosti prelazi nacionalne granice i da njihova evaluacija zahtijeva znatne resurse i ekspertizu i da ih stoga treba razmjenjivati;

Pozivajući se na Preporuku Nos. R(97) 5 o zaštiti medicinskih podataka, R(97) 17 o razvoju i implementaciji sistema poboljšanja kvaliteta zdravstvene zaštite, i R(2000) 5 o razvoju struktura za učešće građana i pacijenata u procesu odlučivanja kad je riječ o zdravstvenoj zaštiti, i njenu Rezoluciju ResAP(2001) 2 koja se tiče uloge farmaceuta u okviru zdravstvene sigurnosti, koja eksplicitno upućuje na partnerski rad s drugim zdravstvenim profesionalcima;

Konstatirajući značaj ciljeva Svjetske zdravstvene organizacije «Zdravlje za sve» u Europskoj regiji (cilj 2) i njene političke dokumente o poboljšanju zdravlja i kvaliteta života, i uzimajući u obzir Rezoluciju 55.18(2002) – «Kvalitet zaštite: sigurnost pacijenta» Zdravstvene Skupštine koja prepoznaje potrebu da se sigurnost pacijenta promovira kao fundamentalni princip zdravstvenih sistema;

Smatrajući da je sigurnost pacijenta temeljna filozofija poboljšanja kvaliteta i da stoga treba poduzeti sve moguće mjere za organizaciju i promociju edukacije o sigurnosti pacijenta i kvalitet edukacije o zdravstvenoj zaštiti;

Smatrajući da se isti principi sigurnosti pacijenta jednako primjenjuju na primarnu, sekundarnu i tercijarnu zaštitu i za sve zdravstvene profesije, kao i na promociju zdravlja, prevenciju, dijagnozu, tretman, rehabilitaciju i druge aspekte zdravstvene zaštite;

Priznajući potrebu da se promovira otvorena koordinacija nacionalne i međunarodne regulacije koja se tiče istraživanja o sigurnosti pacijenta,

Preporučujemo da vlade zemalja članica, u skladu sa svojim kompetencijama:

- i. osiguraju da sigurnost pacijenta bude ugaoni kamen svih relevantnih zdravstvenih politika, posebno politika za poboljšanje kvaliteta;
- ii. razviju koherentan i sveobuhvatan okvir za politiku sigurnosti pacijenta koji
 - a. promovira kulturu sigurnosti na svim nivoima zdravstvene zaštite;
 - b. zagovara proaktivan i preventivni pristup u oblikovanju zdravstvenih sistema za sigurnost pacijenta;
 - c. čini da je sigurnost pacijenta prioritet za upravljanje i rukovođenje u zdravstvenim organizacijama;
 - d. naglašava značaj učenja iz incidenata koji narušavaju sigurnost pacijenta;
- iii. promovira razvoj sistema izvještavanja o incidentima koji narušavaju sigurnost pacijenta s ciljem da se ojača sigurnost pacijenta izvlačanjem pouka iz takvih incidenata; takav sistem trebalo bi da (je):
 - a. po svojoj svrsi nekaznen i pošten;
 - b. neovisan o drugim regulatornim procesima;
 - c. oblikovan na takav način da potiče zdravstvene profesionalce i zdravstveno osoblje da izvještavaju o incidentima sigurnosti (na primjer, gdje god je to moguće, izvještavanje treba da bude dobrovoljno, anonimno i povjerljivo);
 - d. uspostavlja lokalni sistem za prikupljanje i analizu izvještaja o nepovoljnim događajima, a kada postoji potreba, i cjelovit na regionalnom ili nacionalnom nivou s ciljem da se poboljša sigurnost pacijenta; u tu svrhu treba specifično alocirati resurse;
 - e. uključuje i javni i privatni sektor;
 - f. olakšava uključivanje pacijenata, njihove rodbine i svih drugih neformalnih njegovatelja u svim aspektima postupanja koja se tiču sigurnosti pacijenta, uključujući izvještavanje o incidentima koji narušavaju sigurnost pacijenta;
- iv. pregleda ulogu drugih postojećih izvora podataka, kao što su žalbe pacijenata i kompenzacijski sistemi, kliničke baze podataka i sistemi monitoringa, kao i dopunski izvori informacija o sigurnosti pacijenta;
- v. promovira razvoj edukacijskih programa za sve relevantno zdravstveno osoblje, uključujući menadžere, radi poboljšanja razumijevanja kliničkog odlučivanja, sigurnosti, upravljanja rizikom i odgovarajućih pristupa u slučaju incidenta koji narušava sigurnost pacijenta;
- vi. razvija pouzdane i validne pokazatelje sigurnosti pacijenta za različite zdravstvene ustanove i organizacije koji se mogu koristiti radi utvrđivanja problema sigurnosti, evaluacije učinkovitosti intervencija kojima se nastoji poboljšati sigurnost i radi međunarodnih poređenja;
- vii. surađuje na međunarodnom planu radi izgradnje platforme za međusobnu razmjenu iskustva i znanja o svim aspektima sigurnosti zdravstvene zaštite, uključujući:
 - a. proaktivno oblikovanje sigurnih zdravstvenih sistema;
 - b. izvještavanje o incidentima koji narušavaju sigurnost pacijenta, i učenje iz incidenata i izvještaja;
 - c. metode za standardiziranje procesa zdravstvene zaštite;
 - d. metode za identifikaciju rizika i menadžment rizika;
 - e. razvoj standardiziranih pokazatelja sigurnosti pacijenta;
 - f. razvoj standardne nomenklature/taksonomije za sigurnost pacijenta i sigurnost procesa zaštite;
 - g. metode uključivanja pacijenata i njegovatelja s ciljem da se poboljša sigurnost;
 - h. sadržaj programa obuke i metoda za implementaciju kulture sigurnosti koja će utjecati na stavove ljudi (i pacijenata i osoblja);
- viii. promovira istraživanje o sigurnosti pacijenta;
- ix. proizvodi redovite izvještaje o poduzetim akcijama na nacionalnom nivou radi poboljšanja sigurnosti;
- x. gdje god je to moguće, primjenjuje mjere koje su navedene u dodatku ovim preporukama;
- xi. prevodi ovaj dokument i razvija odgovarajuće lokalne strategije za implementaciju; zdravstvene organizacije, profesionalna tijela i edukacijske institucije trebalo bi da su svjesni postojanja ovih preporuka i da slijede metode koje se ovdje predlažu tako da se ključni elementi mogu primijeniti u svakodnevnoj praksi ●

AKTUELNO

23rd International Conference
The International Society for Quality in Health Care
QEII Centre, London, U.K., 22 to 25 October, 2006



There was an excellent response to the Call for Papers for brief paper and poster presentation sessions for [ISQua's 2006 Conference in London](#). Just over 450 abstract proposals from 46 countries were registered. Each abstract was evaluated using strict criteria by at least two reviewers each in different countries. Following their reports, final recommendations have now been agreed by the London Planning and Program Committee.

Abstract number: 161

Title: First External Assessment of Hospitals and Health Centers in Bosnia and Herzegovina - Lessons learned
Authors: Ridjanovic Z, Stevic S, Novo A
Track: Accreditation



This 3-day Guideline event leads to the heart of Europe and will link two CPG-symposia open to health professionals interested in CPGs in Vienna, Austria, on October 9th and in Budapest, Hungary, on October 11th followed by a G-I-N-WHO workshop on Guideline Development

EDUKACIJA

KLINIČKI AUDIT

Ahmed Novo, Medicinski fakultet Univeziteta u Sarajevu

UVOD

Audit je imenica koja se sa engleskog jezika prevodi kao: revizija, provjera, pregled, poreska kontrola (Morton-Benson dictionary). U našem jeziku nemamo adekvatnu riječ koja vjerno oslikava značenje, a i zbog toga što se audit često prevodi kao inspekcija što apsolutno ne odgovara značenju, pogotovo unutar akreditacijskog procesa, odlučili smo se da zadržimo originalni engleski termin – audit. Klinički audit se koristi kao krovni termin za bilo koji audit vođen od strane profesionalaca u zdravstvenoj zaštiti. U literaturi je moguće naći i termin medicinski audit koji se striktno bavi medicinskim stvarima, dok je u klinički audit uključen multidisciplinarni tim.⁽¹⁾ Audit je način na koji se formalno evaluira zdravstvena zaštita postavljanjem standarda, mjerenjem aktivnosti i implementiranjem promjena.

Ovdje navodimo i dvije definicije šta je to klinički audit: Sistematična, kritična analiza kvaliteta zdravstvene njege, uključujući procedure korištene za dijagnozu i tretman, korištenje resursa i rezultati kako liječenje ima uticaj na kvalitet života pacijenta⁽²⁾ i Klinički audit koji obuhvata sistematski pogled na procedure korištene za dijagnozu, njegu i tretman, koji ispituje kako su pomoćni resursi korišteni i na koji način efekat njege ima uticaj na kvalitet života pacijenta.⁽³⁾

Drugim riječima, klinički audit pomaže u unapređenju kvaliteta usluge koja se nudi pacijentima ili potrošačima zdravstvene usluge. Bez neke forme kliničkog audita veoma je teško znati da li se praksa obavlja efikasno, a i mnogo je teže to demonstrirati drugima.

Uvesti audit u redovnu kliničku praksu nije lako zbog pasivnog i aktivnog otpora ljekara. Najčešći razlozi, ili bolje rečeno izgovori ljekara zašto ne sprovode audit navedeni su u tabeli 1. Navodimo primjer iz Engleske koji se gotovo bez izuzetka može primijeniti na cijeli svijet.

Tabela 1. Najčešći izgovori ljekara zašto ne sprovode audit – Engleska⁽¹⁾

| |
|---|
| Ja imam jako puno posla, puno je bolje da više vremena provodim s pacijentima |
| Da, ali ja nemam kompjuter. |
| Ja sam zainteresiran, ali ne vjerujem da će me moje kolege pratiti. |
| Sve brojke u ovoj bolnici su pogrešne. |
| U mojoj oblasti (specijalnosti) audit su veoma teški. |
| Nema nikoga ko bi nam mogao pomoći da započnemo. |
| To će samo pokazati da nemamo dovoljno novca, a to već znamo. |
| Hoćemo, samo da dobijemo nove instrukcije za kodiranje. |
| Ja svakako ubrzo idem u penziju. |

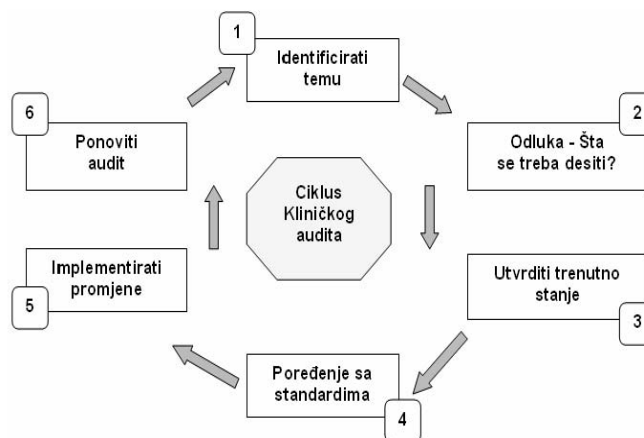
Oblasti u kojima se radi audit

Jedan od najvećih autoriteta u oblasti kvaliteta zdravstvene zaštite, Anabedis Donabedian je cjelokupnu zdravstvenu zaštitu podijelio na tri oblasti: strukturu, proces i rezultat.⁽⁴⁾ To su svakako i oblasti u kojima se može izvoditi audit:

- Struktura - broj pacijenata na određenoj listi, kapaciteti na raspolaganju pacijentu, zadovoljstvo pacijenta sa opremom u prostoriji za čekanje, odnos, osoblje - pacijenti: koliko pacijenata dolazi na određeni broj medicinskih sestara;

- Proces – sve ono što se bilježi u karton pacijenta, urađeni testovi, vrste i količine propisanih lijekova, broj pregleda i konsultacija;
- Ishod - to je produkt strukture i procesa. Audit ishoda su veoma popularni zato što direktno pokazuju kako to utiče na njegu pacijenta, npr. incidenca trudnoće kod tinejdžerki poslije kampanje promocije hitne kontracepcije, proporcija pacijenata bez koronarne srčane bolesti koji puše, a dobili su savjet o prestanku pušenja, itd.

Neki audit se rade godinama, ali u principu, za razliku od popularnog mišljenja, audit ne bi trebao da bude kompliciran niti mučan posao. Audit bi trebao da bude jednostavan i brz: za prikupljanje podataka, analizu i akcioni plan ne treba utrošiti više od sat ili dva.^(4,5,6) Element koji uzima najviše vremena u svakom auditu je implementacija zahtjevanih promjena.



Slika 1. Ciklus kliničkog audita⁽⁵⁾

Samu strukturu kliničkog audita je najbolje prikazati kroz grafikon prikazan na slici 1. Ciklus kliničkog audita. Prvi korak u kliničkom auditu je identifikacija teme. To može biti oblast koja vas brine, odnosno oblast u kojoj očekujete problem ili imate aktualan problem ili vas ta tema naročito interesira. Pod 2 donosite odluku, šta stvarno treba da se desi: Razmislite kako biste stvarno željeli da se stvari dešavaju u vezi s vašom temom. Postavite kriterije i standarde koji trebaju biti realistični i klinički opravdani, ako je to primjenljivo. Npr. 90% pacijenata kod kojih je identificirana hipertenzija trebaju imati izmjeren tlak u zadnjih 12 mjeseci. 90% je standard, ostatak je kriterij. Treći korak uključuje posmatranje šta se stvarno dešava i sakupiti podatke za mjerenje u određenom vremenskom periodu (ne treba da uzme previše vremena). Proces će ubrzati: dobro planiranje, dobro dizajnirani formulari za prikupljanje informacija i uključivanje cijelog tima. Pod četvrtim korakom treba uporediti ima li razlike između standarda određenih pod 2 i rezultata dobivenih pod 3. Pod 5 treba implementirati promjene. Ako se standardi i rezultati razlikuju, dobro je identificirati zašto je to tako. Ako su standardi ispunjeni u potpunosti, audit je opet koristan jer imate dokaz da dobro radite. I kao posljednji, esencijalni korak u ciklusu, nužno je ponoviti klinički audit svakih 6 ili 12 mjeseci. To će indicirati kako su efikasne bile promjene ili kako dalje posmatrati situaciju. Ovaj proces evaluacije i promjena mogu napraviti vidljiva unapređenja u načinu rada.

Razlika između istraživanja i kliničkog audita

Bez obzira na metodološke, ali i suštinske razlike između istraživanja i kliničkog audita (Tabela 2). Razlika između istraživanja i kliničkog audita) oni jedan drugog ne poništavaju. Razlozi koji su postojali za naučno istraživanje postoje i dalje. Bez obzira na različitosti postoje i brojne sličnosti između istraživanja i kliničkog audita.

Tabela 2. Razlika između istraživanja i kliničkog audita

| ISTRAŽIVANJE | KLINIČKI AUDIT |
|---|--|
| Cilj istraživanja je da ustanovi šta je najbolja praksa | Cilj je da identificira načine unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite |
| Dizajnirano je tako da može biti ponovljeno na drugim sličnim grupama | Specifičan je za određenu grupu pacijenata i ne mogu se primijeniti na druge |
| Cilj je da generira novo i uveća ukupno znanje | Cilj kliničkog audita je da se unaprijedi zdravstvena usluga |
| Obično ga iniciraju istraživači | Obično ga vode oni koji obezbjeđuju uslugu |
| Vođeno teorijom | Baziran na praksi |
| Istraživanje je obično pojedinačna studija | Proces koji traje u kontinuitetu (ongoing) |
| Može uključivati administraciju placeba | Nikada ne uključuje administraciju placeba |
| Može uključiti kompletno novi tretman | Nikada ne uključuje potpuno novi tretman |
| <i>Adaptirano po Maddenu (1991) i Firth-Cozensu (1993)</i> | |

12 zlatnih pravila za uspješan audit

1. Izaberite temu koja vas stvarno interesuje:

Biće jako teško zadržati entuzijazam za audit koji vas ne inspirira. Svi članovi tima bi trebali imati neko interesovanje za temu. Međutim, u literaturi je lako pronaći da dosadni audit također mogu biti veoma važni za pacijente.

2. Uzmite za temu nešto što predosjećate da treba biti izmjenjeno

Teme u vezi sa nacionalnim ciljevima ili sa lokalnim prioritetima mogu biti okidač za početak audita. Audit koji rezultiraju vidljivim unapređenjima njege pacijenta motiviraće vaš tim da nastavi sa auditom. Rijetka stanja su dobra za signifikantni klinički audit.

3. Ne započinjite audit sami

U idealnom slučaju nekoliko ljudi bi trebalo da bude uključeno. Klinički audit je mnogo jednostavniji ako su u njega uključene kolege sa svakog nivoa zbog toga što, kada dođe do uvođenja promjena u praksu, postojaće manje otpora.

4. Audit treba biti kratak i jednostavan

Radite audit malih oblasti. Mnogi projekti su odbačeni u ranoj fazi zbog preambicioznih planova koji onemogućavaju da budu sprovedeni u raspoloživom vremenu. Uvijek postavite raspored i potrudite se da ga ispoštujete.

5. Koristite realistične kriterije i standarde

Koristite realistične kriterije i standarde. Standardi koje postavite trebali bi biti minimalni standardi koje vi smatrate prihvatljivim. Neki standardi trebaju biti ispunjeni 100%, npr. svim pacijentima sa infarktom miokarda bi trebao biti dat aspirin ako to nije kontraindicirano, dok bi drugi teško mogao biti ispunjen i 70%, npr. pacijenti bi trebali biti primljeni 15 min. od njihovog zakazanog termina. Težite perfekciji (exellence) svim silama, ali zapamtite da živimo u stvarnom svijetu.

6. Planirajte strategiju za audit

Planirajte sve nivoe prije početka, pripremite protokol sa detaljima i ciljem audita, kriterije i standarde i kako će informacije biti prikupljene i kako će rezultati biti spovedeni u akciju. Pokušajte pretpostaviti sve teškoće.

7. Ne sakupljajte više podataka nego što vam stvarno treba

Također, nemojte sakupljati ni premalo podataka na osnovu kojih nećete moći izvući nikakav koristan zaključak. Koristite DA/NE odgovore ili Likertovu skalu. Nikada nećete moći sakupiti podatke od svih pacijenta kojih se audit tiče.

8. Uradite prvo "pilot" audit

Uradite prvo "pilot" audit, ispravite greške, pa onda radite „pravi“.

9. Analizirajte podatke

Ovo je možda isuviše očigledno, ali ljudi ponekad prikupe podatke i onda ih sakriju, tako da prikupljeni podaci nikada ponovo neće biti viđeni.

10. Implementirajte promjene

Implementirajte promjene – to je namjera audita. Ako su svi standardi ispunjeni, upitajte se da li su bili postavljeni prenisko.

11. Podijelite rezultate s drugima i nemojte nikoga optuživati

Usvojite "niko nije kriv" pristup auditu. Ako vaš audit ističe insuficijentnost u bilo čemu, koristite to kao obrazovno iskustvo i učinite sve što moguće da bi ih ispravili. Čak, ako i rezultati nisu dobri, to barem pokazuje da vi kontrolišete (monitorirate) vašu praksu. Nekada rezultate audita nećete moći dijeliti s drugima. Zbog toga nemojte biti utučeni nego napravite poboljšanja u vašem radu.

12. Ponovite audit

Nakon nekog vremena 6-12 mjeseci ponovite audit koristeći istu metodologiju. Ovaj put će biti mnogo lakše uraditi audit jer ste već završili planiranje i imate iskustvo.

Korist od uvođenja audita u redovnu kliničku praksu

Da bi uveli audit u redovnu kliničku praksu, potrebno je i jasno demonstrirati na koji način audit doprinosi uspješnijem radu zdravstvenih profesionalaca odnosno svih zaposlenih u zdravstvenom sistemu:

- Unapređeno zadovoljstvo i njega pacijenta;
- Kontinuirana edukacija – učite kako se klinički audit sprovodi kao i o temi koju obrađujete i kako problemi mogu biti savladani;
- Unapređuje se timski rad - audit ne morate raditi sami, puno je bolje ako su svi uključeni;
- Efektivnija je komunikacija među svima uključenim u njegu pacijenata i uopće u procesu zdravstvene zaštite;
- Klinički audit obezbjeđuje čvrste dokaze koji će opravdati promjene, povećati kvalitet "radnog života" (pomaže promjeni loše radne prakse), povećati efikasnost, maksimalizirati finansiranje ili prihode za organizaciju (npr. da osigura da su sve usluge "poslane da budu naplaćene") ●

LITERATURA

1. Shaw CD. Specialty medical audit. King's Fund Centre. London, 1992. 206 pp.
2. Scottish Home and Health department. Medical audit (NHS Scottish working paper no.2). London: HMSO, 1989.
3. Department of Health. Working for patients: Medical audit (working paper no.6). London: HMSO, 1989.
4. Reuben E. Vrsnoća medicinske skrbi. Medicinska naklada Zagreb: 2003; 24-6.
5. French S, Reynolds F, Swain J. Practical research. A guide for Therapists. Butterworth-Heinemann. London 2002. 247-254.
6. Reuben E. Quality of Care. Medicinska naklada Zagreb: 2005; 111-4.