

## Sistemi vodenja kakovosti v primarni zdravstveni dejavnosti

Suzana Šuklar\*

Fakulteta za organizacijske študije v Novem mestu, Novi trg 5, 8000 Novo mesto, Slovenija  
suzana.suklar@gmail.com

### **Povzetek:**

**Namen in originalnost:** Namen raziskovanja je pojasniti izvor, razvoj in stanje sistemov vodenja kakovosti v primarni zdravstveni dejavnosti.

**Metoda:** Uporabili smo metodo sistematični pregled obstoječe literature kakovosti v zdravstvu.

**Rezultati:** Raziskava je pokazala izhodišča za razvoj in vzroke za uvajanje sistemov vodenja kakovosti ter predloge za nadaljnji razvoj kakovosti v primarnem zdravstvenem varstvu.

**Organizacija:** Organizacije iz primarne zdravstvene dejavnosti bodo dobile vpogled v stanje kakovosti v primarnem zdravstvenem varstvu v ostalih Evropskih državah in Sloveniji.

**Omejitve/nadaljnje raziskovanje:** Raziskava je omejena z manjšim številom obstoječih virov, ki so uporabljeni. V prihodnosti bi bilo smiselno raziskati, katere kazalnike kakovosti bi bilo smiselno meriti v primarni zdravstveni dejavnosti in na podlagi tega oblikovati nov model spremljanih ali obveznih kazalnikov kakovosti v primarni zdravstveni dejavnosti.

**Ključne besede:** kakovost, sistemi vodenja kakovosti, primarna zdravstvena dejavnost, zdravstvena oskrba, varnost pacientov.

## 1 Uvod

Dostopnost zdravstvenih storitev in spremljanje ter izboljševanje kakovosti le-teh je prednostna naloga vseh držav. Tudi Slovenija je sprejela Nacionalno strategijo za kakovost in varnost v zdravstvu (2010), ki izhaja iz Nacionalnih usmeritev za razvoj kakovosti v zdravstvu (2006), in s tem tudi ukrepe za zagotavljanje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe uporabnikov zdravstvenih storitev.

Predvsem vodstvo zdravstvenih ustanov iz različnih nivojev zdravstvene dejavnosti nosi odgovornost do pacienta, zaposlenih, ustanoviteljev in plačnikov. Zato vodje teh ustanov nosijo tudi odgovornost za uvajanje metod in orodij kakovosti in varnosti v zdravstvu. Kakovost ne bi smela biti ločena in posebna dejavnost zdravstvenih ustanov, ampak bi morala biti prepletena z vsakodnevnim delom in procesi.

Kakovosti v zdravstvu primanjkujejo predvsem kazalniki strukture (primernost opreme, izobraževanje zaposlenih, zadovoljstvo zaposlenih...) in procesa (kako je storitev dostavljena uporabniku, zadovoljstvo pacientov...), preveč pa je poudarka na kazalnikih izidov zdravljenja. Izidi zdravljenja niso odvisni samo od postopkov zdravljenja, ampak od številnih dejavnikov, na katere zdravstveni sistem nima vpliva (starost pacienta, resnost obolenja, socialno ekonomski status...), zato je pomen izidov zdravljenja za oceno storitev kakovosti in uspešnost ter učinkovitost organizacije manjši. V številnih virih najdemo dokaze, da samoocenjevanje, strokovna presoja, merjenje kazalnikov kakovosti in javna objava le-teh vodi v izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe.

\* Korespondenčni avtor / Correspondence author

Prejeto: 16.februar 2018; revidirano: 23. februar 2018; sprejeto: 26. februar 2018. /

Received: February 16, 2018; revised: February 23, 2018; accepted: February 26, 2018.

V zdravstvu pa je razvoj kakovosti zaenkrat še prepuščen posameznikom in ustanovam, ki se zavedajo pomena izboljševanja kakovosti. Tako so poskusi izboljšav bolj predmet samoiniciativnosti kot pa posledica sistemskih sprememb.

V središču pozornosti je v zdravstvu pacient. Zanj je pomembno, da lahko izvajalce med sabo primerja tako na področju preventive, diagnostike, zdravljenja kot tudi rehabilitacije. Če so ti podatki javno dostopni, lahko zdravnik in pacient izbirata med izvajalci zdravstvenih storitev, ki imajo dobre kazalnike izidov zdravljenja, zato morajo biti kazalniki krajevno in časovno primerljivi. Primarna zdravstvena dejavnost bi morala biti za pacienta, skupnost in Vlado še veliko pomembnejša, ker že od leta 1980 poleg kurative kroničnih obolenj nudi tudi preventivo. Na primarni ravni se torej že lahko ustvarijo odlični izidi zdravljenja oziroma se določene bolezni lahko preprečijo, kar pa pomembno vpliva na kasnejše stroške zdravstvene oskrbe. Pred stroški oskrbe pa je na prvem mestu predvsem kakovost življenja posameznika. (Ministrstvo za zdravje, 2006, str. 39 – 40)

V kolikor bolezen pravočasno preprečimo ali zmanjšamo tveganja za nastanek, bo nivo kakovosti načina njegovega življenja prav gotovo višji. Poleg tega se prebivalstvo vedno bolj stara, veliko je soobolevnosti, pacienti pa so vedno bolj informirani, zato bi moral biti razvoj kakovosti storitev primarnega nivoja zdravstvene dejavnosti prednostna naloga Vlade. Zaenkrat je problem ta, da ni nobenih finančnih spodbud za kakovostno delo v zdravstvu. Predvidene so le sankcije (finančne kazni) – npr.: če izvajalec na primarni ravni zdravstvene dejavnosti ne doseže plana preventivnih pregledov, prekorači povprečje napotitev, predpisuje zdravila tako, da ni v skladu s pravili ZZS itd.

Kakovost dela v zdravstvu lahko ocenimo na različne načine, najpogosteje pa s kazalniki kakovosti (Quality indicators). Kazalniki kakovosti so pomembni tako za izvajalca zdravstvenih storitev kot tudi za uporabnika (pacienta/varovanca). Organizacije najpogosteje merijo kazalnike kakovosti zato, da ugotovijo in spremljajo uspešnost in učinkovitost doseganja zastavljenih ciljev v planih. Na podlagi tega imajo nadzor, kontrolo in možnost pravočasnega ukrepanja ob odstopanjih. Uporabnik zdravstvene storitve pa s pomočjo kazalnikov kakovosti dobi informacijo, v katerih zdravstvenih ustanovah so zdravstvene storitve najbolj kakovostne in varne. Zato je pomembno, da so postavljeni kazalniki kakovosti merljivi, prikazani z absolutnimi vrednostmi in primerljivi v času in med ustanovami. (Kiauta et al., 2010)

Veliko izvajalcev zdravstvenih storitev gleda na kakovost v zdravstvu kot na dodatno birokratsko delo. Zato morajo biti kazalniki kakovosti postavljeni tako, da ni potrebno dodatno delo za njihovo meritev, ampak jih lahko izračunamo iz že obstoječih podatkov.

Načrtovan je bil razvoj kazalnikov kakovosti za vse ključne točke zdravstvene obravnave pacienta, saj bi le tako prikazali tudi gibanje pacienta skozi zdravstveni sistem.

Kljub vsemu so bili leta 2010 oblikovani le kazalniki kakovosti, ki jih je možno uporabiti, meriti in spremljati le v sekundarni zdravstveni dejavnosti. Zato je treba nujno raziskati, kateri

so kazalniki, ki jih merijo in spremljajo organizacije v primarni zdravstveni dejavnosti. Na podlagi zbranih podatkov bi bilo dobro oblikovati in določiti nabor kazalnikov kakovosti za primarno zdravstveno dejavnost, ki bi jih bilo za organizacije iz primarne zdravstvene dejavnosti priporočljivo meriti in spremljati.

V primarni zdravstveni dejavnosti je zelo malo raziskav o finančnih prihrankih in izboljševanju zdravstvenega stanja prebivalstva na račun kakovosti v zdravstvu (Kersnik, 2001). Veliko zaposlenih je preobremenjenih, da bi dajali prednost kakovosti ali da bi se z njo ukvarjali. Večina je slabo seznanjena s procesom obvladovanja kakovosti, zato velikokrat v zdravstvenih ustanovah še naletimo na odklonilni odnos do kakovosti, saj predvsem zdravniki kakovost dojemajo kot nadzor ali kontrolo. Vzrok pa je predvsem neznanje o kakovosti v zdravstvu. S tem velikokrat utrpita škodo tako pacient kot tudi zaposleni. Za sistemske napake se velikokrat kaže s prstom na posameznika, zato bi morali biti prednostni cilji vodstva v primarni zdravstveni dejavnosti predvsem zadovoljstvo pacientov, učinkovitost in izidi zdravljenja, zadovoljstvo zaposlenih, izboljšanje sodelovanja med zaposlenimi in dvig ugleda zavoda.

Namen preglednega članka je, da raziščemo razvoj sistemov vodenja kakovosti v zdravstvu. Na podlagi tega si lahko zastavimo cilj raziskave, ki je ugotoviti, kam segajo začetki razvoja kakovosti v Evropi, kako se je razvijala kakovost v zdravstvu v Sloveniji, kakšni so nadaljnji cilji razvoja kakovosti v primarni zdravstveni dejavnosti.

Raziskovalno vprašanje na katerega poskušamo odgovoriti je, katera so temeljna izhodišča za razvoj kakovosti in sistemov vodenja kakovosti v zdravstvu v Evropi in Sloveniji.

## **2 Teoretična izhodišča**

### **2.1 Mednarodna izhodišča razvoja kakovosti v zdravstvu**

Odbor ministrov Sveta Evrope je 30. septembra 1997 sprejel Priporočilo št. R (97) 17, Razvoj in izvajanje sistemov izboljševanja kakovosti v zdravstvenem varstvu, ki ga je pripravil Strokovni odbor za zagotavljanje kakovosti v zdravstvenem varstvu z namenom:

- večje enotnosti med članicami in zato skupne ukrepe na področju zdravstva,
- da je zdravstveno varstvo je temeljna pravica vsakega posameznika in skupnosti,
- da je treba upoštevati 11. člen Evropske socialne listine o pravici do varovanja zdravja,
- da 3. člen Konvencije o človekovih pravicah zahteva pravično dostopnost zdravstvenega varstva ustrezne kakovosti,
- da je nenehno izboljševanje kakovosti oskrbe prednostna naloga vsake članice, predvsem zaradi gospodarskih omejitev in zmanjšanih proračunov v zdravstvu,
- da zdravstvena oskrba obsega: strukturne in organizacijske vidike (dostopnost), vidike procesa (strokovno odličnost in gospodarno uporabo virov) ter dober izid oskrbe,
- da so zlasti pomembni vsi izidi v smislu zdravja, dobrega počutja in zadovoljstva bolnikov,

- da je za uporabnike nujno, da sodelujejo v lastnem zdravstvenem varstvu in ob spoznanju, da jim zdravstveni delavci morajo nuditi popolne in jasne informacije,
- da mora vsaka država članica podpirati splošno izobraževanje o zdravstvenih problemih, promociji zdravja in načinih preprečevanja in obvladovanja bolezni,
- da je zagotavljanje kakovostnega zdravstvenega varstva dolžnost vseh članic,
- da je pomemben vpliv tveganj v zdravstvu,
- da je izboljševanje kakovosti v zdravstvenem varstvu sorazmerno novo področje.

Odbor ministrov Sveta Evrope priporoča, da vse države članice pripravijo politične smernice in strukture, ki bodo podpirale razvoj in izvajanje sistemov izboljševanja kakovosti zdravstvenega varstva na vseh ravneh. (Svet Evrope, 2001, str. 7–8)

Države članice Svetovne zdravstvene organizacije so sprejele dokument Zdravje 21 – zdravje za vse v 21. stoletju. Navedenih je 21 ciljev. 16. cilj zdravstvene oskrbe se osredotoča na zdravstvene izide kot končno merilo kakovosti zdravstvene oskrbe. (World Health Organization, 1999, str. 174)

Leta 2002 se je začel projekt OECD za kakovost zdravstvenega varstva, katerega cilj je bil meriti in primerjati kakovost zagotavljanja zdravstvenih storitev v različnih državah. V okviru projekta so razvili niz kazalnikov na ravni zdravstvenih sistemov, ki omogočajo oceno vpliva posameznega dejavnika na kakovost zdravstvenih storitev. ([www.oecd.org/els/health-systems/health-care.quality-indicators.htm](http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care.quality-indicators.htm))

Projekt kazalnikov kakovosti zdravstvene oskrbe je vodila strokovna skupina, sestavljena iz predstavnikov držav OECD. Sodelujoče države v letu 2006 so bile: Avstralija, Avstrija, Kanada, Češka, Danska, Finska, Francija, Nemčija, Islandija, Irska, Italija, Japonska, Mehika, Nizozemska, Nova Zelandija, Norveška, Portugalska, Slovaška, Španija, Švedska, Švica, Združeno kraljestvo in Združene države. Cilj projekta je bil razviti niz kazalnikov, ki bi izražali stanje zdravstvenega sistema. (Kelley & Hurst, 2006, str. 1–3)

Do leta 2010 so morale države članice OECD zagotoviti, da se zdravstveno varstvo osredotoči na izide zdravljenja na vseh ravneh.

Glavne usmeritve so bile:

- Uspešnost strategij javnega zdravja naj se ugotovi z zdravstvenimi izidi. Poleg tega naj se primerjajo s stroškovno učinkovitostjo.
- Vse države naj bi imele nacionalne mehanizme za nenehno spremljanje in oblikovanje kakovosti zdravstvene oskrbe za najmanj 10 zdravstvenih stanj, vključno z merjenjem vpliva zdravja, stroškovne učinkovitosti in zadovoljstva pacientov.
- Izidi zdravljenja v najmanj petih od desetih zdravstvenih stanj morajo pokazati pomembno izboljšanje, ankete med uporabniki pa morajo pokazati večje zadovoljstvo pacientov (izboljšanje izkustev pacientov s kakovostjo zdravstvenih storitev, spoštovanje njihovih pravic). (Ministrstvo za zdravje, 2006, str. 19)

Evropska komisija na podlagi ugotovitev, da zdravstvene napake povzročajo človeško trpljenje in visoke stroške v zdravstvu, opominja članice OECD, naj:

- posvetijo veliko pozornost vprašanju varnosti pacientov;
- oblikujejo sisteme za izboljšanje varnosti pacientov, ki temeljijo na raziskavah. (Commission of the European communities, 2008, str. 8–9)

Svet Evrope je leta 1997 sprejel priporočila zdravstvenih ministrov. Na podlagi teh je svet Evrope objavil priporočila o varnosti pacientov. Glavni razlog za oblikovanje sistema kakovosti v zdravstvenem varstvu v posameznih državah Evropske unije so:

- nesprejemljiva raven odklonov zdravljenja;
- nesprejemljiva raven uspešnosti delovanja;
- neuspešna ali neučinkovita uporaba zdravstvenih tehnologij (premajhna uporaba, prevelika poraba, nepravilna uporaba);
- visoka cena slabe kakovosti;
- nezadovoljstvo uporabnikov;
- neenak dostop do zdravstvenih storitev;
- čakalne dobe;
- cena zdravstvenih storitev, ki si jih družba ne more privoščiti. ( Svet Evrope, 1997, str. 22–46)

Zaradi mobilnosti pacientov je namen EU zagotoviti kakovostno zdravstveno obravnavo za državljane EU. Zaradi tega morajo izvajalci zdravstvene dejavnosti in države dokazati, da imajo:

- vzpostavljene organe za kakovost (agencije in centre ali inštitute za kakovost v zdravstvu na ravni države, oddelke ali komisije za kakovost na ravni bolnišnic);
- delujočo notranjo presojo – samoocenjevanje;
- delujočo zunanjo presojo – certifikacijo/akreditacijo;
- urejeno nenehno izboljševanje kakovosti (klinične smernice, klinične poti, merjenje in poročanje kazalnikov izidov in drugih kazalnikov kakovosti, urejeno poročanje o zdravstvenih napakah, urejeno upravljanje varnosti pacientov);
- uvedeno izobraževanje za kakovost. (Ministrstvo za zdravje, 2006, str. 22)

## **2.2 Kakovost v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji**

Leta 2001 je bil pripravljen dokument Kakovost v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji, ki opisuje stanje v državi in nekatere mehanizme, ki so na voljo za zagotavljanje vsaj najnujnejših standardov. (Kersnik, 2001)

Pozneje je bil oblikovan Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije – zdravje za vse do leta 2004, kjer je v 5. točki zapisano, da je treba spodbujati razvoj stroke in izboljšanje kakovosti dela zdravstvene dejavnosti v smeri, da se bo na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti uveljavil sistem celovite kakovosti dela s ciljem, da bo zmogljiv

zdravstveni sistem ustrezal željam in potrebam pacientov in vsega prebivalstva ob smotrni uporabi sredstev. (Ministrstvo za zdravje, 2006, str. 32)

31. maja 2003 so se zbrali predstavniki zainteresiranih skupin: Zdravniška zbornica Slovenije, Zbornica zdravstvene nega, Onkološki inštitut, Klinični center, Projekt razvoja upravljanja sistema zdravstvenega varstva, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Splošna bolnišnica Maribor, Splošna bolnišnica Jesenice, Ministrstvo za zdravje, Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, zavarovalnici Adriatic in Vzajemna, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, da bi ustanovili mreže in organizacije za kakovost v zdravstvu na državni ravni. Zaradi nezmožnosti dogovora nacionalna institucija za kakovost v zdravstvu ni bila ustanovljena. Leta 2003 je bil izdelan osnutek zdravstvene reforme, kjer so opisane usmeritve za sistematično vpeljavo kakovosti v zdravstvu v RS. Četrti cilj je posvečen kakovosti. Tu so postavljene zahteve za upravljanje celovite kakovosti/nenehnega izboljševanja kakovosti in zaveze vseh ravni zdravstvenega varstva za vzpostavitev struktur in vsebin kakovosti. Ker ni bilo ustanovljenega nacionalnega telesa za kakovost v zdravstvu, je bil leta 2004 ustanovljen Oddelek za kakovost pri Ministrstvu za zdravje. (Ministrstvo za zdravje, 2006, str. 32)

- Vsi udeleženci v zdravstvenem varstvu (izvajalci, pacienti, plačniki, poslovodni delavci in organi oblasti) morajo sodelovati pri vzpostavitvi in vzdrževanju sistemov nenehnega izboljševanja kakovosti. Vodilni delavci na vseh ravneh pa morajo zagotoviti razmere za vzpostavitev, vpeljavo in vzdrževanje nenehnega izboljševanja kakovosti, in sicer z:
    - jasno oblikovano politiko kakovosti na ravni ustanove,
    - jasnimi organizacijskimi pristojnostmi in strukturami za kakovost,
    - ustreznimi viri (osebje, čas, denar, izobraževanja, strokovna pomoč pri vpeljavi sistema za izboljševanje kakovosti, računalnike, kazalnike kakovosti ...),
    - časovno opredeljenimi cilji za celotno organizacijo,
    - vključitvijo zahtev za kakovost in varnost pacientov v pogodbe z vodilnimi delavci.
- (Ministrstvo za zdravje, 2006, str. 37)

Tabela 1. Pot prizadevanj za kakovost v zdravstvu v Sloveniji od 2006–2016

2006–2009	Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu (2006), uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice (2006), obveza o uvedbi 2 kliničnih poti in poročanju o ocenjevanju kakovosti na podlagi 6 kazalnikov kakovosti v Splošnem dogovoru (2006), Metodološka priporočila za oblikovanje in uvajanje kliničnih poti (2006), Nacionalna anketa o izkušnjah odraslih pacientov v akutni bolnišnični obravnavi in v psihiatričnih bolnišnicah (2008), Zakon o pacientovih pravicah (2008), priročnik Pot do odlične zdravstvene prakse (2009), Priročnik za oblikovanje kliničnih poti (2009), niz dogodkov po vseh regijah na temo opozorilnih nevarnih dogodkov (2009).
2010–2013	Konceptualni okvir za mednarodno klasifikacijo za varnost pacientov (2010), Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov (2010), Strategija kakovosti in varnosti v osnovni zdravstveni dejavnosti v Sloveniji (2010), Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015), ustanovitev Sektorja za kakovost in varnost sistema zdravstvenega varstva (2011), model vzpostavitve sistema akreditacije v Sloveniji (2011), imenovanje posvetovalnega telesa ministra na področju kakovosti in varnosti (2011), mednarodna konferenca Odličnost v zdravstvu – primerljivost kakovosti, varnost pacientov, kompetenc in mednarodna akreditacija (2011), Priročnik o kazalnikih kakovosti (Aneks 2 k Splošnemu dogovoru) (2011), Prevod standardov JCI in pisni dogovori z nekaterimi akreditacijskimi hišami za prevod in objavo standardov v slovenskem jeziku (2011), priročnik Vodenje kakovosti v slovenskih bolnišnicah (2011), dogodki, posvet, konference (2012, 2013), preimenovanje sektorja v Sektor za kakovost in organizacijo zdravstvenega varstva (2013).
2014–2016	2014 – Terminološki slovar izrazov v sistemu zdravstvenega varstva 2015 – Analiza realizacije strateških ciljev Strategije KV, imenovanje projektne skupine za organizacijo sistema kakovosti in varnosti v zdravstvu (2016), imenovanje projektne skupine za prenovo kazalnikov kakovosti, vključno z metodologijo (2006), imenovanje Sveta za kakovost in varnost v zdravstvu (2016), Poročilo raziskave o sistemu zdravstvenega varstva v Sloveniji (2016), imenovanje delovne skupine za pripravo predloga Zakona o kakovosti in varnosti vzdravstvu, HSPA-seminar (2016).

Povzeto po »10 let vodenja kakovosti v slovenskem zdravstvu, izkušnje, dobre prakse, ovire«, Ministrstvo za zdravje, 9. dnevi Angele Boškin, Zbornik prispevkov, 2016, str. 14

V okviru nenehnega izboljševanja kakovosti uporabimo nenehni krog izboljšav – ugotovimo problem v kakovosti zdravstvene obravnave, zberemo podatke, načrtujemo spremembe na

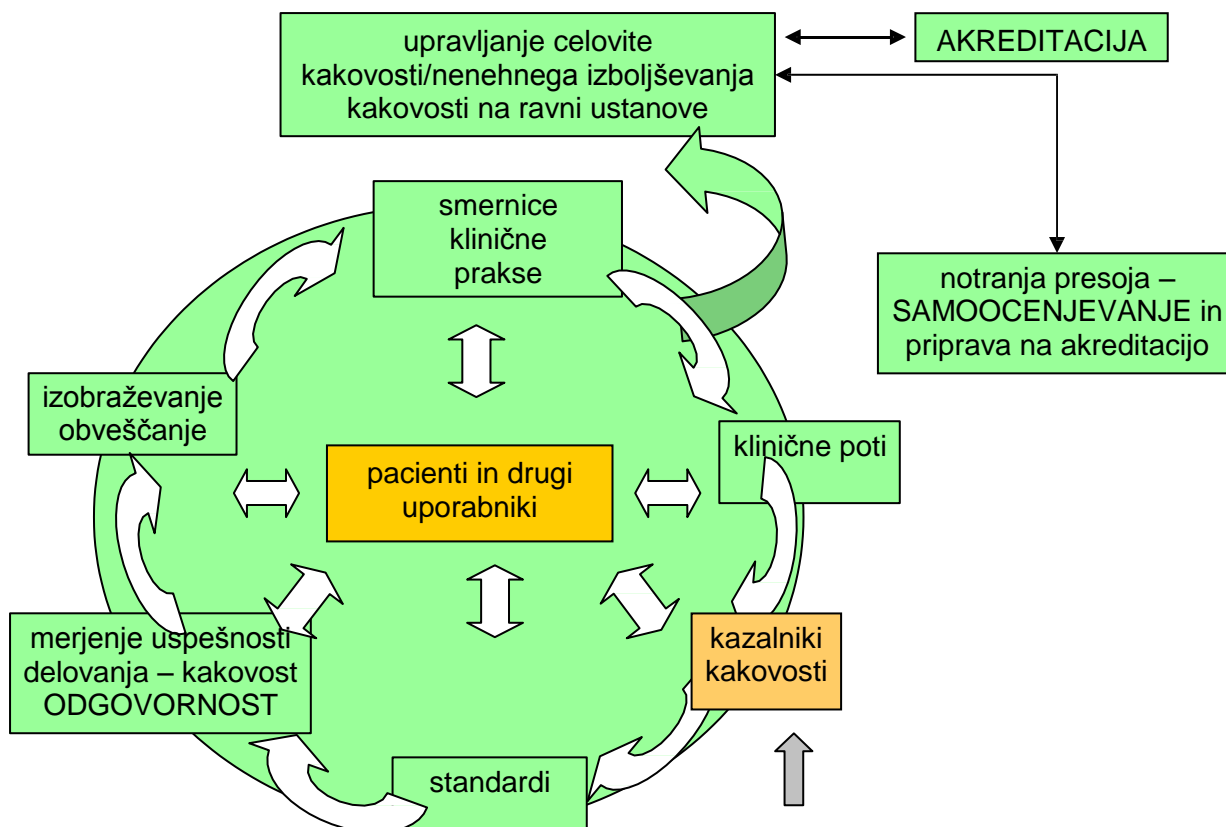
podlagi analize podatkov, izvedemo spremembo, preverimo, ali sprememba pripelje do izboljšave. Če je sprememba pozitivna, jo uvedemo v proces. To je krog NIPU: načrtuj – izvedi – preveri – uvedi (angleško: Plan – Do – Check – Act = PDCA). To pomeni, da neprestano ugotavljamo, ali je obravnava pacienta skladna s standardi zdravstvene obravnave, kliničnimi potmi, kazalniki kakovosti. Kajti odločitve temeljijo na podatkih in ne na predpostavkah ali mnenju vodstvenih delavcev ali drugih posameznikov in poklicnih skupin. (Ministrstvo za zdravje, 2006, str. 40)



Slika 1. Model procesnega vodenja, Prirejeno iz »Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu«, Ministrstvo za zdravje, 2006, str. 38

»Ena od nalog nacionalnega telesa za kakovost je spremljanje uspešnosti delovanja izvajalcev zdravstvene dejavnosti na letni ravni na podlagi poročil o samoocenjevanju in poročil o doseganju nacionalnih kazalnikov kakovosti, opozorilnih nevarnih dogodkih in drugih varnostnih zapletih pri pacientih ter obdobja zunanja presoja – akreditacija.« (Ministrstvo za zdravje, 2006, str. 53)





Slika 2. Nenehno izboljševanje kakovosti v zdravstvu, Prirejeno iz »Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu«, Ministrstvo za zdravje, 2006, str. 39

»V središču dogajanja so pacienti in drugi uporabniki. Za paciente je najpomembnejši dober izid zdravljenja, o čemer govorijo kazalniki izidov in drugi kazalniki kakovosti. Kazalnike izidov in kakovosti prikazujemo za posamezne specifične bolezni, stanja, postopke in podobno. Da bi dosegli dobre izide zdravljenja, moramo imeti urejene sisteme s strukturami in procesi, ki jih tudi merimo s kazalniki – kazalniki struktur in kazalniki procesov. Metode in orodja kakovosti se uporabljajo za doseganje dobrih kazalnikov izidov in drugih kazalnikov kakovosti. Te metode in orodja se med seboj povezani, kot je prikazano na sliki, npr. če hočemo doseči dober kazalnik izidov za neko bolezen, se primerjamo s standardom, ki temelji na dokazih podprti medicini. Ti dokazi so vključeni v klinične smernice in klinične poti. Na podlagi kazalnikov izidov in drugih kazalnikov gradimo uspešnost delovanja in odgovornost posameznika, oddelka in zdravstvene organizacije v celoti. Če želimo izpeljati krog kakovosti, je potrebno tudi izobraževanje. Samoocenjevanje in akreditacija na podlagi vnaprej znanih standardov in vnaprej določenih kazalnikov zdravstvene obravnave se uporabljata za spodbujanje nenehnega izboljševanja kakovosti/ upravljanja celovite kakovosti.« (Ministrstvo za zdravje, 2006, str. 39)

»Akreditacija je formalen proces zunanje presoje zdravstvenih zavodov in drugih izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ki niso organizirani kot zdravstveni zavod, pri čemer se presodi, ali zavod ali drugi izvajalci zdravstvene dejavnosti izpolnjujejo vnaprej pripravljene in objavljene standarde kakovosti.« (Ministrstvo za zdravje, 2006, str. 24)

SIST EN ISO/IEC 1702-1 (Slovenski inštitut za standardizacijo, 2015, str. 11) pa navaja, da je certificiranje sistemov vodenja aktivnosti ugotavljanja skladnosti, ki jo izvajajo tretje stranke. Organi, ki to aktivnost izvajajo, so torej organi za ugotavljanje skladnosti kot tretja stranka.

Ker do ustanovitev nacionalnega telesa zaradi nezmožnosti dogovora med zainteresiranimi ni prišlo, je bil leta 2004 ustanovljen Oddelek za kakovost in varnost v okviru Ministrstva za zdravje. Ta bi zato moral prevzeti navedene naloge nacionalnega telesa.

Izvajalci pa so med drugim odgovorni tudi za sodelovanje v nacionalnem programu kazalnikov kakovosti in v programu Kakovost v zdravstvu ter za uporabo kazalnikov kakovosti za izboljševanje sistemov, kliničnih poti in procesov. Zato bi ti izvajalci morali postopoma uvesti metodo uravnoveženih kazalnikov, in pri tem upoštevati vse razsežnosti delovanja (kazalnike poslovanja, varnosti pacientov, klinične kazalnike, kazalnike izkušenj in zadovoljstva pacientov in drugih uporabnikov ter zaposlenih). (Ministrstvo za zdravje, 2006, str. 54)

V podpisani splošni dogovor med izvajalci zdravstvenih storitev, Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije in Ministrstvom za zdravje je bilo leta 2006 prvič vključeno določilo o spremljanju nabora manjšega števila kazalnikov kakovosti zdravstvene obravnave. Omenjeni kazalniki so bili namenjeni predvsem spodbujanju kulture spremljanja kakovosti zdravstvene obravnave. Projekt Kakovost v zdravstvu, katerega naročnik je Ministrstvo za zdravje s soudeležbo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, vodi Zdravniška zbornica in teče že vrsto let. (Kiauta et al., 2010, str. 9)

Ciljna področja vodenja kakovosti bi naj bila:

- vsaka organizacijska enota na vseh ravneh (Vlada Republike Slovenije, Ministrstvo za zdravje, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, javni zdravstveni zavodi, domovi za starejše občane, zdravilišča in zasebne zdravstvene dejavnosti) naj določi prednostna področja vidikov kakovosti, na katere se bo sistematično osredotočala (politika kakovosti);
- na vsakem področju politike kakovosti se nato uvedejo kazalniki, ki na osnovi dejstev pokažejo stanje kakovosti na izbranih področjih;
- uvede se poročanje o spremembah na podlagi odklonov kazalnikov. (Kiauta et al., 2010, str. 13)

Novembra 2010 je izšel Priročnik o kazalnikih kakovosti, ki ga je izdelala delovna skupina. Delo je koordiniral Oddelek za kakovost pri Ministrstvu za zdravje.

Kazalniki kakovosti predstavljajo mero kakovosti zdravstvenega varstva, ki jih izvajalci izračunavajo zato, da imajo sami pregled in nadzor nad kakovostjo zdravstvenih obravnav v lastnih ustanovah. Merjenje kakovosti v zdravstvu s pomočjo kazalnikov je namenjeno široki skupini uporabnikov. Izvajalec zdravstvenih storitev rezultate uporabi za spremljanje in izboljšanje kakovosti storitev, plačnik potrebuje informacije o učinkoviti porabi sredstev, pacienti želijo podatke, ki jim lahko pomagajo pri izbiri izvajalca, prebivalstvo zahteva

zagotovilo o primernosti zdravstvenega sistema, Vlada spremlja zdravstveno stanje prebivalcev in določa prioritete za ukrepanje. Trenutno ne obstaja splošni konsenz o seznamu kazalnikov, ki bi omogočal celovito presojo kakovosti zdravstvenega sistema in elementov v njem. (Pribaković et al., 2010, str. 8–10)

Nabor kazalnikov v Priročniku o kazalnikih kakovosti vključuje predvsem sekundarno in terciarno raven zdravstvene dejavnosti. V njem je zelo malo kazalnikov, uporabnih za primarno zdravstveno dejavnost.

Primarna zdravstvena dejavnost je definirana kot tista, ki je v bližini doma pacienta in je prva raven dostopa do zdravstvene oskrbe. Vključuje pa preventivo z zdravstveno vzgojo in kurativo. (Schäfer et al., 2013, str. 4)

Pomemben gonilnik razvoja primarnega zdravstvenega varstva je večja odzivnost na potrebe prebivalstva in večja stroškovna učinkovitost. Sistem zdravstvenega varstva bi namreč moral izboljšati zdravje ljudi. Primarno zdravstveno varstvo pomembno vpliva na delovanje vseh zdravstvenih sistemov, saj bi morala biti v primarnem zdravstvenem varstvu zadovoljena večina potreb po kurativnih in preventivnih zdravstvenih storitvah. Primerjalna študija v 31 Evropskih državah je pokazala, da je močna primarna oskrba tista, ki ima naslednjih sedem dimenzij:

- upravljanje primarnega zdravstvenega varstva,
- ekonomske razmere primarnega zdravstvenega varstva,
- razvoj delovne sile v primarnem zdravstvenem varstvu,
- dostopnost primarne zdravstvene oskrbe,
- celovitost primarne zdravstvene oskrbe,
- kontinuiteta primarne zdravstvene oskrbe,
- usklajevanje primarne zdravstvene oskrbe.

To pomeni, da močna primarna zdravstvena oskrba zagotavlja dostopno, celovito oskrbo v ambulantni s kontinuirano in usklajeno oskrbo, ki jo podpira ustrezno upravljanje zdravstvenega varstva in dovolj razvita delovna sila v primarnem zdravstvenem varstvu. Obstaja pa jasna razlika v primarni zdravstveni oskrbi med državami vzhodne in zahodne Evrope. Dohodek izvajalcev je v vzhodni Evropi pogosto dosti nižji. Na splošno pa je največji nabor zdravstvenih storitev primarne zdravstvene oskrbe v Belgiji, Franciji, Bolgariji, Finski, Litvi, Norveški, Portugalski, Španiji, Švedski in v Združenem kraljestvu. Države srednje in vzhodne Evrope so namreč primarno zdravstveno varstvo izboljšale v začetku devetdesetih let, ko so preoblikovale svoje zdravstvene sisteme. Odprto ostaja vprašanje razvoja primarnega zdravstvenega varstva v prihodnosti, saj gre za velike razlike v dostopnosti do zdravstvenih storitev primarnega zdravstvenega varstva (decentralizacija zdravstvenih domov), financiranju in kakovosti oskrbe. (Kringos et al., 2013, str. 742–750)

Med leti 2011 in 2013 je bila izvedena raziskava o možnostih izboljšanja primarnega zdravstvenega varstva. Anketirani so bili pacienti v 34 evropskih državah, ki so pravkar

obiskali osebnega zdravnika. Ocenjevali so 5 značilnosti primarne zdravstvene oskrbe: dostopnost/ razpoložljivost, kontinuiteto, celovitost, vključenost bolnika in komunikacijo med pacientom in zdravnikom. 26 držav ima srednje ali visoke potenciale za izboljšanje primarne zdravstvene oskrbe. Najnižji potencial za izboljšanje v vseh državah ima komunikacija med zdravnikom in pacientom, prav tako kontinuiteta in dostopnost zdravstvene oskrbe. Najvišji potencial za izboljšavo pa se kaže na področju vključenosti bolnika pri zdravstveni oskrbi in celovitosti zdravstvene oskrbe. Celovita zdravstvena oskrba je tista, pri kateri zdravnik pacienta povpraša še o drugih težavah in tudi o psihosocialnem stanju. (Schäfer et al., 2015, str. 161–168)

Rotar Pavlič et al. (2015, str. 1–11) v svoji raziskavi ugotavljajo, da je primarno zdravstveno varstvo temelj sistemov zdravstvenega varstva v mnogih delih sveta, družinski zdravniki pa ključni pri zagotavljanju nacionalnega zdravja s pomočjo primarne zdravstvene oskrbe. Kakovost družinske medicine so merili v 34 državah (31 evropskih in 3 neevropskih: Avstraliji, Kanadi in Novi Zelandiji), in sicer z vidika štirih dimenzij: kontinuitete, usklajevanja, usmerjenosti v skupnost in celovitosti oskrbe. Predvsem neprekinjenost zdravstvene oskrbe so zdravniki zaznali kot najpomembnejšo dimenzijo kakovosti. Kot najšibkejši člen kakovosti pa je bilo zaznано usklajevanje oskrbe. Ta pa je pomembna predvsem pri bolnikih s kroničnimi boleznimi, saj so izidi zdravljenja v državah z dobro usklajeno zdravstveno oskrbo pri takih bolnikih dosti boljši, in to predvsem pri odpustu iz bolnišnic ali pri prehajanju med različnimi nivoji zdravstvenega varstva, saj so zdravniki med seboj dosti bolj usklajeni.

Predvsem na Danskem, Finskem, Litvi, Islandiji in Švedski so zelo pozitivne izkušnje prenosa diagnoz med zdravniki med različnimi nivoji zdravstvenega varstva. Edino na Danskem lahko majhne zasebne prakse ovirajo usklajevanje zdravstvene oskrbe in vodijo v kulturo individualizma. Tako si Danska že nekaj časa prizadeva izboljšati usklajevanje med primarnim in sekundarnim nivojem zdravstvenega varstva. Neprekinjenost zdravstvene oskrbe je močno povezana z organiziranostjo primarnega zdravstvenega varstva, ki ne bi smelo biti razdrobljeno. Najboljše rezultate za vse štiri dimenzije kakovosti beležijo na Nizozemskem, predvsem za kontinuiteto in celovitost oskrbe, slabše pa je usklajevanje in usmerjenost v skupnost. Nasploh se je kot najslabša dimenzija kakovosti povsod pokazala usmerjenost v skupnost, kar bi bilo koristno upoštevati pri oblikovanju priporočil za zdravstvena politika. (Rotar Pavlič et al., 2015, str. 1–11)

### **2. 3 Kakovost v sistemu zdravstvenega varstva v državah članicah EU in ostalih državah**

»Evropska komisija je 4. aprila 2014 predstavila priporočila zasnovana kot pomoč nacionalnim zdravstvenim sistemom pri spopadanju z izzivi in pritiski, da bi lahko zagotovili visokokakovostno zdravstveno varstvo. V priporočilih opredeljujejo dejavnike za krepitev splošne vzdržnosti sistemov zdravstvenega varstva. Ti dejavniki so nujnost spopadanja s posledicami finančne in gospodarske krize ter naraščajoče povpraševanje po njihovih

sredstvih. Priporočila so namenjena državam Evropske unije, ki imajo glavno odgovornost za zdravstveno varstvo. Sporočilo vsebuje naslednja priporočila:

- krepitev učinkovitosti storitev s pomočjo rezultatov ocenjevanja uspešnosti, razvojem celovitega pristopa, da zdravljenje ne bi bilo samo bolnišnično in zagotavljanja varnosti pacientov in kakovosti oskrbe,
- večja dostopnost, da bi zdravstveno varstvo bilo dostopno celotnemu prebivalstvu,
- večja prilagodljivost, da bi se zdravstveni sistemi prilagodili spremenjenim okoliščinam, opredeliti inovativne rešitve ter omogočila širša in učinkovitejša uporaba informacij in drugih novih tehnologij.« ([http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/HTML/?uri=LEGISSUM:2901\\_2&from=EN](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/HTML/?uri=LEGISSUM:2901_2&from=EN))

V sporočilu komisije o učinkovitih, dostopnih in prožnih zdravstvenih sistemih (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/?uri=celex:52014DC0215>) je zapisano, da morajo zdravstveni sistemi biti sposobni dodati več let življenja in tudi več življenja v letih. Poudarjeno je, da mora zdravstveni sistem temeljiti na naslednjih vrednotah: dostopnost do kakovostne oskrbe, pravičnost in solidarnost. V zadnjem desetletju so se namreč zdravstveni sistemi soočali z vedno večjimi skupnimi izzivi: naraščajočimi stroški zdravstvenega varstva, staranje prebivalstva povezano s kroničnimi boleznimi in večjo obolevnostjo, ki vodi k naraščajočemu povpraševanju po zdravstvenem varstvu, pomanjkanju in neenakomerni porazdelitvi zdravstvenih delavcev, neenakosti na področju zdravja in neenakosti pri dostopu do zdravstvenega varstva. Pri razvoju pristopov se to sporočilo osredotoča na ukrepe za okrepitev učinkovitosti zdravstvenih sistemov, povečanje dostopnosti zdravstvenega varstva in izboljševanje odpornosti zdravstvenih sistemov.

»Namen sklepov Sveta o varnosti in kakovosti oskrbe, vključno s preprečevanjem in obvladovanjem okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo in protimikrobne odpornosti je, da nacionalne organe EU pozivajo da:

- v celoti izvedejo Priporočilo Sveta 2009/C 151/01 o varnosti pacientov, vključno s preprečevanjem in obvladovanjem okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo,
- izvajajo smernice, priporočila in dobre prakse o varnosti pacientov,
- spodbujajo izobraževanje in usposabljanje zdravstvenega osebja o varnosti pacientov in okužbah, povezanih z zdravstveno oskrbo,
- spodbujajo zdravstvene organizacije k pospeševanju kulture varnosti pacientov,
- pripravijo ukrepe, ki bi zdravstvenim delavcem ali pacientom omogočali korektno poročanje, ki ne temelji na obtoževanju,
- krepijo sodelovanje ter večjo vlogo in vpliv pacientov, družin in nepoklicnih negovalcev,
- utrdijo ukrepe za preprečevanje in obvladovanje okužb,
- oblikujejo strokovne smernice o preudarni rabi antibiotikov,
- namenjajo pozornost protimikrobni odpornosti (dejstvo je, da so mikroorganizmi, ki povzročajo okužbe, razvili odpornost zaradi prevelike uporabe ali zlorabe

antibiotikov).«

([http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/?uri=LEGISSUM:2901\\_5](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/?uri=LEGISSUM:2901_5))

»Priporočilo Sveta 2009/C 151/01 o varnosti pacientov, vključno s preprečevanjem in obvladovanjem okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo poziva k uvedbi okvira za izboljševanje varnosti pacientov in preprečevanje varnostnih zapletov, zlasti okužb povezanih z zdravstveno oskrbo do katerih lahko pride v zdravstvenih ustanovah. (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/HTML/?uri=LEGISSUM:sp0009&from=SL>)

V priporočilu o varnosti pacientov je med drugim poudarjeno tudi, da je potrebno razviti učinkovitejše sisteme, procese in orodja na področju varne zdravstvene oskrbe in uvesti poseben pristop za spodbujanje varnih praks, da se preprečijo najpogostejši zapleti povezani z zdravili, okužbe povezane z zdravstveno oskrbo in zapleti v zvezi s kirurškimi posegi. Pacientom mora biti omogočeno, da pridobijo osnovno znanje o varnosti pacientov. Potrebno bi bilo načrtovati takšne sisteme, ki bi spodbujali zdravstvene delavce, da bi poročali o vseh varnostnih zapletih. Ker pa so zdravstveni delavci tisti, ki imajo pomembno vlogo pri izboljševanju varnosti pacientov, morajo imeti usposabljanja in izobraževanja an to temo. Varnost pacientov mora biti vključena v dodiplomske in podiplomske programe za zdravstvene delavce in v stalno strokovno usposabljanje in izpopolnjevanje na delovnem mestu. Prav tako morajo biti zdravstveni delavci seznanjeni o obstoječih tveganjih in varnostnih ukrepih. Dobro bi bilo razviti tudi razvrščanje in ocenjevanje varnosti pacientov, za kar potrebujemo opredeljene in primerljive kazalnike. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/HTML/?uri=LEGISSUM:sp0009&from=SL>)

Brubakk et al. (2015, str. 2–8) poročajo o pozitivnih učinkih akreditacij in certifikacij, saj so take organizacije spremljale kazalnike kakovosti. Izpostavili so 7 najpogosteje spremljanih kazalnikov kakovosti: zadovoljstvo pacientov, število pacientov, zdravljenih z zdravili, dostopnost do zdravstvenih podatkov, urejenost (popolnost) zdravstvenih kartotek, popolnost perioperativnih opomb, označevanje bolniških staležev in ocena sanitarij v bolnišnicah. Štiri najpogostejše kazalnike zaradi izzivov Evrope niso več spremljali. To so: kirurška okužba rane, čakalna doba na operacijo, stopnja umrljivosti novorojenčkov in finančna solventnost organizacije. Avtorji študije so prišli do ugotovitve, da so akreditirane in certificirane organizacije veliko bolj uspešne kot neakreditirane in necertificirane. Akreditirane in certificirane organizacije so namreč izvedle ankete med zaposlenimi in pacienti o vplivu akreditacije in certifikacije, ki so pokazale veliko pozitivnih sprememb v organizacijah. Nekoliko bolj skeptični so bili zdravniki, saj jim je primanjkovalo znanja o akreditacijah in certifikacijah, kar so v anketi jasno izrazili. Avtorji so prišli do zaključka, da se učinek akreditacije in certifikacije na organizacije najlažje izmeri s primerjavo med akreditiranimi in certificiranimi organizacijami ter tistimi, ki se niso akreditirale ali certificirale, saj je drugo merjenje kakovosti v velikih zdravstvenih organizacijah izjemno težko. Gre namreč za zelo kompleksne organizacije.

Shaw et al. (2010, str. 445–451) so izvedli analizo spremljanja kakovosti in varnosti v 89 bolnišnicah v 7 državah: Belgiji, Češki, Franciji, Irski, Poljski, Španiji, Nizozemski in v Združenem kraljestvu. Poskušali so določiti sistematične razlike med akreditiranimi ali ISO-certificiranimi bolnišnicami in med tistimi, ki niso ne eno ne drugo. Zakaj sploh bolnišnice v Evropi pristopijo k ISO-certifikaciji ali akreditaciji? V prvi vrsti predvsem zaradi evropskega okvira upravljanja kakovosti in varnosti, večinoma pa bolnišnice prostovoljno pristopijo zaradi usmerjenosti v razvoj, samoregulacijo in trženje.

Od 89 bolnišnic je bilo 34 akreditiranih (brez ISO-certifikata), 10 ISO-certificiranih (brez akreditacije), 27 pa jih ni imelo nobenega od teh nazivov.

Tabela 3. Število akreditiranih ali ISO-certificiranih bolnišnic

	skupaj	št. akreditacij	št. ISO-certifikacij	nič od tega	drugo
Belgija	1	0	0	1	0
Češka	15	2	4	7	2
Francija	18	16	0	0	2
Irska	6	3	0	1	2
Poljska	15	0	3	6	6
Španija	29	10	3	11	5
Združeno kraljestvo	5	3	0	1	1
skupaj	89	34	10	27	18

Povzeto po »Accreditation and ISO certification: do they explain differences in quality management in European hospitals?«, po Shaw, C. et al, 2010, International Journal for Quality in Health Care, 6, str. 447

Analiza primerjave med akreditiranimi/ISO-certificiranimi in neakreditiranimi/necertificiranimi bolnišnicami je privedla do ugotovitve, da imajo akreditirane ali certificirane bolnišnice dosti večjo vrednost doseganja kazalnikov kakovosti in so veliko varnejše kot bolnišnice brez akreditacije ali certifikacije. (Schaw et al. , 2010, str. 447)

Shaw et al. (2013, str. 222–231) navajajo akreditacijo kot sredstvo za organizacijski razvoj na eni strani in kot sredstvo za ureditev zdravstvenega sistema na drugi strani. Številni programi zdravstvenih reform, zlasti v državah s srednjim in nižjim dohodkom, vključujejo uvedbo ali okrepitev akreditacij ali certifikacij zdravstvenih organizacij. Razlogi za uvedbo le-teh bi naj bili štirje:

- 1) Etični: izboljšanje kakovosti in organizacijski razvoj, kar je lahko povezano tudi s poklicnim razvojem, kliničnim usposabljanjem in javnim zdravjem.
- 2) Poslovni: dostop do javnega financiranja, zdravstvenega zavarovanja in konkurenčna prednost na trgu.
- 3) Regulativni: v skladu z veljavno zakonodajo in predpisi v nekaterih državah.
- 4) Mednarodni: »medicinski turizem« ustvarja trg za akreditacije in ISO-certifikacije zdravstvenega varstva, kjer soustanovitelji financirajo tehnično pomoč.

Shaw et al. (2014, str. 100–107) v eni od naslednjih raziskav navajajo, da je zelo malo dokazov o vplivu certifikacije in akreditacije na bolnišnice, da te lahko upravičijo čas in denar, uporabljen v ta namen. V študiji navajajo, da pa imata tako certifikacija kot akreditacija tudi koristne lastnosti za zdravstvene organizacije, in to ne glede na to, kateri način zunanjsega ocenjevanja organizacija izbere. Oba sistema vzpodbujata strukture in procese, ki podpirajo varnost bolnikov in tako dosegajo višjo stopnjo kakovosti kot organizacije, ki nimajo nobenega zunanjsega ocenjevanja.

Saut et al. (2017, str. 1–9) v študiji ocenjevanja vpliva akreditacij v zdravstvenih organizacijah v Braziliji ugotavljajo, da so glavni razlogi, ki so zdravstvene organizacije vzpodbudili k izvajanju programov izboljševanja kakovosti, predvsem stroški zdravstvenega varstva, neželeni dogodki, zapletenost novih tehnologij, staranje prebivalstva in hitro širjenje prenosljivih bolezni po svetu. V navedeni študiji primanjkuje dokazov o korelaciji med varnostjo pacientov in akreditacijo. Varnost predpisujejo predvsem brazilski zakonodaji, po kateri je obvezno mesečno poročanje o neželenih dogodkih. Prav tako ni bil potrjen kot ustrezen učinek akreditacij na finančne rezultate zdravstvenih organizacij, zato bi bilo smiselno, da se zdravstvene organizacije usmerijo na spremljanje in merjenje kazalnikov kakovosti, vrednotenje in ukrepe iz le-teh. Dokazano pa je bilo, da akreditacije vplivajo predvsem na notranje procese, kulturo, konkurenčno diferenciacijo organizacij in da je najpomembnejše v zdravstvenih ustanovah načrtovanje programov za izboljšanje kakovosti, saj lahko priprava na akreditacijo v zdravstveni ustanovi poteka do 2 leti.

Od leta 2010 do 2013 je potekala večdržavna študija, ki ocenjuje kakovost, pravičnost in stroške primarne oskrbe v Evropi. Vključenih je bilo 31 držav (od tega 27 članic EU). Namenjena je bila predvsem ugotavljanju učinkovitosti primarne oskrbe in je dobro povezana s projektom »Zdravje 2020«. Demografske spremembe, tehnološki razvoj in naraščajoča pričakovanja prebivalstva so namreč največji izziv za zdravstvene sisteme v prihodnosti. Študija je pokazala, da v Evropi kot rešitev za izboljšanje odzivnosti zdravstvenega sistema na potrebe prebivalstva vidijo uvedbo osebnih računalnikov za zaposlene v zdravstvenih sistemih. (Schäfer et al., 2011, str. 1–9)

Zdravstvene ustanove na Portugalskem so zaradi socialne in gospodarske krize ogrožene, zato so morale sprejeti strategije za ustvarjanje vrednosti zdravstvenega varstva s kakovostnimi zdravstvenimi storitvami. Leta 2003 so začeli z zdravstveno reformo, ki je vse enote zdravstvenega varstva povezovala v mrežo zdravstvenih ustanov, usmerjeno v pričakovanja prebivalstva. V letu 2007 je z reformo nadaljevala in ustanovila tako imenovane družinske zdravstvene enote (FHU – Family Health Units), da bi zagotovila večjo dostopnost do zdravstvenega varstva, krajše čakalne dobe in višjo kakovost zdravstvenih storitev. Ker so raziskave pokazale, da se pogled strokovnjaka na kakovost bistveno razlikuje od pogleda pacienta, so se odločili, da kakovost zdravstvenih storitev spremljajo z vidika treh dimenzij:

- uporabnik zdravstvenih storitev in njegova pričakovanja,
- potrebe zaposlenih in ocena primernosti izvajanja postopkov,
- upravljanje – učinkovita uporaba virov.

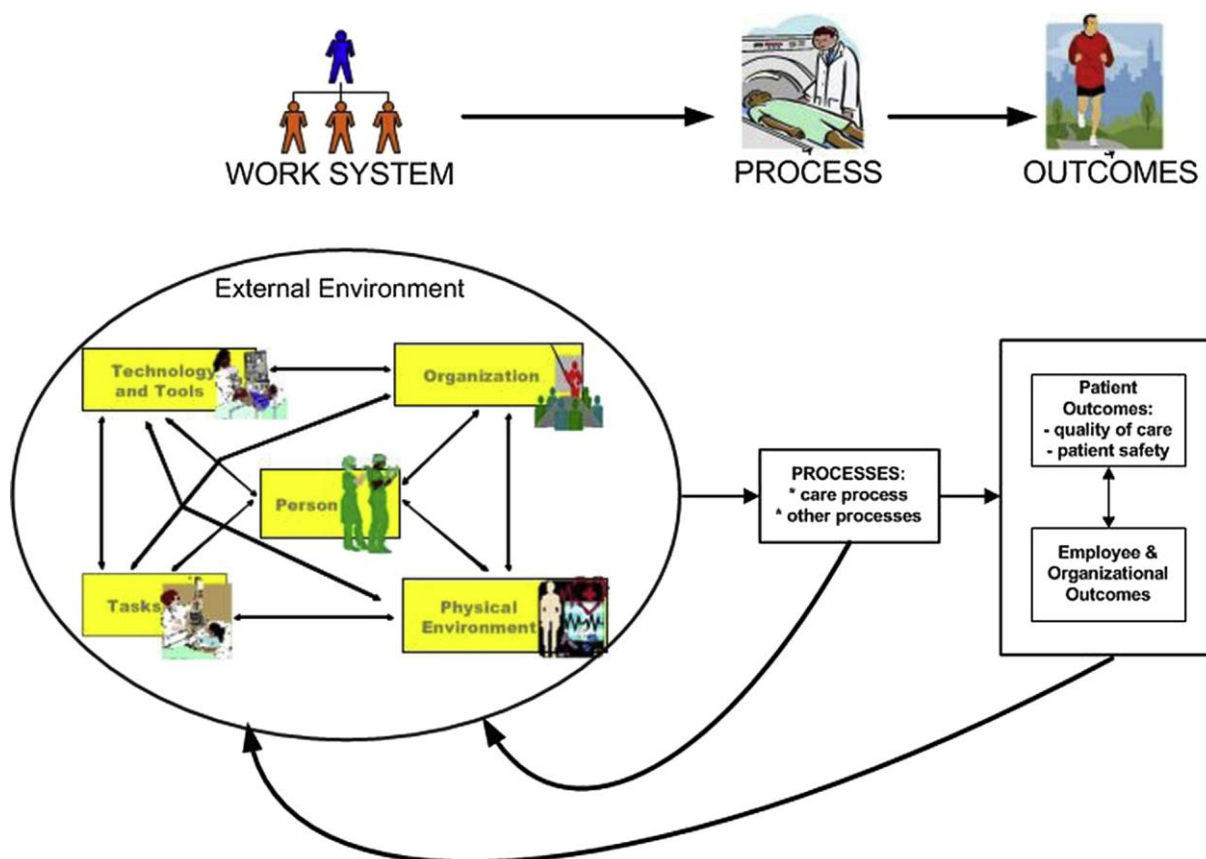


Glavni problemi v zdravstvenem sistemu na Portugalskem, povezani s kakovostjo storitev, so bili: pomanjkanje varnosti za pacienta, visoki stroški, nezadovoljni uporabniki storitev, neenakost v dostopu do zdravstvenega varstva in dolge čakalne dobe. Zato so izvajalci zdravstvenih storitev začeli z uvajanjem sistemov vodenja kakovosti, in to najprej v bolnišnicah, nato pa postopoma še v primarnem zdravstvenem varstvu. Cilj uvajanja sistemov vodenja kakovosti v zdravstvene ustanove je bil predvsem optimizacija delovnih procesov, prepoznavanje kritičnih procesov in opredelitev kazalnikov kakovosti, ki najbolj pomagajo prepoznati probleme in metode za njihovo reševanje. (Duarte & Fonseca, 2017, str. 251–264)

V okviru projekta DUQuE je bilo v raziskavo vključenih 74 bolnišnic iz 7 držav (Češka, Francija, Nemčija, Poljska, Portugalska, Španija in Turčija). Študija proučuje odnose med različnimi ukrepi. Rezultat raziskave je bila ugotovitev, da lahko bolnišnice s samoocenjevanjem in kazalniki kakovosti ocenijo zrelost lastnega sistema ter na ta način prav tako izboljšujejo kakovost lastnih storitev. Vendar pa zunanja presoja (certifikacija ali akreditacija) omogoča veliko obširnejši posnetek stanja zrelosti organizacije v smislu kakovosti. (Wagner et al., 2014, str. 66–73)

Rushforth et al. (2015, str. 1–10) so v Združenem kraljestvu oblikovali kazalnike kakovosti iz priporočil kliničnih smernic, ki se jih lahko meri iz rutinsko zbranih podatkov. Raziskavo so začeli predvsem zaradi omejenih organizacijskih zmogljivosti in zapletenosti oskrbe v primarnem zdravstvenem varstvu ter zaradi finančne spodbude vlade za upoštevanje kazalnikov uspešnosti. Razvili so 17 kazalnikov uspešnosti, ki pa se na žalost osredotočajo le na kronične bolezni in ne merijo kakovosti oskrbe teh pacientov.

Carayon et al. (2014, str. 14–25) v svoji študiji govorijo o velikem vplivu delovnega sistema na varnost pacientov in zaposlenih. Zlasti izpostavljajo vrednost systemskega pristopa, ki opredeljuje vse vidike delovnega sistema, ki lahko vplivajo na varnost pacienta. V središču pa so: pomanjkanje strokovnosti, slaba uporabnost informacijskih tehnologij, neustrezen delovni prostor, hierarhična kultura in neupoštevanje smernic (Slika 2.1), zato je nujno treba delovni sistem uravnotežiti, da bi lahko povečali varnost pacienta in zaposlenih.



Slika 3. Model delovnega sistema in varnosti pacientov. Prirejeno iz »Human factors systems approach to healthcare quality and patient safety«, po P. Carayon et al, 2014, Applied Ergonomics, 45, str. 15

Alameddine et al. (2015 str. 1–14) v svoji študiji ugotavljajo, da je za izvedbo organizacijskih sprememb zelo pomembna pripravljenost zaposlenih. Izvedli so raziskavo pripravljenosti zaposlenih za poročanje o kazalnikih kakovosti v primarnem zdravstvenem varstvu v Libanonu. Sodelovalo je 108 zdravstvenih centrov na primarni ravni. 66 % anketiranih je pripravljenih poročati o kazalnikih kakovosti. Najnižja ocena pripravljenosti za poročanje je pri zdravnikih, predvsem na področju poročanja neželenih dogodkov, saj je prisoten strah pred kaznovanjem. Zato bi bilo treba med zaposlenimi krepiti timsko delo in skupno odgovornost ter zavedanje, da gre največkrat za systemske napake. Prav tako bi bilo treba zdravstveno osebje poučiti o pomenu poročanja o kazalnikih kakovosti, saj se le-ti spremljajo z namenom povečanja učinkovitosti in iskanja področij priložnosti za izboljšavo. Pri medicinskih sestrah je pripravljenost za poročanje najnižja na področju osebne valence – kakšne osebne koristi bodo imele od poročanja o kazalnikih kakovosti. Raziskava pokaže, da se medicinske sestre pritožujejo nad preobremenjenostjo in da večinoma same poročajo o kazalnikih kakovosti, zato bi bilo v tem primeru zelo pomembno prestrukturiranje, da bi jim tako omogočili več časa za poročanje omenjenih kazalnikov.

V avstralskih bolnišnicah so zakonsko določili, da se mora doseči določena kakovost in varnost za paciente. V času te zakonske določbe je postalo vprašanje vodenja kakovosti

najpomembnejše, še posebej pri obvladovanju tveganj. Večina bolnišnic v Avstraliji je uvedla uslužbenca za kakovost, ki ga pogosto imenujejo koordinator zagotavljanja kakovosti. Največkrat gre za zdravstvenega delavca z delovnimi izkušnjami s področja vodenja in strokovnega področja, s strokovnim znanjem ter z usposobljenostjo za upravljanje kakovosti. Problem je le, da gre največkrat za mlade uslužbenke, ki nimajo vpliva na oblikovanje politike kakovosti. Koordinatorji kakovosti so odgovorni za izvajanje, vključevanje in usklajevanje sistema vodenja kakovosti s ciljem:

- izboljšati kakovost oskrbe pacientov ter spodbujati učinkovito porabo sredstev in virov,
- zagotoviti administrativno, tehnično in izobraževalno podporo pri razvoju kakovosti.

Zdravstveno osebje pogosto narobe razume dejstvo, da je naloga vodje kakovosti povedati, kako mora biti klinično delo opravljeno. Manager kakovosti je usposobljen strokovnjak, katerega naloga je upravljati s programom kakovosti. Le nekaj bolnišnic se lahko pohvali z managerjem kakovosti. Za to bi morale poskrbeti univerze, ki bi morale ustvariti programe, primerne za usposabljanje tovrstnih kadrov. Še boljše bi bilo, da bi za takšne programe usposabljanja zagotovile tudi štipendije. (Wilson, 2000, str. 127–130)

V današnjem času je na voljo tehnologija za preprečevanje škode pri pacientih in s tem zmanjševanje stroškov v zdravstvu. Vendar žal primanjkuje preventive, da ne bi prihajalo do neželenih dogodkov v zdravstvu. Po podatkih British Medical Journala so zdravniške napake zdaj na 3. mestu najpogostejših vzrokov smrti v ZDA. Raziskave kažejo, da so vzrok za neželene dogodke (zdravniške napake) predvsem izgorelost zaradi številnih birokratskih nalog. Zato bi morale preprečevanje neželenih dogodkov postati del kulture razmišljanja v zdravstvu, saj lahko le s pomočjo prepoznavanj potencialnih tveganj in evidentiranjem dejanskih napak stvari predvidimo in preprečimo ter tako zmanjšamo škodo za pacienta in znižamo stroške v zdravstvu. Dokazi, da ima organizacija povezano, dosledno in učinkovito upravljanje, so:

- dokumentirani procesi s kazalniki učinkovitosti in dokumentirana politika kakovosti,
- jasno opredeljeni in merljivi kazalniki učinkovitosti,
- izvajanje rednih certifikacijskih presoj,
- procesi, ki se vsak dan izvajajo po definiranih metodah, ne samo za presoje. (Dotan, & Koski, 2017, str. 1–10)

Zadnje raziskave kažejo (Krczal & Mock, 2016, str. 1–8), da so kot kazalniki kakovosti v primarnem zdravstvu najpomembnejša pričakovanja in potrebe ljudi. Kot najpomembnejša izmed njih sta izpostavljena dostopnost do zdravljenja oz. do zdravstvene oskrbe in odnos med pacientom in zdravnikom. Pričakovanja in potrebe ljudi bi bilo nujno potrebno upoštevati pri oblikovanju primarne zdravstvene oskrbe.

Minister za zdravje v OECD je poudaril, da je treba začeti vlagati v ukrepe, ki bodo pomagali oceniti, ali naši zdravstveni sistemi zagotavljajo to, kar je za ljudi pomembno. Smrtnost in klinični kazalniki namreč le delno predstavljajo vrednost zdravstvene oskrbe za ljudi. Ta ministrova izjava je potrdila načrte za program dela, kjer bodo pacienti poročali o uspešnosti zdravstvenega sistema. Predvsem poročanje pacientov o ukrepih bi naj postala nova valuta za merjenje uspešnosti zdravstvenega sistema in za primerjavo ocene uspešnosti med zdravstvenimi sistemi. Dosedanje ankete so namreč prinesle le povratne informacije o postopkih zdravstvene oskrbe, ne pa tudi podatkov o učinkih. Zato bo treba na novo oblikovati vprašalnike za paciente, katerih rezultati bodo pomagali pri izbiri ustreznih ukrepov za izboljšanje zdravstvene oskrbe. Vprašalniki bi naj pokazali, kako je zdravje pacienta povezano s kakovostjo življenja. Izpostavljen naj bi bil predvsem vpliv bolezni na posameznika, vpliv zdravljenja, delovanje posameznika in čustveno počutje obolelega. Če želimo izvedeti, kaj je pomembno za paciente, je prav te treba vprašati, katere zdravstvene rezultate bi bilo po njihovem mnenju pametno meriti. Izpostavljeni naj bi bili trije vidiki za paciente:

- kaj je za pacienta pomembno, da kljub svojemu zdravstvenemu stanju dobro živijo,
- zmanjševanje odvisnosti od drugih in od zdravljenja,
- zmanjševanje stigme in osamljenosti.

Predvsem pa je pomembno zavedanje, da pacienti ob namenjanju svojega časa za reševanje anket želijo biti prepričani, ali bodo za to nagrajeni z boljšo zdravstveno oskrbo. (Coulter, 2017, str. 1–2)

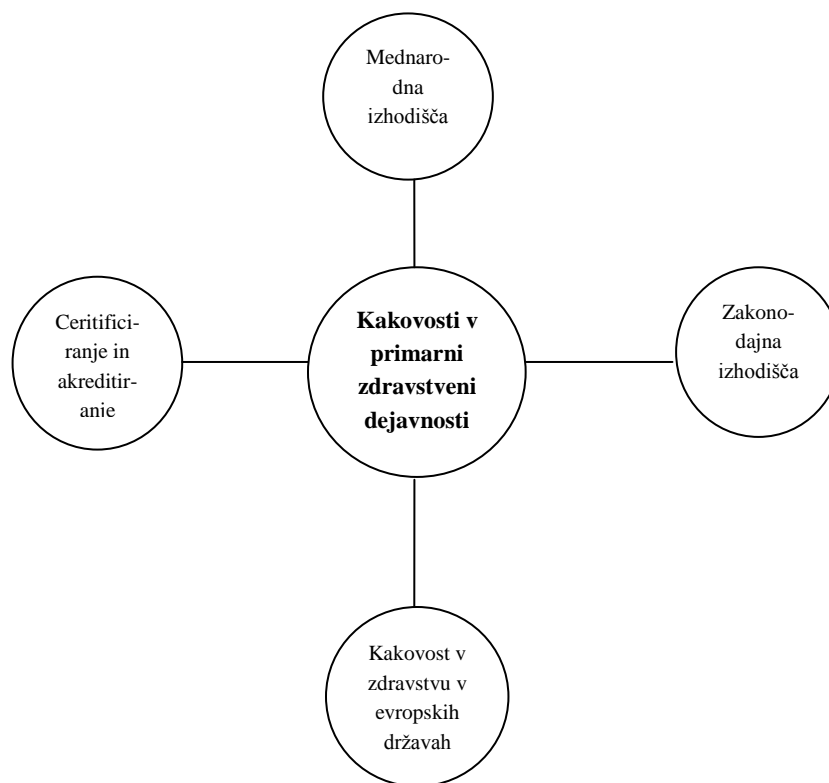
### **3 Metoda**

#### **3.1 Zbiranje podatkov**

Opravljen je bil pregled strokovnih in znanstvenih del na temo kakovosti v zdravstvu, sistemov vodenja kakovosti v zdravstvu, kazalnikov kakovosti, certificiranja in akreditiranja. Uporabljena je bila analiza del tujih in slovenskih avtorjev. Uporabili smo tudi mednarodna izhodišča za razvoj kakovosti v zdravstvu, zato smo uporabili nekoliko starejše vire, ki opredelijo izvor, namen in razvoj tovrstne kakovosti. Prav tako smo utemeljili razliko med certificiranjem in akreditiranjem, ki sta osnovni izvor kazalnikov kakovosti. Prikazali smo tudi stanje certifikacije zdravstvenih domov v Sloveniji.

#### **3.2 Model raziskave**

Model raziskave prikazuje vidike, ki smo jih upoštevali pri raziskovanju kakovosti v zdravstvu. Sem sodijo iskanje mednarodnih izhodišč, zakonodajnih izhodišč, obvladovanje kakovosti v zdravstvu v drugih evropskih državah ter razlika med certificiranjem in akreditacijo zdravstvenih organizacij.



Slika 4. Model raziskave

## 4 Rezultati

### 4.1 Sistemi vodenja kakovosti v zdravstvu v državah članicah EU in v Sloveniji

Z vstopom Slovenije v Evropsko unijo in s tem prevzemanjem skupne odgovornosti za državljane držav članic EU so nastale zahteve za celovito vodenje in usklajevanje kakovosti na ravni posameznih držav. Do leta 2010 so morale države članice zagotoviti, da se zdravstveno varstvo osredotoči na izide zdravljenja na vseh ravneh. (Ministrstvo za zdravje, 2006, str. 19)

Zaradi mobilnosti pacientov je namen EU zagotoviti kakovostno zdravstveno obravnavo za vse njene državljane, zato morajo izvajalci zdravstvene dejavnosti v teh državah dokazati, da imajo:

- vzpostavljene organe za kakovost (agencije in centre ali inštitute za kakovost v zdravstvu na ravni države, oddelke ali komisije za kakovost na ravni bolnišnic);
- delujočo notranjo presojo – samoocenjevanje;
- delujočo zunanjo presojo – akreditacijo;
- urejeno nenehno izboljševanje kakovosti (klinične smernice, klinične poti, merjenje in poročanje kazalnikov izidov in drugih kazalnikov kakovosti, urejeno poročanje o zdravstvenih napakah, urejeno upravljanje varnosti pacientov);

- uvedeno izobraževanje za kakovost. (Ministrstvo za zdravje, 2006, str. 22)

Leta 2001 je bil pripravljen dokument *Kakovost v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji*, ki opisuje stanje v državi in nekatere mehanizme, ki so na voljo za zagotavljanje vsaj najnujnejših standardov. Pozneje je bil oblikovan Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije – *Zdravje za vse do leta 2004*. Leta 2003 je bil izdelan osnutek zdravstvene reforme, v katerem so opisane usmeritve za sistematično vpeljavo kakovosti v zdravstvu v RS. Ker ni bilo ustanovljenega nacionalnega telesa za kakovost v zdravstvu, je bil leta 2004 ustanovljen Oddelek za kakovost pri Ministrstvu za zdravje. (Ministrstvo za zdravje, 2006, str. 32)

»V središču dogajanja so pacienti in drugi uporabniki. Za paciente je najpomembnejši dober izid zdravljenja, o čemer govorijo kazalniki izidov in drugi kazalniki kakovosti. Kazalnike izidov in kakovosti prikazujemo za posamezne specifične bolezni, stanja, postopke in podobno. Da bi dosegli dobre izide zdravljenja, moramo imeti urejene sisteme s strukturami in procesi, ki jih tudi merimo s kazalniki – kazalniki struktur in kazalniki procesov. Metode in orodja kakovosti se uporabljajo za doseganje dobrih kazalnikov izidov in drugih kazalnikov kakovosti.« (Ministrstvo za zdravje, 2006, str. 39)

Izvajalci pa so med drugim odgovorni tudi za sodelovanje pri nacionalnem programu kazalnikov kakovosti in programu *Kakovost v zdravstvu* ter za uporabo kazalnikov kakovosti za izboljševanje sistemov, kliničnih poti in procesov. Zato bi morali izvajalci zdravstvene dejavnosti postopoma uvesti metodo uravnoveženih kazalnikov, pri čemer upoštevajo vse razsežnosti delovanja (kazalnike poslovanja, varnosti pacientov, klinične kazalnike, kazalnike izkušenj in zadovoljstva pacientov in drugih uporabnikov ter zaposlenih. (Ministrstvo za zdravje, 2006, str. 54)

Novembra 2010 je izšel *Priročnik o kazalnikih kakovosti*, ki ga je izdelala delovna skupina za pripravo nabora in metodologije kazalnikov kakovosti. Njihovo delo pa je koordiniral Oddelek za kakovost pri Ministrstvu za zdravje (Pribaković Brinovec et al., 2010, str. 7). Nabor kazalnikov v *Priročniku o kazalnikih kakovosti* vključuje predvsem sekundarno in terciarno raven zdravstvene dejavnosti. V njem je zelo malo kazalnikov, ki so uporabni v primarni zdravstveni dejavnosti.

Saut et al. (2017, str. 1–9) v študiji ocenjevanja vpliva akreditacij v brazilskih zdravstvenih organizacijah ugotavljajo, da so glavni razlogi, ki so zdravstvene organizacije vzpodbudili k izvajanju programov izboljševanja kakovosti predvsem stroški zdravstvenega varstva, neželeni dogodki, zapletenost novih tehnologij, staranje prebivalstva in hitro širjenje prenosljivih bolezni po svetu. V navedeni študiji primanjkuje dokazov o korelaciji med varnostjo pacientov in akreditacijo. Varnost predpisujejo predvsem brazilski zakonodaji, po kateri je obvezno mesečno poročanje o neželenih dogodkih. Prav tako ni bil kot ustrezen potrjen učinek akreditacij na finančne rezultate zdravstvenih organizacij, zato bi bilo

smiselno, da se zdravstvene organizacije usmerijo na spremljanje in merjenje kazalnikov kakovosti, vrednotenje in ukrepe iz le-teh.

Carayon et al. (2014, str. 14–25) v svoji študiji govorijo o velikem vplivu delovnega sistema na varnost pacientov in zaposlenih. Zlasti izpostavljajo vrednost systemskega pristopa, ki opredeljuje vse vidike delovnega sistema, ki lahko vplivajo na varnost pacienta. V središču pa so: pomanjkanje strokovnosti, slaba uporabnost informacijskih tehnologij, neustrezen delovni prostor, hierarhična kultura in neupoštevanje smernic. Zato je nujno potrebno uravnotežiti delovni sistem, da bi lahko povečali varnost pacienta in zaposlenih.

V današnjem času je na voljo tehnologija za preprečevanje škode pri pacientih in s tem zmanjševanje stroškov v zdravstvu. Vendar žal primanjkuje preventive pred neželenimi dogodki v zdravstvu. Po podatkih British Medical Journala so zdravniške napake zdaj na 3. mestu najpogostejših vzrokov smrti v ZDA. Raziskave kažejo, da je vzrok za neželene dogodke (zdravniške napake) predvsem izgorelost zaradi prevelikega števila birokratskih nalog. Preprečevanje neželenih dogodkov bi moralo postati del kulture razmišljanja v zdravstvu, saj le s pomočjo prepoznavanj potencialnih tveganj in z evidentiranjem dejanskih napak lahko stvari predvidimo in preprečimo ter tako zmanjšamo škodo za pacienta in znižamo stroške v zdravstvu. (Dotan, & Koski, 2017, str. 1–10)

Minister za zdravje v OECD je poudaril, da je treba začeti vlagati v ukrepe, ki bodo pomagali oceniti, ali naši zdravstveni sistemi zagotavljajo to, kar je za ljudi pomembno. Smrtnost in klinični kazalniki namreč le delno predstavljajo vrednost zdravstvene oskrbe za ljudi. Ta ministrska izjava je potrdila načrte za program dela, kjer bodo pacienti poročali o uspešnosti zdravstvenega sistema. Predvsem poročanje pacientov o ukrepih po izvedenih anketah bi naj postala nova valuta za merjenje uspešnosti zdravstvenega sistema in primerjavo ocene uspešnosti med zdravstvenimi sistemi. Dosedanje ankete so namreč prinesle le povratne informacije o postopkih zdravstvene oskrbe, ne pa podatkov o učinkih. Zato bo treba na novo oblikovati vprašalnike za paciente, iz katerih bo možno izvesti ukrepe za izboljšanje zdravstvene oskrbe. Vprašalniki bi naj pokazali, kako je zdravje pacienta povezano s kakovostjo življenja. Predvsem pa je pomembno zavedanje, da pacienti ob namenjanju svojega časa za reševanje anket želijo biti prepričani, da bodo nagrajeni z izboljšanjem zdravstvene oskrbe. (Coulter, 2017, str. 1–2)

## 4. 2 Certifikacija zdravstvenih domov v Sloveniji

Tabela 4.2.1 Stanje certificiranih zdravstvenih domov v Sloveniji v letu 2017

Območne enote ZZZS	Zdravstveni dom	SIQ*	BV*	necertificiran	
OE Celje	Celje	x			
	Laško	x			
	Radeče			x	
	Slovenske Konjice		x		
	Šentjur			x	
	Šmarje pri Jelšah			x	
	Žalec			x	
OE Koper	Iliriska Bistrica		x		
	Izola		x		
	Koper		x		
	Piran		x		
	Postojna		x		
	Sežana		x		
OE Kranj	Osnovno zdravstveno varstvo Gorenjske			x	
OE Krško	Brežice			x	
	Krško			x	
	Sevnica			x	
OE Ljubljana	Domžale			x	
	Cerknica		x		
	Ribnica			x	
	Kamnik	x			
	Grosuplje	x			
	Hrastnik			x	
	Idrija			x	
	Ivančna Gorica		x		
	Kočevje		x		
	Litija		x		
	Ljubljana	x			
	Logatec		x		
	Medvode		x		
	Trbovlje			x	
	Zagorje ob Savi		x		
	Vrhnika			x	
	ZD študentov Ljubljana			x	
	Železničarski ZD			x	
	OE Maribor	Lenart			x
		Maribor	x		
Ormož				x	
Ptuj			x		
OE Murska Sobota	Slovenska Bistrica			x	
	Gornja Radgona			x	

»se nadaljuje«



»nadaljevanje«	Lendava		x	
	Ljutomer			x
OE Nova Gorica	Murska Sobota	x		
	Ajdovščina		x	
	Nova Gorica	x		
	Tolmin			x
OE Novo Mesto	Zobozdravstveno varstvo Nova Gorica	x		
	Črnomelj	x		
	Metlika		x	
	Novo Mesto	x		
OE Ravne na Koroškem	Trebnje		x	
	Dravograd		x	
	Radlje ob Dravi			x
	Ravne na Koroškem		x	
	Slovenj Gradec			x
	Velenje		x	
	Zdravstveno reševalni center Koroške			x
	Mozirje			x
<b>Skupaj</b>		<b>59</b>	<b>11</b>	<b>22</b>
				<b>26</b>

Opomba: Podatki so vzeti s spletnih strani zdravstvenih domov Slovenije

Seznam zdravstvenih domov je povzet po ZZS, 2017, str. 15–30

\*SIQ – Slovenski inštitut za kakovost in meroslovje v Sloveniji

BV – Bureau Veritas

## 5 Razprava

Razvoj kakovosti v zdravstvu izhaja iz dokumenta Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu v letu 2006. Leta 2010 izide Nacionalna strategija za kakovost in varnost v zdravstvu.

Zakaj kakovost v zdravstvu?

Odgovor lahko iščemo v zelo pogostih odklonih zdravljenja, ki jih lahko merimo kot kazalnik kakovosti. Šele ko imamo opravljene meritve, lahko na podlagi podatkov izvedemo izboljšave. V gospodarstvu so sistemi vodenja kakovosti prisotni že dolga leta, predvsem zaradi obstoja posameznih podjetij na trgu, kjer vlada huda konkurenca. Kazalniki kakovosti bi morali biti javno dostopni podatki, saj se lahko le tako uporabniki zdravstvenih storitev in tudi zdravniki ob napotitvah odločijo za ustreznega izvajalca zdravstvenih storitev.

Primarno zdravstveno varstvo je največkrat vstopna točka uporabnikov zdravstvenih storitev v zdravstveni sistem, zato je razvoj primarne zdravstvene dejavnosti še toliko bolj prioriten. Primarno zdravstveno varstvo se poleg diagnostike in zdravljenja ter rehabilitacije bolezni ukvarja še s preventivo, s katero lahko najbolj vplivamo na poznejše stroške zdravljenja.

Vstop Slovenije v Evropsko unijo je prinesel zahteve za celovito vodenje in usklajevanje kakovosti v vseh državah članicah le-te. Države članice Evropske unije so posledično sprejele dokument Zdravje 21 – zdravje za vse v 21. stoletju.

Zaradi ugotovitve, da zdravniške napake povzročajo največ stroškov in trpljenja pacientov, je WHO leta 2002 opomnila članice, naj posvetijo večjo pozornost varnosti pacientov in oblikujejo sisteme za izboljšanje le-te. (Ministrstvo za zdravje, 2006, str. 18)

Glavni vzroki za oblikovanje in uvajanje sistemov vodenja kakovosti v zdravstvu v državah članicah Evropske unije so veliki odkloni zdravljenja, neuspešnost delovanja organizacij, neučinkovita uporaba tehnologije, visoka cena napak v zdravstvu oziroma nizka kakovost storitev, nezadovoljstvo uporabnikov storitev, neenakost v dostopu do zdravstvenih storitev, dolge čakalne dobe in visoka cena zdravstvenih storitev. (Ministrstvo za zdravje, 2006, str. 20)

Zato morajo izvajalci zdravstvene dejavnosti dokazati, da imajo vzpostavljene organe za kakovost, samoocenjevanje, zunanjo presojo in sistem nenehnega izboljševanja kakovosti (Ministrstvo za zdravje, 2006, str. 22)

Slovenija je leta 2001 sprejela dokument Kakovost v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji. Na podlagi tega je bil oblikovan Nacionalni program zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji – Zdravje za vse do leta 2004. Leta 2003 je bil izdelan osnutek zdravstvene reforme, leta 2004 pa ustanovljen oddelek za kakovost pri Ministrstvu za zdravje. (Ministrstvo za zdravje, 2006, str.32)

Leta 2006 je bilo v splošni dogovor z ZZKS prvič vpisano določilo o spremljanju kazalnikov kakovosti zdravstvene obravnave. (Kiauta et al., 2010, str. 19)

V središče dogajanja so tako postavljeni pacienti in drugi uporabniki zdravstvenih storitev kot tudi zaposleni v zdravstveni dejavnosti. Slednji so pogosto preobremenjeni, zato nimajo časa za ukvarjanje s kakovostjo. Posledično so zdravstvene organizacije pristopile k certifikaciji ali akreditaciji, saj so le tako uspele pridobiti skrbnika sistema vodenja kakovosti, in začele s spremljanjem kazalnikov kakovosti v zdravstvu. Tako je leta 2010 izšel Priročnik o kazalnikih kakovosti v okviru Ministrstva za zdravje, ki ga je oblikovala delovna skupina. V njem so opredeljeni kazalniki kakovosti, ki so uporabni na sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti, kazalniki, ki so navedeni (prvih 20) kot primerni za primarno zdravstveno dejavnost, pa na primarni ravni niso uporabni in merljivi. Tako ponovno primarna zdravstvena dejavnost izgublja na pomenu, saj je ravno primarno zdravstveno varstvo tisto, ki se ukvarja s preventivo, terapijo in rehabilitacijo obolenj, kar lahko bistveno zmanjša stroške poznejšega zdravljenja in omogoči višjo kakovost življenja posameznika.

Največji nabor zdravstvenih storitev primarnega zdravstva najdemo v Belgiji, Franciji, Bolgariji, Finski, Litvi, Norveški, Portugalski, Španiji, Švedski in Združenem kraljestvu. V

evropskih državah je predvsem velika razlika v dostopnosti zdravstvenih storitev. (Kringos et al., 2010, str. 742–750)

Primarno zdravstveno varstvo je temelj sistemov zdravstvenega varstva v mnogih delih sveta. V raziskavi, narejeni v 34 evropskih državah v letu 2015, je bilo zaznано predvsem pomanjkljivo usklajevanje zdravstvene oskrbe pri prehajanju uporabnikov zdravstvenih storitev skozi različne nivoje zdravstvene dejavnosti, saj so izidi zdravljenja pri bolnikih s kroničnimi obolenji veliko boljši v državah, ki imajo usklajeno zdravstveno oskrbo. Pozitivne izkušnje prenosa informacij med zdravniki z različnih nivojev zdravstvenega varstva so predvsem na Danskem, Finskem, Litvi, Islandiji in Švedski. Nekoliko je ob tem problematična Danska, saj mnoge majhne zasebne prakse na Danskem ovirajo usklajevanje zdravstvene oskrbe in vodijo v kulturo individualizma. (Rotar Pavlič, 2015, str. 1–11)

Študije so pokazale, da so organizacije, ki so certificirane ali akreditirane, veliko bolj uspešne pri uvajanju organizacijskih sprememb. Problem je skeptičnost zdravnikov do kakovosti, predvsem tistih, ki jim primanjkuje znanja s področja managementa kakovosti, saj so v anketah sami izrazili potrebo po izobraževanju s tega področja (Brubakk et al., 2015, str. 2–8)

Ob uvajanju sistemov vodenja kakovosti tako pogosto naletimo na odpor pri določenih kadrih (predvsem zdravnikih), ki jim primanjkuje znanja s področja sistemov vodenja kakovosti. Posledica tega je napačno dojetje samoocenjevanja organizacije (notranje presoje, internih strokovnih nadzorov), zunanje presoje in izdanih neskladnosti in priporočil. Največkrat zaposleni presoje dojemajo kot nadzor, kontrolo in iskanje napak. Zato je smiselno uvesti izobraževanje s področja kakovosti in varnosti v zdravstvo kot obvezno vsebino za vse zaposlene v zdravstvu. Le tako bomo dosegli, da bodo neskladnosti in priporočila dojemali kot priložnost za izboljšavo in ne kot kritiko svojega dela ali iskanje napak pri tem.

Večina zdravstvenih ustanov pristopi k akreditaciji ali certifikaciji zaradi usmerjenosti v razvoj, samoregulacije in trženja (Shaw et al., 2010, str. 445–451).

V nekaterih državah pa obstajajo zakonske zahteve, da zdravstvene organizacije za vzdrževanje kakovosti zdravstvenih storitev obvezno pristopijo k certifikaciji ali akreditaciji. Tudi v Sloveniji je predlog za leto 2018, da se v splošni dogovor glavnim odjemalcem zdravstvenim storitev (ZZZS) zapiše določilo, da bodo zdravstvene organizacije, ki niso certificirane ali akreditirane, sankcionirane (finančne kazni). Žal nismo še prišli do nivoja, da bi bile organizacije, ki so certificirane ali akreditirane, motivirane in nagrajene s finančno podporo.

Težko je dokazati vpliv akreditacije ali certifikacije, da bi lahko organizacije upravičile čas in denar, ki so ga porabile za sisteme vodenja kakovosti. Oba sistema pa vzpodbujata strukture in procese, ki podpirajo varnost bolnikov in tako dosegajo višjo kakovost zdravstvenih storitev. (Shaw et al., 2014, str. 100–107)

Na Portugalskem so leta 2003 začeli z zdravstveno reformo, pri čemer so vse enote zdravstvenega varstva povezali v mrežo zdravstvenih ustanov. Leta 2007 so nadaljevali z reformo in ustanovili tako imenovane družinske zdravstvene enote, da bi zagotovili večjo dostopnost do storitev, krajše čakalne dobe in višjo kakovost storitev. Ker se pogledi strokovnjakov na kakovost zelo razlikujejo, so določili tri dimenzije za spremljanje kakovosti v zdravstvu:

- uporabnik zdravstvenih storitev in njegova pričakovanja,
- potrebe zaposlenih in ocena primernosti izvajanja postopkov,
- učinkovita uporaba virov.

Glavni problemi portugalskega zdravstvenega sistema so bili pomanjkanje varnosti za pacienta, visoki stroški, nezadovoljni uporabniki zdravstvenih storitev, neenakost v dostopu do storitev in dolge čakalne dobe, zato so začeli s sistematičnim uvajanjem sistemov vodenja v bolnišnicah, nato pa še na primarni ravni zdravstvene dejavnosti. (Duarte & Fonseca, 2017, str. 251–264)

Alameddine et al. (2015, str. 1–14) v raziskavi o pripravljenosti poročanja o kazalnikih kakovosti in neželenih dogodkih ugotovijo, da je o teh pripravljenih poročati 66 % anketiranih zdravstvenih delavcev. Najnižja ocena pripravljenosti je bila pri zdravnikih, predvsem pri pripravljenosti poročanja o neželenih dogodkih, saj jih je ob tem strah sankcij.

Zelo pomembno je torej timsko delo in zavedanje, da gre pri napakah v zdravstvu pogosto za sistemske napake, ki jih je možno preprečiti z boljšo komunikacijo in boljšim sodelovanjem sodelavcev v timih.

Do zdaj so se med pacienti izvajale le ankete, ki so prinesle zgolj informacije o uspešnosti postopkov zdravstvene oskrbe, ne pa tudi o učinkovitosti. Zato bi bilo treba oblikovati nove vprašalnike, ki bi pokazali, kako je zdravje pacienta povezano s kakovostjo življenja. Predvsem bi moral biti izpostavljen vpliv bolezni na posameznika, vpliv zdravljenja na delovanje posameznika ter njegovo počutje. (Coulter, 2017, str. 1–2)

Pri razvoju kakovosti v zdravstvu se vse preveč pozablja na primarni nivo zdravstvenega varstva, kjer lahko številne bolezni preprečimo, zdravimo in uporabnike storitev tudi primerno rehabilitiramo za še kakovostno sprejemljiv nivo življenja. Le tako lahko znižamo veliko število obravnav na sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstvenega varstva in s tem posledično stroške nepotrebnih zdravstvenih obravnav in zdravljenja. V prvi vrsti bi moral biti cilj kakovosti v zdravstvu predvsem pacient, ki lahko v ustrezni fazi kronična obolenja prepreči in tako ostane še vedno samostojen v osnovnih življenjskih funkcijah. Zato bi morala biti uvedba sistemov vodenja kakovosti v primarni zdravstveni dejavnosti ena od prioritarnih nalog Vlade in voditeljev posameznih zdravstvenih organizacij. S sistemom vodenja kakovosti je omogočeno, da organizacije spremljajo kazalnike uspešnosti in učinkovitosti, o katerih poročajo in ki so dostopni širši strokovni in laični javnosti. Zgolj tako je uporabniku zdravstvenih storitev omogočeno, da izbere izvajalca, ki ima najboljše kazalnike uspešnosti,

(tudi kazalnike izidov) in s tem sebi omogoči čim boljši izid preventive in zdravljenja, zdravstveni sistem pa posledično zniža stroške zdravstvenih storitev.

## 6 Zaključek

Zahteva Evropske unije je celovito vodenje in usklajevanje kakovosti v zdravstvu v vseh njenih članicah. Ob tem se v ospredje postavi varnost pacientov, saj se le tako lahko zmanjšajo trpljenje pacienta in stroški učinkovitosti zdravljenja. Glavni problemi zdravstva, povezani s kakovostjo, so namreč pomanjkanje varnosti za pacienta, visoki stroški zdravljenja, nezadovoljni uporabniki zdravstvenih storitev, neenakost pri dostopu do zdravstvenih storitev in dolge čakalne dobe. Zato so izvajalci zdravstvene dejavnosti zavezani uvesti in vzpostaviti sisteme vodenja kakovosti na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti. Ker je primarna zdravstvena dejavnost prva raven zdravstvene oskrbe v bližini doma pacienta in vključuje tako preventivo kot kurativo, bi moral biti razvoj sistemov vodenja kakovosti na primarni ravni zdravstvene dejavnosti prioriteta. Primarna raven zdravstva bi morala biti bolj odzivna na potrebe prebivalstva, saj z vsemi svojimi dejavnostmi vpliva na delovanje vseh ostalih nivojev zdravstva. Ob tem je pomembno usklajeno delovanje vseh ravni zdravstvene dejavnosti, saj ima le tako pacient možnost dobrega izida zdravljenja, kar je pomemben kazalnik kakovosti zdravstvenih storitev. Kazalniki kakovosti bi zato morali biti javno dostopni podatki, saj le tako lahko zdravnik in pacient izbirata med izvajalci zdravstvenih storitev, ki imajo najboljše kazalnike izidov. Te kazalnike pa najpogosteje spremljajo samo zdravstvene ustanove, ki imajo sisteme vodenja kakovosti.

Raziskave kažejo, da je premalo pozornosti posvečene razvoju sistemov vodenja kakovosti v primarni zdravstveni dejavnosti, ki je vstopna točka skorajda vsakega pacienta v sistem zdravstva. Članek je lahko v pomoč različnim organom za kakovost, ki morajo svoja prizadevanja za razvoj kakovosti v zdravstvu usmeriti predvsem na primarno raven zdravstvene dejavnosti. Družba bo tako dobila učinkovitejše primarno zdravstveno varstvo, kjer bo lahko posameznik nekatere bolezni preprečil, ozdravil in se po njih rehabilitiral. Posledično ne bo napoten na sekundarno raven in s tem se mu bo omogočila kakovostnejša raven življenja, saj bo bolezen ali preprečena ali hitreje ozdravljena. Hkrati pa se bodo skrajšale dolge čakalne dobe v zdravstvu na sekundarni ravni in zmanjšali stroški zdravljenja.

Raziskava je omejena na raziskavo teoretičnih izhodišč začetka in nadaljevanja razvoja kakovosti v zdravstvu in uvajanje sistemov vodenja kakovosti v zdravstvu, zato bi jo bilo smiselno nadgraditi z raziskovanjem spremljanih kazalnikov kakovosti v primarni zdravstveni dejavnosti.

## Reference

1. Alemeddine, M., Saleh, S., & Natafgi, N. (2015). *Assessing health-care providers' readiness for reporting quality and patient safety indicators at primary health-care centres in Lebanon: a national cross-sectional survey*. *Human Resources for Health*, 13:37, 1–14, doi: 10.1186/s12960-015-0031-5
2. Brubakk, K., Vist, E. G., Bukholm, G., Barach, P., & Tjomsland, O. (2015). *A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex intervention effects*, *BMC Health Services Research*. 1–10, doi: 10.1186/s12913-015-0933-x
3. Carayon, P., Wetterneck, T. B., Rivera-Rodriguez, A. J., Schoofs Hundt, A., Hoonakker, P., Holden, R., Gurses, A. P. (2014). *Human factors systems approach to healthcare quality and patient safety*, *Applied Ergonomics*, 45, 14–25, doi: 10.1016/j.apergo.2013.04.023
4. Commission of the European communities. (2008). *Communication from the commission to the European parliament and the council on patient safety, including the prevention and control of healthcare-associated infections*, 836 final. Pridobljeno na: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/TXT/?uri=CELEX%3A52008DC0836>, (27. 1. 2018)
5. Coulter, A. (2017). *Measuring what matters to patients: OECD Health ministers commit to patient reported measures of performance*, *BMJ* 2017;356:j816, 1–2, doi: 10.1136/bmj.j816
6. Dotan, D. B., & Koski, K. J. (2017). *How Predictive Analytics Will Prevent the Cost of Harm: A Practical Approach for Hospital Management Systems*. Pegwin, 1–10, [www.pegwin.io](http://www.pegwin.io)
7. Duarte Sonia, S., Fonseca, A. (2017). *Portuguese primary healthcare – sustainability through quality management*. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 34 (2), 251–264. doi: 10.1108/IJQRM-05-2015-0066
8. Kelley, E., & Hurst, J. (2006). *Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper*. OECD Health Working Papers, No. 23, doi: 10.1787/440134737301
9. Kersnik, J., *Kakovost v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji. Pregled stanja in bodoče usmeritve*. (2001) Kopenhagen: Regionalni urad SZO.
10. Kiauta, M., Poldrugovac, M., Rems, M., Robida, A., & Simčič, B. (2010). *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015)*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
11. Krczal, E., & Mock, T. (2016). *People-Centred Quality Indicators for Primary Care Centres*, *International Journal of Integrated Care*, 16(6):A300, 1–8, doi: 10.5334/ijic.2848
12. Kringos, D., Boerma, W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Dedeu, T., Hasvold, T., Hutchinson, A., Lember, M., Oleszczyk, M., Rotar Pavlic, D., Svab, I., Tedeschi, P., Wilm, S., Wilson, A., Windak, A., Van der Zee, J., & Groenewegen, P. (2013). *The strength of primary care in Europe: an international comparative study*, *British Journal of General Practice*, 742–750
13. Ministrstvo za zdravje. (2106). *10 let vodenja kakovosti v slovenskem zdravstvu, izkušnje, dobre prakse, ovire*. 9. dnevi Angele Boškin, Zbornik prispevkov.
14. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (2006). *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu*. (1. izd.). Ljubljana.
15. Osnovno zdravstveno varstvo Gorenjske. (februar 2017). *Poslovno poročilo za leto 2016*. Pridobljeno na <http://www.ozg-kranj.si>, (15. 1. 2018)
16. *Priporočilo - Varnost pacientov in preprečevanje okužb povezanih z zdravstveno oskrbo*, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/HTML/?uri=LEGISSUM:sp0009&from=SL>, (23. 02. 2018)

17. Pribaković Brinovec, R., Masten-Cuznar, O., Ivanuša, M., Leskošek, B., Pajntar, M., Poldrugovac, M., Simčič, B., & Tušar, S. (2010). *Priročnik o kazalnikih kakovosti*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
18. Rotar Pavlič, D., Sever, M., Klemec-Ketiš, Z., & Švab, I. (2015). *Process quality indicators in family medicine: results of an international comparison*, BMC Family Practice, 16 (172), 1–11, doi: 10.1186/s12875-015-0386-7
19. Rushforth, B., Stokes, T., Andrews, E., Willis, T. A., Mc Eachan, R., Faulkner, S., & Foy, R. (2015). *Developing »high impact« guideline-based quality indicators for UK primary care: a multi-stage consensus process*. BMC Family Practice, 16:156, 1–10. doi: 10.1186/s12875-015-0350-6
20. Saut, A. M., Tobal Berssaneti, F., & Moreno, M. C. (2017). *Evaluating the impact of accreditation on Brazilian healthcare organizations: A quantitative study*, International Journal for Quality in Health Care, 1–9, doi: 10.1093/intqhc/mzx094
21. Schäfer, W. L. A., Boerma, W. G. W., Kringos S. D., De Maeseneer, J., Greß, S., Heinemann, S., Rotar-Pavlic, D., Seghieri, C., Švab, I., Van den Berg J., M., Vainieri, M., Westert P. G., Willems, S., & Groenewegen P. P. (2011). *QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care*, BMC Family Practice, 12:115, 1–9, doi: 1471-2296/12/115
22. Schäfer, W. L. A., Boerma, W. G. W., Murante, M. A., Sixma, J. M. H., Schellevis, G. F., & Groenewegen, P. P. (2015). *Assessing the potential for improvement of primary care in 34 countries: a cross-sectional survey*. Bull World Health Organ, 93, 161–168. doi: 10.2471/BLT.14.140368
23. Schäfer, W. L. A., Boerma, W. G. W., Kringos, D. S., De Ryck, E., Greß, S., Murante, A. M., Rotar-Pavlic, D., Schellevis, F. G., Seghieri, C., Berg, M. J. van den, Westert, G. P., Willems, S., & Groenewegen, P. P. (2013). *Measures of quality, costs and equity in primary health care instruments developed to analyse and compare primary care in 35 countries*. Quality in Primary Care, 21(2), 67–79, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23735688>, (20. 12. 2017)
24. Shaw, C. D., Braithwaite, J., Moldovan, M., Nicklin, W., Grgic, I., Fortune, T., & Whittaker, S. (2013). *Profiling health-care accreditation organizations: an international survey*, International Journal for Quality in Health Care, 25(3), 222–231, doi: 10.1093/intqhc/mzt011
25. Shaw, C. D., Groene, O., Botje, D., Sunol, R., Kutryba, B., Klazinga, N., Bruneau, C., Hammer, A., Wang, A., Arah O. A., & Wagner, C. (2014). *The effect of certification and accreditation on quality management in 4 clinical services in 73 European hospitals*, International Journal for Quality in Health Care, 26, 100–107, doi: 10.1093/intqhc/mzu023
26. Shaw, C., Groene, O., Mora, N., & Sunol, R. (2010). *Accreditation and ISO certification: do they explain differences in quality management in European hospitals?*. International Journal for Quality in Health Care, 22 (6), 445–451. doi: 10.1093/intqhc/mzq054
27. Slovenski inštitut za standardizacijo. (2015). *Slovenski standard SIST EN ISO/IEC 17021-1*
28. *Sporočilo Komisije - O učinkovitih, dostopnih in prožnih zdravstvenih sistemih*, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/?uri=celex:52014DC0215>, (23. 02. 2018)
29. Svet Evrope. (2001). *Razvoj in izvajanje sistemov izboljševanja kakovosti v zdravstvenem varstvu*. Priporočilo št. R (97). 7–31.
30. Wagner, C., Groene, O., Thompson, A. C., Dersarkissian, M., Klazinga, N. S., Arah, O. A., & Sunol, R. (2014). *DUQuE quality management measures: associations between quality management at hospital and pathway levels*. International Journal for Quality in Health Care, 26 (S1), 66–73. doi: 10.1093/intqhc/mzu020

31. *Varnost pacientov in zagotavljanje oskrbe v sistemih javnega zdravstva*, [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/?uri=LEGISSUM:2901\\_5](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/?uri=LEGISSUM:2901_5), (23. 02. 2018)
32. Wilson Lionel, L., *The Quality manager*, J. Qual. Clin. Practice, 20, 127–130.
33. World Health Organization. (1999). *Health 21. Regional Office for Europe*. Copenhagen.
34. [www.oecd.org/els/health-systems/health-care.quality-indicators.htm](http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care.quality-indicators.htm), (25. 01. 2018)
35. Zagotavljanje vzdržnosti zdravstvenih sistemov Evrope. (2014) Pridobljeno na: [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/HTML/?uri=LEGISSUM:2901\\_2&from=EN](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/HTML/?uri=LEGISSUM:2901_2&from=EN), (16. 02. 2018)
36. Zakon o zdravstveni dejavnosti. (2005, 10. marec). *Uradni list RS št. 23/2005*.
37. Zdravstveni dom Ajdovščina. (28. februar 2017). *Letno poročilo za leto 2016*. Pridobljeno na <http://www.zd-ajdovscina.si/>, (25. 01. 2018)
38. Zdravstveni dom Brežice. (februar 2016). *Letno poročilo zdravstvenega doma Brežice za leto 2015*. Pridobljeno na <http://www.zd-brevice.si/>, (25. 01. 2018)
39. Zdravstveni dom dr. Božidarja Lavriča Cerknica. (2017). *Poslovno poročilo posrednega porabnika proračuna, poslovno leto 2016*. Pridobljeno na <http://www.zd-cerknica.si/>, (25. 01. 2018)
40. Zdravstveni dom Dravograd. (24. februar 2017). *Letno poročilo za leto 2016*. Pridobljeno na: <http://www.zd-dravograd.si/>, (25. 1. 2018)
41. Zdravstveni dom Gornja Radgona. (februar 2014). *Poslovno poročilo za leto 2013*. Pridobljeno na <http://www.zd-gr.si/>, (25. 1. 2018)
42. Zdravstveni dom Ilirska Bistrica. (2017). *Letno poročilo za leto 2016*. Pridobljeno na <http://www.zdib.si/>, (25. 1. 2018)
43. Zdravstveni dom Ivančna Gorica. (februar 2016). *Letno poročilo za leto 2015*. Pridobljeno na <http://www.sl.zd-ivg.si/>, (25. 1. 2018)
44. Zdravstveni dom Izola. (februar 2011). *Poslovno poročilo javnega zavoda Zdravstveni dom Izola za leto 2010*. Pridobljeno na <http://www.zd-izola.si/>, (25. 01. 2018)
45. Zdravstveni dom dr. Julija Polca Kamnik. (februar 2017). *Letno poročilo javnega zavoda Zdravstveni dom dr. Julija Polca Kamnik za leto 2016*. Pridobljeno na <http://www.zdkamnik.si/>, (25. 01. 2018)
46. Zdravstveni dom Koper. (februar 2017). *Letno poročilo za leto 2016*. Pridobljeno na <http://www.zd-koper.si/>, (25. 01. 2018)
47. Zdravstveni dom Krško. (24. februar 2016). *Letno poročilo za leto 2015*. Pridobljeno na <http://www.zd-krsko.si/>, (25. 01. 2018)
48. Zdravstveni dom Lendava. (28. februar 2017). *Letno poročilo za leto 2016*. Pridobljeno na <http://www.zd-lendava.si/>, (25. 01. 2018)
49. Zdravstveni dom Litija. (2017). *Letno poročilo za leto 2016*. Pridobljeno na <http://www.zd-litija.si/>, (25. 01. 2018)
50. Zdravstveni dom Ljubljana. (februar 2017). *Letno poročilo 2016*. Pridobljeno na <http://www.zd-lj.si/>, (25. 01. 2018)
51. Zdravstveni dom Osnovno varstvo Nova Gorica. (februar 2017). *Letno poročilo za poslovno leto 2016*. Pridobljeno na <http://www.zd-go.si/>, (25. 1. 2018)
52. Zdravstveni dom Novo Mesto. (2017). *Letno poročilo za leto 2016*. Pridobljeno na <http://www.zd-nm.si/>, (25. 01. 2018)
53. Zdravstveni dom Ormož. (februar 2017). *Letno poročilo Zdravstvenega doma Ormož za leto 2016*. Pridobljeno na <http://www-zd-ormoz.si/>, (25. 1. 2018)
54. Zdravstveni dom Ptuj. (21. februar 2017). *Letno poročilo za leto 2016*. Pridobljeno na <http://www.zd-ptuj.si/>, (25. 1. 2018)



55. Zdravstveni dom Slovenska Bistrica. (februar 2017). *Letno poročilo za leto 2016*. Pridobljeno na <http://www.zd-sb.si/>, (25. 1. 2018)
56. Zdravstveni dom Črnomelj. (2017). *Letno poročilo za leto 2016*. Pridobljeno na <http://www.zd-crnomej.si/>, (25. 1. 2018)
57. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (oktober 2017). *Kako do zdravnika in drugih zdravstvenih delavcev. Seznam izvajalcev zdravstvenih storitev in dobaviteljev medicinskih pripomočkov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja*. Ljubljana, 15–30. Pridobljeno na <http://www.zzzs.si/>, (13. 1. 2018)

\*\*\*

**Suzana Šuklar** je leta 2010 diplomirala na Fakulteti za organizacijske vede Kranj. Od leta 2012 naprej je predstavnik vodstva za kakovost v Zdravstvenem domu Murska Sobota. Je član Komisije za kakovost pri Združenju zdravstvenih zavodov Slovenije in zunanji sodelavec SIQ, presojevalec po ISO 9001.

\*\*\*

## **Abstract:** **Quality Assurance System at Primary Level of Healthcare**

**Purpose:** Purpose of the research is to clarify the basis, development and the state of the art of quality assurance systems at primary level of healthcare.

**Method:** As a method, quality assurance in healthcare literature overview and analysis was used.

**Results:** Research provided basic for the introduction and development of quality assurance as well as encouragement for further development of quality assurance in primary healthcare system

**Organization:** institutions of primary healthcare system will be enabled to understand the quality assurance in healthcare systems in EU and Slovenia.

**Limitations/Future Research:** Research is limited with relatively low amount of relevant sources. In the further research it would be necessary to define, which indicators shall be used in assessing the quality of primary healthcare services, and consequently to develop new model of requested indicators which shall be monitored in the primary healthcare systems.

**Keywords:** quality, quality assurance systems, primary healthcare sector, healthcare services, patients' safety.

Copyright (c) Suzana ŠUKLAR



Creative Commons License

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License.