

OSNOVE KAKOVOSTI IN VARNOSTI V ZDRAVSTVU

Učno gradivo za pripravo na strokovni izpit
za poklic tehnik/tehnica zdravstvene nege (in sorodne srednješolske zdravstvene poklice)

Dopolnjena različica. Gradivo povzema in strnjeno predeluje vsebino uradnega priročnika Ministrstva za zdravje »Kakovost in varnost v zdravstvu – priročnik za zdravstvene delavce in sodelavce« (2022) ter jo dopolnjuje s praktičnimi temami s področja varnosti pacientov. Besedilo je predelano in strnjeno v lastnih besedah, ni dobesedni prepis. Pred izpitom priporočamo pregled celotnega izvirnega priročnika, dostopnega na gov.si.

Kazalo tem

1. Razvoj kakovosti in varnosti v zdravstvu – kratek pregled
2. Temeljni pojmi
3. Kakovost zdravstvenega varstva – zahteve in gradniki
4. Šest temeljnih načel kakovosti
5. Nenehno izboljševanje kakovosti
6. Donabedianov model – struktura, proces, izid
7. Metode izboljševanja kakovosti
8. Nadzori nad delom izvajalcev zdravstvene dejavnosti
9. Presoja, akreditacija, certifikacija, verifikacija, licenciranje
10. Klinične smernice in klinične poti
11. Kazalniki kakovosti
12. Predaja pacienta
13. Cilji za varnost pacientov
14. Identifikacija pacienta
15. Kirurški varnostni kontrolni list
16. Napake v zdravstvu, kultura varnosti in odgovornost
17. Slovarček ključnih pojmov in kratic
18. Praktični povzetek – hitri pregled ključnih pojmov
19. Vprašanja za samopreverjanje
20. Viri za nadaljnje učenje

1. Razvoj kakovosti in varnosti v zdravstvu

Slovensko zdravstvo je sistematično uvajanje kakovosti okrepilo v drugi polovici devetdesetih let (kazalniki kakovosti Zdravniške zbornice, pilotni projekti poslovne odličnosti, prva ISO-certificiranja). Prelomnica je bila Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu 2010–2015, po kateri je sledila vrsta dokumentov, uvedba kazalnikov kakovosti in začetek mednarodnih akreditacij slovenskih bolnišnic.

1.1 Demingov krog (PDCA / NIPU)

Temeljno orodje za sistematično izboljševanje procesov je Demingov krog, sestavljen iz štirih faz, ki se ciklično ponavljajo:

Faza (angl.)	Faza (slo. – NIPU)	Vsebina
Plan	Načrtovanje	Jasna in natančna opredelitev težave, prepoznavanje sistemskih vzrokov
Do	Izvedba	Uvedba korektivnih rešitev za odpravo temeljnih vzrokov
Check	Preverjanje	Potrditev učinkovitosti uvedenih rešitev
Act	Ukrepanje	Uveljavitev rešitve in vključitev pridobljenih izkušenj v prakso

i Pogosto na izpitu: našteji štiri faze Demingovega kroga v pravilnem vrstnem redu, tako v angleški (PDCA) kot v slovenski različici (NIPU).

1.2 Pomembnejši mejniki

- 2008 – sprejet Zakon o pacientovih pravicah.
- 2010 – ustanovljen sektor za kakovost in varnost pri Ministrstvu za zdravje, sprejeta Nacionalna strategija kakovosti in varnosti 2010–2015, akreditirane prve slovenske bolnišnice.
- 2016 – sprejeta Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«.
- 2021 – izdan Priročnik o kazalnikih kakovosti zdravstvene obravnave v socialnovarstvenih zavodih.

2. Temeljni pojmi

Spodnji pojmi se v izpitnih vprašanjih pogosto pojavljajo posamično (»kaj je ...«) – zato je smiselno znati vsakega razložiti samostojno, s svojimi besedami.

Pojem	Razlaga
Zdravstveno varstvo	Sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo.
Zdravstvena dejavnost	Ukrepi in aktivnosti, ki jih zdravstveni delavci in sodelavci opravljajo po medicinski doktrini pri varovanju zdravja, preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju bolezni in poškodb.
Kakovostna zdravstvena obravnava	Obravnava, ki posamezniku in prebivalstvu dosledno zagotavlja želene izide zdravljenja v skladu z aktualnim strokovnim znanjem.
Varnost zdravstvene obravnave	Lastnost sistema, ki pomeni nenehno prepoznavanje, analiziranje in obvladovanje tveganj za paciente, z namenom čim bolj zmanjšati škodo.
Z dokazi podprta medicina	Odločanje o diagnostiki in oskrbi na podlagi vestne, nedvoumne in razumne uporabe najboljših razpoložljivih znanstvenih dokazov.
Celovito upravljanje kakovosti	Strateški pristop vodenja, osredotočen na uporabnike, nenehno izboljševanje kakovosti in timsko delo.
Odgovornost	Prevzem dolžnosti ob nalogi/pooblastilu; odgovornosti se ni mogoče izogniti niti, če je izvedba naloge prenesena na druge.

3. Kakovost zdravstvenega varstva – zahteve in gradniki

Zagotavljanje kakovosti in varnosti zahteva usklajeno delovanje na več področjih hkrati:

- Sprememba kulture – splošne, organizacijske in poklicne (klinične), vključno s sodelovanjem v timih.
- Zavezanost vodstev h kakovosti – znanje, motivacija zaposlenih, nadzor izvajanja.
- Politika vodenja kakovosti in varnosti – kultura poročanja o odklonih in napakah, dosledno izvajanje popravilnih ukrepov.
- Izvajanje storitev v skladu z dokazi podprto medicino, sprotno posodabljanje smernic in navodil.
- Delo s podatki – merjenje, analiziranje, ukrepanje na podlagi podatkov o uspešnosti.

Celovita kakovost javnega zdravstva temelji na treh stebrih: kakovosti sistema zdravstvenega varstva, zadovoljstvu pacientov (in njihovih izidih zdravljenja) ter kakovosti poslovanja (gospodarna raba virov).

4. Šest temeljnih načel kakovosti

Po priporočilih Sveta Evrope ima vsak pacient pravico do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave. Kakovostno zdravstveno obravnavo opredeljuje šest temeljnih načel:

Načelo	Bistvo	Vodilno vprašanje
Uspešnost	Doseganje želenih izidov zdravljenja na podlagi z dokazi podprte obravnave	Ali naši ukrepi izboljšajo pacientovo zdravstveno stanje?
Varnost	Zmanjševanje napak in preprečevanje škode pacientu	Ali bomo pacientu škodili?
Pravočasnost	Zdravljenje ob primernem času glede na potrebe pacienta	Koliko časa mora pacient čakati?
Učinkovitost	Doseganje izidov brez razsipavanja virov (kadrovskih, materialnih, časovnih)	Ali lahko naredimo isto ceneje z enakim izidom?
Enakopravnost	Obravnava glede na potrebe, brez diskriminacije	Ali prihaja do razlikovanja med pacienti?
Osredotočenost na pacienta	Spoštovanje pacientovih pravic, vrednot in aktivno sodelovanje pacienta	Ali je pacient v središču obravnave?

i Pogosto na izpitu: naštej vseh šest načel kakovosti in vsaj za dve od njih pojasni bistvo s svojimi besedami.

4.1 Učinkovitost vs. uspešnost – pogosta past na izpitu

- Učinkovitost (angl. efficiency): razmerje med izložkom in vložkom – »narediti stvari na pravi način«, s čim manjšo porabo virov.
- Uspešnost (angl. effectiveness): razmerje med rezultati in cilji organizacije – »narediti prave stvari«, doseči najboljše možne zdravstvene izide.

5. Nenehno izboljševanje kakovosti

Nenehno izboljševanje kakovosti je vseživljenjski proces, ki podpira strategijo celovitega upravljanja kakovosti – strukturiran proces sodelovanja zaposlenih pri načrtovanju in izvajanju izboljšav za doseganje kakovostne in varne obravnave, ki dosega ali presega standarde.

Obsega najmanj: vključenost najvišjega vodstva, programe usposabljanja zaposlenih, projekte in time za izboljšave, podporo zaposlenim pri analizi in preoblikovanju kliničnih procesov ter uporabo znanstvenih metod in statistične kontrole procesov.

5.1 Mehanizmi za merjenje in nadzor kakovosti v Sloveniji

- Sistem pritožb po Zakonu o pacientovih pravicah.
- Sistem nadzorov po Zakonu o zdravstveni dejavnosti (glej poglavje o nadzorih).
- Postopki akreditacije in certificiranja (glej poglavje o presoji).

6. Donabedianov model – struktura, proces, izid

Avedis Donabedian je leta 1966 predstavil model, ki še danes velja za osrednjo paradigmo ocenjevanja kakovosti zdravstvene oskrbe. Predpostavka modela je, da izboljšava struktur vodi do boljših procesov, ti pa do boljših izidov.

Element	Kaj obsega	Primer
Struktura	Okvir izvajanja oskrbe: prostori, kadri, oprema, financiranje, organizacijske značilnosti	Število in usposobljenost medicinskih sester na oddelku
Proces	Vse aktivnosti zdravstvenega sistema: diagnostika, terapija, preventiva, edukacija pacientov	Način izvedbe previjanja rane po protokolu
Izid	Sprememba zdravstvenega stanja pacienta, raven uspešnosti delovanja	Delež zaceljenih ran v določenem času

Standardi strukture opredeljujejo, kaj je treba zagotoviti za pričakovane izide: izvajalce (izobrazba, usposobljenost, število), prostor, opremo, pomožne službe, potrebno znanje, vire za izpopolnjevanje in način dokumentiranja.

i Pogosto na izpitu: navesti primer strukturnega, procesnega kazalnika in kazalnika izida za isto klinično področje (npr. oskrba rane).

7. Metode izboljševanja kakovosti

Sodobni zdravstveni sistemi za izboljševanje kakovosti uporabljajo več skupin metod:

- Klinične presoje s strokovnimi nadzori – preverjanje skladnosti s standardi, protokoli, dobro prakso.
- Izvajanje izboljšav s PDCA-krogom – vpeljava in preskušanje sprememb procesov.
- Modeli izboljšav – odločanje na podlagi merljivih izboljšav, preverjenih na manjšem vzorcu.
- Načela vitke organizacije (npr. Six Sigma) – iskanje razsipnosti in preusmerjanje virov.
- Primerjanje uspešnosti (benchmarking) – primerjava s ciljnim vrednostmi in dobrimi praksami.
- Učenje na napakah – sistematično vrednotenje priložnosti za izboljšave.
- Mapiranje procesov – opis poti pacienta za odkrivanje priložnosti za izboljšave.
- Statistična kontrola procesov, komunikacijska orodja, tehnološke inovacije, odločitvena drevesa.

7.1 RCA – analiza temeljnega vzroka

RCA (angl. Root Cause Analysis) je retrospektivna (za nazaj usmerjena) metoda, ki se uporabi po tem, ko je do neželenega dogodka ali resnega varnostnega zapleta že prišlo. Namen je sistematično ugotoviti vse temeljne (sistemske), ne le neposredne vzroke dogodka, in na tej podlagi predlagati ukrepe, ki preprečijo ponovitev – ne pa iskati krivca.

7.2 FMEA – analiza možnih napak in posledic

FMEA (angl. Failure Mode and Effects Analysis) je proaktivna (vnaprej usmerjena) metoda, ki se uporabi še preden pride do napake. Tim vnaprej sistematično pregleda proces korak za korakom, prepozna mesta, kjer bi lahko prišlo do napake, oceni njihovo verjetnost in resnost ter proces spremeni tako, da tveganje zmanjša še pred izvedbo.

 Pogosto na izpitu: razlika med RCA in FMEA – RCA deluje za nazaj (po dogodku), FMEA deluje vnaprej (preventivno, pred dogodkom).

8. Nadzori nad delom izvajalcev zdravstvene dejavnosti

Zakon o zdravstveni dejavnosti opredeljuje pet vrst nadzora nad zakonitostjo, strokovnostjo, kakovostjo in varnostjo dela:

Vrsta nadzora	Kdo izvaja	Bistvo
Notranji nadzor	Izvajalec zdravstvene dejavnosti sam	Reden (letni program) ali izreden nadzor; lahko predlaga dodatno usposabljanje, mentorja, disciplinski postopek ipd.
Strokovni nadzor s svetovanjem	Pristojna zbornica/strokovno združenje z javnim pooblastilom	Nadzor strokovnosti, kakovosti in varnosti; lahko predlaga odvzem licence, dodaten mentor, naznanitev suma kaznivega dejanja
Upravni nadzor	Ministrstvo za zdravje	Nadzor izvajanja predpisov s področja zdravstvene dejavnosti in zavarovanja ter materialnega poslovanja
Sistemiški nadzor	Odredi ga minister; sočasno upravni in strokovni nadzor	Uporabi se ob sumu resnejših nepravilnosti, ki zahtevajo celovit nadzor
Inšpekcijski nadzor	Zdravstveni inšpektorat in druge pristojne inšpekcije	Nadzor nad izvajanjem zakonskih določil

9. Presoja, akreditacija, certifikacija, verifikacija, licenciranje

9.1 Presoja

- Notranja presoja (samoocenjevanje): izvajajo jo strokovnjaki ustanove same, zajema vse dejavnosti ustanove.
- Zunanja presoja: izvaja jo zunanja neodvisna institucija, ki oceni skladnost s standardi.

9.2 Akreditacija

Akreditacija je javno priznanje akreditacijskega organa zdravstveni organizaciji o doseganju vnaprej pripravljenih in objavljenih standardov kakovosti in varnosti. Presoja se ustanova (ne posameznik), obnavlja se praviloma vsaka tri leta. V Sloveniji so uveljavljeni mednarodni standardi, kot so DIAS-DNV, JCI, AACI in ACI.

9.3 Certifikacija

Certificiranje je postopek, s katerim neodvisna institucija pisno potrdi skladnost proizvoda, procesa ali storitve s posebnimi zahtevami (npr. ISO 9001 za sistem vodenja kakovosti). Ne zajema standardov klinične kakovosti. Obnavlja se praviloma vsakih pet let.

9.4 Verifikacija in licenciranje

- Verifikacija (overjanje): potrditev na podlagi dokazov, da izvajalec opravlja zdravstveno dejavnost v skladu s standardi in normativi.
- Licenciranje: izdaja dovoljenja posamezniku ali organizaciji za opravljanje dejavnosti, ki je brez licence nezakonita; licence izdaja pristojna stanovska organizacija na podlagi izobrazbe in izpitov, obnavljajo pa se na podlagi dokazil o strokovnem izpopolnjevanju.

i Pogosto na izpitu: razlika med akreditacijo (presoja ustanove, klinična kakovost) in certifikacijo (presoja sistema vodenja, npr. ISO, brez klinične vsebine).

10. Klinične smernice in klinične poti

10.1 Klinične smernice

Klinične smernice so napotki in priporočila za diagnostiko, zdravljenje in oskrbo pacientov, oblikovani na podlagi pregleda znanstvenih dognanj. Objavljajo jih mednarodna in državna strokovna združenja; ključni izziv je njihovo redno posodabljanje glede na hitrost razvoja medicinske znanosti.

10.2 Klinična pot

Klinična pot je dokument, ki povezuje odločanje in organizacijo postopkov obravnave za natančno določeno skupino pacientov v natančno določenem času. Je orodje za dokumentiranje, spremljanje kazalnikov kakovosti, lažjo notranjo presojo in seznanjanje pacienta s potekom obravnave, hkrati pa omogoča prilagajanje individualnim potrebam.

V Sloveniji morajo izvajalci sekundarne ravni na svojih spletnih straneh objaviti najmanj štirinajst kliničnih poti, izvajalci ozko specializirane dejavnosti pa najmanj tri.

11. Kazalniki kakovosti

Kazalniki kakovosti so merljive (praviloma številčne) enote, ki kažejo uspešnost zdravstvene obravnave, delovanja izvajalcev in sistema. Po Donabedianu jih razvrščamo v tri skupine, skladno z modelom struktura–proces–izid:

Vrsta kazalnika	Primer
Strukturni kazalnik	Število medicinskih sester, zdravnikov ali diagnostičnih naprav (npr. CT/MR)
Procesni kazalnik	Delež pacientov z rakom, pri katerih je bila diagnoza postavljena v 30 dneh od prvih simptomov
Kazalnik izida	Petletno preživetje pri določeni vrsti raka; 30-dnevno preživetje po srčnem infarktu

Uporabnost kazalnika je odvisna od njegove povednosti, zanesljivosti, pravočasnosti in razumljivosti. Vrednosti kazalnikov presojamo bodisi glede na vnaprej določeno referenčno vrednost bodisi s primerjalnim ocenjevanjem (benchmarking) med podobnimi subjekti (zdravniki, oddelki, bolnišnicami).

12. Predaja pacienta

Klinična predaja je učinkovit prenos informacij od enega izvajalca zdravstvenih storitev do drugega ob spremembi lokacije ali izvajalca (npr. sprejem, premestitev, odpust, menjava izmene). Vključuje kvantitativne podatke (npr. meritve vitalnih funkcij) in kvalitativne podatke (opažanja, subjektivne izjave pacienta).

12.1 Zahteve za dokumentiranje ob predaji

Dokumentacija ob predaji mora biti: kratka, jedrnata, natančna, resnična, ustrezna, pravočasna, kronološka, čitljiva in neizbrisljiva.

Predaja ob postelji pacienta (in ne le pisna/ustna med osebjem) omogoča neposredno vključitev pacienta v prenos informacij – raziskave kažejo, da jo pacienti v veliki večini primerov podpirajo.

13. Cilji za varnost pacientov

Mednarodne organizacije (npr. Svetovna zdravstvena organizacija, akreditacijske hiše) so opredelile skupek praktičnih ciljev, ki jih morajo zdravstvene ustanove dosledno uresničevati za zmanjšanje najpogostejših, a preprečljivih vzrokov škode pacientom. Ti cilji so pogosto vprašani kot samostojen seznam.

- Pravilna identifikacija pacienta – preverjanje istovetnosti pred vsakim pomembnim ukrepom (glej naslednje poglavje).
- Izboljšana komunikacija med zdravstvenimi delavci – zlasti pri ustnih in telefonskih naročilih ter ob predaji pacienta (glej poglavje o predaji).
- Varna uporaba zdravil, zlasti tistih z visokim tveganjem (npr. koncentrirani elektroliti, antikoagulant, insulin) – dvojno preverjanje odmerka pred aplikacijo.
- Preprečevanje zamenjave pacienta, posega ali mesta posega – dosledno preverjanje pred vsakim kirurškim ali invazivnim posegom.
- Zmanjšanje tveganja okužb, povezanih z zdravstvom – doslednost pri higieni rok in aseptičnih postopkih.
- Zmanjšanje tveganja škode zaradi padcev – redna ocena tveganja in preventivni ukrepi pri ogroženih pacientih.

 **Pogosto na izpitu: naštej vsaj štiri od šestih ciljev za varnost pacientov – to je eno najpogostejših "naštej" vprašanj pri tem predmetu.**

14. Identifikacija pacienta

Pravilna identifikacija pacienta je temeljni in najpogostejši izpostavljeni varnostni ukrep, saj napačna identiteta lahko privede do najresnejših napak (napačno zdravlilo, napačen poseg, napačna transfuzija).

14.1 Osnovno pravilo

Istovetnost pacienta se preveri z vsaj dvema neodvisnima identifikatorjema (npr. ime in priimek ter datum rojstva) – nikoli le s številko sobe ali postelje, saj se pacienti lahko premeščajo ali zamenjajo mesto.

14.2 Kdaj preverjamo identiteto pacienta

- Pred dajanjem zdravil ali aplikacijo injekcij.
- Pred odvzemom krvi ali drugih vzorcev za preiskave.
- Pred transfuzijo krvi ali krvnih pripravkov.
- Pred kirurškim ali drugim invazivnim posegom.
- Ob sprejemu, premestitvi in odpustu pacienta.

14.3 Metode preverjanja

- Aktivno spraševanje pacienta po imenu in priimku ter datumu rojstva (namesto vprašanja »Ali ste gospod/gospa X?«, na katerega lahko zmeden ali nepazljiv pacient pritrdi tudi, če ni pravi).
- Preverjanje podatkov na identifikacijski zapestnici pacienta in primerjava z dokumentacijo oziroma naročilom.
- Pri pacientih, ki ne morejo sodelovati (nezavestni, majhni otroci, osebe z zmedenostjo), se identiteta preveri prek zapestnice in dokumentacije oziroma prek spremljevalca/svojca.

15. Kirurški varnostni kontrolni list

Kirurški varnostni kontrolni list (po vzoru Svetovne zdravstvene organizacije) je standardiziran pripomoček, ki pred, med in po operativnem posegu zagotavlja, da tim preveri vse ključne varnostne elemente in tako zmanjša tveganje za zamenjavo pacienta, posega ali mesta posega ter druge preprečljive zaplete.

15.1 Tri faze kontrolnega lista

Faza	Kdaj	Kaj se preveri
Uvod (angl. sign in)	Pred uvodom v anestezijo	Identiteta pacienta, poseg, mesto posega, podpisana privolitev, morebitne alergije, tveganje za težaven dihalni pot ali veliko krvavitev
Časovni premor (angl. time out)	Neposredno pred kirurškim rezom	Vsi člani tima se predstavijo in glasno potrdijo pacienta, poseg in mesto posega; potrdi se dana antibiotična profilaksa in razpoložljivost slikovnih izvidov
Zaključek (angl. sign out)	Pred zapustitvijo operacijske dvorane	Preštetje instrumentov, igel in zložencev, označitev vzorcev za patologijo, pregled morebitnih zapletov opreme, načrt pooperativne oskrbe

Bistvo kontrolnega lista je, da se posamezne točke izgovorijo glasno in jih potrdi celoten tim, ne le posameznik – s tem se zmanjša tveganje, da bi kdo od udeležencev spregledal pomembno informacijo.

i Pogosto na izpitu: naštej tri faze kirurškega varnostnega kontrolnega lista in kdaj se posamezna izvede.

16. Napake v zdravstvu, kultura varnosti in odgovornost

16.1 Kaj je napaka

Napaka je odklon med tistim, kar je bilo narejeno, in tistim, kar naj bi bilo narejeno – neuspeh načrtovanih dejanj pri doseganju cilja. Napaka je vedno nenamerna. Neželeni izidi so le redko posledica ene same napake – običajno gre za splet več manjših odstopanj in spremenjenih pogojev dela.

16.2 Terminologija

- Varnostni zaplet: vsak negativni odklon od standarda obravnave in pričakovanih izidov, ki je (ali bi lahko) povzročil posledice za pacienta.
- Tveganje: izpostavljenost možnemu prihodnjemu varnostnemu odklonu.
- Skoraj napaka (angl. near miss): dogodek, ki bi lahko povzročil škodo pacientu, a je bil pravočasno prepoznan in preprečen, preden je do škode dejansko prišlo – zato je izjemno pomemben vir informacij za preventivno ukrepanje.
- Resni neželeni dogodek (angl. sentinel event): najhujša kategorija varnostnega zapleta – nepričakovan dogodek, ki povzroči smrt ali hudo trajno škodo pacientu, in vedno zahteva takojšnjo temeljito preiskavo (npr. RCA).

Izraz »zdravniška napaka« velja za strokovno neustrezen in škodljiv, ker vnaprej pripiše krivdo posamezniku, namesto da bi spodbudil sistemsko analizo vzrokov. Sodobna stroka govori raje o »zdravstveni napaki« oz. »varnostnem zapletu«.

i Pogosto na izpitu: razlika med skoraj napako in resnim neželenim dogodkom – prva ne povzroči škode (bila je pravočasno preprečena), drugi povzroči smrt ali hudo trajno škodo.

16.3 Pristopa k obravnavi napak

Pristop	Bistvo
Osebna odgovornost (reševanje prek posameznika)	Iskanje krivde pri posamezniku, ki je napako neposredno storil
Sistemski pristop	Iskanje temeljnih (sistemskih) vzrokov, ki so omogočili nastanek napake, ne glede na to, kdo jo je neposredno storil

Sodobna znanost o varnosti pacientov daje prednost sistemskemu pristopu, saj kaznovalna kultura prikrije večino manjših odstopanj, ki bi jih bilo sicer mogoče izkoristiti za izboljšave, preden povzročijo resno škodo.

16.4 Reasonov model (»model švicarskega sira«)

James Reason je predlagal ponazoritev, po kateri ima vsak sistem več zaporednih varovalnih plasti (npr. usposabljanje, protokoli, dvojno preverjanje, tehnologija) – podobno rezinam švicarskega sira, ki imajo vsaka svoje luknje. Do resne škode pride šele, kadar se luknje (šibkosti) v več plasteh hkrati poravnajo in omogočijo, da tveganje »prodre« skozi vse varovalne plasti do pacienta.

- Aktivna napaka: neposredno dejanje ali opustitev zdravstvenega delavca na »prvi liniji«, ki je neposredno pred dogodkom (npr. napačno prebran odmerek zdravila).

- Latentna napaka (skrita pomanjkljivost): sistemska šibkost, ki je bila prisotna že prej in je omogočila, da je aktivna napaka pripeljala do škode (npr. nejasno označena embalaža podobnih zdravil, kroničen kadrovski primanjkljaj, neustrezna razporeditev izmen).

i Pogosto na izpitu: pojasni Reasonov model (»švicarski sir«) in razlikuj med aktivno in latentno napako s primerom.

16.5 Kultura varnosti in »pravična kultura« (just culture)

Kultura varnosti je skupek vrednot, prepričanj in vedenj v organizaciji, ki daje prednost varnosti pacientov pred drugimi cilji in spodbuja odprto poročanje o napakah in skoraj napakah brez strahu pred kaznovanjem. »Pravična kultura« (angl. just culture) pri tem loči med iskrenimi človeškimi napakami (ki zahtevajo podporo in sistemske izboljšave, ne kaznovanja) ter malomarnim ali namernim ravnanjem (ki upravičeno zahteva odgovornost posameznika) – gre torej za ravnotežje med učenjem iz napak in osebno odgovornostjo, ne za popolno odsotnost odgovornosti.

Prijavljanje odstopanj in neželenih dogodkov (namesto prikrivanja) je del kulture varnosti in etične poklicne drže vsakega zdravstvenega delavca.

17. Slovarček ključnih pojmov in kratic

Pojem/kratica	Razlaga
PDCA / NIPU	Plan-Do-Check-Act oz. Načrtovanje-Izvedba-Preverjanje-Ukrepanje – Demingov krog
ISO 9001	Mednarodni standard za sistem vodenja kakovosti (certifikacija, ne klinična kakovost)
JCI, AACI, ACI, DIAS-DNV	Mednarodne akreditacijske hiše/standardi, uveljavljeni tudi v slovenskih bolnišnicah
RCA	Root Cause Analysis – analiza temeljnega vzroka; retrospektivna metoda po dogodku
FMEA	Failure Mode and Effects Analysis – analiza možnih napak in posledic; proaktivna metoda pred dogodkom
Benchmarking	Primerjalno ocenjevanje uspešnosti med podobnimi subjekti (oddelki, bolnišnicami)
Near miss	Skoraj napaka – dogodek s potencialom za škodo, ki je bil pravočasno preprečen
Sentinel event	Resni neželeni dogodek – povzroči smrt ali hudo trajno škodo pacientu
Just culture	Pravična kultura – loči iskrene napake (učenje) od malomarnega/namerne ravnanja (odgovornost)
Sign in / time out / sign out	Tri faze kirurškega varnostnega kontrolnega lista
Donabedianov model	Model kakovosti: struktura – proces – izid

18. Praktični povzetek – hitri pregled ključnih pojmov

Kratek pregled najpogostejše vprašanih pojmov – uporabno za hitro ponovitev tik pred izpitom.

Pojem / postopek	Ključna točka
4 faze Demingovega kroga	Načrtovanje – Izvedba – Preverjanje – Ukrepanje (PDCA)
6 temeljnih načel kakovosti	Uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost, enakopravnost, osredotočenost na pacienta
3 elementi Donabedianovega modela	Struktura – proces – izid
5 vrst nadzora po ZZDej	Notranji, strokovni s svetovanjem, upravni, sistemski, inšpekcijski
Akreditacija vs. certifikacija	Akreditacija presoja ustanovo in klinično kakovost (na 3 leta); certifikacija presoja sistem vodenja, npr. ISO (na 5 let)
RCA vs. FMEA	RCA je retrospektivna (po dogodku); FMEA je proaktivna (pred dogodkom)
Najmanj 2 identifikatorja pacienta	Npr. ime in priimek ter datum rojstva – nikoli le številka sobe/postelje
3 faze kirurškega kontrolnega lista	Uvod (sign in) – časovni premor (time out) – zaključek (sign out)
Near miss vs. sentinel event	Near miss = škoda preprečena pravočasno; sentinel event = smrt ali huda trajna škoda
Aktivna vs. latentna napaka	Aktivna = neposredno dejanje na "prvi liniji"; latentna = skrita sistemska pomanjkljivost
Minimalno št. objavljenih kliničnih poti	14 za izvajalce sekundarne ravni, 3 za ozko specializirano dejavnost

19. Vprašanja za samopreverjanje

Kratka vprašanja za preverjanje ključnih pojmov.

- V: Kaj je Demingov krog (PDCA)? O: Ciklično orodje za izboljševanje procesov: Načrtovanje – Izvedba – Preverjanje – Ukrepanje (Plan – Do – Check – Act).
- V: Kaj je z dokazi podprta medicina? O: Odločanje o diagnostiki in oskrbi na podlagi vestne, nedvoumne uporabe najboljših razpoložljivih znanstvenih dokazov.
- V: Razložite razliko med učinkovitostjo in uspešnostjo. O: Učinkovitost pomeni narediti stvari na pravi način s čim manjšo porabo virov; uspešnost pomeni narediti prave stvari in doseči zastavljene cilje.
- V: Naštete šest temeljnih načel kakovosti zdravstvene obravnave. O: Uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost, enakopravnost, osredotočenost na pacienta.
- V: Opišite Donabedianov model. O: Model, ki kakovost zdravstvene oskrbe razdeli na strukturo, proces in izid, ki so med seboj povezani – boljša struktura vodi k boljšim procesom in izidom.
- V: Naštete pet vrst nadzora po Zakonu o zdravstveni dejavnosti. O: Notranji nadzor, strokovni nadzor s svetovanjem, upravni nadzor, sistemski nadzor, inšpekcijski nadzor.
- V: Kdo izvaja strokovni nadzor s svetovanjem? O: Pristojna zbornica ali strokovno združenje z javnim pooblastilom.
- V: Kaj je akreditacija in kako pogosto se obnavlja? O: Javno priznanje, da zdravstvena ustanova dosega vnaprej pripravljene standarde kakovosti in varnosti; obnavlja se praviloma vsaka tri leta.
- V: Po čem se certifikacija razlikuje od akreditacije? O: Certifikacija (npr. ISO 9001) potrjuje skladnost sistema vodenja s standardom in ne zajema standardov klinične kakovosti; akreditacija presoja klinično kakovost in varnost celotne ustanove.
- V: Kaj je klinična pot? O: Dokument, ki povezuje odločanje in organizacijo postopkov obravnave za določeno skupino pacientov v določenem času.
- V: V katere tri skupine razvrstimo kazalnike kakovosti po Donabedianu? O: Strukturne kazalnike, procesne kazalnike in kazalnike izida.
- V: Kaj mora vsebovati dokumentacija ob predaji pacienta? O: Biti mora kratka, jedrnata, natančna, resnična, ustrezna, pravočasna, kronološka, čitljiva in neizbrisljiva.
- V: Naštete vsaj štiri cilje za varnost pacientov. O: Npr. pravilna identifikacija pacienta, izboljšana komunikacija med osebjem, varna uporaba zdravil z visokim tveganjem, preprečevanje zamenjave pacienta/posega/mesta, zmanjšanje tveganja okužb, zmanjšanje tveganja padcev (poljuben izbor štirih od šestih).
- V: S koliko neodvisnimi identifikatorji preverjamo istovetnost pacienta in katera dva sta najpogostejša? O: Z vsaj dvema; najpogostejše ime in priimek ter datum rojstva – nikoli le številka sobe ali postelje.
- V: Naštete tri faze kirurškega varnostnega kontrolnega lista. O: Uvod (sign in) pred anestezijo, časovni premor (time out) pred rezom, zaključek (sign out) pred zapustitvijo dvorane.
- V: Kaj je varnostni zaplet? O: Vsak negativni odklon od standarda zdravstvene obravnave in pričakovanih izidov, ki je ali bi lahko privedel do posledic za pacienta.
- V: Kaj je »skoraj napaka« (near miss)? O: Dogodek, ki bi lahko povzročil škodo pacientu, a je bil pravočasno prepoznan in preprečen.

- V: Kaj je »resni neželeni dogodek« (sentinel event)? O: Nepričakovan dogodek, ki povzroči smrt ali hudo trajno škodo pacientu in zahteva takojšnjo temeljito preiskavo.
- V: Zakaj je izraz »zdravniška napaka« problematičen s stališča sodobne varnostne kulture? O: Ker vnaprej pripiše krivdo posamezniku in onemogoča sistemsko analizo dejanskih vzrokov napake.
- V: Kateri pristop k napakam v zdravstvu je danes priporočen – osebni ali sistemski? O: Sistemski pristop, ki išče temeljne vzroke v organizaciji in procesih, ne le krivdo posameznika.
- V: Razložite Reasonov model »švicarskega sira«. O: Ponazoritev, po kateri ima sistem več varovalnih plasti z lastnimi šibkostmi (»luknjami«); do škode pride, ko se luknje v več plasteh hkrati poravnajo.
- V: Kaj je aktivna in kaj latentna napaka? O: Aktivna napaka je neposredno dejanje delavca na »prvi liniji«; latentna napaka je skrita sistemska pomanjkljivost, ki je bila prisotna že prej.
- V: Kaj pomeni »pravična kultura« (just culture)? O: Pristop, ki loči iskrene človeške napake (podpora, sistemske izboljšave) od malomarnega ali namernega ravnanja (osebna odgovornost).
- V: Kaj je razlika med RCA in FMEA? O: RCA je retrospektivna analiza po že nastalem dogodku; FMEA je proaktivna analiza tveganj pred izvedbo procesa.

20. Viri za nadaljnje učenje

- Kakovost in varnost v zdravstvu – priročnik za zdravstvene delavce in sodelavce, Ministrstvo za zdravje RS, 2022 (uradna literatura za ta del strokovnega izpita).
- Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej), poglavja o nadzoru (PISRS, www.pisrs.si).
- Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP) – 11. člen o pravici do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave.
- Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«.
- WHO Surgical Safety Checklist – Svetovna zdravstvena organizacija.

Priročnik MZ vsebuje tudi kontrolna vprašanja na koncu vsakega poglavja – priporočamo, da jih po pregledu tega strnjenega gradiva rešiš še v izvirniku.