

OSNOVE KAKOVOSTI IN VARNOSTI V ZDRAVSTVU

Razširjeno učno gradivo za pripravo na strokovni izpit

za poklic tehnik/tehnica zdravstvene nege in sorodne zdravstvene poklice (V. stopnja izobrazbe)

Dopolnjena in razširjena različica.

Gradivo povzema in v lastnih besedah strnjeno predeluje vsebino uradnega priročnika Ministrstva za zdravje »Kakovost in varnost v zdravstvu – priročnik za zdravstvene delavce in sodelavce« (2022) ter gradiva Ministrstva za zdravje »Kakovost in varnost v zdravstvu – gradivo za strokovni izpit za poklice po srednješolskem izobraževanju (V. stopnja)«, avtorice dr. Vesne Zupančič.

Besedilo je predelano, strnjeno in dopolnjeno v lastnih besedah – ni dobesedni prepis izvirnikov. Pred izpitom vsekakor priporočamo pregled obeh izvirnih gradiv, dostopnih na gov.si.

Kazalo tem

1. Razvoj kakovosti in varnosti v zdravstvu – kratek pregled
2. Temeljni pojmi
3. Motivacija, poklicna identiteta in strokovna avtonomija
4. Celostna (integrirana) zdravstvena obravnava in timsko delo
5. Kakovost zdravstvenega varstva – zahteve in gradniki
6. Temeljna načela kakovosti
7. Nenehno izboljševanje kakovosti in Demingov krog
8. Na dokazih temelječe delovanje
9. Donabedianov model – struktura, proces, izid
10. Standardizacija: smernice, standardi, klinične poti, normativi
11. Metode izboljševanja kakovosti (RCA, FMEA in druge)
12. Sistem upravljanja z varnostnimi odkloni in tveganji
13. Nadzori nad delom izvajalcev zdravstvene dejavnosti
14. Presoja, akreditacija, certifikacija, verifikacija, licenciranje
15. Kazalniki kakovosti
16. Merjenje zadovoljstva in izkušenj pacientov ter zaposlenih
17. Predaja pacienta
18. Cilji za varnost pacientov
19. Identifikacija pacienta
20. Obvladovanje okužb, povezanih z zdravstvom
21. Obvladovanje dokumentacije in informacijskega sistema
22. Kirurški varnostni kontrolni list
23. Napake v zdravstvu, kultura varnosti in odgovornost
24. Pritožbe pacientov in uveljavljanje pacientovih pravic
25. Integrirano vodenje kakovosti in varnosti v zdravstvu
26. Slovarček ključnih pojmov in kratic
27. Praktični povzetek – hitri pregled ključnih pojmov
28. Vprašanja za samopreverjanje
29. Viri za nadaljnje učenje

1. Razvoj kakovosti in varnosti v zdravstvu – kratek pregled

Sistematično uvajanje kakovosti se je v slovenskem zdravstvu okrepilo v drugi polovici devetdesetih let – takrat so se pojavili prvi kazalniki kakovosti Zdravniške zbornice, pilotni projekti poslovne odličnosti in prve ISO-certifikacije. 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. Gre za procesni pristop, ki je po logiki zelo podoben procesu zdravstvene nege (ocena stanja – načrt – izvedba – vrednotenje).

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

i Pogosto na izpitu: našteje štiri faze Demingovega kroga v pravilnem vrstnem redu, tako v angleški (PDCA) kot v slovenski različici (NIPU); pojasni, zakaj je krog ponazorjen kot krog in ne kot ravna črta (proces se nikoli ne konča, temveč se nenehno ponavlja na višji ravni).

1.2 Pomembnejši mejniki razvoja

- 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 programu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«, ki določa krovne cilje in prednostna področja razvoja.
- 2021 – izdan Priročnik o kazalnikih kakovosti zdravstvene obravnave v socialnovarstvenih zavodih; v pripravi je nacionalni sistem za prijavljanje varnostnih odklonov (projekt SenSys).
- 2022 – izdan prvi celoviti priročnik Ministrstva za zdravje »Kakovost in varnost v zdravstvu – priročnik za zdravstvene delavce in sodelavce«.

Mednarodno se je razvoj gibanja za kakovost v zdravstvu naslanjal predvsem na priporočila Sveta Evrope o pravicah pacientov do primerne, kakovostne in varne obravnave, na delo Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) na področju varnosti pacientov ter na standarde mednarodnih akreditacijskih hiš (npr. Joint Commission International).

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 oziroma pooblastilu; odgovornosti se ni mogoče izogniti, tudi če je izvedba naloge prenesena na druge.
Varnostni odklon	Vsak negativni odklon od standarda zdravstvene obravnave in pričakovanih izidov zdravljenja, ki je (ali bi lahko) povzročil posledice za pacienta – storjen s storitvijo ali z opustitvijo.
Tveganje	Izpostavljenost možnemu prihodnjemu neželenemu dogodku; vključuje oceno verjetnosti nastanka in oceno možnih posledic.

2.1 Zdravje in celostna obravnava kot izhodišče

Zdravje ni le odsotnost bolezni, temveč telesno, duševno in socialno blagostanje posameznika. Kakovostna zdravstvena obravnava zato izhaja iz celostnega pogleda na pacienta – upošteva njegove telesne, duševne, socialne in duhovne potrebe, ne le trenutnega zdravstvenega problema, zaradi katerega je prišel v obravnavo.

3. Motivacija, poklicna identiteta in strokovna avtonomija

Doseganje kakovosti v zdravstvu je odvisno od številnih dejavnikov: motiviranosti in angažiranosti zaposlenih, pacientov in njihovih bližnjih za kakovostno in varno delo; števila in kompetentnosti zaposlenih; dostopnosti opreme, pripomočkov in materiala; jasnosti delovnih procesov; urejenega financiranja storitev; obstoječih zakonov ter podpore z drugih področij (npr. izobraževanja za poklice skrbi).

3.1 Motivatorji in higieniki

Zadovoljni zaposleni so bolj motivirani in angažirani za delo v dobrobit zavoda in pacientov, zato sta motivacija in zadovoljstvo pri delu pomembna gradnika kakovosti.

- Motivatorji – notranji dejavniki: osebne želje, cilji, motivi in vrednote za dobro opravljeno delo, upoštevanje kodeksa etike, pohvale pacientov in vodij.
- Higieniki – zunanji dejavniki: napredovanje v plačilnem razredu, delovni pogoji, položaj in varnost zaposlitve. Sami po sebi ne motivirajo, njihova odsotnost pa povzroča nezadovoljstvo.

Zadovoljstvo pri delu je občutek, na osnovi katerega posameznik z veseljem opravlja delo, se veseli novih delovnih izzivov, se rad vrača med sodelavce, se dobro počuti pri opravljanju dela in ima optimističen pogled na lastno karierno prihodnost. Med dejavniki zadovoljstva pri delu izstopajo vsebina dela, samostojnost pri delu, nagrajevanje in ugodnosti, vodenje in organizacija, odnosi s sodelavci ter delovni pogoji.

3.2 Poklicna identiteta in strokovna avtonomija

- Poklicna identiteta – pripadnost in identificiranje s poklicem; rezultat poklicne socializacije, pri kateri posameznik prevzema norme, vrednote, navade in prepričanja svojega poklica in postane polnopravni član poklicne skupine s svojo strokovno avtonomijo.
- Strokovna avtonomija – sprejemanje odgovornih odločitev na podlagi lastnih osebnih značilnosti, znanja in položaja v poklicni skupini.

Primer iz prakse

Zdravstveni delavec se na delovnem mestu dobro počuti, ker se s sodelavci spoštujejo in si pomagajo. Je kompetenten za svoje delo, vendar je ravnokar končal nočno izmeno in ne čuti se več sposobnega za varno izvedbo aktivnosti. Odgovorno oceni, da je tveganje preveliko, in prosi sodelavca za pomoč – ta primer kaže strokovno avtonomijo in odgovorno ravnanje kot temelj varnega dela.

i Pogosto na izpitu: razložite razliko med motivatorji in higieniki (Herzbergova teorija) ter med poklicno identiteto in strokovno avtonomijo.

4. Celostna (integrirana) zdravstvena obravnava in timsko delo

4.1 Celostna in integrirana obravnava

Celostna (celovita) obravnava pomeni, da pacienta obravnavamo kot celoto z vsemi njegovimi potrebami, pričakovanji in željami ter ob upoštevanju njegovih virov (podpora svojcev, ekonomske zmožnosti, stanovanjske razmere). Ker pri celostni obravnavi posameznik ne sme presegati lastnih strokovnih kompetenc, se zdravstveni delavci povezujejo v time in tako skupaj – integrirano – zagotavljajo ustrezen odgovor na pacientove potrebe.

- Integracija – proces združevanja obravnave pacienta pri posameznih strokovnjakih v smiselno celoto.
- Integrirana skrb – pobude za izboljšanje izidov oskrbe z odpravljanjem razdrobljenosti storitev ter s povezovanjem in koordinacijo storitev vzdolž celotne poti pacienta skozi zdravstveni sistem.

Tradicionalna zdravstvena oskrba	Integrirana oskrba
V ospredju sta sistem in izvajalci.	V ospredju so aktivnosti za krepitev na osebo osredotočenih storitev.
Osredotočenost zgolj na obravnavani zdravstveni problem oz. bolezen.	Usklajeni multidisciplinarni timi delujejo v različnih okoljih in na različnih ravneh oskrbe.
Povezovanje je omejeno na eno institucijo oz. na samoiniciativnost posameznikov.	Povezovalno in sodelovalno reševanje večdimenzionalnih potreb posameznika, družine in skupnosti.
Oskrba je za del pacientov (»nevidne«, »neodzivne«) slabše dostopna.	Sistem poskrbi za vsakega in nikogar ne pusti zunaj njega.
Primer iz prakse <i>Starejša pacientka bo iz bolnišnice premeščena v dom za starejše zaradi spremenjene stopnje samooskrbe. Medicinska sestra opazi njeno stisko: skrbi jo za stanovanje, ki ga zaradi premestitve ne bo več potrebovala. Ker nima svojcev, medicinska sestra vključi socialno delavko, ta pa informacijo o potrebi po ureditvi stanovanjske zadeve doda v odpustno pismo. Gre za primer integrirane oskrbe med zdravstvenim in socialnim varstvom.</i>	

4.2 Timsko delo, medpoklicno sodelovanje in učenje

- Timsko delo – usklajeno in koordinirano delo več oseb, ki sledijo istemu cilju; potrebno je, kadar delovne naloge presegajo zmožnosti ene stroke ali enega posameznika.
- Medpoklicno sodelovanje – sodelovanje oseb z različnimi poklici za usklajeno zadovoljitev potreb pacientov ter za izmenjavo znanj in medsebojno učenje.
- Medpoklicno učenje – neformalna ali formalna priložnost, da se člani dveh ali več poklicnih skupin učijo drug od drugega z namenom izboljšanja kakovosti in varnosti obravnave.
- Učeči se zdravstveni zavod – zavod z dobrim medpoklicnim sodelovanjem in učenjem, kjer je sistem vodenja naravnano tako, da procese učenja dodatno spodbuja.

i Pogosto na izpitu: naštej in razloži razliko med timskim delom, medpoklicnim sodelovanjem in medpoklicnim učenjem – to je pogosta »trojica« pojmov na izpitu.

5. 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 in 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).

Kakovost in varnost zdravstvene obravnave nista zagotovljeni sami po sebi – zahtevata aktivno prizadevanje na več ravneh hkrati:

- aktivno prizadevanje vseh zdravstvenih delavcev, sodelavcev in drugih zaposlenih (skrb za lastno zdravje, znanje, spretnosti, etično ravnanje),
- aktivno prizadevanje pacientov in njihovih bližnjih (posredovanje vseh pomembnih podatkov, spraševanje, upoštevanje navodil),
- aktivno prizadevanje voditeljev in odgovornih za kakovost v zavodu (razporejanje dela, razvoj kompetenc, standardi, navodila),
- aktivno skupno prizadevanje upravljalcev zdravstvenih zavodov v sodelovanju z vsemi deležniki (zavodi, zbornice, ZZZS, združenja pacientov).

6. Temeljna načela kakovosti

Po priporočilih Sveta Evrope ima vsak pacient pravico do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave. V gradivih se pojavljata dve, med seboj skladni različici seznama temeljnih načel – klasična različica s šestimi načeli in razširjena različica s sedmimi načeli, ki dodaja kontinuiteto. Smiselno je poznati obe.

Načelo	Bistvo	Vodilno vprašanje
Uspešnost	Doseganje želenih izidov zdravljenja na podlagi z dokazi podprte obravnave.	Ali naši ukrepi izboljšajo pacientovo zdravstveno stanje?
Varnost	Preprečevanje varnostnih odklonov, zmanjševanje napak in obvladovanje tveganj za pacienta.	Ali bomo pacientu škodili?
Pravočasnost	Zdravljenje in dostopnost obravnave ob primernem času glede na potrebe pacienta.	Koliko časa mora pacient čakati?
Kontinuiteta	Zagotovljena neprekinjena pot pacienta od začetka do konca zdravstvene obravnave.	Ali je obravnava povezana in brez vrzeli?
Učinkovitost	Doseganje izidov brez razsipavanja virov (kadrovskih, materialnih, časovnih).	Ali lahko naredimo isto ceneje ob enakem izidu?
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 (oz. sedem, če vključite kontinuiteto) temeljnih načel kakovosti in vsaj za dve od njih pojasni bistvo s svojimi besedami.

6.1 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.

7. Nenehno izboljševanje kakovosti in Demingov krog

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. Poudarek gradiva za strokovni izpit je na tem, da mora vsak krog izboljšav (PDCA) dejansko steči do konca – šele zaključen krog upraviči namen merjenja in vloženi trud.

7.1 Mehanizmi za merjenje in nadzor kakovosti v Sloveniji

- Sistem pritožb po Zakonu o pacientovih pravicah.
- Sistem nadzorov po Zakonu o zdravstveni dejavnosti.
- Postopki akreditacije in certificiranja.
- Spremljanje nacionalnega nabora kazalnikov kakovosti Ministrstva za zdravje.

8. Na dokazih temelječe delovanje

Na dokazih temelječe delovanje pomeni delovanje po veljavnih standardih in glede na ugotovitve znanstvenih raziskav. Odločanje o diagnostiki in oskrbi mora temeljiti na vestni, nedvoumni in razumni uporabi najboljših razpoložljivih znanstvenih dokazov – ne na rutini, občutku ali navadi.

Primer iz prakse

V zobozdravstveni ambulanti želijo uvesti nov material in novo metodo obravnave. Preden jo ponudijo pacientom, najprej preberejo strokovne članke o metodi in materialu, preučijo smernice in standard izvedbe, povprašajo po izkušnjah iz Slovenije ter o tem razpravljajo na strokovnem srečanju. Šele nato pripravijo načrt razvoja kompetenc zaposlenih in način spremljanja izidov obravnave. Gre za primer na dokazih temelječega delovanja.

Uporaba Demingovih načel (PDCA) je pri uvajanju na dokazih temelječih izboljšav nujna, saj gre za procesni pristop, podoben procesu zdravstvene nege: ocena stanja in dokazov, načrt uvedbe, izvedba, vrednotenje izidov.

9. 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: navedite primer strukturnega, procesnega kazalnika in kazalnika izida za isto klinično področje (npr. oskrba rane, preprečevanje padcev, oskrba pacienta s sladkorno boleznijo).

10. Standardizacija: smernice, standardi, klinične poti, normativi

Standardizacija je proces, pri katerem za specifično zdravstveno stanje pacienta ali način obravnave uporabimo (ali razvijemo) mednarodno oziroma nacionalno sprejete smernice, tem pa sledi priprava nacionalnih standardov in kliničnih poti pri posameznem zdravstvenem zavodu. Med štirimi ključnimi orodji standardizacije je pomembno poznati, na katero vprašanje vsako od njih odgovarja – to je pogosta izpitna past.

Orodje	Odgovarja na vprašanje	Razlaga
Klinične smernice	KAJ in ZAKAJ	Priporočila o najboljši obravnavi pacientov z določenimi zdravstvenimi stanji; pripravljajo jih strokovnjaki na podlagi znanstvenih dokazov (npr. smernice za obravnavo sladkorne bolezni tipa 2).
Strokovni standardi / protokoli	KAJ in KAKO	Priporočilo, ki ga sprejme pristojni strokovni organ (zbornica, strokovno združenje) za doseganje optimalne stopnje urejenosti na določenem področju (npr. standardi aktivnosti zdravstvene nege).
Klinične poti	KAJ, KDO in KDAJ	Zapis poti obravnave pacientov z določenim zdravstvenim stanjem ali postopkom, vključno z zbirko potrebnih dokumentov; povezuje odločanje in organizacijo postopkov za natančno določeno skupino pacientov v natančno določenem času.
Normativi	KDO in KOLIKO	Dokumenti, ki za posamezno poklicno skupino opredeljujejo, koliko zaposlenih je potrebnih za izvedbo točno določenih storitev, ki jih ta poklicna skupina izvaja.

Klinična pot je torej orodje, s katerim klinične smernice uvedemo v prakso v obliki konkretnega načrta oskrbe posameznega pacienta – s tem povežemo različne dele obravnave v smiselno celoto. Klinične poti omogočajo boljšo sledljivost oskrbe, boljše načrtovanje in vodenje strokovnih ter administrativnih procesov, hkrati pa jih je mogoče prilagoditi specifičnim okoliščinam in delovni kulturi posamezne zdravstvene ustanove.

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

Primer standardizacije je tudi licenciranje – izdaja dovoljenj za delo posameznemu izvajalcu ali zdravstvenemu delavcu, kar je pogoj za zaposlitev na delovnih mestih, kjer je treba pridobiti in obnavljati licenco.

i Pogosto na izpitu: razložite razliko med kliničnimi smernicami, strokovnimi standardi, kliničnimi potmi in normativi ter na katero vprašanje (kaj/zakaj, kaj/kako, kaj-kdo-kdaj, kdo/koliko) posamezno orodje odgovarja.

11. Metode izboljševanja kakovosti (RCA, FMEA in druge)

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 drugih subjektov.
- 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.

11.1 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.

11.2 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.

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

12. Sistem upravljanja z varnostnimi odkloni in tveganji

Sistem upravljanja z varnostnimi odkloni in tveganji za varnost predstavlja način, kako v zavodu obravnavamo varnostne odklone in obvladujemo tveganja za varnost pacientov.

12.1 Varnostni odklon, tveganje, komplikacija

- Varnostni odklon – vsak negativni odklon od standarda zdravstvene obravnave in pričakovanih izidov zdravljenja, storjen s storitvijo ali z opustitvijo (npr. padec pacienta, okužba med obravnavo, zamenjava zdravil, izguba dokumentacije, uničenje vzorca krvi zaradi padca epruvete).
- Tveganje – izpostavljenost nenadzorovanemu (negativnemu) dogodku, ki se lahko pojavi v prihodnosti; vključuje oceno verjetnosti nastanka in oceno posledic za pacienta.
- Komplikacija – ni enako kot varnostni odklon. Komplikacija je vnaprej pričakovana in je pacient z možnimi komplikacijami (npr. stranskimi učinki zdravil) predhodno seznanjen. O komplikacijah zdravniki poročajo v sistem farmakovigilance, ki ga upravlja Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke (JAZMP).

Do varnostnega odklona praviloma ne pride zaradi enega samega vzroka, temveč se pri njegovem nastanku sešteje več različnih dejavnikov tveganja, ki se med seboj dopolnjujejo (glej tudi Reasonov model v poglavju 23). Zato je za preprečevanje odklonov pomembno v sistem in v svoje delo vgraditi čim več preventivnih ukrepov.

12.2 Proces obravnave varnostnih odklonov

1. Prepoznavanje varnostnih odklonov in sporočanje v sistem – ko se odklon zgodi, je treba čim hitreje zmanjšati posledice, nato pa dogodek sporočiti, da se lahko obravnava in da se aktivno preprečuje njegovo ponavljanje.
 2. Obravnava varnostnih odklonov – iskanje sistemskih vzrokov (vzročno-posledična analiza), predlaganje potrebnih ukrepov in preverjanje njihove uresničitve. Preventivni ukrep je vnaprejšnji ukrep, s katerim se obvladuje tveganje, še preden se to uresniči.
 3. Učenje iz varnostnih odklonov in obvladovanje tveganj – vsak novo zaposleni bi moral biti ob nastopu dela seznanjen z registrom tveganj in registrom varnostnih odklonov v zavodu.
- Register varnostnih odklonov – zbirka podatkov o varnostnih odklonih pri pacientih, ki vključuje vrsto odklona, vzročno-posledično analizo in izvedene ukrepe.
 - Register tveganj za varnost pacientov – zbirka podatkov o tveganjih, ki vključuje vrsto tveganja, oceno verjetnosti in posledic, indeks tveganja in ukrepe.
 - Krizno komuniciranje – dogovorjen način prenosa informacij o varnostnem odklonu znotraj zavoda in določitev odgovorne osebe, ki v primeru odklona s hujšimi posledicami komunicira z javnostjo.

Primer iz prakse

Zdravstveni tehnik v ambulantni opazi na mizi dve zdravstveni kartoteki z enakim imenom, priimkom in letnico rojstva – razlikuje se le številka ZZS. Takoj preveri, kateri karton pripada kateremu pacientu, ju vidno označi z opozorilom na tveganje zamenjave ter po telefonu obvesti tudi drugo službo, ki je oba pacienta obravnavala. Ker do škode ni prišlo, gre za skoraj napako (near miss), a je bil postopek popolnoma pravilen: prepoznavna, takojšnji ukrep in obveščanje.

i Pogosto na izpitu: razložite razliko med varnostnim odklonom, tveganjem in komplikacijo ter opišite tri korake procesa obravnave varnostnega odklona.

13. Nadzori nad delom izvajalcev zdravstvene dejavnosti

Zakon o zdravstveni dejavnosti opredeljuje vrste nadzora nad zakonitostjo, strokovnostjo, kakovostjo in varnostjo dela izvajalcev. Poleg petih klasičnih vrst nadzora gradivo za strokovni izpit izpostavlja tudi samonadzor kot najpomembnejšo, ker najbolj kontinuirano obliko nadzora, ter finančni nadzor kot samostojno kategorijo.

Vrsta nadzora	Kdo izvaja	Bistvo
Samonadzor	Vsak zaposleni sam	Stalni nadzor posameznika nad lastnim znanjem, kompetencami in vsakdanjim poklicnim delovanjem; izvaja se kontinuirano, ne le občasno.
Notranji nadzor	Izvajalec zdravstvene dejavnosti sam	Reden (letni program) ali izreden nadzor; lahko predlaga dodatno usposabljanje, mentorja, disciplinski postopek.
Strokovni nadzor s svetovanjem	Pristojna zbornica ali strokovno združenje z javnim pooblastilom oz. Ministrstvo za zdravje	Nadzor strokovnosti, kakovosti in varnosti dela; lahko predlaga odvzem licence, dodatnega mentorja ali naznanitev suma kaznivega dejanja.
Upravni nadzor	Ministrstvo za zdravje	Nadzor izvajanja predpisov s področja zdravstvene dejavnosti, zavarovanja in materialnega poslovanja.
Sistemiški nadzor	Ministrstvo za zdravje v sodelovanju s pristojnimi zbornicami	Sočasna izvedba upravnega in strokovnega nadzora s svetovanjem, po potrebi tudi finančnega nadzora; uporabi se ob sumu resnejših nepravilnosti.
Finančni nadzor	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)	Nadzor nad izpolnjevanjem pogodb z izvajalci zdravstvene dejavnosti.
Inšpekcijski nadzor	Zdravstvena inšpekcija in druge pristojne inšpekcije (za delo, informacijski pooblaščenec, za kulturo in medije, za šolstvo in šport)	Nadzor nad izvajanjem zakonskih določil.

Nadzori niso zgolj orodje za merjenje kakovosti in odkrivanje odstopanj, temveč tudi priložnost za razširjanje primerov dobre prakse in za osebno rast tako nadzornikov kot nadzorovancev.

i Pogosto na izpitu: naštej vse vrste nadzora nad delom izvajalcev zdravstvene dejavnosti in kdo posamezno vrsto izvaja – vprašanje je eno najpogostejših »naštej« vprašanj na izpitu.

14. Presoja, akreditacija, certifikacija, verifikacija, licenciranje

14.1 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.

14.2 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.

14.3 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.

14.4 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.

14.5 Nagrada za odličnost

Nagrada za odličnost je najvišje državno priznanje v okviru nacionalnega programa kakovosti Republike Slovenije za dosežke na področju kakovosti proizvodov in storitev ter kakovosti poslovanja kot rezultata razvoja znanja in inovativnosti.

Primer iz prakse

»Nova medalja na steni ni čarobna palčka, ki povzroča spremembe. Ravno tako ni potrdilo, da se v zdravstvenem zavodu ne more zgoditi varnostni odklon. Mora pa biti zagotovilo, da se enak odklon ne bo ponovil.« Certifikati in akreditacije so torej orodje za izboljševanje, ne cilj sam po sebi.

i Pogosto na izpitu: razlika med akreditacijo (presoja ustanove, klinična kakovost, obnova na 3 leta) in certifikacijo (presoja sistema vodenja, npr. ISO, brez klinične vsebine, obnova na 5 let).

15. Kazalniki kakovosti

Kazalniki kakovosti so merljive, praviloma številčne enote, ki kažejo uspešnost zdravstvene obravnave, delovanja izvajalcev in sistema. Namenjeni so merjenju rezultatov dela (strukture, procesov in izidov zdravljenja) in učinkovitosti ukrepov ter omogočajo prepoznavanje dobrih praks in priložnosti za izboljšave. Po Donabedianu jih razvrščamo v tri skupine:

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).

Spremljanje kazalnikov kakovosti v Sloveniji je razdeljeno v dve kategoriji: nabor kazalnikov, ki jih je kot obvezne določilo Ministrstvo za zdravje, in nabor kazalnikov, ki jih vsaka organizacija določi na podlagi lastne ocene in presoje. Del kazalnikov kakovosti se spremlja tudi v okviru Splošnega dogovora – dokumenta, ki za posamezno pogodbeno leto ureja financiranje zdravstvenih storitev iz sredstev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Pomembno je dosledno poročanje podatkov za posamezen kazalnik kakovosti – primeri pogosto spremljanih kazalnikov so kazalnik higiene rok, število na novo nastalih razjed zaradi pritiska, delež na novo koloniziranih pacientov z odpornimi bakterijami (npr. MRSA) in število padcev.

16. Merjenje zadovoljstva in izkušenj pacientov ter zaposlenih

Česar ne merimo, ne moremo izboljšati. Za merjenje kakovosti in uspešnosti zdravstvenega varstva si je smiselno postaviti šest ključnih vprašanj: Kaj? Kdaj? Kdo? Zakaj? Kako? Kaj potem?

Tehnike merjenja vključujejo samoocenjevanje, zbiranje statističnih podatkov, kazalnike kakovosti, usmerjene pogovore z deležniki, vprašalnike (kontinuirano ali obdobjno anketiranje) ter raziskave (pregled dokumentacije, individualni intervjuji, fokusne skupine, refleksije). Pridobljeni podatki so pogosto subjektivni, a kljub temu odličen pokazatelj kakovosti dela.

16.1 Vprašalniki za merjenje izkušenj pacientov

- PREMs (Patient Reported Experience Measures) – za spremljanje izkušenj pacientov z zdravstveno obravnavo.
- PROMs (Patient Reported Outcome Measures) – za samooceno pacientov po določenih zdravstvenih posegih.
- PaRIS (Patient Reported Indicators Survey) – za pridobitev objektivnih, mednarodno primerljivih podatkov o izidih in izkušnjah pacientov s kroničnimi boleznimi v okviru primarnega zdravstvenega varstva.
- Vprašalnik za ugotavljanje kakovosti poslovanja z uporabniki v javnem zdravstvu – namenjen stalnemu spremljanju zadovoljstva uporabnikov s kakovostjo poslovanja (spletna oblika, npr. prek portala zVem).

16.2 Zadovoljstvo in varnostna kultura zaposlenih

Poleg zadovoljstva pacientov je pomembno tudi merjenje organizacijske klime in varnostne kulture med zaposlenimi. Merjenje varnostne kulture vključuje dejavnike, kot so vodenje, organizacijsko učenje, človeški dejavniki, timsko delo in komunikacija ter sodelovanje pacientov in svojcev.

Merjenje kakovosti je namenjeno izboljševanju storitev, zato je pomembno, da se celoten krog PDCA (načrtuj – izvedi – izmeri – ukrepaj) tudi dejansko zaključi – šele tako merjenje upraviči svoj namen.

i Pogosto na izpitu: naštejte vprašalnike za merjenje izkušenj pacientov (PREMs, PROMs, PaRIS) in pojasnite razliko med njimi.

17. Predaja pacienta

Klinična predaja (predaja pacienta oz. predaja službe) je ciljan, načrten in sistematičen prenos informacij od enega izvajalca zdravstvenih storitev do drugega ob spremembi lokacije ali izvajalca. Vključuje kvantitativne podatke (npr. meritve vitalnih funkcij) in kvalitativne podatke (opazanja, subjektivne izjave pacienta).

Predaje se dogajajo: ob sprejemu pacienta v zavod, ob premestitvi iz ene enote v drugo, ob odpustu, kadar medicinske sestre in zdravniki menjajo izmene, kadar se zdravniki posvetujejo s specialisti, ter v vseh drugih trenutkih, ko podatki, informacije ali klinične odločitve prehajajo med izvajalci in različnimi deli zavoda (laboratorij, lekarna).

17.1 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 oziroma ustna med osebjem) omogoča neposredno vključitev pacienta v prenos informacij – raziskave kažejo, da jo pacienti v veliki večini primerov podpirajo.

17.2 MM konference

Morbiditetne in mortalitetne (MM) konference se izvajajo mesečno in so namenjene prepoznavanju vzrokov obolevnosti in umrljivosti, dogovoru o potrebnih odzivnih ukrepih ter obvladovanju tveganj – so torej eno od orodij učenja iz preteklih dogodkov na ravni tima ali oddelka.

18. 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.
- Izboljšana komunikacija med zdravstvenimi delavci – zlasti pri ustnih in telefonskih naročilih ter ob predaji pacienta.
- 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.

i Pogosto na izpitu: naštejte vsaj štiri od šestih ciljev za varnost pacientov – to je eno najpogostejših »naštej« vprašanj pri tem predmetu.

19. Identifikacija pacienta

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

19.1 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.

19.2 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.

19.3 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 ali svojca.

20. Obvladovanje okužb, povezanih z zdravstvom

Za varnost in kakovost zdravstvene obravnave je nujno obvladovanje okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo. Ocenjuje se, da se tovrstne okužbe pojavijo pri približno vsakem dvajsetem hospitaliziranem pacientu, letno pa zaradi njih v Evropi umre več deset tisoč ljudi, zato je preprečevanje okužb ena od ključnih prioriteta varnosti pacientov.

20.1 Higiena rok

Higiena rok je ključni dejavnik pri preprečevanju bolnišničnih okužb. V Sloveniji velja doktrina »5 trenutkov za higieno rok« v skladu s smernicami Svetovne zdravstvene organizacije. Opazovanje higiene rok izvajajo posebej usposobljeni opazovalci, ki so pridobili certifikat za opazovalca higiene rok, kazalnik doslednosti higiene rok pa je eden najpogostejše spremljanih kazalnikov kakovosti.

20.2 Druga ključna področja obvladovanja okužb

- Dosledna in namenska uporaba osebne varovalne opreme – uporaba mora biti samoumevna, vedno, kadar je zahtevana, in na pravilen način, brez potrebe po opozarjanju.
- Dosledno upoštevanje pravil ob izolaciji pacienta – poznavanje in uporaba dogovorjenih pravil za zaščito zdravstvenega delavca, pacienta, svojcev in drugih pacientov; poseben izziv je preprečevanje prenosa večkratno odpornih bakterij.
- Poznavanje in upoštevanje čistih in nečistih poti – pozornost na to, kako v zavodu ravnamo s čistim in nečistim materialom, vključno s transportnimi potmi in preprečevanjem njihovega križanja.
- Poznavanje in upoštevanje ravnanja z odpadki – namensko ločevanje in redno odstranjevanje odpadkov iz delovnega okolja, saj odpadki predstavljajo tveganje za okužbe.
- Poznavanje ukrepov ob poškodbi z ostrim infektivnim predmetom – pripravljenost na ravnanje po veljavnih navodilih in širjenje informacij o pravilnem ukrepanju ob tovrstnih varnostnih odklonih.

20.3 Odgovorne osebe za obvladovanje okužb

- ZOBO – zdravnik, odgovoren za obvladovanje bolnišničnih okužb.
- SOBO – medicinska sestra, odgovorna za obvladovanje bolnišničnih okužb.
- KOBO – komisija za obvladovanje bolnišničnih okužb, namenjena preprečevanju in obvladovanju okužb, povezanih z zdravstvom.

V vsakem zdravstvenem zavodu mora biti imenovan tudi zdravnik, zadolžen za smotrno rabo protimikrobnih zdravil (antibiotikov) v zavodu.

i Pogosto na izpitu: naštejite in na kratko opišite ukrepe za obvladovanje okužb v zdravstvu (higiena rok – 5 trenutkov, osebna varovalna oprema, izolacija, čiste/nečiste poti, ravnanje z odpadki, ukrepi ob poškodbi z ostrim predmetom) ter razložite kratice ZOBO, SOBO in KOBO.

21. Obvladovanje dokumentacije in informacijskega sistema

Značilnost zdravstvene obravnave je, da nastajajo ogromne količine podatkov, ki vsebujejo osebne (in pogosto tudi občutljive zdravstvene) podatke o pacientih, zato je nujno dosledno spoštovanje varstva osebnih podatkov.

- Posebna skrb naj bo namenjena pravilni identifikaciji pacienta ter upravljanju z dokumentacijo za posameznega pacienta – še posebej na področju rokovanja z zdravili.
- Nujno je dosledno evidentiranje opravljenih storitev in opažanj – ne smemo se zanašati na lasten spomin ali zapiske v žepu delovne obleke.
- Kar ni bilo narejeno, ne sme biti označeno kot opravljeno; kar je bilo narejeno, mora biti označeno takoj ob zaključku aktivnosti; kar ni bilo narejeno, pa bi moralo biti, mora biti zabeleženo tudi ob predaji službe.
- Potrebno je spremljanje novosti pri informatizaciji dokumentacije, upoštevanje navodil, samonadzor ter medsebojna podpora v primeru neobvladovanja informacijsko-komunikacijske tehnologije.

Primer iz prakse

Pacient iz torbice vzame vrečko z več vrstami tablet – nekatere v originalnem ovoju, druge brez. Ni čisto prepričan, kaj mu je zdravnik dejansko predpisal, terapijo pa občasno prilagaja lastnemu počutju. Iz obstoječe dokumentacije ni mogoče razbrati, kakšno terapijo bi moral redno jemati. Zdravnik in klinični farmacevt zato skupaj pregledata prineseno terapijo in pripravita nov, jasn načrt zdravljenja z zdravili – primer kaže, kako pomanjkljiva dokumentacija neposredno ogrozi varnost pacienta.

Dokumentiranje je torej nujen proces za kakovostno in varno obravnavo pacienta in mora potekati s posebno skrbnostjo, integrirano v samo obravnavo pacienta – ne kot administrativna naloga, ki se opravi naknadno in po spominu.

22. 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.

22.1 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 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.

23. Napake v zdravstvu, kultura varnosti in odgovornost

23.1 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.

23.2 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 zato govori raje o »zdravstveni napaki« oziroma »varnostnem zapletu«.

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

23.3 Pristopa k obravnavi napak

Pristop	Bistvo
Osebna odgovornost	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.

23.4 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 tveganju omogočijo, da »prodre« skozi vse varovalne plasti do pacienta.

- Aktivna napaka – neposredno dejanje ali opustitev zdravstvenega delavca na »prvi liniji«, tik pred dogodkom (npr. napačno prebran odmerik zdravila).
- Latentna napaka (skrta 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: pojasnite Reasonov model (»švicarski sir«) in razlikujte med aktivno in latentno napako s primerom.

23.5 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.

23.6 Praktična orodja razvoja kulture varnosti

- Varnostni pogovor – načrtovan pogovor o varnosti v timu; del vsakodnevne prakse in priložnost za učenje, saj udeleženci razpravljajo o varnostnih problemih in zanje iščejo rešitve.
- Varnostne vizite – redna srečanja vodstva in zaposlenih posameznih enot, kjer razpravljajo o aktualnih tveganjih, varnostnih odklonih in možnih rešitvah; vodstvo nato pripravi seznam prioritete za reševanje.
- MM konference (morbiditetne in mortalitetne konference) – mesečna srečanja, namenjena prepoznavanju vzrokov obolevnosti in umrljivosti ter obvladovanju tveganj.

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

24. Pritožbe pacientov in uveljavljanje pacientovih pravic

Pacienti in njihovi svojci (če pacient s tem soglaša) lahko uveljavljajo pravico do obravnave kršitev pacientovih pravic vedno, kadar menijo, da je do kršitve prišlo. Pri uveljavljanju pravice do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave lahko pacientom svetujejo, pomagajo ali jih zastopajo tudi zastopniki pacientovih pravic.

24.1 Koraki obravnave kršitev pacientovih pravic

4. Takojšnji pristop do zdravstvenega delavca, sodelavca ali drugega zaposlenega – pacient (ali svojci) se najprej obrne na zdravnika, ki ga je zdravil, in poskusi z njim najti rešitev v neposrednem pogovoru.
5. Seznanitev s pravico in postopkom vložitve zahteve za prvo obravnavo kršitve s strani zdravstvenega delavca ali sodelavca, če nesporazum ni bil odpravljen ali pacient ni zadovoljen z ukrepi.
6. Postopek prve obravnave pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti – zahtevo pacient vloži pri izvajalcu, kjer je do domnevne kršitve prišlo, v predpisanem roku (15 oziroma 30 dni po dogodku, izjemoma do tri mesece).
7. Postopek druge obravnave pri Komisiji Republike Slovenije za varstvo pacientovih pravic – vloži se, če v prvi obravnavi ni bilo doseženega dogovora, dogovor ni bil spoštovan ali izvajalec kljub pravilno vloženi zahtevi ni ukrepal v 30 dneh.
8. Pravica do sodnega varstva – pacient oziroma svojci lahko uveljavljajo tudi pravico do sodnega varstva po splošnih pravilih civilnega prava; v sodnem postopku vsak udeleženec predhodno nosi lastne stroške postopka.

24.2 Druge poti podajanja mnenja pacientov

- knjiga ali nabiralnik za pritožbe in pohvale,
- izpolnjevanje vprašalnikov o izkušnjah na različnih področjih,
- sporočilo varnostnega odklona ali tveganja za varnost,
- pritožba v zavodu po Zakonu o pacientovih pravicah,
- pritožba zaradi kršitve pri zastopniku pravic na področju duševnega zdravlja,
- pritožba oziroma pobuda informacijskemu pooblaščenцу,
- pritožba oziroma pobuda varuhu človekovih pravic in drugim institucijam.

24.3 Mediacija

Mediacija je metoda, ki jo uporabimo, kadar pritožbo (spor) s pacientom rešujemo po mirni poti in s pacientom skušamo skleniti kompromis. Zgodnje in realno reševanje spora je pomembno tako za pacienta kot za zavod, saj vztrajanje pri lastnem stališču brez pripravljenosti na dogovor pogosto vodi v daljši in bolj obremenjujoč postopek za obe strani.

Primer iz prakse

Pacient se pritoži, ker meni, da ni bilo spoštovano njegovo dostojanstvo in pravica do izbire, saj mu ob sprejemu niso pustili nositi lastnih zapestnic »za zaščito« in so jih morali zaradi postopka prerezati. Zdravstveni delavci pacienta poslušajo, se opravičijo in se dogovorijo, da mu bodo v okviru delovne terapije pomagali izdelati nove – gre za primer uspešne mediacije in hitrega, empatičnega reševanja pritožbe.

25. Integrirano vodenje kakovosti in varnosti v zdravstvu

Osnovna načela integriranega vodenja kakovosti in varnosti v zdravstvu so: osredotočenost na paciente, vodenjstvo, angažiranost ljudi, procesni pristop, izboljševanje, odločanje na podlagi dokazov in upravljanje odnosov. To pomeni, da morajo biti vodje na vseh ravneh ustrezno usposobljeni in morajo skrb za kakovost in varnost zdravstvene obravnave uvrščati med prednostne naloge.

25.1 Naloge vodij po ravneh

- Na ravni pacienta in svojca – skrb za povečanje zdravstvene pismenosti: spodbujanje priprave gradiv za paciente in izpolnjevanja pojasnilne dolžnosti.
- Na ravni zdravstvenega delavca in sodelavca – spodbujanje k upoštevanju etičnih načel in načel kakovosti, k odkriti komunikaciji s pacienti, vodenju evidenc in dokumentiranju za spremljanje kazalnikov kakovosti, sporočanju vseh varnostnih odklonov, sodelovanju v projektih za izboljševanje kakovosti in skrbi za lastno izobraževanje.
- Na ravni izvajalca zdravstvene dejavnosti – vzpostavitev politike kakovosti, vzdrževanje in razvoj sistema vodenja kakovosti, izvajanje internih strokovnih nadzorov, povezovanje z deležniki v lokalni skupnosti, spremljanje zavzetosti zaposlenih, spremljanje in objava kazalnikov kakovosti, uporaba kliničnih smernic, upravljanje z varnostnimi odkloni in zaščita sporočevalcev (načelo pravične kulture), obravnava kršitev pacientovih pravic, skrb za razvoj kulture varnosti in ustrezne investicijske načrte.
- Na nacionalni ravni – kakovosten izobraževalni sistem za poklice v zdravstvu, kakovostno klinično usposabljanje, sistem licenciranja, nacionalno spremljanje kazalnikov kakovosti, sistem pritožb, podpora delu zbornic in nevladnih organizacij na področju zdravstva.

Pri zagotavljanju varnosti v zdravstvu je pomembna realnost v samooceni, odkritost in etika delovanja na vseh ravneh, področjih in pri vseh deležnikih. Kakovost in varnost v zdravstvu sta rezultat skupnih prizadevanj vseh, ki so vključeni v zdravstveni sistem – od posameznega zdravstvenega delavca do nacionalnih institucij.

26. 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 oziroma 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/namernega ravnanja (odgovornost).
Sign in / time out / sign out	Tri faze kirurškega varnostnega kontrolnega lista.
Donabedianov model	Model kakovosti: struktura – proces – izid.
ZOBO / SOBO / KOBO	Zdravnik / medicinska sestra / komisija, odgovorni za obvladovanje bolnišničnih okužb.
PREMs / PROMs / PaRIS	Vprašalniki za spremljanje izkušenj in izidov zdravljenja, kot jih poroča pacient.
JAZMP	Javna agencija Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke; upravlja sistem farmakovigilance.
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije; izvaja finančni nadzor nad izvajalci in financira storitve.
Splošni dogovor	Dokument, ki za posamezno pogodbeno leto ureja financiranje zdravstvenih storitev iz sredstev ZZZS.
Varnostni odklon	Negativni odklon od standarda obravnave in pričakovanih izidov, storjen s storitvijo ali opustitvijo.
Register tveganj / register odklonov	Zbirki podatkov o tveganjih za varnost oziroma o že nastalih varnostnih odklonih v zavodu.

27. 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).
6–7 temeljnih načel kakovosti	Uspešnost, varnost, pravočasnost, (kontinuiteta), učinkovitost, enakopravnost, osredotočenost na pacienta.
3 elementi Donabedianovega modela	Struktura – proces – izid.
4 orodja standardizacije	Klinične smernice (kaj/zakaj), strokovni standardi (kaj/kako), klinične poti (kaj/kdo/kdaj), normativi (kdo/koliko).
7 vrst nadzora	Samonadzor, notranji, strokovni s svetovanjem, upravni, sistemski, finančni, 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 ali postelje.
3 faze kirurškega kontrolnega lista	Uvod (sign in) – časovni premor (time out) – zaključek (sign out).
Near miss vs. sentinel event	Near miss = škoda pravočasno preprečena; sentinel event = smrt ali huda trajna škoda.
Aktivna vs. latentna napaka	Aktivna = neposredno dejanje na »prvi liniji«; latentna = skrita sistemska pomanjkljivost.
Varnostni odklon vs. komplikacija	Odklon je nenačrtovan in nepričakovan; komplikacija je vnaprej pričakovana in pacient je z njo seznanjen.
3 koraki obravnave varnostnega odklona	Prepoznavanje in prijava – analiza vzrokov in ukrepi – učenje in obvladovanje tveganj.
PREMs / PROMs / PaRIS	Izkušnje pacienta / izid po posegu, ki ga oceni pacient / mednarodno primerljivi podatki o kroničnih boleznih.
Minimalno št. objavljenih kliničnih poti	14 za izvajalce sekundarne ravni, 3 za ozko specializirano dejavnost.
Postopek pritožbe pacienta	Neposreden pogovor – prva obravnava pri izvajalcu – druga obravnava pri Komisiji RS – sodno varstvo.

28. Vprašanja za samopreverjanje

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: Naštejte temeljna načela kakovosti zdravstvene obravnave.

O: Uspešnost, varnost, pravočasnost, (kontinuiteta), učinkovitost, enakopravnost, osredotočenost na pacienta.

V: Kaj sta motivator in higienik pri delu?

O: Motivator je notranji dejavnik (vrednote, cilji, pohvale), higienik pa zunanji dejavnik (plača, delovni pogoji, varnost zaposlitve), ki sam po sebi ne motivira, njegova odsotnost pa povzroča nezadovoljstvo.

V: Kaj je poklicna identiteta in kaj strokovna avtonomija?

O: Poklicna identiteta je pripadnost poklicu in prevzemanje njegovih norm in vrednot; strokovna avtonomija je sprejemanje odgovornih odločitev na podlagi lastnega znanja in položaja.

V: Kaj je integrirana (celostna) obravnava pacienta?

O: Obravnava pacienta kot celote, z upoštevanjem vseh njegovih potreb, ob povezanem in koordiniranem delovanju multidisciplinarnega tima skozi celotno pot pacienta.

V: Razložite razliko med kliničnimi smernicami, standardi, kliničnimi potmi in normativi.

O: Smernice odgovarjajo na kaj/zakaj, standardi na kaj/kako, klinične poti na kaj/kdo/kdaj, normativi pa na kdo/koliko.

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: Kaj je varnostni odklon in po čem se razlikuje od komplikacije?

O: Varnostni odklon je nenačrtovan negativni odklon od standarda obravnave; komplikacija je vnaprej pričakovan in znan možen izid, s katerim je pacient predhodno seznanjen.

V: Opišite tri korake procesa obravnave varnostnega odklona.

O: Prepoznavanje in sporočanje v sistem, analiza vzrokov in izvedba ukrepov, učenje iz odklonov ter obvladovanje tveganj.

V: Naštejte vrste nadzora nad delom izvajalcev zdravstvene dejavnosti.

O: Samonadzor, notranji nadzor, strokovni nadzor s svetovanjem, upravni nadzor, sistemski nadzor, finančni nadzor in inšpekcijski nadzor.

V: Kdo izvaja strokovni nadzor s svetovanjem?

O: Pristojna zbornica ali strokovno združenje z javnim pooblastilom oziroma Ministrstvo za zdravje.

V: Kdo izvaja finančni nadzor in nad čim?

O: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, nad izpolnjevanjem pogodb z izvajalci zdravstvene dejavnosti.

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 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 so PREMs in PROMs?

O: PREMs merijo izkušnje pacienta z zdravstveno obravnavo, PROMs pa samooceno pacienta o izidu po posegu.

V: Kaj mora vsebovati dokumentacija ob predaji pacienta?

O: Biti mora kratka, jedrnata, natančna, resnična, ustrezna, pravočasna, kronološka, čitljiva in neizbrisljiva.

V: Kaj so MM konference?

O: Morbiditetne in mortalitetne konference, ki se izvajajo mesečno za prepoznavanje vzrokov obolenosti in umrljivosti ter obvladovanje tveganj.

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.

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 doktrina »5 trenutkov za higieno rok«?

O: Slovenska doktrina, usklajena s smernicami WHO, ki opredeljuje ključne trenutke, ko je treba izvesti higieno rok za preprečevanje prenosa okužb.

V: Kaj pomenijo kratice ZOBO, SOBO in KOBO?

O: Zdravnik, medicinska sestra in komisija, odgovorni za obvladovanje bolnišničnih okužb v zavodu.

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, 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.

V: Kateri koraki sestavljajo postopek obravnave kršitve pacientovih pravic?

O: Neposreden pogovor z zdravstvenim delavcem, prva obravnava pri izvajalcu, druga obravnava pri Komisiji RS za varstvo pacientovih pravic in nazadnje pravica do sodnega varstva.

V: Kaj je mediacija v kontekstu pritožb pacientov?

O: Metoda mirnega reševanja spora med pacientom in izvajalcem, pri kateri stranki iščeta realen kompromis.

29. 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).
- Kakovost in varnost v zdravstvu – gradivo za strokovni izpit za poklice po srednješolskem izobraževanju (V. stopnja), dr. Vesna Zupančič, Ministrstvo za zdravje RS (gradivo, prilagojeno neposredno vsebini strokovnega izpita za V. stopnjo izobrazbe).
- Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej), poglavja o nadzoru (PISRS, www.pisrs.si).
- Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP) – med drugim 11. člen o pravici do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave ter poglavja o obravnavi kršitev pacientovih pravic.
- Resolucija o nacionalnem programu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«.
- WHO Surgical Safety Checklist – Svetovna zdravstvena organizacija.
- Portal zVem in spletne strani izvajalcev zdravstvene dejavnosti za primere objavljenih kliničnih poti in kazalnikov kakovosti.

Oba uradna dokumenta Ministrstva za zdravje vsebujeta tudi kontrolna vprašanja oziroma vprašanja za razmislek ob koncu vsakega poglavja – priporočamo, da jih po pregledu tega strnjene in razširjenega gradiva rešite še v izvirnikih, predvsem v gradivu za V. stopnjo, ki je pripravljeno neposredno za vaš strokovni izpit. Pomemben vir informacij in usmeritev je tudi vaš mentor.