

## Kazalniki kakovosti in akreditacija kot orodja za vodenje kakovosti v zdravstvu v Sloveniji

### Quality indicators and accreditation as a tool for quality management in healthcare in Slovenia

Biserka Simčič<sup>1</sup>, Mircha Poldrugovac<sup>1</sup>, Dorjan Marušič<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ministrstvo za zdravje, Štefanova 5, 1000 Ljubljana  
e-pošta: biserka.simcic@gov.si

izvirni znanstveni članek

UDK:614.2:005.336.3

članek prispel: 16. 5. 2011; članek sprejet: 27. 5. 2011

citirajte članek kot / cite this article as:  
Bilt – Ekon Organ Inform Zdrav 2011; 27(1): 29-49

---

#### Izvleček

**Uvod.** Proučevanje odstopanj od pričakovanih rezultatov dejavnosti je osnovno orodje za izboljšanje kakovosti. Tudi v zdravstvu se tovrstno proučevanje odvija, zlasti z določitvijo kazalnikov kakovosti in postavitvijo standardov ter presojo njihovega spoštovanja skozi sistem akreditacije. V Sloveniji so se, še posebej v zadnjem letu, vrstile dejavnosti, namenjene razvoju tega področja.

**Metode.** Potrebno se je bilo uskladiti in se dogovoriti za nacionalni nabor kazalnikov kakovosti ter pogoje za vzpostavitev ustreznega modela akreditiranja zdravstvenih ustanov v Sloveniji. Dogovor zahteva usklajevanje vseh ključnih akterjev in bistveno prispeva k razjasnitvi odnosov odgovornosti med partnerji v sistemu zdravstvenega varstva.

**Rezultati.** Oblikovan je bil razširjen nabor 72 kazalnikov kakovosti, ki se spremljajo na nacionalni ravni. Postavljene so bile tudi usmeritve glede akreditiranja, ki predvidevajo spodbude za akreditiranje pri mednarodno priznanih organizacijah. Pri tem je ključno upoštevanje nacionalnih in mednarodnih usmeritev, še posebej pa Direktive o pravicah pacientov do čezmejnega zdravstvenega varstva.

**Zaključek.** Skupna točka vseh partnerjev je zagotavljanje visoko kakovostne in varne zdravstvene obravnave za bolnika.

## **Ključne besede:** akreditacija, kazalniki kakovosti, kakovost v zdravstvu

---

### **Abstract**

**Introduction.** Investigating deviations in the expected outcome of activities is recognised as a basic tool for quality improvement. In the healthcare sector such analysis is done mainly through the definition of quality indicators, the determination of standards, and the evaluation of compliance to them through a system of accreditation. In Slovenia, particularly in the last year, a number of activities have been undertaken to further develop this area.

**Methods.** It was necessary to agree on a national set of quality indicators and on a model for accreditation of healthcare institutions in Slovenia. Such an agreement requires the participation of all key stakeholders and it significantly helps in clarifying accountability relationships between the partners in the healthcare system.

**Results.** A set of 72 quality indicators to be monitored at the national level has been set. Recommendations regarding accreditation of healthcare institutions have also been formulated. These recommendations focus on developing incentives for accreditation through internationally recognised institutions. In this context, national and international documents, particularly the Directive on patients' rights in cross-border healthcare need to be taken into account.

**Conclusion.** The common goal of all the partners is ensuring high quality and safe healthcare for the patients.

**Key words:** accreditaion, quality indicators, quality in healthcare

### **Uvod**

Proučevanje odstopanj od pričakovanih rezultatov dejavnosti, zlasti v gospodarstvu, je bilo prepoznano kot osnovno orodje za izboljšanje kakovosti že v prejšnjem stoletju (1). Z omenjenim načelom se pogosto srečujejo vsi, ki želijo izboljšati lastno delo ali delo svoje organizacije, v obliki praktičnega priporočila „kar ne merimo, ne moremo izboljšati“. Pomemben prispevek k formalizaciji postopkov za merjenje in nenehno izboljšanje kakovosti je bila uveljavitev ISO standardov, še posebej ISO 9001 (2). Koristnost spoštovanja ISO standardov je bila prepoznana zlasti v odnosih med podjetji, saj so organizacije v vlogi kupcev čedalje pogosteje zahtevale zunanje potrditve delovanja sistemov vodenja kakovosti od svojih dobaviteljev.

Opisani dogodki kažejo na navidezno temeljno protislovje pri vzpostavitvi sistemov vodenja kakovosti v organizacijah, in sicer med potrebo po notranjem vzgibu za nenehno izboljševanje lastnega dela in potrebo po zunanjem pritisku ter zunanje potrdilo o težnji k nenehnemu izboljševanju. Opisano protislovje je le navidezno,

saj se v praksi rešuje skozi načelo „kupec je ustvarjalec dodane vrednosti“ (3). S postavitvijo kupca v središče pozornosti dobavitelja sta postala nenehno izboljševanje lastnega dela in zadovoljevanje potreb kupcev isti cilj.

Sistematično vodenje kakovosti se je uveljavilo najprej v industrijski proizvodnji in šele nato v manj predvidljivem storitvenem sektorju (4). Danes je razprava o nenehnem izboljševanju kakovosti v središču tudi v zdravstvenem sektorju v Evropski uniji (5, 6). Tudi v tem primeru sta posebej izpostavljeni vprašani merjenje kakovosti opravljenih storitev ter zunanje potrjevanje visoko kakovostne in varne zdravstvene obravnave.

S pomočjo kazalnikov je mogoče v glavnem pridobiti podatke o strukturah, s katerimi razpolagamo, procesih, ki se v okviru teh strukturah odvijajo, ter rezultate delovanja teh procesov, ki se v zdravstvu odrazijo predvsem v izidih zdravljenja (7). V kompleksnem sistemu zdravstvenega varstva imajo subjekti (izvajalci zdravstvene dejavnosti, bolniki, plačnik ter regulator) različne odgovornosti in interese. Posledično so tudi podatki, ki jih potrebujemo, različni (8). Vzpostavljena je mreža medsebojnih odgovornosti med partnerji, ki nekoliko zabriše meje kupca in dobavitelja. Prav zato je še posebej pomembno, da vsak vpleteni subjekt meri in sprejme odgovornost za lastno delo. Spodbude se v tem primeru ne bodo izrazile na jasn način v odnosu med kupcem in dobaviteljem. Uspešnost delovanja celotnega sistema zahteva usklajevanje dejavnosti vseh partnerjev na nacionalni ravni, in sicer s strani regulatorja oziroma urejevalca sistema, tj. Ministrstva za zdravje.

Kazalniki kakovosti so nepogrešljivo orodje za nenehno izboljševanje kakovosti. Ob tem so se tudi v zdravstvu uveljavili sistemi zunanjšega potrjevanja kakovosti in varnosti obravnave (9). Primerjave med različnimi sistemi zunanjšega potrjevanja kakovosti v zdravstvu vodijo v živahne razprave (10, 11). Dejstvo je, da je večina držav v Evropi že vzpostavila ali namerava vzpostaviti sistem akreditacije v zdravstvu (9). Tudi v Sloveniji smo bili priča pomembnega poizkusa vzpostavitve sistema akreditacije že v prejšnjem desetletju, ko so bila izdana navodila za samoocenjevanje, program zunanje presoje in standardi za bolnišnice (12, 13, 14). S sprejemom Direktive o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (6) je vprašanje sistema akreditacije v Sloveniji ponovno v ospredju kot orodje za zagotavljanje visoko kakovostne in varne zdravstvene obravnave.

V Sloveniji je nosilec politike tega področja na nacionalni ravni Ministrstvo za zdravje. Posledično spremlja, usmerja in kot eden od partnerjev v sistemu zdravstvenega varstva sooblikuje konkretne ukrepe tako na področju kazalnikov kakovosti kot na področju akreditiranja. Postavi se vprašanje, kako so politika in ukrepi na področju kakovosti in varnosti oblikovani in kako se v konkretnem primeru v Sloveniji izvajajo. Glede na dejavnosti na tem področju, se sprašujemo, ali lahko že opažamo dogodke, ki nakazujejo na vpliv teh dejavnosti na zdravstveno obravnavo. Pri tem je ključno vprašanje vloga bolnika. Ta mora biti kot končni uporabnik sistema zdravstvenega varstva postavljen v središče prizadevanj za

izboljšanje kakovosti, saj bo prav on tudi končni presojevalec uspešnosti izvedenih ukrepov.

## Metode

Vzpostavitev nacionalnega nabora dogovorjenih kazalnikov kakovosti, ki se bodo spremljali v vseh slovenskih bolnišnicah, se je začel leta 2006 z uveljavitvijo šestih kazalnikov, katerih obveznost spremljanja je dogovorjena v Splošnem dogovoru za pogodbeno leto 2009 (15).

Minister za zdravje je s sklepom (aprila 2011) imenoval delovno skupino, ki je bila zadolžena za pripravo predloga novega nabora kazalnikov kakovosti ter za opis metodologije za njihovo spremljanje. Z namenom, da se vključi v skupino čim večje število deležnikov, so bile vse bolnišnice povabljene k predlaganju članov, ki bodo v delovni skupini sodelovali. Vključenih je bilo 20 predstavnikov bolnišnic, ob njih pa tudi predstavniki ključnih ustanov na tem področju. To so: Inštitut za varovanje zdravja, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Zdravniška zbornica Slovenije, Svetovna zdravstvena organizacija in Ministrstvo za zdravje. Ožja delovna skupina je pripravila osnutke dokumentov, ki so bili nato posredovani širši skupini v presojo. Izhodišče za pripravo so bili že vzpostavljeni kazalniki v okviru OECD, projekta PATH Svetovne zdravstvene organizacije, projekta „Kakovost v zdravstvu Slovenije“, ki ga vodi Zdravniška zbornica Slovenije, ter že obstoječi kazalniki, ki se spremljajo na Ministrstvu za zdravje.

Za opis metodologije spremljanja kazalnikov je bil sestavljen Priročnik o kazalnikih kakovosti (16), ki vsebuje uvodni opis namena spremljanja kazalnikov ter opredeli metodologijo vsakega izmed njih.

Minister za zdravje je s sklepom imenoval tudi delovno skupino, zadolženo za pripravo predloga modela akreditacije v Sloveniji. V delovni skupini so bili imenovani strokovnjaki iz tega področja, predstavniki izvajalcev na sekundarni in na primarni ravni, predstavniki Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Zdravstvenega sveta, pristojnih zbornic in Ministrstva za zdravje. Predlog modela je upošteval že obstoječe dokumente na tem področju, zlasti Priporočilo Sveta EU o varnosti pacientov, vključno s preprečevanjem in obvladovanjem okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo (5), Direktivo o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (6) ter slovenske usmeritve, med katerimi je v ospredju Nacionalna strategija o kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010-2015) (17). Slednja postavi temeljno izhodišče za delo skupine, in sicer v priporočilu, da morajo izvajalci pridobiti potrdilo o vodenju kakovosti po postopku akreditacije ali certifikacije, od strani zunanje institucije. Delovna skupina je prav tako upoštevala že začete dejavnosti pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti, ki so nakazale na njihove usmeritve, zlasti glede akreditacije.

## Rezultati

Delovna skupina pri Ministrstvu za zdravje je pripravila predlog 73 kazalnikov kakovosti, ki naj bi se spremljali na nacionalni ravni. 72 izmed njih je bilo vključenih v Aneks št. 2 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2010 (18). Njihovo spremljanje je postalo obveznost podpisnikov dogovora. Eden od predlaganih kazalnikov je bil iz nabora izključen, ker s predmetnim kazalnikom nismo imeli niti nacionalne niti mednarodne izkušnje o njegovem spremljanju.

Tabela 1. Seznam kazalnikov kakovosti (16).

Zap. št.	Kazalnik	Števec	Imenovalec
<b>OSREDOTOČENOST NA BOLNIKA</b>			
1	<b>Izključno dojenje ob odpustu</b>	število dojenčkov, izključno dojenih od rojstva do odpusta	skupno število novorojenčkov – enojčkov, katerih telesna teža ob rojstvu je 2.000 gramov ali več, gestacijska starost 37 tednov ali več, petminutna ocena po Apgarjevi pa višja ali enaka 5. Vključene so matere in otroci, katerih zdravstveno stanje ne izključuje dojenja
<b>PROMOCIJA, PREVENTIVA, PRIMARNO ZDRAVJE</b>			
2	<b>Delež sprejemov zaradi astme</b>	število sprejemov v bolnišnico zaradi astme	100.000 prebivalcev (starih 15 in več let)
3	<b>Delež sprejemov zaradi KOPB</b>	število sprejemov v bolnišnico zaradi KOPB	100.000 prebivalcev (starih 15 in več let)
4	<b>Delež sprejemov zaradi kroničnega srčnega popuščanja</b>	število sprejemov v bolnišnico zaradi kroničnega srčnega popuščanja	100.000 prebivalcev (starih 15 in več let)

<b>Zap. št.</b>	<b>Kazalnik</b>	<b>Števec</b>	<b>Imenovalec</b>
<b>5</b>	<b>Delež sprejemov zaradi angine pektoris brez posega</b>	število sprejemov v bolnišnico zaradi angine pektoris	100.000 prebivalcev (starih 15 in več let)
<b>6</b>	<b>Delež sprejemov zaradi hipertenzije</b>	število sprejemov v bolnišnico zaradi hipertenzije	100.000 prebivalcev (starih 15 in več let)
<b>7</b>	<b>Delež cepljenosti proti ošpicam</b>	število cepljenih	število vseh otrok, ki morajo biti vključeni v imunizacijski program
<b>8</b>	<b>Delež cepljenosti proti davici, tetanusu in oslovskemu kašlju</b>	število cepljenih	število vseh otrok, ki morajo biti vključeni v imunizacijski program
<b>9</b>	<b>Delež cepljenosti proti hepatitisu B</b>	število cepljenih	število vseh otrok, ki morajo biti vključeni v imunizacijski program
<b>10</b>	<b>Delež cepljenosti proti gripi pri starejših od 65 let</b>	število cepljenih	število starejših od 65 let
<b>11</b>	<b>Incidenca ošpic</b>	število novih primerov ošpic v opazovanem obdobju	število vseh prebivalcev (na 100.000 prebivalcev)
<b>12</b>	<b>Incidenca oslovskega kašlja</b>	število novih primerov oslovskega kašlja v opazovanem obdobju	število vseh prebivalcev (na 100.000 prebivalcev)
<b>13</b>	<b>Incidenca hepatitisa B</b>	število novih primerov hepatitisa B v opazovanem obdobju	število vseh prebivalcev (na 100.000 prebivalcev)
<b>14</b>	<b>Dejavniki tveganja za srčno-žilne bolezni – koronarna ogroženost</b>	število oseb z absolutno 10-letno koronarno ogroženostjo >20 % po zdravljenju v opazovanem obdobju	število vseh oseb z absolutno 10-letno koronarno ogroženostjo >20 % v opazovanem obdobju

<b>Zap. št.</b>	<b>Kazalnik</b>	<b>Števec</b>	<b>Imenovalec</b>
<b>15</b>	<b>Dejavniki tveganja za srčno-žilne bolezni – holesterol</b>	število oseb z normalno višino krvnega holesterola (5,0 mmol/L) po zdravljenju v opazovanem obdobju	število vseh oseb z zvišanim krvnim holesterolom (>5,0 mmol/L) v opazovanem obdobju
<b>16</b>	<b>Dejavniki tveganja za srčno-žilne bolezni – krvni tlak</b>	število oseb z normalnim RR (<140/90 mmHg) po zdravljenju v opazovanem obdobju	število vseh oseb z zvišanim RR (>140/90 mmHg) v opazovanem obdobju
<b>17</b>	<b>Dejavniki tveganja za srčno-žilne bolezni – normalen ITM</b>	število oseb z normalnim indeksom telesne mase (20–25 kg/m <sup>2</sup> ) po zdravljenju v opazovanem obdobju	število vseh oseb z zvišanim indeksom telesne mase (>25 kg/m <sup>2</sup> ) v opazovanem obdobju
<b>18</b>	<b>Dejavniki tveganja za srčno-žilne bolezni – zmerno zvišan ITM</b>	število oseb z zmerno zvišanim indeksom telesne mase (25–29,99 kg/m <sup>2</sup> ) po zdravljenju v opazovanem obdobju	število vseh oseb z zelo zvišanim indeksom telesne mase (>30 kg/m <sup>2</sup> ) v opazovanem obdobju
<b>19</b>	<b>Delež kadilcev</b>	število kadilcev (vzorčno)	število oseb v vzorcu
<b>UČINKOVITOST ZDRAVSTVENE OSKRBE</b>			
<b>20</b>	<b>Razjede zaradi pritiska</b>	število bolnikov, ki pridobili razjedo zaradi pritiska v bolnišnici	1000 sprejetih bolnikov (z izločilno merilo)
<b>21</b>	<b>Čakalna doba za CT</b>	število čakalnih dni	število čakajočih bolnikov

Zap. št.	Kazalnik	Števec	Imenovalec
22	<b>Učinkovitost dela v operacijskem bloku</b>	vsota ur obravnavanja bolnikov v operacijski sobi med običajnim delovnim časom, ko je prisotno osebje	skupno število ur s prisotnim osebjem glede na krajevne norme. To število je normativno in ga izračunamo tako, da pomnožimo "običajni" delovni čas v operacijskem bloku (npr. od 8:00 do 16:00 = 480 minut za sobo, ki se uporablja samo za elektivne posege; delovni čas sobe za urgentne posege pa je 24 ur) s številom delovnih dni v preučevanem obdobju (npr. 20 dni za sobe, ki se uporabljajo samo za elektivne posege, ali 30 dni za sobe za urgentne posege).
23	<b>Trajanje bivanja v bolnišnici</b>	število ležalnih dni v bolnišnici za izbrane diagnoze oz. posege	število hospitalizacij za izbrane diagnoze oz. posege: možganska kap, pljučnica v domačem okolju, zlom kolka, premostitev koronarne arterije s presadkom, artroskopija kolena, ingvinalna kila, tolsilektomija in/ ali adenoidektomija, holecistektomija, operacija krčnih žil.



<b>Zap. št.</b>	<b>Kazalnik</b>	<b>Števec</b>	<b>Imenovalec</b>
24	<b>Delež sprejemov zaradi akutnih zapletov sladkorne bolezni</b>	število sprejemov v bolnišnico zaradi akutnih zapletov sladkorne bolezni (ketoacidoza, hiperosmolarnost, koma)	100.000 prebivalcev (starih 15 in več let)
25	<b>Delež sprejemov zaradi kroničnih zapletov sladkorne bolezni</b>	število sprejemov v bolnišnico zaradi kroničnih zapletov sladkorne bolezni (ledvični, očesni, nevrološki itd)	100.000 prebivalcev (starih 15 in več let)
26	<b>Delež sprejemov zaradi nenadzorovane sladkorne bolezni</b>	število sprejemov v bolnišnico z glavno diagnozo sladkorna bolezen brez zapletov	100.000 prebivalcev (starih 15 in več let)
27	<b>Delež amputacij spodnjih udov zaradi sladkorne bolezni</b>	število sprejemov v bolnišnico s kodo za poseg amputacija spodnjih udov in (primarno ali sekundarno) diagnozo sladkorna bolezen	100.000 prebivalcev (starih 15 in več let)
28	<b>Pediatrija – Sladkorna bolezen (letno poročilo) – HbA1c</b>	letno povprečje HbA1c	
29	<b>Pediatrija – Sladkorna bolezen (letno poročilo) – krvni tlak</b>	letni povprečni krvni tlak	
30	<b>Pediatrija – Sladkorna bolezen (letno poročilo) – Hashimoto</b>	število bolnikov, pri katerih je bil opravljen Hashimoto	število vseh bolnikov
31	<b>Psihiatrija – shizofrenija – hospitalizacija</b>	trajanje hospitalizacije	

Zap. št.	Kazalnik	Števec	Imenovalec
32	<b>Psihiatrija – shizofrenija – zdravila</b>	število vseh zdravil ob odpustu	
33	<b>Delež ponovnih sprejemov zaradi shizofrenije</b>	število ponovno sprejetih bolnikov (v koledarskem letu) zaradi shizofrenije v 30 dneh po odpustu (v tem koledarskem letu) zaradi shizofrenije (navedene kot primarna ali prvi dve sekundarni diagnozi)	<i>število prvih sprejemov bolnikov (v koledarskem letu) zaradi shizofrenije</i>
34	<b>Delež ponovnih sprejemov zaradi bipolarnе motnje</b>	število ponovno sprejetih bolnikov (v koledarskem letu) zaradi bipolarnе motnje v 30 dneh po odpustu (v tem koledarskem letu) zaradi bipolarnе motnje (navedene kot primarna ali prvi dve sekundarni diagnozi)	<i>število prvih sprejemov bolnikov (v koledarskem letu) zaradi bipolarnе motnje</i>
35	<b>Poškodbe ob porodu pri vaginalnem porodu</b>	število raztrganin III. in IV. stopnje	število vseh porodov
36	<b>Delež carskih rezov</b>	število carskih rezov	število vseh porodov
37	<b>Ginekologija – ginekološke operacije – izguba krvi</b>	število operacij z izgubo krvi nad 500 ml (pri težkih bolnikih, pri lahkih bolnikih in pri laparoskopskih operacijah)	število vseh opravljenih operacij
38	<b>Perinatologija – Apgar</b>	število otrok rojenih s petminutnim testom po Apgarjevi od 1 do 6	število vseh porodov
39	<b>Perinatologija – transfuzije</b>	transfuzije med in po porodu	število vseh porodov

Zap. št.	Kazalnik	Števec	Imenovalec
40	Perinatologija – porodi brez posegov	število porodov brez posegov	število vseh porodov
41	Bolniki z AMI, ki je bil predpisan aspirin ob odpustu	število bolnikov starejših od 18 let sprejetih v bolnišnico zaradi AMI (ICD10: I21 in I22), ki jim je bil ob odpustu predpisan aspirin v skladu z nacionalnimi smernicami za dolgotrajno profilaktično uporabo aspirina pri bolnikih z AMI	število vseh bolnikov starejših od 18 let, sprejetih v bolnišnico zaradi AMI (ICD10: I21 in I22)
42	Kardiologija – AMI – STEMI, primarni PCI, NSTEMI in PCI	število bolnikov s STEMI (cela številka ali podatek ni znan)  število bolnikov z izvedeno primarno PCI (cela številka ali podatek ni znan)  število bolnikov z NSTEMI in izvedeno PCI	število vseh sprejetih bolnikov zaradi akutnega srčnega infarkta (cela številka)  število vseh sprejetih bolnikov zaradi akutnega srčnega infarkta STEMI (cela številka)  število vseh sprejetih bolnikov zaradi akutnega srčnega infarkta NSTEMI (cela številka)

Zap. št.	Kazalnik	Števec	Imenovalec
43	<b>30-dnevna smrtnost zaradi AMI</b>	število primerov smrti v bolnišnici, ki so nastopile v 30 dneh po sprejemu v bolnišnico, med vsemi primeri, ki ustrezajo vključitvenim in izključitvenim pravilom za imenovalec	Vsi sprejeti bolniki, stari 18 let ali več, z glavno diagnozo akutni miokardni infarkt (AMI)
45	<b>Čakanje na operacijo v bolnišnici po zlomu kolka (65 let in več)</b>	število bolnikov, starih 65 let in več, sprejeti v bolnišnico z diagnozo zlom proksimalne stegenice, pri katerih se je kirurški poseg začel v roku 48 ur	število bolnikov starih 65 let in več, sprejeti v bolnišnico z diagnozo zlom proksimalne stegenice
46	<b>Profilaktična raba antibiotikov</b>	število bolnikov v imenovalcu, ki skladno z nacionalnimi smernicami za profilaktično uporabo antibiotikov med določenim kirurškim posegom, prejmejo antibiotično profilakso ob izpolnjevanju vseh meril	načrtovani kirurški posegi za diagnoze/ posege, ki so vključeni v sledenje kazalniku, pri bolnikih starih 18 let ali več (vključeni posegi: operacija kolorektalnega karcinoma, zamenjava kolka, histerektomija)
47	<b>Pooperativna tromboembolija</b>	odpusti med primeri, ki ustrezajo pravilom vključevanja in izključevanja za imenovalec, pri katerih so zabeležene MKB (ICD) kode za globoko vensko trombozo ali pljučni embolizem v katerem koli polju za dodatne diagnoze	Vsi kirurški odpusti bolnikov starih 18 let ali več, pri katerih je zabeležena koda posega, izvedenega v operacijski sobi

Zap. št.	Kazalnik	Števec	Imenovalec
48	<b>Travmatologija – zlom kolka – ocenjeni s Harrisovo oceno</b>	število vseh ocenjenih bolnikov s Harrisovo oceno pred odpustom  povprečna Harrisova ocena 30 dni po operaciji (število ali ni podatka)	število vseh operiranih bolnikov na oddelku
49	<b>Delež enodnevne kirurgije</b>	število posegov, ki so načrtovani in izvedeni kot enodnevni kirurški posegi brez hospitalizacije, med vsemi posegi, vključenimi v imenovalcu	skupno število bolnikov, obravnavanih v posegih, ki so vključeni v sledenje kazalniku (artroskopija kolena, ingvinalna hernija, odstranitev mandljev in/ali adenoidektomija, odstranitev žolčnika, operacija krčnih žil)
50	<b>Abdominalna kirurgija – operacija žolčnih kamnov – poškodbe</b>	število poškodb žolčnega voda in/ali sosednjih organov pri vseh opravljenih operacijah	število vseh opravljenih operacij
51	<b>Abdominalna kirurgija – krvavitve</b>	število operaciji pri katerih je bila potrebna transfuzija zaradi krvavitve	število vseh opravljenih operacij
52	<b>Torakalna kirurgija – operacija karcinoma – radikalnost operacije</b>	število operacij z radikalnostjo R0, R1 in R2	število vseh opravljenih operacij
53	<b>Torakalna kirurgija – operacija karcinoma – zapleti</b>	število zapletov s krvavitvami pri operacijah	število vseh opravljenih operacij
54	<b>Torakalna kirurgija – operacija karcinoma – ponovne operacije</b>	število ponovnih operacij	število vseh operacij

<b>Zap. št.</b>	<b>Kazalnik</b>	<b>Števec</b>	<b>Imenovalec</b>
55	<b>Torakalna kirurgija – operacija karcinoma – pooperativna smrt</b>	število zgodnjih pooperativnih smrti	število vseh operacij
56	<b>Urologija – benigna hipertrofija prostate</b>	zapleti s transfuzijo med operacijo	število vseh opravljenih operacij
57	<b>Urologija – benigna hipertrofija prostate – uhajanje seča</b>	število bolnikov, ki jim uhaja seč po operaciji	število vseh opravljenih operacij
58	<b>Stopnja umrljivosti zaradi kapi v 30 dneh</b>	število smrtnih primerov v bolnišnici, do katerih je prišlo v 30 dneh po prvotnem sprejemu v akutno bolnišnično obravnavo, med vsemi primeri v imenovalcu	vsi sprejeti bolniki stari 15 let ali več, z glavno/ primarno diagnozo kapi (vključuje ishemično in hemoragično kap)
59	<b>Okulistika – operacije katarakte – intraokularne krvavitve</b>	število intraokularnih krvavitev po operaciji	število vseh operacij
60	<b>Okulistika – operacije katarakte – poškodbe lečne ovojnice</b>	število poškodb zadnje lečne ovojnice	število vseh operacij
61	<b>Okulistika – operacije katarakte – vidna ostrina</b>	vidna ostrina s korekcijo - pred operacijo	vidna ostrina s korekcijo – po operaciji
62	<b>Umrli zaradi astme (starost 5–39)</b>	delež umrlih zaradi astme kot osnovnega razloga smrti, starih 5-39	število prebivalcev v starosti 5–39 let (kazalnik izračunamo na 100000 prebivalcev)

<b>Zap. št.</b>	<b>Kazalnik</b>	<b>Števec</b>	<b>Imenovalec</b>
<b>63</b>	<b>Uporaba krvnih komponent</b>	količina krvnih komponent, uporabljenih med in po operacijo in po njej	vsi bolniki, ki so bili obravnavani v izbranih elektivnih kirurških posegih (aortofemoralni obvod-unilateralni, primarna unilateralna nadomestitev kolenskega sklepa, radikalna prostatektomija, premostitev koronarne arterije s presadkom). Ti posegi so bili izbrani zato, ker se pogosto izvajajo in velikokrat vključujejo transfuzijo krvi ali pa zanje kri pogosto naročijo, vendar le redko uporabijo
<b>64</b>	<b>Bolnišnična poraba protimikrobnih zdravil</b>	število definiranih dnevni doz, ki jih opredeljuje Svetovna zdravstvena organizacija	število dni hospitalizacije in število sprejemov v bolnišnico in oddelke interne medicine, kirurgije, ginekologije, pediatrije in intenzivne enote (kirurške, internistične, mešane)
<b>VARNOST BOLNIKOV IN OSEBJA</b>			
<b>65</b>	<b>Poškodbe z ostrimi predmeti (osebje)</b>	število sporočenih poškodb z ostrimi predmeti	število zaposlenih zdravstvenih delavcev s polnim delovnim časom

<b>Zap. št.</b>	<b>Kazalnik</b>	<b>Števec</b>	<b>Imenovalec</b>
<b>66</b>	<b>Ocena stanja v bolnišnicah brez tobaka</b>	samoocenjevalni vprašalnik Evropske mreže bolnišnic brez tobaka s kvalitativno oceno kajenja v bolnišnicah	
<b>67</b>	<b>Padci</b>	vsi padci bolnikov (padec=nenameren nepričakovan pristanek na tleh oz. nižji ravni)	število bolnišnično oskrbnih dni (razen za spremljevalce in doječe matere)
<b>68</b>	<b>Varnostna kultura</b>	analiza vprašalnikov o bolnišnični kulturi varnosti	
<b>69</b>	<b>Tujek v telesu po operativnem posegu</b>	odpusti z ICD kodo za tujek v telesu po operativnem posegu v katerem koli polju diagnoze med primeri iz imenovalca	vsi odpusti pri starih 18 let in starejših, ki ne izpolnjujejo izključitvenih meril
<b>70</b>	<b>Nenamerna punkcija ali laceracija (bolnika)</b>	odpusti, ki izpolnjujejo merila iz imenovalca, z ICD kodo nenamerni rez, punkcija, perforacija ali laceracija med posegom v katerem koli polju sekundarne diagnoze	vsi odpusti pri starih 18 let in starejših (nekateri izjeme)
<b>71</b>	<b>Kolonizacijo z MRSA</b>	število bolnikov, ki so MRSA pridobili v posamezni bolnišnici v tekočem letu	število vseh bolnikov, pri katerih je ugotovljena MRSA v tekočem letu
<b>72</b>	<b>Katetrške okužbe krvi</b>	odpusti med primeri, vključenimi v menovalcu z določenimi ICD diagnozami v polju sekundarnih diagnoz	vsi elektivni kirurški odpusti pri starih 18 let in več (z izjemami)



Zap. št.	Kazalnik	Števec	Imenovalec
73	Pooperativna sepsa	odpusti, ki izpolnjujejo merila iz imenovalca, z ICD kodo za sepsa v kateremkoli polju sekundarne diagnoze	vsi elektivni kirurški odpusti pri starih 18 let in več s kodo za poseg v operacijski sobi (z izjemami)

36 od teh kazalnikov je mogoče izračunati na podlagi podatkov iz nacionalnih podatkovnih zbirk in torej ne predstavljajo dodatnega dela za bolnišnice. Med preostalimi kazalniki kakovosti so se mnogi spremljali v preteklosti prostovoljno. Zato so nekatere bolnišnice že imele vzpostavljene procese za zbiranje potrebnih podatkov. Iz nabora šestih kazalnikov, ki so se zbirali med letoma 2006 in 2010, se jih je v nov nabor preneslo štiri, medtem ko sta bila dva zaradi metodološke nejasnosti izključena.

Opis metodologije spremljanja kazalnikov v Priročniku o kazalnikih kakovosti (16) sledi različnim slogom glede na izhodišče in predvideni razvoj kazalnikov. Tako na primer opis metodologije spremljanja kazalnikov, ki jih je oblikoval OECD, zadošča za razumevanje namena njihovega spremljanja, vendar ne omogoči izračunati teh vrednosti, kar se odvija na nacionalni ravni v okviru Inštituta za varovanje zdravja. Na drugi strani so kazalniki projekta PATH zelo natančno opisani, saj je namen, da se bolnišnicam omogoči vzpostaviti vse dejavnosti, potrebne za zbiranje podatkov in izračun njihove vrednosti.

Delovna skupina za pripravo modela akreditacije je Ministrstvu za zdravje predlagala uvedbo mednarodnih standardov zdravstvene oskrbe, ki so podlaga za mednarodno akreditacijo zdravstvenih ustanov. Predlog torej ne predvideva vzpostavitve lastnega, slovenskega nabora standardov in nacionalnega postopka zunanje presoje spoštovanja takšnih standardov.

Prepoznana pomanjkljivost tovrstne odločitve je nezmožnost prilagajanja standardom, specifičnim okoliščinam in ravni oskrbe, ki je na voljo v Sloveniji. Kljub temu je delovna skupina presodila, da je poglobitnega pomena oblikovati rešitev, ki bo pripeljala do akreditacije bolnišnic v najkrajšem možnem času. Obenem ima zagotovilo o visoko kakovostni in varni oskrbi, ki jo želimo z akreditacijo pridobiti, večjo težo, če temelji na že obstoječem, mednarodno priznanem sistemu akreditacije. Slednje je posebej pomembno v kontekstu Direktive o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (6), ki zahteva, da države članice bolnikom iz Evropske Unije zagotovijo jasne informacije o standardih kakovosti in varnosti v zdravstvu.

Po upoštevanju izraženega interesa nekaterih izvajalcev ter pridobitvi akreditacije marca 2011 v dveh slovenskih bolnišnicah je delovna skupina posebej poudarila akreditacije v okviru mednarodno priznanih sistemov vodenja kakovosti, za

katere se izdajo ustrezni mednarodni veljavni certifikati, kot sta Joint Commission International in Det Norske Veritas. Vloga Ministrstva za zdravje je predvsem v podpori in spodbujanju akreditacije, medtem ko ni bilo prepoznane potrebe po specifičnih predpisih na področju akreditacije. Pomembna vloga pripada tudi Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki bo lahko v vlogi plačnika zdravstvenih storitev zagotovil finančne spodbude za izvajalce zdravstvene dejavnosti.

Delovna skupina je prav tako poudarila pomen oblikovanja slovenske skupine presojevalcev pri akreditacijskih organizacijah, ki so jih in jih še bodo izbrale bolnišnice. Čeprav je izbira lastnih presojevalcev v pristojnosti akreditacijskih organizacij, želijo vsi deležniki v Sloveniji spodbujati izobraževanje in delovanje presojevalcev iz Slovenije. Tovrstne izkušnje so izredno pomembne ne le iz vidika posameznega izvajalca, ki lahko premosti morebitne jezikovne ovire, temveč tudi za razširitev skupine izvedencev in nadaljnji razvoj dejavnosti v Sloveniji.

## Razpravljanje

Ministrstvo za zdravje je prevzelo vodilno vlogo pri koordinaciji dejavnosti na področju kazalnikov kakovosti ter akreditacije. Pri tem so bili v razpravi vključeni ključni deležniki na tem področju. Očitno je, da Ministrstvo za zdravje ni glavni izvajalec teh dejavnosti, saj so veliko večino kazalnikov kakovosti razvile druge ustanove, prav tako pa so se nekatere bolnišnice samostojno odločile za pristop k akreditaciji. Koordinacija dejavnosti zahteva uravnovešanje vloge vodilne nacionalne ustanove, da posreduje jasne usmeritve, in vlogo koordinacije, pri kateri je v ospredju usklajevanje interesov in dejavnosti vseh deležnikov v sistemu zdravstvenega varstva.

Razvoj novega nabora kazalnikov kakovosti se je začel z oblikovanjem dogovora okoli potrebe po večjem številu nacionalno dogovorjenih mer kakovosti. Potrebno je bilo uskladiti željo po pridobitvi čim več informacij o zdravstveni oskrbi ter potrebo po omejevanju dodatnih obremenitev, zlasti za izvajalce zdravstvene dejavnosti. Zanimivo je, da je ob pripravi predloga v okviru delovne skupine prevladovala težnja k večjemu številu podatkov, medtem ko je bila v trenutku usklajevanja Aneksa št. 2 k splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2010 (18) v ospredju skrb glede dodatnih obremenitev zdravstvenih ustanov in zdravstvenih delavcev. Nov nabor kazalnikov upošteva širok spekter interesov deležnikov ter mednarodno in nacionalno že uveljavljene kazalnike. Obenem pa postopek oblikovanja tega nabora ni sledil potrebam posameznih interesnih skupin, tako da bi oblikovali seznam kazalnikov namenjen pacientom, drugega namenjen izvajalcem, plačnikom, ustanoviteljem itn. Slednje dejstvo je pomembna pomanjkljivost uporabljenih metod za določanje nacionalnih kazalnikov. V bodoče bo zato potrebno jasno definirati odgovorne nosilce posameznega

kazalnika in tako dodatno prispevati k razjasnitvi odnosov odgovornosti med partnerji v sistemu zdravstvenega varstva.

Odločitev o spodbujanju akreditacije zdravstvenih ustanov v Sloveniji na podlagi mednarodno priznanih standardih upošteva dva ključna dejavnika: prvi je neuspeli poskus vzpostavitve lastnega sistema akreditacije v Sloveniji v prejšnjem desetletju, drugi je nujnost zagotavljanja jasnih meril za presojanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave do oktobra 2013, ko se bo začela uporabljati Direktiva o upravljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (6). Ključno vlogo bo imel plačnik, ki bo skozi oblikovanje finančnih spodbud v tem primeru prevzel vlogo kupca in od svojih dobaviteljev zahteval določeno raven kakovosti. Obenem je očitno in spodbudno, da izvajalci zdravstvenih storitev že zdaj na podlagi notranjih vzgibov prepoznajo koristnost akreditacije in so se v mnogih primerih zanjo že odločili.

Postavitev kakovosti in varnosti med prednostmi v zdravstvu se odrazi ne le v deklarativnih in regulatornih dokumentih, kot so priporočila, strategije in direktive, temveč tudi v konkretnem delovanju ključnih akterjev v sistemu. Formalizacija postopkov vodenja kakovosti skozi ISO standarde ima izjemno široko aplikabilnost na vseh sektorjih gospodarstva, vključno s področjem zdravstva. Dejansko so nekateri izvajalci zdravstvene dejavnosti v Sloveniji ISO certifikat že pridobili. Obenem se v zdravstvu na mednarodni in nacionalni ravni čedalje bolj uveljavljajo sistemi akreditacije zdravstvenih ustanov, v okviru katerih so oblikovani specifični standardi za področje zdravstvene oskrbe.

Nacionalna strategija o kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010-2015) (17) je prepoznala, da je akreditacija le eno izmed orodji, skozi katerih lahko dosežemo višjo raven kakovosti zdravstvene obravnave. Pri vseh ukrepih pa so potrebni kazalniki, s pomočjo katerih lahko prepoznamo področja, kjer so prednostno potrebni izboljšav ter učinkov sprejetih ukrepov za izboljšave. V razpravi se med ključnimi ustanovami na področju zdravstvenega varstva oblikuje dogovor o nujnosti tovrstnih dejavnosti.

Sinergija vseh opisanih dejavnosti naj bi se odrazila v boljši oskrbi za bolnika. Osredotočenje na bolnika je tudi sicer prepoznana kot ključna dimenzija kakovosti (19). Obenem zaradi kompleksnosti zdravstvene oskrbe bolniki izjemno težko presodijo kakovost obravnave katere so deležni s strokovnega vidika. Zato so izjemno koristne mednarodno priznane akreditacije, skozi katere zunanje ustanove potrdijo ustreznost procesov pri izvajalcu, ne da bi od bolnika pričakovali poglobitev v strokovne vidike tovrstne presoje. Vsekakor lahko v bodoče pričakujemo bolj osveščene bolnike, ki bodo zahtevali od izvajalcev natančne informacije o kakovosti in varnosti, katere so deležni. Zato je tudi javna objava in preglednost dejavnosti nepogrešljiv element le-te.

## Zaključek

Spremljanje kazalnikov kakovosti in akreditacija so ključna orodja za spodbujanje vodenja kakovosti z vidika posamezne zdravstvene storitve in z vidika kakovosti celotnega sistema zdravstvenega varstva. Pri oblikovanju tovrstnih dejavnosti je potrebno usklajevanje vseh partnerjev v sistemu in dogovarjanje skupnih usmeritev, ki bodo omogočile sinergijo dejavnosti deležnikov. Preplet odgovornosti posameznih akterjev je izjemno kompleksen in se ne odvija vzdolž preprostega odnosa kupca in dobavitelja. Obenem je jasno, da je končni uporabnik sistema bolnik, ki mora biti postavljen v središču dejavnosti in tako predstavljati stičišče vseh interesov vpletenih akterjev.

## Literatura

1. Deming EW. Out of the crisis. Cambridge: MIT Press, 2000.
2. Slovenski standard. SIST ISO 9001:2000. Ljubljana: Urad Republike Slovenije za standardizacijo in meroslovje, 2000.
3. Walter A, Ritter T, Gemünden HG. Value creation in buyer-seller relationships: theoretical considerations and empirical results from a supplier's perspective. *Ind Mark Manag* 2001; 30(4): 365-77.
4. Rao Tummala VM, Tang CL. Strategic quality management, Malcolm Baldrige and European quality awards and ISO 9000 certification: core concepts and comparative analysis. *Int J Qual Reliab Manage* 1996; 13(4): 8-38.
5. Priporočilo Sveta z dne 9. junija 2009 o varnosti pacientov, vključno s preprečevanjem in obvladovanjem okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo. Uradni list Evropske Unije 2009/C 151/01. Pridobljeno s spletne strani 15. 4. 2011: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:151:0001:0006:SL:PDF>.
6. Direktiva 2011/24/EU Evropskega Parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu. Uradni list Evropske Unije L88/45. Pridobljeno s spletne strani 15. 4. 2011: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:SL:PDF>.
7. Bowling A. *Research Methods in Health: Investigating health and health services* (2<sup>nd</sup> ed). Buckingham: Open University Press, 2002.
8. Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S (eds). *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
9. Shaw CD, Kutryba B, Braithwaite J, Bedlicki M, Warunek A. Sustainable healthcare accreditation: messages from Europe in 2009. *Int J Qual Health Care* 2010; 22(5): 341-50.
10. Shaw CD. External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on *visitatie*, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. *Int J Qual Health Care* 2000; 12(3): 169-75.

11. Shaw CD, Groene O, Mora N, Sunol R. Accreditation and ISO certification: do they explain differences in quality management in European hospitals? *Int J Qual Health Care* 2010; 22(6): 445-51.
12. Robida A. Notranja presoja - samoocenjevanje bolnišnic. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2004.
13. Robida A. Program for self-assessment and external assessment - accreditation in healthcare. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2005.
14. Robida A. Splošni standardi zdravstvene obravnave bolnišnice. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2004.
15. Splošni dogovor za pogodbeno leto 2009. Pridobljeno s spletne strani 15. 4. 2011: <http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/o/8F3E2C5A66D63C8BC1257577002D71C4?OpenDocument>.
16. Pribaković Brinovec R, Masten Cuznar O, Ivanuša M, Leskošek B, Pajntar M, Poldrugovac M, et al. Priročnik o kazalnikih kakovosti. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2010.
17. Kiauta M, Poldrugovac M, Rems M, Robida A, Simčič B. Nacionalna strategija o kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010-2015). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2010.
18. Aneks št. 2 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2010. Pridobljeno s spletne strani 15. 4. 2011: <http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/o/FF709F5DFC514F38C12578140028C543?OpenDocument>.
19. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington: National Academies Press, 2001.