

**STRATEGIJA VODENJA KAKOVOSTI IN VARNOSTI
V SPLOŠNI BOLNIŠNICI SLOVENJ GRADEC**šifra dokumenta:
KV/GLD-4/1
EKN: 0130

1. TIP DOKUMENTA: strategija oz. program vodenja kakovosti in varnosti
2. NAMEN IN CILJI: učinkovito razvijanje sistematičnosti in strokovnosti, s ciljem nenehnega izboljševanja zdravstvene obravnave in varnosti pacientov.
3. PODROČJE UPORABE: vsa področja dejavnosti v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec
4. ODGOVORNOST
ODGOVOREN / SKRBNIK PROCESA: Janez Lavre, dr. med., direktor
ODGOVORNI ZA IZVEDBO: vodstvo bolnišnice
IZVAJALCI: vsi zaposleni v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec

	IME IN PRIIMEK	PODPIS
PRIPRAVILI:	Branka Verdnik Golob, dr. med.	BVG
	Komisija za kakovost in varnost	BVG
PREGLEDALI:	Odbor za kakovost in varnost	BVG
	Služba za kakovost in varnost	BVG
ODOBRILI:	Janez Lavre, dr. med., direktor	JL
SKRBNIK:	Janez Lavre, dr. med., direktor	JL

**PREGLED ZADNIH SPREMEMB V DOKUMENTU**

zap. št.	Sprememba v točki:	OPIS SPREMEMBE	Velja od:
1.	Odbor za kakovost in varnost, organizacija kakovosti	Opredeljena vloga Odbora za kakovost in varnost, dodana organizacija kakovosti	15.5.2018
3.	Strateški cilji	Redefinirani strateški cilji	15.5.2018

DISTRIBUCIJA DOKUMENTA

zunanja distribucija	NE
	DA (komu): spletna stran bolnišnice
notranja distribucija	vsii zaposleni, intranet
kje je dokument dostopen	Originalni dokument se nahaja v pisarni za kakovost in varnost.



STRATEGIJA VODENJA KAKOVOSTI IN VARNOSTI V SPLOŠNI BOLNIŠNICI SLOVENJ GRADEC

I. UVOD

Zdravstveno varstvo je kompleksna dejavnost, ki poteka aktivno, neprekinjeno, 24 ur dnevno in vse dni v letu. Razvoj znanosti je pripeljal do zapletenih sklopov aktivnosti na področjih diagnostike, zdravljenja, zdravstvene in babiške nege, preprečevanja bolezni, krepitve zdravja ter na ostalih področjih obravnave pacienta. Kljub vedno večji uspešnosti zdravljenja se povečuje tveganje za napake, ki prinesejo tako škodo za zdravje pacienta kot tudi nezadovoljivo izrabo virov.

Za razvojem zdravstvene tehnologije zaostaja razvoj organizacije zdravstvenih sistemov in procesov ter pomembnih podpornih veščin dela, kot so: komunikacija, timsko delo, urejenost zdravstvene dokumentacije, izobraževanje, strokovno izpopolnjevanje in usposabljanje osebja.

Nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe je v državah EU zahtevano kot prednostna aktivnost.

Bistvo vodenja kakovosti je sistematično izboljševanje znanja izvajalcev, organiziranosti procesa zdravstvene obravnave, delovnega okolja in vodenja.

Kaže se v dvigu uspešnosti zdravljenja, povečani dostopnosti zdravljenja, boljših delovnih pogojih, predvsem pa v večji varnosti.

Izboljšave temeljijo na različnih izhodiščih:

- prilagajanju spreminjajočim se razmeram,
- odpravljanju vzrokov za vrzeli med odkloni in standardno kakovostjo
- razširjanju vzrokov za najboljše prepoznane prakse.

Osnovna kakovost zdravstvene obravnave preprečuje:

- nepotrebne bolečine, trpljenje in smrti,
- podstandardne izide,
- nepotrebno čakanje,
- neustrezno izraba virov (razsipnost),
- brezmočnost pacientov,
- diskriminacijo,
- osredotočenje predvsem na izvajalce.

II. RAZVOJ CELOVITEGA PRISTOPA H KAKOVOSTI IN VARNOSTI V SLOVENSKEM PROSTORU

Razvoj celovitega pristopa h kakovosti in varnosti v zdravstvu pomembno podpira dokument Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. V podpisani Splošni dogovor med izvajalci zdravstvenih storitev, Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije in Ministrstvom za zdravje je bilo leta 2006 prvič vključeno določilo o spremljanju nabora šestih kazalnikov kakovosti zdravstvene obravnave.

Omenjeni kazalniki so bili namenjeni predvsem spodbujanju kulture spremljanja kakovosti zdravstvene obravnave, niso pa omogočali dovolj točnega sklepanja o celovitem vodenju kakovosti. Z vidika spremljanja izidov obravnave je posebno dragocen primer dobre prakse *Nacionalni perinatalni informacijski sistem (PERIS)*, vzpostavljen leta 1986, saj je projekt podprt z ustreznim informacijskim sistemom, ki omogoča tako zbiranje (tudi iz že

obstoječih elektronskih virov, brez ponovnega vnašanja!) in analizo podatkov kot enostaven ter pregleden dostop do rezultatov za vse partnerje.

Uvajanje sistema samoocenjevanja in zunanje akreditacije je leta 2004 Ministrstvo za zdravje podprlo z izdajo dokumentov: *Notranja presoja – samoocenjevanje, zunanja presoja – akreditacija: program, Notranja presoja - samoocenjevanje bolnišnice: priročnik, Splošni standardi zdravstvene obravnave bolnišnice: priročnik.*

Sistem spremljanja opozorilnih nevarnih dogodkov je Ministrstvo za zdravje vzpostavilo že leta 2002, vendar so predpisi na tem področju pomanjkljivi. Izvajalci še posebej izpostavljajo skrb glede zaupnosti in nekaznovanosti v primeru poročanja o tovrstnem incidentu. V Letu 2017 so se začela prizadevanja za posodobitve sistema, ki jih bomo upoštevali tudi v naši bolnišnici.

Sistematičen in učinkovit pristop k spremljanju varnostnih incidentov je v bolnišnicah še pomanjkljiv, opazno je tudi nizko število strokovnjakov s področja analize globljih vzrokov varnostnih incidentov in posledično veččin oblikovanja uspešnih ukrepov za preprečevanje njihovih ponovitev.

Pogovori o varnosti in varnostne vizite pripomorejo k izboljševanju varnosti pacientov ter spreminjanju varnostne kulture.

Z uvedbo kliničnih poti (KP) je večina zdravstvenih ustanov pričela v zadnjem desetletju, kar kažejo podatki iz ankete o KP, izvedene v letu 2009. Anketa je pokazala tudi željo anketirancev po pridobivanju znanj in veščin, posebno s področja vrednotenja in spremljanja izvajanja kliničnih poti. Anketiranci so najpogosteje navedli, da je po klinični poti obravnavano med 20 in 40 % vseh sprejetih pacientov. Med največjimi izzivi pri izdelavi kliničnih poti so anketiranci izpostavili naslednje: komunikacijo med osebjem, računalniško podporo in različne pristope strokovnjakov pri obravnavi pacientov. Ministrstvo za zdravje je v podporo izvajalcem leta 2006 prvič izdalo Metodološka priporočila za oblikovanje in uvajanje kliničnih poti, v letu 2009 pa priporočila obnovilo v Priročniku za oblikovanje kliničnih poti.

Osredotočenost zdravstvenega sistema in izvajalcev zdravstvenih storitev **na pacienta** najpogosteje merimo z anketami kot kazalniki izkušenj pacientov.

III. RESOLUCIJA NACIONALNEGA PLANA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA 2016–2025 " SKUPAJ ZA DRUŽBO ZDRAVJA"

Z dejavnostjo v SB Slovenj Gradec bomo uresničevali izvedljive cilje, ki so zapisani v Resoluciji nacionalnega plana zdravstvenega varstva 2016-2025 (Uradni list Republike Slovenije št. 25; 6.4.2016). Določili bomo krovne cilje in prednostna področja razvoja (točka 5. Resolucije) in jih uresničevali z aktivnostmi in ukrepi v danem okviru (točka 6 Resolucije).

IV. STRATEGIJA VODENJA KAKOVOSTI IN VARNOSTI V SPLOŠNI BOLNIŠNICI SLOVENJ GRADEC

NAMEN STRATEGIJE

Namen strategije je učinkovito razvijati sistematičnost in strokovnost, aktivnosti nenehnega izboljševanja zdravstvene obravnave ter varnosti pacientov, ob upoštevanju **šestih načel kakovosti** v zdravstvu:

- varnost,
- uspešnost,
- pravočasnost,

- učinkovitost,
- enakopravnost in
- osredotočenost na pacienta.

POSLANSTVO STRATEGIJE

Vzpostavljanje in razvijanje kulture nenehnega izboljševanja kakovosti ter varnosti v sistemu zdravstvenega varstva.

VIZIJA STRATEGIJE

Pacienti in izvajalci zdravstvenega varstva v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec, ki se povezujejo z izvajalci zdravstvenega varstva na vseh nivojih v Sloveniji in s širšo skupnostjo, se sistematično povezujejo pri profesionalnem vodenju kakovosti, s ciljem, da ustvarjajo in izboljšujejo kulturo kakovosti in varnosti.

Varna in visoko kakovostna zdravstvena obravnava je prioriteta vsakega izvajalca zdravstvenih storitev, ne glede na položaj ali poklicno skupino. Zaposleni v zdravstvu morajo pri vsakodnevnem delu aktivno prepoznavati možnosti za izboljševanje kakovosti in varnosti pacientov. Namen aktivnega sodelovanja je zagotavljanje ravni zdravstvene oskrbe, na kateri ne bo prihajalo do smrti ali škode za zdravje zaradi napak, izidi zdravstvene obravnave pa bodo skladni s standardi ali najboljšimi praksami.

VREDNOTE, pomembne za izvajanje strategije, so:

- odgovornost,
- strokovnost,
- poštenost,
- povezovanje,
- komunikacija,
- spoštljivost,
- kultura neobtoževanja,
- timsko delo,
- sočutnost,
- prijaznost,
- zavezanost k skupnim ciljem.

Strateški cilji

- 1. Razvoj sistematičnega vodenja kakovosti in varnosti;**
- 2. Razvoj kulture varnosti in kakovosti;**
- 3. Vzpostavitev sistema izobraževanja in usposabljanja s področja kakovosti ter varnosti;**
- 4. Razvoj sistemov za izboljšanje uspešnosti in učinkovitosti zdravstvene oskrbe.**

Cilj 1 Razvoj sistematičnega vodenja kakovosti in varnosti

Namen

S procesnim pristopom vzpostaviti, razvijati in vzdrževati sistematično celovito vodenje kakovosti ter varnosti.

Splošna bolnišnica Slovenj Gradec **določi prednostna področja** vidikov kakovosti, na katere se bo sistematično osredotočala (politika kakovosti).

- Na vsakem področju politike kakovosti se nato **vedejo kazalniki**, ki na osnovi dejstev pokažejo stanje kakovosti na izbranih področjih.
- Uvede se poročanje o spremembah na podlagi odklonov kazalnikov.
- Na podlagi ugotovitev o dejanski ravni kakovosti na izbranih področjih se določi **minimalne standarde kakovosti**.
- Analizira se vzroke za primere nedoseganja minimalnih standardov, nato se sistematično **vedejo in nadzirajo ukrepi za odpravo omenjenih vzrokov**.
- Na podlagi stanja o dejanski ravni kakovosti na izbranih področjih se prepozna primere izstopajočih nadpovprečnih praks, na njihovi podlagi pa se pripravi cilje in smernice za izboljšave.
- S pomočjo smernic se razširja nadpovprečne prakse na večino izvajalcev (potrebno je vzpostavljati kulturo sprejemanja sprememb).
- Notranjo in zunanjo javnost se seznanja z doseženimi izboljšavami.

Organizacija

Odbor za kakovost in varnost vodi dejavnost za kakovost (sestavljajo: direktor, strokovni direktor, pomočnik direktorja za zdravstveno in babiško nego in oskrbo (ZBNO) in vodja Službe za kakovost in varnost).

Služba za kakovost in varnost je v organigramu bolnišnice ločena organizacijska enota, ki deluje v tesni povezavi s Komisijo za kakovost in varnost, oziroma so zaposleni v službi tudi člani Komisije. Koordinira, spremlja, svetuje in pomaga pri izvajanju vseh aktivnosti na področju kakovosti in varnosti na nivoju celotne bolnišnice.

Komisija za kakovost in varnost je sestavljena iz članov, posebej usposobljenih za področje kakovosti in varnosti, ki so praviloma tudi notranji presojevalci in zastopajo posamezna poklicna področja ter aktivno sodelujejo pri vzpostavljanju procesov kakovosti in varnosti v bolnišnici.

Skupina za kakovost in varnost je sestavljena iz predstavnikov oddelkov, enot in služb, imajo vlogo spodbujevalca stalnega izboljševanja kakovosti in varnosti na svojem oddelku/službi, so v pomoč vodstvu oddelka/službe in so neposredno v povezavi s Službo za kakovost in varnost in Komisijo za kakovost in varnost.)

Delovanje Odbora za kakovost in varnost pacientov

Cilj: postavitve najvišje strukture za kakovost in varnost v bolnišnici.

Za kakovost v zdravstveni ustanovi je odgovoren direktor. Dejavnosti za kakovost vodi **Odbor za kakovost in varnost**, ki ga sestavljajo: direktor, strokovni direktor, pomočnik direktorja za zdravstveno in babiško nego in oskrbo (ZBNO) in vodja Službe za kakovost. Odbor sklicuje in vodi strokovni direktor, po dogovoru tudi poslovni direktor.

Vsebina:

1. uvedba sistema upravljanja celovite kakovosti/nenehnega izboljševanja kakovosti,
2. zapis in izvajanje srednjeročnih strateški ciljev s področja kakovosti in varnosti,
3. merila klinične uspešnosti na ravni zavoda, oddelka/predstojnikov in drugih zdravstvenih delavcev in sodelavcev ter merila uspešnosti nezdravstvenih delavcev s področja kakovosti in varnosti,
4. pospeševanje dejavnosti za kakovost in varnost,
5. ustvarjanje kulture kakovosti in varnosti,
6. zagotavljanje virov za področje kakovosti in varnosti,
7. nadzor kakovosti in varnosti,
8. organiziranje srečanj znotraj bolnišnice s temo varnosti in kakovosti (najmanj enkrat na 3 mesece, kjer se predstavijo zlasti dejavnosti, ki potekajo znotraj bolnišnice,

problemi pri izvajanju teh dejavnosti, poročila, strategije, projekti, varnostni in kakovostni problemi ter priložnosti za izboljšave).

Poročanje: odbor poroča o dosežkih s področja kakovosti in varnosti pacientov v letnem poročilu Ministrstvu za zdravje in Svetu zavoda, ki mora v poglavju o kakovosti in varnosti vsebovati ta dokument.

Kdo je odgovoren: direktor.

Komu je odgovoren: Ministrstvu za zdravje, Svetu zavoda.

(Povzeto po: Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice, Ministrstvo za zdravje, Oddelek za kakovost v zdravstvu, 2006)

Delovanje Komisije za kakovost in varnost v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec

Kakovost zdravstvene obravnave in varnost pacientov imata neposreden vpliv na zdravje pacientov. Namen ustanovitve Komisije v letu 2010 je bil in še vedno je spodbujanje, usklajevanje, spremljanje in svetovanje pri aktivnostih za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave v bolnišnici in vzpostavitvi ter vzdrževanju sistema vodenja kakovosti in varnosti, aktivna vloga in sodelovanje pri organizaciji ter izvedbi notranje presoje ter aktivnostih za varnost pacientov, kot tudi skrb za zaupnost sporočenih varnostnih incidentov.

Naloge in odgovornosti ter pristojnosti Službe za kakovost in varnost, Komisije za kakovost in varnost ter Skupine za kakovost in varnost so zapisane v Poslovniku o organizaciji kakovosti in varnosti v SB slovenj Gradec (april 2018).

Vzpostavitev sistematičnega vodenja kakovosti

Vzpostavitev in udejanjanje mednarodno priznanih sistemov vodenja kakovosti

Namen

Namen je sistemska ureditev aktivnosti za kakovost in varnost zdravstvene obravnave na podlagi različnih mednarodno priznanih sistemov vodenja kakovosti, za katere se izdajo ustrezni mednarodno veljavni certifikati ali priznanja (ISO 9001 z aplikacijama za področje zdravstva IWA1 in/ali CEN/TS 15224, model odličnosti (EFQM), JCI in drugi).

V Sloveniji so Ministrstvo za zdravje in drugi odgovorni subjekti dejavno pristopili k aktivnostim za izpolnitev zahtev direktive, ki določa pravice bolnikov čezmejnega zdravstvenega varstva (sprejeta 28. 2. 2011). Poenotili so pristop in usmeritev zdravstvenih organizacij na področju akreditacije zdravstvenih ustanov in postopkov vpeljave mednarodnih standardov zdravstvene obravnave kot podlage za pridobitev akreditacije.

Na ministrstvu je imenovana delovna skupina strokovnjakov s področja vodenja kakovosti v sistemu zdravstvenega varstva pripravila dokument [Model vzpostavitve sistema akreditacije](#) zdravstvenih ustanov v Sloveniji, ki je bil sprejet na Zdravstvenem svetu. Ena od nalog je bila prepoznati tudi mednarodno priznan standard, ki je podlaga za akreditacijo zdravstvenih ustanov. Izbor posameznih standardov, ki so podlaga za mednarodno akreditacijo zdravstvenih ustanov, Ministrstvo za zdravje ne predpisuje, temveč prepušča odločitev menedžmentu posamezne zdravstvene organizacije, vendar mora biti ta mednarodno priznana.

Vodstvo Splošne bolnišnice Slovenj Gradec se je v letu 2010 odločilo mednarodno akreditacijo na osnovi **standardov za bolnišnice Joint Commission International, JCI.**

Kako?	Z organizacijo dejavnosti za kakovost: Odbor za kakovost, Komisija za kakovost in varnost, Skupina za kakovost in varnost, Projektne skupine za posamezne standarde. Vodja kakovosti in varnosti (v nadaljevanju vodja
-------	--

	kakovosti) je zadolžen za vodenje implementacije programa za kakovost in varnost pacientov na ravni bolnišnice, poleg tega vodi in usmerja aktivnosti, ki so potrebne za izvedbo učinkovitega programa nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti v bolnišnici. Pri tem sodeluje z Odborom za kakovost in varnost in s člani Komisije za kakovost in varnost (v nadaljevanju KKV).
Kdaj?	Akreditacijska predpresoja v letu 2016 (izvedena maja 2016), presoja načrtovana po dokončani izgradnji novega kirurškega bloka.
Odgovornost:	vodstvo

Vodstvo Splošne bolnišnice Slovenj Gradec se je v mesecu januarju 2017 odločilo za pridobitev certifikata kakovosti **ISO 9001:2015 in SIST EN 15224:2016.**

Izpolnjevanje zahtev navedenega certifikata kakovosti se vključuje tudi v okvir izpolnjevanja zahtev mednarodne akreditacije za bolnišnice Joint Commission International (JCI), ki je srednjeročni cilj SB Slovenj Gradec.

V procesnem pristopu smo ohranili strukturo standardov JCI in skladno s tem tudi vodenje dokumentacije. Usmeritve na področju kakovosti in varnosti smo zapisali v Poslovniku kakovosti SB Slovenj Gradec.

Certifikacijska presoja je bila izvedena uspešno 5.6. in 6.6.2017, naslednja ponovna certifikacijska presoja je načrtovana v letu 2020.

Spremljanje uresničevanja izida in ciljnih vrednosti: Svet zavoda (redno obveščanje o stanju kakovosti in varnosti članov Sveta zavoda s strani vodstva bolnišnice), nacionalno telo za kakovost in varnost v zdravstvu, Ministrstvo za zdravje.

Strategija in letni programi kakovosti ter varnosti

Namen

Strategija in letni program pospešujeta nenehno izboljševanje kakovosti ter varnosti pacientov glede na nacionalne in lokalne prioritete ter omogočata spremljanje ciljnih vrednosti za posamezne aktivnosti. Njuna namena sta pregled stanja in prepoznavanje priložnosti za izboljšave. Letni program kakovosti in varnosti, z opredeljenimi prednostnimi področji, je za vsa področja dejavnosti v bolnišnici zapisan v Letnem načrtu Splošne bolnišnice Slovenj Gradec.

Kdo? Vodstvo.

Kako? Z aktivnostmi, ki obsegajo:

a. izboljševanje zdravstvene prakse – zagotoviti orodja in metode za podporo zdravstvenim strokovnjakom pri njihovem delu:

- izvajanje zdravstvene oskrbe s pomočjo kliničnih smernic, kliničnih poti in standardov,
- uvedba orodij za merjenje in izboljševanje tako same kakovosti kot tudi varnosti pacientov (kazalniki kakovosti in varnosti – glej *Prilogo 1*: Navodila v zvezi z izbiro kazalnikov kakovosti in varnosti, zbiranjem, validacijo in analiziranjem podatkov ter načrtovanjem in izvajanjem potrebnih ukrepov oz. izboljšav,
- izboljševanje zdravstvenih podatkov in informacijske podpore. Zbiranje in analiza podatkov sta namenjeni podpori za oskrbo pacientov, bolnišnično vodenje in upravljanje, programu za upravljanje kakovosti in sodelovanju v

zunanjih podatkovnih zbirkah. Podatke sistematično zbirajo in analizirajo posamezniki z ustreznimi izkušnjami, znanjem in veščinami.

b. varnost pacientov z osredotočenjem na mednarodne cilje varnosti pacientov (pravilna identifikacija pacienta, učinkovita komunikacija, varnost zdravil z visokim tveganjem, varna kirurgija, obvladovanje okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo, preprečevanje padcev):

- vzpostavitev letnih ciljev in spremljanje njihovega doseganja,
- razvoj sistema poročanja o varnostnih incidentih in učenja,
- uvedba systemskega spremljanja (register) varnostnih incidentov in poročanja v skladu z navodili Ministrstva za zdravje,
- redno izvajanje in izboljševanje morbiditetnih ter mortalitetnih (MM) konferenc
- redno izvajanje pogovorov o varnosti,
- uvedba orodij za prospektivno ugotavljanje tveganj za varnost pacientov (Top-down analiza, analiza možnih napak in njihovih posledic (Failure Mode and Effect Analysis - FMEA).

Navedena področja natančneje opredeljujeta dokumenta v prilogi: Sistem poročanja o varnostnih incidentih in Pravilnik o internih strokovnih nadzorih.

c. spremljanje stanja:

- presoja lastne zdravstvene prakse,
- interni strokovni nadzori,
- notranja presoja in zunanja presoja,
- vodstveni pregled.

d. razširjanje najboljših praks:

- prepoznavanje in priznavanje,
- priprava smernic za razširjanje,
- usposabljanje in podpora,
- spremljanje in potrjevanje vpeljanih rešitev.

Kdaj? Določeno v strateških načrtih SB Slovenj Gradec

Odgovornost: Svet zavoda ali drug organ upravljanja.

Spremljanje uresničevanja izida in ciljnih vrednosti: Ministrstvo za zdravje ali nacionalno telo za kakovost in varnost v zdravstvu.

Razvoj informacijske tehnologije

Namen

Izboljševanje beleženja, spremljanja, analiziranja in odločanja izvajalcev ter uporabnikov zdravstvenih storitev, kar je odgovornost Ministrstva za zdravje in se naj bi izvedlo do leta 2015 (projekt e-zdravja), še poteka.

Razvoj informacijske tehnologije v SB SG je opredeljen v dokumentih : Politika razvoja, spreminjanja in vzdrževanja informacijskih tehnologij, Politika nadzora sprememb informacijskega sistema.

Cilj 2 Razvoj kulture varnosti in kakovosti

Namen

Vzpostavitev načel profesionalnega ravnanja in komunikacije v smislu preglednosti, pravičnosti, zaupanja, učenja, proaktivnosti in prilagodljivosti.

Kdo?	Vsi udeleženci v sistemu zdravstvenega varstva, ciljna javnost.
Kako?	Vzpostavitev pravil profesionalnega obnašanja, ki bodo podpirala visoko

	<p>kakovostno in varno zdravstveno obravnavo pacientov na podlagi ustreznih predpisov.</p> <p>Z merjenjem kulture varnosti in kakovosti in z nenehnim izboljševanjem sistema poročanja o varnostnih incidentih ter izboljševanjem rednih oblik strokovnega nadzora in varnostnih vizit ter pogovorov.</p>
Kdaj?	Kontinuiran proces, posebej opredeljen v dokumentih kakovosti in varnosti.
Odgovornost:	na ravni države: Ministrstvo za zdravje; na ravni bolnišnice: vodstvo bolnišnice

Cilj 3 Vzpostavitev sistema izobraževanja in usposabljanja s področja kakovosti ter varnosti

Namen

Zagotovitev splošnih znanj in veščin iz področja kakovosti ter varnosti za doseganje uspešnejše zdravstvene obravnave kot so: veščine vodenja, komunikacija, medosebni odnosi, sistem osredotočenja na pacienta, izgradnja timov, kakovost in varnost zdravstvene obravnave itd.

Izobraziti in usposobiti **vsakega zaposlenega za varno zdravstveno oskrbo pacientov** je **naloga vodstva bolnišnice**. V program izobraževanja za novo zaposlene je potrebno uvrstiti tudi najpomembnejše teme s področja kakovosti in varnosti.

Kako? Načini in vrste izobraževanj so natančno opredeljeni v Letnem načrtu izobraževanj bolnišnice, ki ga oblikujejo vsi oddelki, enote ter službe.

Spremljanje uresničevanja izida in ciljnih vrednosti: Svet zavoda.

Cilj 4 Razvoj sistemov za izboljšanje uspešnosti in učinkovitosti zdravstvene oskrbe

Namen

Razvoj pristopa za usklajevanje različnih vidikov zdravstvene oskrbe z namenom povečanja uspešnosti sistema (npr. skrajšanje čakalnih dob, vpeljava integriranih kliničnih poti, varnih praks, vrednotenje zdravstvenih tehnologij).

Kdo?	Vse organizacije v sistemu zdravstvenega varstva.
Kako?	S projekti, ki so predvideni v strategiji razvoja zdravstva do leta 2022.
Kdaj?	poteka kontinuirano
Odgovornost:	Ministrstvo za zdravje ali nacionalno telo za kakovost in varnost v zdravstvu.

Spremljanje uresničevanja izida in ciljnih vrednosti: Vlada RS.

ZAKLJUČEK

Kakovost in varnost ni posebna dejavnost bolnišnice, ampak je nujni sestavni del vsakdanjega zdravstvenega in poslovnega dela.

Za spremembe, ki so potrebne za izboljševanje kakovosti in varnosti, je pomembna predvsem kultura bolnišnice. Razumemo jo kot vrednote, odnose, zaznavanje, usposobljenost in vzorce obnašanja, ki določajo zavzetost, stil in strokovnost upravljanja celovite kakovosti in varnosti. To je filozofija najvišjega in srednjega vodstva, ki nezavedno vpliva na obnašanje in delovanje zaposlenih.

Osnova za izboljševanje kakovosti in varnosti je merjenje in dokumentiranje kakovosti. V literaturi so dokazi, da merjenje in spremljanje kakovosti, povratna informacija, strokovna presoja, samoocenjevanje in akreditacija ter javna objava kazalnikov kakovosti vodijo k izboljševanju zdravstvene oskrbe.

Povezave z dokumenti:

- IZBOLJŠEVANJE KAKOVOSTI IN VARNOST PACIENTOV (KV/QPS-1/11),
Priloga 1: Navodila v zvezi z izbiro kazalnikov kakovosti in varnosti, zbiranjem, validacijo in analiziranjem podatkov ter načrtovanjem in izvajanjem potrebnih ukrepov oz. izboljšav
- Poslovnik o organizaciji kakovosti in varnosti v SB slovenj Gradec (KV/QPS-1/1)
- Sistem poročanja o varnostnih incidentih (KV/QPS-7-9/1)
- Pravilnik o internih strokovnih nadzorih (z dne 12.10.2017)
- Finančni oz. Letni načrt SB Slovenj Gradec
- Letno poročilo SB Slovenj Gradec
- Strateško razvojni načrt SB Slovenj Gradec 2018-2023
- Letni program presoj sistema vodenja kakovosti in varnosti v SB Slovenj Gradec