

STANDARDI „DOBRE PRAKSE“ ZA DOM ZDRAVLJA

STANDARDS OF “GOOD PRACTICE“ FOR A HEALTH CENTRE

dr Rajko Šofranac¹⁾, dr Milica Šofranac²⁾, dr Zorica Savović³⁾

Rezime: U radu je prikazan značaj standarda kvaliteta za domove zdravlja. Ukazano je da se mogu koristiti standardi ISO 9000 uz dopunu, standarda specifičnih za zdravstvene usluge (ISQua). U radu je takođe prezentirana struktura ISQua standarda za domove zdravlja i konstatovano da se implementacijom ovih standarda može zdravstvena usluga poboljšati do nivoa gdje će pacijenti biti zadovoljni, a menadžment doma zdravlja će realizacijom vizije, misije, ciljeva i strategija obezbijediti efektivno i efikasno poslovanje.
Cljučne riječi: standardi, ISQua, ISO 9000, IWA 1:2005, dom zdravlja

Abstract: The paper discusses the importance of *quality standards* for health centres. The possibility of using standards ISO 9000 along with the supplement of standards typical for medical services (ISQua). The paper also presents the structure of these health centre standards and concludes that their implementation improves health service to patients' benefit and satisfaction. In addition, health centre management shall be able to provide an effective operation through realization of its vision, mission, objectives and strategies.

Key words: standards, ISQua, ISO 9000, IWA 1:2005, health centre

1. UVOD

Istorijski gledano zdravstveni profesionalci su posmatrali pacijenta, kao pasivnog korisnika usluga, ne vodeći računa o njegovim zahtjevima. Za razliku od ovog pristupa danas, zdravstvene organizacije (domovi zdravlja) moraju biti orijentisani prema pacijentu i on treba da je u centru pažnje, s aspekta planiranja, implementacije i evaluacije pruženih usluga.

Danas je u zdravstvenoj zaštiti neophodno postići racionalnost i efikasnost u dijagnostici, terapiji i rehabilitaciji. To se može realizovati i kroz nove kvalitetne organizacione i tehnološke procese. Standardi i normativi zdravstvenih usluga određuju ko, kako, gdje i u kojem vremenu, kojim materijalom, aparatom i opremom, treba da obavi određenu medicinsku proceduru. Njihovo prihvatanje i sprovođenje predstavlja nov organizaciono-tehnološki proces koji u znatnoj mjeri doprinosi efikasnosti i kvalitetu pružanja zdravstvene zaštite

2. UVOĐENJE STANDARDA KVALITETA U ZDRAVSTVU

Proces standarizacije u oblasti zdravstva je novina, te je prvo potrebno upoznati menadžment ustanove i sve zaposlenike o uvođenju sistema kvaliteta i njegovom značaju u realizaciji zdravstvene zaštite.

Kada se spomenu standardi u zdravstvu, nekako se nametne razmišljanje da li standardi: propisuju kvadraturu prostora, broj ljekara i sestara, broj timova, itd. dakle, neophodnu strukturu za funkcionisanje zdravstvenog sistema kao preduslov za procese i ishode zdravstvene zaštite. Do skora, malo ko je razmišljao o standardima procesa i ishoda zaštite i na koji se način kvalitet rada (usluge) može mjeriti.

Komponente visokog kvaliteta podrazumijevaju visok stepen profesionalnosti i znanja u odnosu na raspoložive tehnologije, efikasnost u korišćenju resursa, minimalnog rizika za pacijente, zadovoljstvo pacijenata i konačan ishod pružene zdravstvene usluge.

Cljučna stvar je da je kvalitet kompleksan i multidimenzionalan i da ga često nije lako

1) dr Rajko Šofranac, AQI “Šofranac” Podgorica, e-mail: rajkosofr@t-com.me

2) dr Milica Šofranac, Dom zdravlja Danilovgrad,

3) dr Zorica Savović, Klinički centar Kragujevac

kvantitativno izraziti niti sumirati na jednostavan način zbog čega postoji izreka »kvalitet teško definisati, nemoguće mjeriti i lako prepoznati.

Postoje minimalni standardi, bez kojih zdravstvena zaštita nije prihvatljiva i odražavaju ono što se mora zadovoljiti, te nema sumnje da minimalne standarde treba svi da postignu. Optimalni standardi predstavljaju stepen izvrsnosti koji mogu da ostvare samo oni koji se tome posvete i opredijele da je postignu, s tim što optimalni standardi nakon izvjesnog vremena mogu postati minimalni standardi, jer se zahtjevi stalno mijenjaju.

Standardi daju preporuke šta bi trebalo da bude, a ne propisuju načine i norme na koje to treba da se ostvari. Svako ima pravo da do kvalitetnih usluga dođe svojim putem, na način koji smatra najprikkladnijim za date uslove, raspoloživo osoblje i novac. Standardi medicinske prakse zahtijevaju koncenzus da bi se realizovali i adekvatno tumačili. Oni moraju biti kompatibilni i komplementarni. [3]

Preporuka koju treba postaviti pri aktivnostima na definisanju standarda je da se radi veoma pažljivo i timski, tako da standardi budu rezultat odgovarajućeg kolektivnog mišljenja o prihvaćenom ili željenom nivou učinka (kvaliteta). Već je rečeno da su oni dinamični i da se permanentno sprovodi njihovo preispitivanje, sa mogućnošću unapređenja.

Propisima svake države su, na određeni način, definisani uslovi za obavljanje zdravstvene djelatnosti, sadržaj i obim zdravstvene zaštite i način ostvarivanja prava na zdravstveno osiguranje. Navedeni dokumenti imaju opšti karakter. Na izvjestan način oni se mogu smatrati standardima, jer regulišu uslove, odnose i način korišćenja zdravstvene zaštite.

Na osnovu ovih dokumenata, definisani su **standardi profesionalne prakse**, koji bliže određuju organizaciju i način pružanja zdravstvene zaštite za bolijesti, odnosno kategorije bolesnika. U tom smislu potrebno je da standardi povežu strukturu (prava osiguranika, uslove i način korišćenja službe), proces (sadržaj, obim i način pružanja usluga) i ishod zdravstvene zaštite. Sve to je u funkciji konkretnih zdravstvenih potreba, odnosno zdravstvenih problema, i smanjuje mogućnost pružanja neadekvatne zdravstvene zaštite i probleme u praksi. Takođe je potrebno da standardi stimulišu odgovarajuće ponašanje davalaca zdravstvene zaštite kroz edukaciju i obuku; [1],

Standardi treba da ispunjava sledeće zahteve:

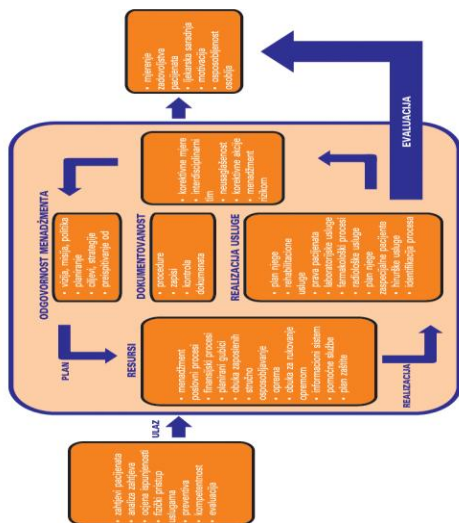
- da budu merljivi, što znači da je definisan kao nivo izvršenja koji treba da se dostigne u odnosu na definisanu meru ili indikator,
- da budu razumljivi, što znači da se lako mogu prihvatiti naročito oni koji ulaze u sistem (novi davalac usluge i novi korisnik);
- da uticu na ponašanje, što znači da su definisani tako da čine jasnim kakvo se ponašanje svih učesnika u zaštiti zahtijeva;
- da su ostvarljivi, jer previsoki standardi mogu da demorališu učesnike u njihovom sprovođenju.

3.STANDARDI KOJI SE KORISTE U ZDRAVSTVU

3.1 Primjena ISO standarda

Zahtjevi ISO standarda veoma su važni za proizvodne i uslužne organizacije, ali se na prvi pogled ne odnose na aktivnosti u zdravstvenim ustanovama.. Ovo se posebno odnosilo na ranije verzije standarda serije ISO. Terminologija koja se koristila u tim standardima teško se «povezivala» sa zdravstvenom zaštitom, i različite nacionalne asocijacije su je različito tumačile. Otuda i razlog što je u ovoj oblasti manje bilo manje certifikata nego u ostalim djelatnostima.

ISO 9000 standardi (verzija 2000) su prilagođeni, tako da ih je sada lakše primijeniti na zdravstvenu zaštitu i uključiti u procjenu ishoda i zadovoljstva pacijenta. Uspostavljeni sistem prema **ISO 9001 :2008** lagano se nadopunjuje smjericama iz **ISO 9004:2008**, **IWA *1:2005** i vodičima za dobru medicinsku praksu primjerenim za akreditaciju pojedinih usluga koje zdravstvena ustanova nudi. Struktura standarda **IWA 1:2005** prikazana je na Slici 1.



Slika 1 - Struktura standarda IWA 1:2005

3.2 ISQua* - Medunarodni standardi za akreditaciju tijela za eksternu procjenu u zdravstvu

Medunarodno udruženje za kvalitet u zdravstvu –ISQua* (**I**nternational **S**ociety for **Q**uality in **H**ealth **C**are), je 1999. godine pokrenulo Program međunarodnog akreditiranja (**I**AP) pod akronimom **ALPHA***

Ovaj program je nacionalnim tijelima za akreditaciju u zdravstvu dao preporuke za procjenu postojećeg rada i organizacijsku kontrolu, da bi kasnije proširio svoj program akreditacije na druga tijela za eksternu procjenu i uspostavljanje standarda u zdravstvu. Njegove aktivnosti su sada :

- akreditacija timova (ustanova) za eksternu procjenu,
- akreditacija standarda u zdravstvu koji su u skladu sa **ISQua** Medunarodnim principima za te standarde.
- akreditacija programa obuke, uključujući i programe obuke za ocjenjivače/ kontrolore/rev izore.
- obrazovanje, obuka i podrška u pripremama za akreditaciju.

ISQua, je neprofitna, nezavisna organizacija u čijem sastavu je preko 70 zemalja članica. **ISQua** daje preporuke zdravstvenim profesionalcima, davaocima usluga, istraživačima, agencijama i korisnicima, kako bi postigli izvrsnost u pružanju zdravstvene zaštite i kako bi unapređivali kvalitet i sigurnost usluge.

ISQua Medunarodni standardi za akreditaciju uspješnosti zdravstvenih ustanova **obuhvataju zahtjeve Medunarodne organizacije za standarde (ISO)** za tijela za certifikaciju, Baldrige kriterijume uspješnosti i Model uspješnosti Evropske fondacije za upravljanje kvalitetom (**EFQM**). [4]

Glavni pravci djelovanja ISQua su: [5]

- sigurnost pacijenata i zdravstvene zaštite,
- menadžment rizika,
- motivacija zdravstvenog kadra u obezbjeđivanju kvalitetnije njege,
- zadovoljstvo pacijenta kao evaluaciono oruđe u ocjeni uspješnosti akreditacije,
- razvoj i unapređenje indikatora u svim oblastima i
- akreditacija zdravstvenih ustanova.

Postoji osam ISQua standarda i to:

- Standard 1: Upravljanje i strateške smjernice
- Standard 2: Organizacija i menadžment
- Standard 3: upravljanje ljudskim resursima
- Standard 4: izbor, razvoj i preraspodjela ocjenjivača
- Standard 5: upravljanje finansijskim resursima
- Standard 6: upravljanje informacijama
- Standard 7: upravljanje ispitivanjem /ocjenjivanjem
- Standard 8: proces akreditacije/certifikacije, i

Pet principa, koji su:

- jasni, počivaju na jasnim logičkim osnovama
- mjerljivi,
- specifični,
- zasnovani na savremenim istraživanjima kvaliteta i
- obuhvataju zahtjeve za razvoj standarda koji su sadržani u pomenutih **osam** posebnih **ISQua** Medunarodnih standarda.

3.3 Standardi „Dobre prakse“ za domove zdravlja

Standardi dobre prakse za dom zdravlja mogu se dekomponovati u šest podsistema [6],[10] :

1. Upravljanje domom zdravlja,
2. Upravljanje rizikom,
3. Upravljanje kvalitetom,
4. Usmjerenost na pacijenta,
5. Proces pružanje zdravstvenih usluga i
6. Procesi podrške.

Svaki od ovih podsistema može se dekomponovati na procese i aktivnosti, koje treba opisati procedurama i uputstvima. Navedeni podsistemi mogu se dekomponovati na sledeće ili slične procese u

zavisnosti od strukture doma zdravlja ,kao što je prikazano na **Slici 2**.



Slika 2 - Struktura standarda „Dobre prakse“ za domove zdravlja

Zbog prostornog ograničenja,osvrnućemo se ukratko na podsistem“*Usmjerenost na*

pacijenta” jer je on najvažniji od svih podsistema.

Jedno specifično pitanje koje je od suštinskog značaja za ciljeve zdravstvene zaštite odnosi se na prava pacijenata (**podsystem 4**).S obzirom da je jedna od jednostavnijih definicija kvaliteta «*ispunjenje očekivanja korisnika*», efikasnost sistema mjeri se u odnosu na zadovoljstva ili iskustva pacijenata. Jedno od fundamentalnih prava pacijenata je da imaju pristup adekvatnim informacijama, da budu edukovani.Koliko se ovom pitanju pridaje važnost,vidi se i iz **Tabele 1** u kojoj su predstavljene nacionalne inicijative za prava pacijenata.

Tabela 1 - Nacionalne inicijative za prava pacijenata [11]

Belgija	Strategija bolnica, 1998.	Definiše prava na pristanak, dignitet, posredovanje
Irska	Povelja pacijenata 1992.	
Italija	Okvirni dokument, 1995.	Zakon nacionalne zdravstvene službe (1992.) definiše prava svim građanima
Latvija	Zakon o medicini, 1997	Definiše prava na visok kvalitet, odgovarajuću zastitu
Litvanija	Zakon o pravima pacijenata, 1996	Definiše prava na pristup, informacije, izbor, pristanak, dignitet, povjerljivost, pristup dokumentaciji
Holandija	Ugovori o medicinskom tretmanu	Definiše prava na informacije, pristanak, povjerljivost, pristup dokumentaciji
Španija	Zdravstveni barometar	Periodični pregledi zadovoljstva javnosti
Velika Britanija	Povelja pacijenata, 1992.	Prava na pristup, privatnost, informacije, nacionalni <i>benchmarking</i>
Velika Britanija	Nacionalni javni pregledi, 1999	Javno odvijanje programa velikih razmjera slojevitog ocjenjivanja javnog iskustva pacijenata: opšta praksa , srčana oboljenja , tretman kancera itd.

O pravima i sigurnosti pacijenata preporuke je dao i **Savjet Evrope** (komitet ministara) u maju 2006:[12]

1. “U razvijanju strategija sigurnosti pacijenta, vlade treba da imaju proaktivan,

preventivni i sistematski pristup: prihvatiti da se greške dešavaju; identifikovati i upravljati rizičnim tačkama u procesima; učiti iz grešaka i minimizirati njihove efekte; sprovesti prevenciju kako bi se smanjio broj grešaka koje narušavaju sigurnost

pacijenta; i podsticati pacijente i zdravstveno osoblje da izvještavaju o incidentima s kojima se suočavaju. Ovo se može postići efikasnim menadžmentom i sistematskim definisanjem sigurnih struktura i procesa.

2. Sigurnost pacijenta treba prihvatiti kao neophodnu bazu kvalitetne zdravstvene zaštite, koja treba da se zasniva na preventivnom stavu, sistematskoj analizi i povratnim informacijama iz različitih sistema izvještavanja: izvještaji pacijenata, žalbe i potraživanja, kao i sistematsko izvještavanje zdravstvenog osoblja o incidentima, uključujući komplikacije. Strategija sigurnosti pacijenta treba da postane sastavna komponenta sveukupnog programa kontinuiranog poboljšanja kvaliteta. Ulaganje u sigurnost pacijenta i u poboljšanje kvaliteta, trebalo bi razmotriti kao ekonomski isplativo.

3. Sistematski utemeljen pristup pretpostavlja sistematsko oblikovanje sigurnosnih struktura, procedura i procesa, zajedno s korektivnim reakcijama u odgovoru na incidente sigurnosti. Prihvaćeno je da su greške posledica normalne ljudske slabosti i/ili neefikasnosti sistema; to se može spriječiti poboljšavanjem radnih uslova. Cilj je sistematsko oblikovanje s ugrađenim mehanizmima zaštite

4. Programi sigurnosti pacijenta trebalo bi da koriste isti jezik, terminologiju i da se fokusiraju na slične koncepte. «Incident koji narušava sigurnost pacijenta» (skraćeno: incident sigurnosti) podrazumijeva bilo koji nenamjerni i/ili neočekivani incident koji bi mogao dovesti ili je doveo do štete po jednog ili više pacijenata koji primaju zdravstvenu zaštitu.”

U ovom dokumentu navedena sintagma je pokrivena različitim izrazima, kao što su «nepovoljni događaj», «medicinska/klinička greška», i «izbjegnuti incident»).

„Sigurnost pacijenta zavisi od više faktora, uključujući: odgovarajući nivo resursa; dovoljno finansiranje; odgovarajući broj dobro uvježbanog osoblja; odgovarajuće zgrade; korištenje visokokvalitetnih materijala; tehnička oprema i lijekovi; uspostavljanje standardnih dijagnostičkih i terapijskih procedura (vodilje za kliničku praksu); jasna podjela zadataka i odgovornosti; odgovarajuća i nesmetana povezanost između procesa; podesni informacioni sistemi; ažurna dokumentacija i dobre komunikacije između zdravstvenih profesionalaca i timova. Dalje je poželjno stvaranje radnih uslova i atmosfere kroz: korektnu organizaciju poslova; osiguranje dobrih, sigurnih, socijalnih i zdravstvenih uslova za zdravstvene radnike; i povećanje motivacije koja smanjuje ulogu pitanja «ljudskog faktora» u incidentima sigurnosti pacijenta.

To uključuje prevenciju uzroka koji doprinose (izbjegnutim) incidentima i greškama, kao što su: vremenska limitiranost u kojoj rade davaoci usluga (nedovoljno vremena za odgovarajuće komunikacije između profesionalaca, s pacijentima); često «prepuštanje» pacijenata iz ruku jednog u ruke drugog zdravstvenog profesionalca (što vodi lošoj komunikaciji i greškama koje su povezane s lošim prenosom informacija); nedovoljan broj osoblja; pritisak na zdravstvene profesionalce da brzo otpuste pacijenta iz bolnice; uplitanje komercijalnih elemenata u zdravstvenu zaštitu i nepovoljni učinci osiguravajućih kuća koje se tržišno nadmeću”.

Ako se žele efikasno i ekonomično iskoristiti kompleksne dijagnostičke i terapijske mogućnosti, svaki pristup ljekara problemu pojedinca mora biti vrlo dobro organizovan i sistematičan. Bolesnik je danas i sam bolje informisan i više zainteresovan za nauku i medicinu nego prije. Ljekari su izloženi sve većim zahtjevima ne samo od strane pacijenta nego i cjelokupnog sistema zdravstva. Kriterijumi na nivou svjetskih standarda sve više naglašavaju primjenu kvalitetnije usluge pacijentu kako na primarnom tako i na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite. Organizovani zdravstveni sistemi teže uvođenju i primjeni ISO sistema i drugih standarda u zdravstvu sa ciljem za stalno unapređivanje svojih medicinskih usluga,

postizanja efikasnijeg zdravstvenog sistema i zadovoljnijim korisnicima tj. pacijentima.

4. ZAKLJUČCI

Ako se žele efikasno i ekonomično iskoristiti kompleksne dijagnostičke i terapijske mogućnosti, svaki pristup lječara problemu pojedinca mora biti vrlo dobro organizovan i sistematičan. Bolesnik je danas i sam bolje informisan i više zainteresovan za nauku i medicinu nego prije. Lječari su izloženi sve većim zahtjevima ne samo od strane pacijenta nego i cjelokupnog sistema zdravstva. Kriterijumi na nivou svjetskih standarda sve više naglašavaju primjenu kvalitetnije usluge pacijentu kako na primarnom tako i na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite.

Organizovani zdravstveni sistemi teže uvođenju i primjeni ISO sistema i drugih standarda u zdravstvu sa ciljem za stalno unapređivanje svojih medicinskih usluga, postizanja efikasnijeg zdravstvenog sistema i zadovoljnijim korisnicima tj. pacijentima. Neophodno je da svaki dom zdravlja prilagodi standarde svojim mogućnostima i uradi i usvoji dokumentovane procedure za sve aktivnosti koje se sprovode u domu zdravlja.

LITERATURA

- [1] Šofranac R. Šofranac M. "Menadžment kvalitetom u medicini" Pobjeda 2007 Podgorica
- [2] CAHO Joint Commissions for Accreditation of Healthcare Organizations (1998): National Library of Health Indicators (with glossary).
- [3] Zoran Vlahović: »Definisanje parametara

za procenu kvaliteta stomatološke zaštite»Doktorska disertacija, Beograd 2003 god.

- [4] Akreditacijski standardi za bolnice- AKAZ, Sarajevo 2005
- [5] Dr Zoran Riđanović, AKAZ, Projekt EU/WHO - Konferencija *Osiguranje kvaliteta i akreditacija*, Banja Luka, 15-16. mart 2006.
- [6] M. Mercvajer, AKAZ FBiH / akazzakaz.ba/www.akaz.ba
- [7] J Watch Emergency Med. 2006; "Nursing Home Clinical Pathway for Respiratory Infections Reduces Hospitalization"
- [8] Calligaro KD et al. J Vase Surg 1994; "A clinical pathway for inguinal hernia repair reduces hospital admissions".
- [9] Akreditacijski standardi «Za Bolnice» Verzija 4.1, AKAZ -Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu FBiH, AVICENA d.o.o, Sarajevo 2005
- [10] Akreditacijski standardi «Za Domove zdravlja» Verzija 3.3, AKAZ -Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu FBiH, AVICENA d.o.o, Sarajevo 2005
- [11] Charles D. Shaw Isuf Kalo "Osnovne informacije za nacionalne politike kvaliteta zdravstvenih sistema", WHO ,2002: AKAZ, 2003 god.
- [12] Savjet Evrope -Preporuke Komiteta ministara o menadžmentu sigurnosti pacijenata i prevenciji nepovoljnih događaja u zdravstvenoj zaštiti", 2006, preveo dr Zoran Riđanović, AKAZ FBiH