

Sažetak

**Izvještaja o rezultatima provedene ankete za
procjenu razumijevanja i ispunjenosti uputa
navedenih u dokumentu –**

*Metodološko uputstvo za uspostavljenje i održavanje sistema
kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga u zdravstvenim
ustanovama u Federaciji BiH*

**Akcioni plan za zdravstvene ustanove i druge aktere
u zdravstvu**

AKAZ, juni 2008. godine

1. Opšte informacije o anketiranju

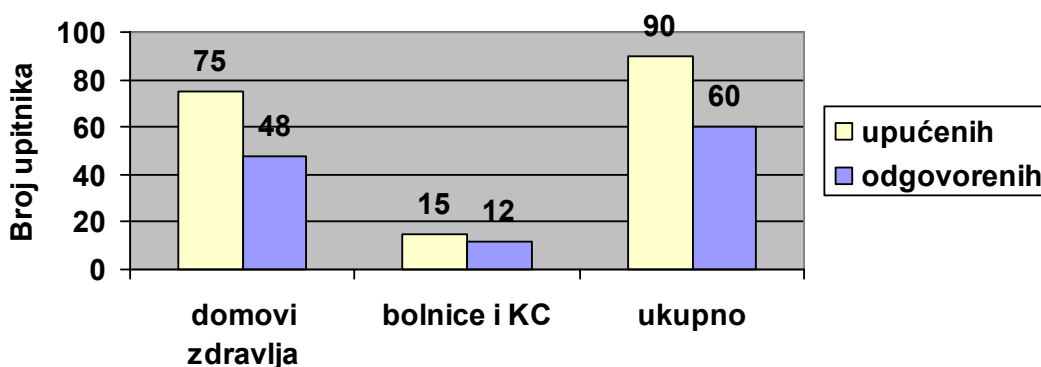
U periodu od sredine januara do sredine aprila 2008. godine AKAZ je proveo anketu o razumijevanju i ispunjenosti uputa od strane rukovodstva zdravstvenih ustanova i planovima u vezi sa uspostavljenjem i održavanjem sistema poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga koje su navedene u dokumentu *Metodološko uputstvo za uspostavljenje i održavanje sistema kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga u zdravstvenim ustanovama u Federaciji BiH* (u daljnjem tekstu: Metodološko uputstvo).

Sredinom mjeseca februara direktorima 75 domova zdravlja i 15 bolnica, uključujući i kliničke centre (ukupno 90 zdravstvenih ustanova), putem pošte upućeni su anketni upitnici uz popratni dopis u kojem je navedena svrha anketiranja i navedeno da će se odgovori na postavljena pitanja tretirati kao povjerljivi.

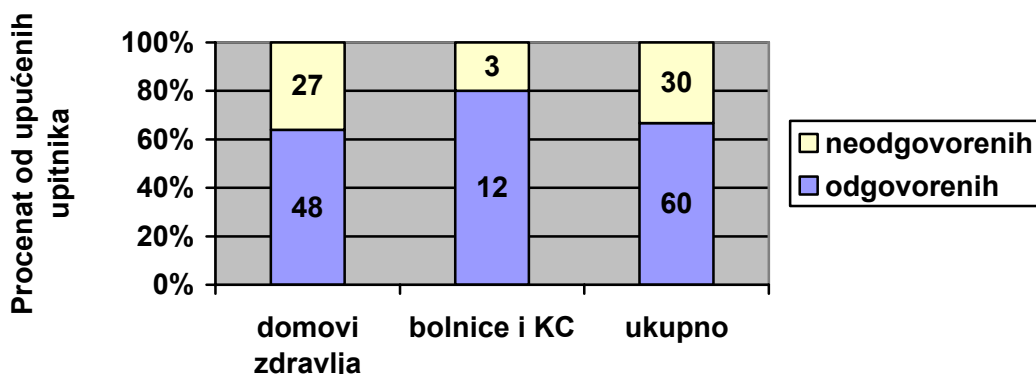
Upitnik se sastojao od 18 pitanja, većinom zatvorenog tipa. Dva upita odnosila su se na predlaganje pojedinaca iz zdravstvenih ustanova koji bi bili kvalificirani da budu kandidati za članstvo u Odboru za akreditaciju i u Odboru za razvoj kliničkih vodilja. Od ispitanika se također tražilo da sve primjedbe, komentare i sugestije dopišu na posebnom listu koji bi priložili uz popunjen upitnik.

Do 7. marta 2008. godine AKAZ je putem pošte zaprimio 42 odgovorena upitnike, a nakon što je putem faksa upućen podsjetnik onima koji popunjene upitnike nisu dostavili na vrijeme, broj odgovorenih upitnika koje je AKAZ zaprimio, povećao se na ukupno 60 (stopa odgovora svih domova zdravlja iznosila je 48/75 ili 64,0%, a stopa odgovora bolnica i tri klinička centra bila je 12/15 ili 80,0%. Stopa odgovora svih zdravstvenih ustanova iznosila je 60/90 ili 66,7%.

Broj upućenih upitnika i dobijenih odgovora



Stopa odgovora



2. Analiza odgovora popunjenih upitnika i izvedene preporuke za akciju

U Izvještaju smo opširno analizirali i statistički obradili sve prispjele odgovore. U ovom sažetku ukazat ćemo samo na najvažnije rezultate kao osnovu za preporuke i akciono planiranje u zdravstvenim ustanovama u pogledu uspostavljanja, razvoja i održavanja sistema poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga u narednom periodu.

2.1 Opšti akt koji se odnosi na osiguranje i poboljšanje kvaliteta usluga i sigurnosti pacijenata

Prema članu 9. Zakona o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu («Sl. novine FBiH, broj 59/05 – u daljnjem tekstu Zakon) zdravstvene ustanove su obavezne izraditi opšti akt koji se odnosi na osiguranje i poboljšanje kvaliteta zdravstvenih usluga i sigurnosti pacijenata. Ovaj akt donosi direktor zdravstvene ustanove na prijedlog Stručnog vijeća zdravstvene ustanove.

Rezultati

Iako su u navedenom članu Zakona pobrojani traženi elementi opšteg akta koji su dodatno razrađeni u Metodološkom uputstvu, samo je **12,0%** zdravstvenih ustanova zadovoljilo ovaj zakonski zahtjev.

Analiza

Na temelju Zakona zdravstvene ustanove obavezne su donijeti opšti akt kojim će se regulisati sva pitanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga. Priznajemo da za stručne službe zdravstvenih ustanova nije lako izraditi opšti akt o kvalitetu i sigurnosti zdravstvenih usluga ako ustanova nije ušla u proces poboljšanja kvaliteta i ne raspolaže osnovnim znanjima i vještinama u ovoj oblasti, posebno kad se uzmu u obzir konkretni lokalni uslovi u svakoj pojedinačnoj zdravstvenoj ustanovi.

Preporuke

a) Imajući to u vidu, AKAZ je zamislio da u skorom periodu izradi jedno uputstvo za pravne službe zdravstvenih ustanova koje bi značajno olakšalo izradu opšteg akta u oblasti kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga.

b) Nadalje, potrebni su koordinirani napor Agencije i ministarstava zdravstva da pravne službe zdravstvenih ustanova sačine ovaj akt kako bi ponudile pravni okvir za institucionaliziranje sistema kvaliteta.

2.2 Komisija za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga

Na temelju člana 10. Zakona, svaka zdravstvena ustanova dužna je osnovati komisiju (povjerenstvo) za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga. Zakonom su definisani poslovi i zadaci komisije, način izbora članova i upravljanje komisijom. Članove komisije imenuje direktor zdravstvene ustanove na prijedlog Stručnog vijeća zdravstvene ustanove.

Rezultati

Od svih anketiranih zdravstvenih ustanova, njih **41,7%** je formiralo komisiju. Među domovima zdravlja procenat onih koji su formirali komisiju iznosi samo **31,3%**, za razliku od bolnica kod kojih je ovaj procenat iznosi čak **83,3%**. Dakle, manje od pola anketiranih zdravstvenih ustanova poštuju zakonsku obligaciju u pogledu formiranja komisije.

Analiza

Formiranje komisije jedan je od prvih koraka u uspostavljanju sistema kvaliteta u zdravstvenoj ustanovi. AKAZ je posebno insistirao da zdravstvene ustanove čim prije ispune ovu zakonske obaveze. U Metodološkom uputstvu za zdravstvene ustanove opisali smo djelokrug komisije i dali smjernice za njen uspješan rad. Također smo podvukli činjenicu da veći domovi zdravlja i bolnice (posebno klinički centri) nužno iziskuju formiranje posebne organizacione jedinice za kvalitet i sigurnost zdravstvenih usluga koja bi na profesionalnoj osnovi podržavala rad zdravstvenih radnika u oblasti kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga.

Preporuke

a) Sve zdravstvene ustanove dužne su što prije osnovati komisiju za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga i o tome izvijestiti AKAZ. Informacija treba da sadrži ime i prezime članova komisije, te poziciju i funkciju u zdravstvenoj ustanovi.

b) Kad je riječ o većim zdravstvenim ustanovama, nužno se obratiti kantonalnom ministarstvu i nadležnom zavodu zdravstvenog osiguranja sa zahtjevom za formiranje nove organizacione jedinice za kvalitet.

c) Ove aktivnosti mogu se katalizirati posredstvom zdravstvenih inspekcija, budući da se radi o minimalnim standardima koje svaka zdravstvena ustanova mora da ispuni.

2.3 Koordinator kvaliteta i unutrašnji ocjenjivači

Članom 10. Zakona utvrđuje se i obaveza zdravstvenih ustanova da imenuju koordinatora kvaliteta koji koordinira radom komisije (povjerenstvo) za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga. Koordinatora kvaliteta imenuje direktor zdravstvene ustanove na prijedlog Stručnog vijeća zdravstvene ustanove. Uloga koordinatora kvaliteta, uz podršku komisije, jest rad na podizanju unutrašnjeg sistema kvaliteta u ustanovi, svakodnevni menadžment programa akreditacije AKAZ-a unutar ustanove i održavanje veza s AKAZ-om. Istim članom Zakona regulisano je i pitanje unutrašnje ocjene zdravstvene ustanove, što zahtijeva imenovanja najmanje dva unutrašnja ocjenjivača.

Rezultati

U samo jednoj trećini, tj. u **33,3%** od 60 zdravstvenih ustanova čiji su direktori popunili i dostavili upitnike, izvršeno je imenovanje koordinatora kvaliteta. Ovaj procenat je još manji u domovima zdravlja i iznosi niskih **20,8%**. Situacija je upravo obrnuta kad je riječ o bolnicama u kojima je u **83,3%** slučajeva izvršeno imenovanje koordinatora kvaliteta.

Analiza

Ovi procenti dosta dobro odražavaju dosadašnje napore AKAZ-a, koji su pretežno bili fokusirani na bolnice a znatno manje na domove zdravlja. Priznajemo da je teško u isto vrijeme podržavati rad na kvalitetu u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i u bolničkoj zaštiti (sekundarni i tercijarni nivo). Za sada smo u okviru primarne zaštite više fokusirani na porodičnu medicinu i tu smo zabilježili dosta dobrih pomaka na bolje. Što se tiče imenovanja unutrašnjih ocjenjivača, niski procenti udovoljavanja ovom zahtjevu pokazuju da je ovo još uvijek preuranjeno za većinu anketiranih zdravstvenih ustanova, budući da unutrašnja ocjena može uslijediti tek nakon dužeg rada na standardizaciji zdravstvenih usluga.

Preporuke

a) Sve zdravstvene ustanove dužne su što prije imenovati koordinatora kvaliteta koji treba da bude iskusen zdravstveni profesionalac. O imenovanju koordinatora kvaliteta treba izvjestiti AKAZ (ime i prezime, kontakt telefon, fax i e-mail). U Metodološkom uputstvu stoji: *Na temelju dosadašnjeg iskustva preporučuju se da koordinator kvaliteta bude liječnik koji pokazuje interes za to i koji nije suviše radno opterećen, ili da se bira iz redova administracije (na primjer, pravnik)... Ipak, zdravstvenim ustanovama, naročito onim većim, preporučuje se da otvore radno mjesto za koordinatora kvaliteta, s punim radnim vremenom.*

b) Što se tiče porodične medicine, preporučuje se da se jedan koordinator kvaliteta imenuje na 10 timova kako bi mogli razmjenjivati iskustva, a da hijerarhijski ustroj i delegiranje u okviru nadležnog doma zdravlja odredi menadžment svakog doma zdravlja prema svojoj veličini i broju timova porodične medicine.

c) Imenovanja unutrašnjih ocjenjivača nisu nužna u ovoj fazi uspostavljanja sistema kvaliteta, pa će AKAZ u svakom pojedinačnom slučaju sugerisati kad to odgovara i za unutrašnje ocjenjivače organizirati odgovarajuću obuku.

2.4 Edukacija i obuka za kvalitet i sigurnost zdravstvenih usluga

Opštim aktom svaka zdravstvena ustanova treba propisati obaveznost edukacije i obuke za menadžment zdravstvene ustanove, koordinatora kvaliteta, članove komisije za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga i unutrašnje ocjenjivače iz oblasti poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga.

Međutim, kako kvalitet u zdravstvu započinje i završava edukacijom, sugerisano je da se što više zdravstvenog osoblja uključi u ovu vrstu obrazovanja kako bi uspješno mogli zadovoljiti brojne zakonske zahtjeve.

Jedno od pitanja posebno se odnosilo na definisanje institucionalnog programa edukacije za menadžere i kliničko osoblje iz metoda mjerenja (indikator izvedbe) radi ocjene, praćenja i poboljšanja kvaliteta i sigurnosti. Budući da nema kliničkog kvaliteta bez mjerenja, posebno smo obratili pozornost na ovaj aspekt obuke. Ističemo da su ova i druga pitanja edukacije i obuke zdravstvenih profesionalaca detaljno objašnjena u Metodološkom uputstvu (str.12-13) i u dokumentu Paket proizvoda i usluga AKAZ-a.

Ovom anketom željelo se, između ostalog, dobiti uvida i u namjere i spremnost zdravstvenih ustanova da s AKAZ-om zaključe ugovor o edukaciju iz oblasti osiguranja i poboljšanja kvaliteta. Zdravstvene ustanove su kroz dokument *Paketi proizvoda i usluga AKAZ-a za zdravstvene ustanove u Federaciji Bosne i Hercegovine*, između ostalog, obaviještene o edukacijskim modulima iz oblasti osiguranja i poboljšanja kvaliteta, njihovom broju, trajanju, koštanju, te o kapacitetima AKAZ-a i predavača. Navedeni dokument im je, zajedno sa Metodološkim uputstvom, putem pošte dostavljen početkom 2007. godine.

Rezultati

U većini zdravstvenih ustanova koje su odgovorile da imaju opšti akt kojim se regulišu pitanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga nije propisana obaveznost edukacije za gore navedene profile koji treba da vode projekt poboljšanja kvaliteta. S druge strane, direktori anketiranih zdravstvenih ustanova većinom su odgovorili da je edukacija iz oblasti osiguranja i poboljšanja kvaliteta «jako potrebna» za njihovo zdravstveno osoblje (50%), a «umjereno potrebna» u 18,6%.

Što se tiče institucionalnog programa za obuku iz mjerenja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga i poboljšanja kvaliteta, samo se u 10,0% zdravstvenih ustanova razmišljalo o tome, a u devet desetina ustanova, ne izračunavaju se odgovarajuće kliničke stope koje se odnose na indikatore izvedbe (vidi tačku 14. Metodološkog uputstva, ali i druge tačke koje se odnose na edukaciju).

Jedna četvrtina anketiranih zdravstvenih ustanova (**26,4%**) izrazila je spremnost da s AKAZ-om sklopi ugovor o edukaciji tokom 2008. godine. Skoro jedna trećina (**31,5%**) pokazala je spremnost da to učini tokom 2009. godine, a ostale ustanove nisu pokazale interes da to učine u skoroj budućnosti (**42,1%**).

Analiza

Suprotno tvrdnji da u nas ne postoji dovoljan interes koji „iskače” iz redovne stručne naobrazbe zdravstvenih radnika, ova anketa pokazala je da postoji dovoljan interes zdravstvenih ustanova i zdravstvenih profesionalaca da usvoje osnovna znanja i vještine iz važne oblasti unapređenja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga. To je *conditio sine qua non* podizanja unutrašnjih sistema poboljšanja kvaliteta. Raduje nas činjenica da možemo zadovoljiti te potrebe i zahtjeve.

Preporuke

a) Sugerirše se zdravstvenim ustanovama da u se opšti akt kojim se regulišu pitanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga ugradi klauzula o obaveznosti edukacije i obuke za menadžment zdravstvene ustanove, koordinatora kvaliteta, članove komisije za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga i unutrašnje ocjenjivače kada budu imenovani.

b) Također se preporučuje da što veći broj zdravstvenog osoblja i odabranog administrativnog osoblja odsluša obavezne edukacijske module iz oblasti kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite, tako što će s AKAZ-om skopiti ugovor o edukaciji (u dokumentu Paket proizvoda i usluga AKAZ-a detaljno su navedeni sadržaj i cijene osnovnih modula).

c) U skoroj budućnosti AKAZ će se uključiti u europski projekt PATH II (2007) koji se odnosi na prikupljanje podataka u bolnicama i izračunavanje stopa indikatora izvedbe. AKAZ će propisati određen set indikatora izvedbe u bolnicama koji će se obavezno dostavljati radi poređenja kvaliteta usluga zdravstvenih ustanova u Federaciji BiH. Neophodni minimum za ovo je edukacija i obuka iz mjerenja izvedbe (vidi str.6. Metodološkog uputstva).

d) U ovoj godini AKAZ će također propisati set indikatora koji se odnose na sigurnost zdravstvenih usluga i prijavljivanje incidentnih situacija u svim zdravstvenim ustanovama. Neophodni minimum za ovo je edukacija i obuka iz upravljanja rizikom u zdravstvenim ustanovama.

2.5 Strategija kvaliteta, planovi, programi i izvještavanja

Kako je objašnjeno u Metodološkom uputstvu, u okviru stvaranja ambijenta (kulture) za unapređenje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga, strategija poboljšanja kvaliteta temeljni je dokument u kojem zdravstvena ustanova prepoznaje značaj kvaliteta za postizanje organizacijskih ciljeva. U okviru ove strategije ili kao poseban dokument, zdravstvena ustanova treba da izgradi i strategiju upravljanja kliničkim i nekliničkim rizicima. Metodološkim uputstvom objašnjen je značaj i postupak izrade godišnjeg plana i godišnjeg programa svih aktivnosti radi postizanja ciljeva iz strategije poboljšanja kvaliteta. Konkretna program poboljšanja kvaliteta za odgovarajuću kalendarsku godinu treba da ima jasne ciljeve, predviđene resurse za ostvarivanje tih ciljeva, mehanizme za praćenje realizacije i definisane načine izvještavanja prema menadžmentu zdravstvene ustanove. Direktor i menadžment ustanove u svakom trenutku treba da budu obaviješteni o realizaciji godišnjeg programa putem redovnih izvještaja o učinkovitosti svih aktivnosti na poboljšanju kvaliteta i sigurnosti i o aktivnom sudjelovanju većine osoblja.

Rezultati

Navodno je oko jedna petina anketiranih zdravstvenih ustanova (**22,0%**) usvojila strategiju kvaliteta, dok je samo jedna zdravstvena ustanova izradila godišnji plan i program poboljšanja kvaliteta. Što se tiče izvještavanja o realizaciji godišnjeg programa aktivnosti na poboljšanju kvaliteta, nejasno je kako je **17,5%** direktora odgovorilo da su bili redovno o tome izvještavani ako prije toga nisu usvojili plan i program aktivnosti. Vjerovatno su se ti izvještaji odnosili na prethodna rutinska izvještavanja, a ne na realizaciju aktivnosti na poboljšanju kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga.

Analiza

Ova anketa bjelodano pokazuje da menadžeri zdravstvenih ustanova slabo poznaju Politiku kvaliteta i sigurnosti, Zakon o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu, Metodološko uputstvo i druge tehničke dokumente koji se tiču unapređenja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga. U situaciji kad većina zdravstvenih ustanova u Federaciji BiH nisu ušla u programe poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga, priznajemo da su u ovoj fazi ovo teška i vjerovatno preuranjena pitanja za zdravstvene ustanove. O tome svjedoče brojni kontradiktorni odgovori koji ukazuju na nerazumijevanje materije. Prije svega, naša dosadašnja iskustva pokazuju da izrada institucionalne strategije kvaliteta i rizika (pristup odozgo nadole) teško uspijeva bez prethodne edukacije menadžmenta i osoblja i sagledavanja sveukupne problematike koja se tiče podizanja unutrašnjeg sistema kvaliteta u zdravstvenoj ustanovi. Iskustva UKC Tuzla govore da izrada strategija treba prići nakon što su zaokruženi procesi samoocjene (u odnosu na akreditacijske standarde), izrada odgovarajućih politika i procedura, kompletiranje sistema žalbi, pohvala i sugestija, uvođenje sistema internog prijavljivanja nepovoljnih događaja i incidenata, anketiranje korisnika zaštite o zadovoljstvu uslugama, svladavanje osnovnih pojmova iz medicine zasnovane na dokazima, ocjene i metoda adaptacije kliničkih vodilja, metoda razvoja kliničkih puteva, kliničke revizije (*audit*) i metodologije uspostavljanja internog sistema indikatora izvedbe. Tek nakon uvida u kompleksnost materije, stvarne potrebe organizacije i realne mogućnosti ostvarenja različitih elemenata sistema kvaliteta, moguće je sačiniti smislenu strategiju kvaliteta i upravljanja rizikom (pristup odozdo prema gore).

Preporuke

a) U sadašnjoj situaciji, kad većina zdravstvenih ustanova još nema ni pravni okvir ni odgovarajuća znanja i vještine iz oblasti poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite, pristup koji se preporučuje jest da se na temelju samoocjene u svim organizacionim jedinicama urade akcioni planovi (zadaci, odgovorne osobe, rokovi) i donese institucionalni godišnji program implementacije odgovarajućih aktivnosti, da se prati realizacija tih aktivnosti i da se o tome redovno izvještavaju direktor i menadžment zdravstvene ustanove.

b) U ovim procesima, veliku ulogu treba da odigraju koordinator kvaliteta i članovi komisije za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga.

c) Tek kasnije, kad za to sazriju uslovi, zdravstvene ustanove sačinит će, na temelju preporuka AKAZ-a, dokument strategije kvaliteta i upravljanja rizikom, koji se traže prilikom vanjske ocjene zdravstvene ustanove u svrhu akreditacije.

2.6 Samoocjena na temelju akreditacijskih standarda

Samoocjena zdravstvene ustanove na temelju akreditacijskih standarda prvi je korak u sagledavanju gdje se ustanova kao cjelina nalazi u odnosu na optimalne organizacijske i kliničke standarde i koje radne procese treba da unaprijedi. Metodološkim uputstvom se zdravstvenim ustanovama sugerisalo da nakon formiranja komisije (povjerenstva) za poboljšanje kvaliteta i imenovanja koordinatora za kvalitet izvrši samoocjenu na temelju akreditacijskih standarda. Sve zdravstvene ustanove trebalo bi da od AKAZ-a pribave akreditacijske standarde (za domove zdravlje, timove porodične medicine i bolnice) i da jedan od glavnih zadataka koordinatora i komisije bude prva samoocjena u odnosu na standarde. Pritom je važno da se svaka klinika, odjel i služba ocjenjuju u odnosu na njima primjerene standarde. Nakon analize raskoraka i uočavanja oblasti gdje zdravstvena ustanova treba da unaprijedi svoje aktivnosti, naredni važan korak jest izrada akcionog plana u skladu sa prioritetima ustanove. Okosnicu tog akcionog plana obično čini zaduženje stručnog osoblja za pisanje politika i procedura. Svi koraci nakon samoocjene jesu već početak projekta kvaliteta u zdravstvenoj ustanovi, što u većini slučajeva iziskuje angažman facilitatora AKAZ-a koji bi u narednom periodu pomagao / pomagala zdravstvenu ustanovu.

Rezultati

Na pitanje o obavljenoj samoocjeni odgovor su dali direktori svih 60 zdravstvenih ustanova od kojih je AKAZ dobio popunjene anketne upitnike. Nažalost, samo je njih **11,7%** odgovorilo potvrdno.

Samoocjena na osnovu akreditacijskih standarda provedena je u samo 3 doma zdravlja (**6,2%**) i u jednoj trećini bolnica.

Analiza

Anketiranje je pokazalo da zdravstvene ustanove imaju određenih poteškoća u samoocjeni u odnosu na akreditacijske standarde. Veoma niske stope samoocjene svjedoče ili o još malom interesu zdravstvenih ustanova za oblast poboljšanja kvaliteta ili o nedostatnoj edukaciji i početnom nesnalaženju kad je riječ o samoocjeni.

U samoocjeni i otvaranju projekta kvaliteta značajno mogu pomoći facilitatori AKAZ-a koji na ugovornoj osnovi treba da podrže podizanje unutrašnjih sistema poboljšanja kvaliteta i sigurnosti u zdravstvenim ustanovama. U dosadašnjem radu stekli smo određeno iskustvo i razvili metodologiju u oblasti *facilitacije* zdravstvenih ustanova koje ulaze u dugoročan proces unapređenja kvaliteta. S tim u vezi, definisali smo opštu metodologiju za unapređenje kvaliteta zdravstvenih usluga kroz tehnički priručnik za zdravstvene ustanove: *Metode poboljšanja kvaliteta zasnovane na zdravstvenoj zaštiti davalaca usluga*, a kroz *Metodološko uputstvo* i *Priručnik za menadžere zdravstvenih ustanova* dali prijedloge za akcioni plan u svim domenima unapređenja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga i tako uspostavili solidnu osnovu za institucionalizaciju sistema kvaliteta u zdravstvenim ustanovama.

Preporuke

- a) Sve zdravstvene ustanove treba da što prije pribave akreditacijske standarde kao osnovno štivo za koordinatora kvaliteta i članove komisije.
- b) Ostali tehnički dokumenti dobivaju se od AKAZ-a nakon potpisivanja ugovora o ulažanju u projekt kvaliteta i angažmana facilitatora.
- c) Zdravstvenim ustanovama se preporučuje da angažiraju facilitatora AKAZ-a.

2.7 Fokus na pacijenta

Svaka zdravstvena ustanova treba osigurati široko korištenje metoda poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite u čijem središtu je pacijent. Između ostalog to obuhvata redovno anketiranje pacijenata o zadovoljstvu primljenim uslugama, postojanje sistema žalbi pacijenata; postojanje dokumentiranih procedura o praćenju i kontroli rizika za pacijente, javnost i osoblje; postojanje i poštivanje jasno formulisane povelje o pravima pacijenata; sistem otvorenog prijavljivanja, izvještavanja i ispitivanja kliničkih i nekliničkih incidenata (uključujući nepovoljne događaje ili incidente koji su zamalo izbjegnuti) za sve medicinske specijalnosti i službe za kliničku podršku; partnerstvo sa pacijentima kroz osiguranje mogućnosti izbora, informiranje o zdravstvenim službama, uslugama i opcijama tretmana; aktivno uključivanje pacijenata u kliničko odlučivanje; uključivanje predstavnika pacijenata u organe, forume i komisije zdravstvene ustanove, i kao saradnike u kreiranju i testiranju standarda i kriterija kvaliteta koji ih se direktno tiču te u planiranje vlastitih usluga i razvoj zdravstvenih službi. Ova i druga pitanja načelno se regulišu Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i Zakonom o sistemu povoljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu.

Rezultati

Na ovo pitanje dobijena su 52 odgovora, od čega 41 iz domova zdravlja i 11 iz bolnica. Većina je na ovo pitanje odgovorila navodeći više od jednog načina na koji se u njihovoj zdravstvenoj ustanovi stavlja fokus na pacijenta. Najrašireniji oblik uvažavanja potreba pacijenata u našim zdravstvenim ustanovama jest «sistem žalbi».¹ Sistem žalbi pacijenata navodno postoji u **90,9%** bolnica i **92,7%** domova zdravlja od kojih je AKAZ dobio odgovor.

Jasno formulisana povelja o pravima pacijenata koja se u zdravstvenoj ustanovi poštuje, prema rezultatima provedene ankete, postoji u **54,5%** bolnica i u **22,0%** domova zdravlja.

¹ Nismo sigurni da se pod sistemom žalbi podrazumijevaju politike i procedure žalbenog postupka koje detalno regulišu postupak podnošenja žalbe, postupanje po žalbama, način rješavanja žalbi, prvostepeni i drugostepeni žalbeni postupak, propisani obrasci za žalbe, itd.

Zdravstvene ustanove treba da imaju mehanizme za dobijanje informacija od pacijenata o njihovom mišljenju u vezi sa kvalitetom pruženih usluga (redovno anketiranje pacijenata, odnosno korisnika zdravstvene zaštite, o iskustvu i zadovoljstvu zdravstvenim uslugama). Anketiranje pacijenata provodi se u **54%** bolnica i u samo **14,6%** domova zdravlja prema navodima direktora tih ustanova.

U svakoj zdravstvenoj ustanovi potrebno je proaktivno upravljanje kliničkim i nekliničkim rizicima, a to podrazumijeva i postojanje dokumentiranih procedura o praćenju i kontroli potencijalnog rizika za pacijente, javnost i osoblje usljed kliničkih opasnosti i opasnosti iz okoline, kao što su infekcija, radijacija, medikacija, transfuzija i štetne hemikalije. Ove dokumentirane procedure navodno postoje u 3 bolnice (**27,3%**) i u samo 2 doma zdravlja (**4,9%**).

Analiza

Prava pacijenata u fokusu su europske regulative. Ona počivaju na univerzalnim ljudskim pravima i etičkom principu autonomije pacijenta u odlučivanju. Paternalistički stav prema pacijentima bio je dosad snažna brana da se korisnik zaštite uključi u odluke koje se tiču njegovog/njenog zdravlja i bolesti. Zakon o zdravstvenoj zaštiti daje dobar osnov za poštivanje prava pacijenata. Uz razvijenu *Izjavu o postojanju potrebe za usvajanjem Povelje o pravima pacijenata u BiH*, i sve akreditacijske standarde koji odlično pokrivaju ovu materiju, postoje dobre pretpostavke da Federalno ministarstvo zdravstva donese Zakon o pravima pacijenata, analogno onome u R Hrvatskoj. Nažalost, problem nije u formuliranju zakonskih odredbi, nego u implementaciji takvog zakona koja je skopčana sa promjenama u načinu mišljenja, uvođenjem unutrašnjeg sistema kvaliteta u zdravstvene ustanove (uz odgovarajuće kontrolne liste), pa čak i sa izvjesnim materijalnim ulaganjima i uspostavom finansijskih aranžmana sa zavodima zdravstvenog osiguranja. Zakon o pravima pacijenata treba *balansirati* sa dužnostima i odgovornostima pacijenata (prije svega prema vlastitom zdravlju) u sistemu zdravstvene zaštite, kao što smo to uradili u akreditacijskim standardima za timove porodične/obiteljske medicine.

Naša anketa pokazuje da zdravstvene ustanove s pacijentima komuniciraju uglavnom preko sandučića za žalbe, sugestije i pohvale. Ni redovno anketiranje pacijenata nije zaživjelo. To je daleko od onoga što se danas u europskim zdravstvenim sistemima podrazumijeva pod izrazom «fokus na pacijenta». Prijavljivanje incidenata, proaktivno upravljanje kliničkim i nekliničkim rizikom i formiranje indikatora izvedbe, sigurno će biti najteži aspekti uvođenja sistema kvaliteta i sigurnosti u naše zdravstvene ustanove. Još jednom podsjećamo na zakonsku obavezu (član 12. Zakona) o institucionalnom ustroju sistema prijavljivanja incidenata i redovnog izvještavanja AKAZ-a o tim nepovoljnim događajima.

Preporuke

a) Sve zdravstvene ustanove, prije svega, treba da ponovo pročitaju član 26. Zakona o zdravstvenoj zaštiti ("Službene novine Federacije BiH", broj 29/97) i članove 11., 12. i 15. Zakona o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu, koji tretiraju pitanja prava pacijenata i da ozbiljno priđu realizaciji tih prava u praksi.

b) Napominjemo da akreditacijski standardi veoma široko obrađuju tematiku prava pacijenata ali i prava zaposlenih u zdravstvenim ustanovama. Zato njihova implementacija osigurava poštivanje prava pacijenata i zdravstvenih radnika.

c) Osobito je važno redovno anketiranje pacijenata o zadovoljstvu uslugama (barem jednom godišnje) i poduzimanje neophodnih korektivnih mjera ako se anketama utvrde određene manjkavosti i propusti.

d) S ovim u vezi stoji institucionalni sistem žalbi pacijenata s praćenjem trenda žalbi po vrstama i poduzimanje odgovarajućih koraka za prevenciju žalbi po istim problemima.

e) Što se tiče upravljanja kliničkim i nekliničkim rizicima, za početak se sugerise uređivanje kontrole infekcije i sprečavanje najčešćih kliničkih incidenata u domenu identifikacije pacijenta, medikacije i hirurgije.

2.8 Klinička revizija (klinički *audit*)

Svaka zdravstvena ustanova i svi zdravstveni radnici obavezni su učestvovati u sistematičnoj, dokumentiranoj provjeri kvaliteta kliničke prakse i postignutih rezultata u odnosu na standarde koji se zasnivaju na dokazima (uglavnom kliničke vodilje) s odgovarajućim organizacijskim promjenama i pokazanim poboljšanjem. Ovdje ističemo da je, prema članu 14. Zakona, klinička revizija obavezna. Širokim uvođenjem kliničke revizije, koja je profesionalno regulisana akreditacijskim standardima, zdravstvena ustanova u opštem aktu treba reafirmirati svoje obaveze iz Zakona o zdravstvenoj zaštiti a tiču se stručnog nadzora, kao unutrašnjeg nadzora nad stručnim radom osoblja od strane rukovodnog osoblja (šefovi organizacionih jedinica).

Rezultati

Na pitanje da li se u zdravstvenoj ustanovi provodi klinička revizija, odgovor su dali direktori svih 60 zdravstvenih ustanova od kojih je AKAZ dobio popunjene anketne upitnike. Nažalost samo njih **13,3%** odgovorilo je potvrdno (8 zdravstvenih ustanova od 60). Klinička revizija provodi se, navodno, u samo 4 doma zdravlja, odnosno u **8,3%** slučajeva, i u 4 bolnice (**33,3%**).

Sljedeće pitanje se odnosilo na razloge zbog kojih se klinička revizija ne provodi. Pitanje, je također imalo za cilj i da provjeri upoznatost direktora zdravstvenih ustanova sa zakonskom obavezom, te je kao jedan od ponuđenih odgovora bio i «nije zakonom obavezna». Začuđuje da čak **34,1%**, (više od trećine) direktora domova zdravlja u kojima se ne provodi klinička revizija, nije upoznato da je klinička revizija zakonska obaveza! Kod domova zdravlja kao najveća prepreka provođenju kliničke revizije istaknut je deficit vremena (**45,5%**) i deficit znanja (**27,3%**), dok je kod bolnica najveći problem deficit znanja (**62,5%**).

Analiza

Zakonska obaveza uvođenja kliničke revizije naglašava značaj samoevaluacije zdravstvenih radnika u pogledu rezultata koje postižu, transparentnost i odgovornost prema pacijentima, poslodavcu i javnosti. Klinička revizija podrazumijeva doedukaciju zdravstvenih profesionalaca i vjerovatno manje organizacione promjene u zdravstvenim ustanovama, na primjer, izuzimanje podataka iz istorija bolesti i zdravstvenih kartona, što bi trebale da rade medicinske sestre ili posebno obučeni administrativni radnici.

Preporuke

a) Sugerise se da se u inoviranom Zakonu termin «unutrašnja provjera kvaliteta» zamijeni terminom «klinička revizija» ili «klinički audit» koji su među zdravstvenim profesionalcima mnogo poznatiji. Vjerovatno je i to jedan od razloga zašto direktori zdravstvenih ustanova ne smatraju da je klinička revizija zakonska obaveza.

b) Kliničku reviziju treba afirmirati kao važan dio ugovorne obaveze svih zdravstvenih radnika kod zapošljavanja, licenciranja i obnavljanja licence, što treba regulisati zajedno sa strukovnim komorama.

c) Opštim aktom sve zdravstvene ustanove treba da utvrde i propišu izvjesnu količinu vremena za rad na kvalitetu (od čega je ključna klinička revizija). Sugerise se da to bude najmanje 5% ukupnog radnog vremena za doktore i medicinske sestre.

d) Anketa pokazuje da je deficit znanja velika prepreka širem uvođenju kliničke revizije, što podrazumijeva edukaciju i obuku iz medicine zasnovane na dokazima, korištenja AGREE instrumenta, adaptacije kliničkih vodilja i izrade institucionalnog seta indikatora izvedbe.

2.9 Stimulacija za sve zaposlenike koji predano rade na unapređenju kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga

Menadžment zdravstvenih ustanova u skladu sa članom 9. Zakona treba da osigura stimulacije na plaću i druge stimulacije (na primjer pohvale, slobodne dane, plaćene odlaske na konferencije, itd.) za sve zaposlenike koji predano rade na unapređenju kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga. Ovu vrstu stimulacija treba razlučiti od finansijskih stimulacija koje bi zdravstvene ustanove trebale da dobiju od

nadležnih zavoda zdravstvenog osiguranja za ugovorene i ispunjene kriterije kvaliteta, kako je to regulisano članom 17. Zakona.

Rezultati

Na ovaj upit dobili smo svih 60 odgovora direktora zdravstvenih ustanova; od toga je **43,3%** njih odgovorilo da je u njihovoj zdravstvenoj ustanovi na jedan ili više načina osigurana stimulacija za sve zaposlene koji predano rade na unapređenju kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga. Ovaj procenat je niži kad je riječ o domovima zdravlja (**35,4%**), dok bolnice u tri četvrtine slučajeva stimulišu svoje zaposlenike. Od svih vrsta stimulacija, tamo gdje su one osigurane, najzastupljenije su plaćeni odlasci na konferencije i javne pohvale.

Preporuke

a) Svaku razliku čine ljudi, pa se zdravstvenim ustanovama preporučuje da prepoznaju i priznaju napore osoblja na unapređenju kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga!

b) Treba se koristiti iskustvima drugih i osim novčanih stimulacija (koje su uvijek dobro došle), ponuditi i druge oblike: plaćeno odsustvo, odlasci na stručne sastanke i konferencije, javne pohvale na dan kvaliteta u zdravstvenoj ustanovi i sl.

2.10 Dodatne informacije

Anketom smo htjeli ispitati i potrebe menadžmenta zdravstvenih ustanova za dodatnim informacijama od AKAZ-a, u smislu pojašnjenja Metodološkog uputstva, Zakona i Politike kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite u FBiH.

Rezultati

Samo 5 direktora zdravstvenih ustanova izjavilo je da im nisu potrebne dodatne informacije. Da će dodatne informacije zatražiti putem telefona, pošte ili slično, izjavilo je 15 direktora zdravstvenih ustanova, a čak 38 (**65,5%**) direktora zdravstvenih ustanova, od čega 28 (**60,9%**) domova zdravlja i 10 (**83,3%**) bolnica izjavilo je da bi željeli da ih u narednom periodu posjeti neko od osoblja AKAZ-a kako bi razgovarali o eventualnim nejasnoćama.

Analiza

Rezultati ankete pokazuju da postoji «glad za informacijama» u oblasti metoda, tehnika i alata za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite. Taj deficit treba da nadoknadi jednim dijelom edukacija i obuka zdravstvenih profesionalaca, a drugim dijelom pisana riječ.

Preporuke

a) AKAZ će u skoro vrijeme uraditi rekonstrukciju web sajta (www.akaz.ba) i značajno obogatiti ponudu korisnih informacija

b) Prema planiranom rasporedu osoblje AKAZ-a će posjetiti zdravstvene ustanove koje su iskazale interes za edukacijom, obukom i dodatnim informacijama.

c) U postupku je doregistracija AKAZ-a u vezi sa izdavačkom djelatnošću jer postoji veliki interes za pisanim priručnicima i monografijama iz ove oblasti.

2.11 Prijedlozi za članove Odbora za akreditaciju i Odbora za razvoj/adaptaciju kliničkih vodilja

Devetnaestim i dvadesetim pitanjem anketnog upitnika direktore zdravstvenih ustanova pitali smo da li smatraju da u njihovim zdravstvenim ustanovama postoje zdravstveni profesionalci koji bi bili kvalificirani i imali njihovu podršku da budu članovi Odbora za akreditaciju i Odbora za razvoj/adaptaciju kliničkih vodilja čije formiranje AKAZ planira u narednom periodu.

Za prvi odbor dobili smo prijedloge od 10 direktora bolnica i 16 direktora domova zdravlja, dok smo za drugi odbor dobili prijedloge 9 direktora bolnica i 13 direktora domova zdravlja. Na ovaj način AKAZ će

raspolagati sa širim izborom zdravstvenih profesionalaca koji su iskazali interes da se aktivno uključe u rad Agencije.

3. Tabelarni prikaz preporuka za akciju nakon anketiranja ustanova

Tema	Preporuke za akciju	Zaduženja	Rok
Opšti akt koji se odnosi na osiguranje i poboljšanje kvaliteta usluga i sigurnosti pacijenata	Uputstvo za pravne službe zdravstvenih ustanova	AKAZ Ministarstva zdravstva Zdravstvene ustanove	Odmah
Komisija za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga	Osnivanje komisije i informiranje AKAZ-a	Zdravstvene ustanove	Odmah
	Zahtjev za formiranje nove organizacione jedinice za kvalitet	Zdravstvene ustanove Ministarstva zdravstva Zavodi zdravstvenog osiguranja	Do kraja 2009. god.
	Kontrola osnivanja komisije	Zdravstvena inspekcija	Odmah
Imenovanje koordinatora kvaliteta	Imenovanje koordinatora kvaliteta, opis poslova i radnih zadataka, regulisanje stimulacije, informiranje AKAZ-a	Zdravstvene ustanove	Odmah
Imenovanje koordinatora kvaliteta za TOM	Imenovanje koordinatora kvaliteta, jedan na 10 TOM, opis poslova i radnih zadataka, regulisanje stimulacije, informiranje AKAZ-a	Dom zdravlja	Odmah
	Kontrola imenovanja koordinatora kvaliteta	Zdravstvena inspekcija	Odmah
Imenovanje dva unutrašnja ocjenjivača	Imenovanje dva unutrašnja ocjenjivača, opis poslova i radnih zadataka	Zdravstvene ustanove	U dogovoru s AKAZ-om
Edukacija i obuka za kvalitet i sigurnost zdravstvenih usluga	U opštem aktu klauzula o obaveznosti edukacije i obuke za menadžment zdravstvene ustanove, koordinatora kvaliteta, članove komisije za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga i unutrašnje ocjenjivače	Zdravstvene ustanove	Odmah

Tema	Preporuke za akciju	Zaduženja	Rok
Edukacija i obuka za kvalitet i sigurnost zdravstvenih usluga	Uključiti što veći broj zdravstvenog osoblja i odabranog administrativnog osoblja da odsluša obavezne edukacijske module iz oblasti kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite	Zdravstvene ustanove	Tokom 2008 / 9. god.
	Posebno obratiti pažnju na upravljanje rizikom i indikatore izvedbe	Zdravstvene ustanove	Tokom 2008 / 9. god.
Strategija kvaliteta, planovi, programi i izvještavanja	Aplicirati za program akreditacije; angažirati facilitatora; samoocijenite se u odnosu na standarde; izraditi akcioni plan; donijeti godišnji plan i program aktivnosti; pratiti realizaciju tih aktivnosti; i redovno izvještavati direktora i menadžment zdravstvene ustanove o poboljšanju kvaliteta	Zdravstvene ustanove	Tokom 2008 / 9. god.
Dokumenti strategije kvaliteta i upravljanja rizicima	Pristup <i>odozdo prema gore</i> – formulisane nakon uspostavljanja ključnih elemenata sistema kvaliteta	Zdravstvene ustanove	U dogovoru s AKAZ-om
Samoocjena na temelju akreditacijskih standarda	Pribaviti akreditacijske standarde i druge tehničke dokumente Zatražiti pomoć facilitatora AKAZ-a	Zdravstvene ustanove	Tokom 2008 / 9. god.
Fokus na pacijenta	Poštivanje prava pacijenata i zdravstvenih radnika (standardi, povelja) Sistem žalbi Anketiranje korisnika o zadovoljstvu uslugama Prijavljivanje incidenata Indikatori kontrole infekcije, medikacije i hirurgije	Zdravstvene ustanove	Tokom 2008 / 9. god.

Tema	Preporuke za akciju	Zaduženja	Rok
Klinička revizija	<p>U opštim aktima uspostaviti je kao dio ugovorne obaveze zdravstvenih radnika</p> <p>U opštim aktima uvesti pojam «zaštićenog vremena» za rad na samoevaluaciji i kvalitetu</p> <p>Educirati osoblje</p>	Zdravstvene ustanove	Tokom 2008 / 9. god.
Stimulacije za rad na kvalitetu	Prepoznati i priznati napore osoblja na unapređenju kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga putem novčanih stimulacija i drugih oblika stiumulacije	Zdravstvene ustanove	Odmah
Dodatne informacije	<p>Informiranje putem web sajta</p> <p>Posjete zdravstvenim ustanovama</p>	AKAZ	Odmah
	Izdavačka djelatnost	AKAZ	Od septembra 2008. god.
Angažman zdravstvenih radnika u AKAZ-u	Odbor za akreditaciju Odbor za razvoj/ adaptaciju kliničkih vodilja	Zdravstvene ustanove Zdravstveni profesionalci	Od septembra 2008. god.