

Izboljševanje kakovosti oskrbe bolnikov

Quality improvement of health care

Janko Kersnik*

Ključne besede
kakovost zagotavljanje
zdravstveno varstvo
kakovost zdravstvene oskrbe

Key words
quality assurance
health care
quality of health care

Izvleček. Prispevek prinaša opredelitev in razlago nekaterih pojmov, povezanih z zagotavljanjem in izboljševanjem kakovosti oskrbe bolnikov.

Abstract. The article defines and explains some terms and concepts of quality assurance and quality improvement of health care.

Uvod

Vedno pogosteje slišimo zahteve po kakovostnih izdelkih in storitvah, po ocenjevanju in zagotavljanju kakovosti (1). Medtem ko gibanje za zagotavljanje in izboljševanje kakovosti v Sloveniji prežema vedno več podjetij, so v zdravstvu storjeni šele prvi koraki (2, 3). Skopi podatki v literaturi ne odsevajo ustvarjalnega nemira na tem področju (4). Namen prispevka je študentom in zdravnikom približati nekaj pojmov in izrazov, povezanih s kakovostjo, kar naj bi prispevalo k sistematičnejšemu pristopu k izboljševanju kakovosti našega dela.

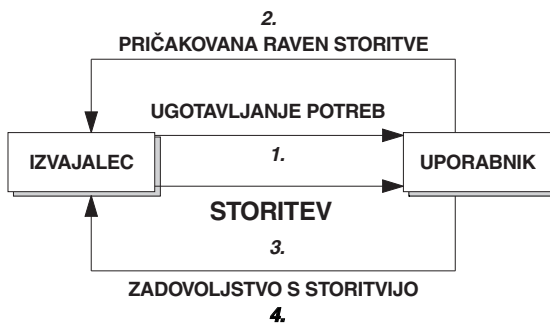
Kakovost

Kakovost je raven zadovoljevanja uporabnikovih potreb (5). Primer: bolnik se rani. Njegova potreba je rešitev nastale zdravstvene težave. Uporabnikove potrebe se ravnajo po tem, kakšne storitve ima na razpolago, in katere od teh si lahko (finančno ali drugače) privoščiti. Primer: iz splošne razgledanosti je bolniku znano, da je nekatere rane treba zašiti, nekatere pa se lahko oskrbi brez šivanja. Če bo presodil, da je šivanje potrebno, bo poiskal zdravstveno oskrbo (pomoč). Navadno je zdravnik prvega stika v takem primeru ali osebni zdravnik družinske/splošne medicine oziroma njegov namestnik, ali dežurni zdravnik v osnovnem zdravstvu, ali izjemoma kirurg na sekundarni ravni. Če ima urejeno zdravstveno zavarovanje, odpade skrb zaradi plačila. Če nima urejenega zdravstvenega zavarovanja (nima zdravstvene knjižice), bo pri svoji odločitvi upošteval tudi to, ali je strošek obiska pri zdravniku tako velik, da se mu »splača«, ali je bolje, da rano oskrbi sam.

Kakovostno storitev uporabnik hitro spozna. Ko uporabnik enkrat spozna kakovost (raven kakovosti) določene storitve, si tako raven vedno želi. Primer: bolnik se spominja poškodbe iz preteklosti, ko je šel skozi celotni postopek oskrbe rane in zdravljenja

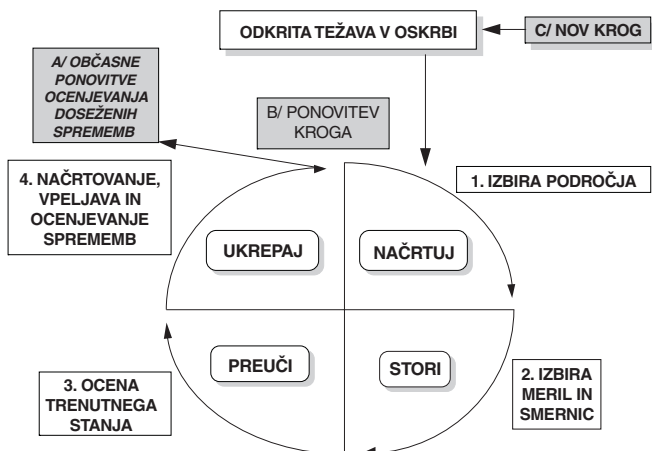
*As. mag. Janko Kersnik, dr. med., Zdravstveni dom Jesenice, Zdravstvena postaja Kranjska Gora, Koroška 2, 4280 Kranjska Gora.

(lastna izkušnja). Na podlagi tega si je ustvaril natančno sliko (pričakovanje), kako naj bi po njegovem izgledal tak postopek. Od izvajalca pričakuje prav takšno oskrbo (kakovost). Pričakovanja se lahko oblikujejo tudi na podlagi pripovedovanja drugih (tujih izkušenj), na podlagi predstavitev v priročnikih in množičnih občilih (reklama). Pogosto je zato določena oskrba v pričakovanjih vezana tudi z določeno stroko. Nekdo, ki je vajen, da vsako rano zašije kirurg v okolju bolnišnice, bo z nezaupanjem sprejel oskrbo npr. od zdravnika splošne medicine v ambulanti splošne medicine. Njegovo pričakovanje kakovosti postopka je tesno povezano tudi s pogoji, v katerih se oskrba izvaja. Kakovost je torej raven skladnosti med prejeta oskrba in oskrbo, ki jo je bolnik pričakoval (slika 1). To se zrcali v njegovem zadovoljstvu ali nezadovoljstvu z oskrbo.



Slika 1. Povratna zanka sooblikovanja kakovosti storitve med izvajalcem in uporabnikom. Izvajalec na eni strani nudi storitve (zdravstveno oskrbo uporabnikom: bolnikom, družbi, podjetjem, zavarovalnici, notranjim uporabnikom, tj. tistim, ki so pri svojem delu odvisni od njegovih odločitev). Hkrati mora neprestano ugotavljati potrebe svojih uporabnikov, da lahko načrtuje svojo dejavnost in nudi tiste storitve, ki jih uporabnik potrebuje. Od uporabnikov izve za njihovo pričakovano raven storitve. Uporabnik ob uporabi (potrošnji) storitve ocenjuje raven doseganja njegovih pričakovanj, ki jo izraža z oceno kakovosti storitve.

Zdravstvena oskrba je tehnično in organizacijsko zapletena in zahtevna storitvena dejavnost, zato se pri ocenjevanju ravni kakovosti ne moremo zanašati zgolj na mnenje neposrednih uporabnikov – bolnikov, čeprav je celotno naše delo namenjeno prav njim in se odvija zaradi njih (slika 1). Upoštevati moramo vse udeležence v sistemu zdravstvenega varstva, ki nastopajo pri sooblikovanju kakovosti oskrbe (3, 6). Bolnik ocenjuje kakovost predvsem po tem, kako so izvajalci ravnali z njim, kakšen odnos so imeli do njega, koliko so se mu izpolnila pričakovanja, ali so izvajalci po njegovem vredni zaupanja in ali je lahko prišel do oskrbe, ko jo je potreboval. Bolnik z rano kože pričakuje, da bo lahko dobil oskrbo čim prej in blizu kraja, kjer se je poškodoval (dostopnost in dosegljivost zdravstvene oskrbe). Od izvajalcev pričakuje, da ga bodo sprejeli prijazno, mu pojasnili položaj in mu omogočili, da bo sodeloval pri odločitvi o nadaljnji oskrbi (prijaznost, pojasnjevanje, vključevanje pogledov bolnikov). Sam ne more vedeti, ali gre za poškodbo kože in podkožja ali celo poškodbo kite in živcev. Izvajalec mu po pregledu pojasni stanje in mu razloži možnosti reševanja njegove težave. Uporabnik pa se bo odločil za način, kraj in čas dokončnega reševanja (poučeni pristanek). Popolnoma jasno je, da posamezni uporabnik ni v stanju povsem zanesljivo oceniti kakovosti strokovnega dela oskrbe.



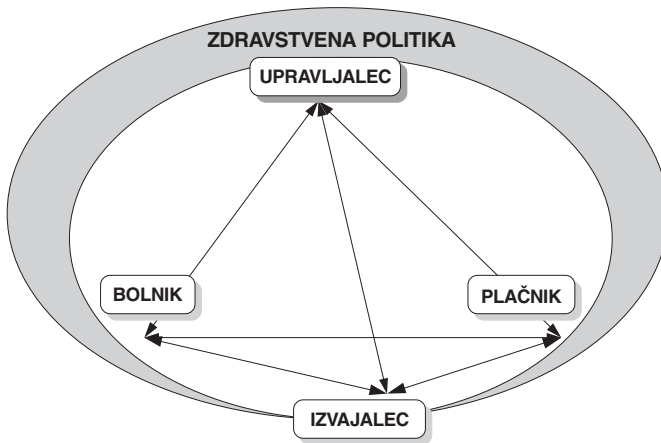
Slika 2. Krog kakovosti je eden izmed modelov, kako pristopiti k reševanju problemov, ki se pojavljajo pri našem delu. V množici težav pri oskrbi moramo najprej izbrati prednostno nalogo, na podlagi pričakovanih (smernic – standardov) analizirati vzroke za nastale težave, vpeljati popravne (korektivne) ukrepe in obdobjno preverjati učinke sprememb ter dejavnosti prilagajati primerno nastalemu stanju.

Bolnik ni v stanju zanesljivo oceniti usposobljenosti izvajalca na področju diagnostike in zdravljenja (strokovnost oskrbe). To področje pokriva presoja posameznih izvajalcev – podeljevanje in podaljševanje licence (7). Niti bolnik niti presoja pa nista zmožna zagotoviti, da se bo prava oskrba izvajala pravočasno, pravim bolnikom na pravi način. Kako je ta rana oskrbljena, bo zanesljivo vedel le izvajalec, ki bo to opravil, ali nekdo, ki neposredno opazuje celotni postopek. Zadovoljivega nadzora kakovosti ni mogoče opravljati niti v preprostejših proizvodnih in storitvenih dejavnostih, kaj šele v zdravstvu. Kljub splošno negativnemu ozračju v zvezi z izvajalci zdravstvene oskrbe moramo spoznati, da se izvajalci neprestano trudijo, da bi svoje delo opravljali čim bolje. K temu jih ženejo predvsem notranje spodbude, močno pa jim manjka zunanjih spodbud (3, 4). Zato je za izvajalce zdravstvene oskrbe pomembna zamisel o stalnem izboljševanju kakovosti, ki se resnično na ljubo (sicer nesistematično) v zdravstvu stalno dogaja (6). Stalno izboljševanje kakovosti od izvajalcev zahteva (slika 2) (3, 6):

- stalno spremljanje lastnega dela z namenom odkrivanja težav, ki nastajajo pri izvajanju oskrbe;
- izbiro kazalcev, meril, priporočil, smernic in ciljev, ki jih želimo doseči, da bi se čim bolj približali potrebam uporabnikov in jim ponudili celo več;
- sistematično zbiranje in obdelavo potrebnih podatkov in
- načrtovanje, vpeljavo in spremljanje potrebnih sprememb.

Zakaj govorimo o kakovosti?

Kakovost in z njo povezane razprave so postale že kar modni hit (2). V sistemu zdravstvenega varstva so številni udeleženci, ki imajo na kakovost svoje poglede (3, 6, 8).



Slika 3. Sooblikovalci kakovosti zdravstvene storitve. Povratna zanka se porazgubi med številnimi udeleženci v sistemu zdravstvenega varstva, zato je pomemben sistematičen pristop k celovitemu obvladovanju kakovosti na vseh ravneh sistema zdravstvenega varstva.

Ti pogledi so med seboj dokaj različni, vendar ob ustrezni politiki kakovosti in usklajevanju niti niso nujno izključujoči (slika 3).

Izvajalci posameznih strok se želijo postaviti pred strokovno in drugo javnostjo z dobri izidi, zato si stalno prizadevajo, da bi svoje delo opravljali čim boljše (9). Zanimajo se predvsem za strokovni vidik kakovosti, ki naj bi rodil tudi zaželeno finančne rezultate za tiste, ki delajo bolje.

Bolnik želi vedeti, kakšno raven kakovosti nudijo v določeni zdravstveni ustanovi ali posamezni izvajalec. Ko potrebuje zdravstveno oskrbo in izbere izvajalca, želi biti deležen čim večjih možnih koristi zdravstvene oskrbe (8). Kadar ni zadovoljen s prejeta oskrbo, želi učinkovit način reševanja odstopanj in zadoščenje za škodljivosti, ki nastanejo zaradi njih (8).

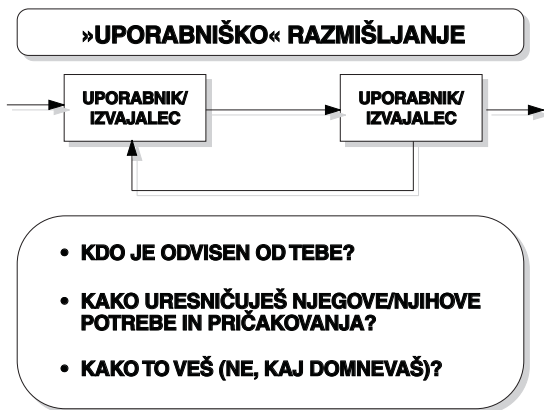
Plačnik zdravstvenih storitev želi za svoj denar čim več koristi zdravstvene oskrbe (6). Posredno s pogodbo in nadzorom nad njenim izvajanjem skrbi za uresničevanje ciljev zdravstvene politike: pravičnost, dostopnost, dosegljivost in privoščljivost (3, 6).

Javnost, kot potencialni uporabnik, pričakuje odgovornost, razvidnost in javnost dela (3, 6).

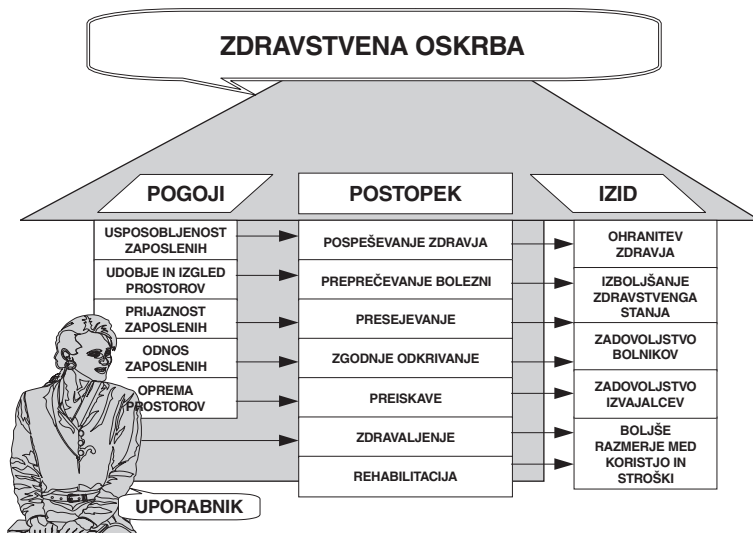
Zdravstvena politika poleg odgovornosti, razvidnosti in javnosti dela zahteva od izvajalcev dostopnost, pravičnost in čim večjo korist zdravstvene oskrbe (3, 6).

»Trenutek resnice«

Kakovost pride najbolj očitno do izraza na prehodu storitve (proizvoda) od izvajalca k uporabniku (10). Pri tem nam je lahko v pomoč, če uporabljamo t. i. uporabniško razmišljanje: Kaj lahko storim, da bo tisti, ki je v določenem postopku odvisen od mojega dela, odločitev in storitev, lažje opravil svoj del nalog (slika 4).



Slika 4. Pri »uporabniškem« načinu razmišljanja o kakovosti vidimo, da poteka pretok »storitev« v smeri od trenutnega izvajalca k »trenutnemu« uporabniku, ki mu po povratni zanki lahko daje koristne podatke o kakovosti njegovega dela. Trenutni uporabnik je v naslednjem postopku lahko izvajalec, kot je bil tudi trenutni izvajalec v nekem drugem postopku lahko uporabnik. V vsakem trenutku moramo imeti odgovor na tri ključna vprašanja: Kdo je odvisen od mojega dela, kako uresničujem njegova pričakovanja in kako to vem.



Slika 5. Zdravstveno oskrbo in njeno kakovost si lahko predstavljamo kot hišo, ki jo s pomočjo zidakov (pogoji, v katerih se izvaja oskrba) izvajalci gradijo (postopki oskrbe). Izidi zdravstvene oskrbe so rezultat (končni proizvod) postopkov oskrbe (proizvod izvajalca zdravstvene oskrbe), namenjen uporabnikom (neposredno bolniku, posredno družbi, zavarovalnici).

V ambulanti zdravnika družinske medicine je uporabnik zdravnikovih odločitev tudi ambulantna medicinska sestra. Ko zdravnik pregleda poškodovanca z rano, ki bi jo bilo potrebno kirurško oskrbeti, mora sestra pripraviti bolnika in material za delo. Skozi izobraževanje in prakso je obema »jasno«, kaj naj bi to bilo. Težava nastane, če se eden izmed njiju zamenja. Kljub temu da ve, kaj naj bi pripravila, to lahko ne bo tisto, kar si je zamislil zdravnik. Ko se bo lotil posega, bo nenadoma nezadovoljen ugotovil, da manjka določen instrument, ki bi »moral« biti. Zlahka si predstavljamo raven sporočil do »podrejenega«. Odstopanje od pričakovanja je v tem primeru kaj lahko pripisati različnim lastnostim sestre, ki pa ni dobila ustreznih navodil. Posledica tega v naslednjem koraku je bilo nezadovoljstvo zdravnika. Vsakdanje delo in življenje sta prepletena s številnimi takimi izmenjavami odnosa izvajalec/uporabnik. Zato morajo biti sporočila jasna, pričakovanja izražena nedvoumno in za nekatere oblike oskrbe tudi zapisana (10).

Take razmere lahko umetno ustvarimo z ocenjevanjem kakovosti (7, 9). Ocenjevalec se pri svojem opazovanju postavi v vlogo uporabnika, upošteva njegove želje, potrebe in

⇒ POGOJI	⇒ POSTOPEK	⇒ IZID
⇒ iskanje telefonske številke, ⇒ zasedena telefonska linija, ⇒ zasedeni roki za naročanje, ⇒ premalo parkirnega prostora, ⇒ arhitektonske ovire pri vstopanju v prostore ambulante, ⇒ neprijazna čakalnica, ⇒ neprijazna ambulanta	⇒ dolgo zvonjenje telefona, ⇒ neprijazna sprejemna sestra, ⇒ dolgo čakanje v čakalnici, ⇒ neprijazna ambulantna sestra, ⇒ avtoritativen odnos zdravnika, ⇒ pomanjkanje vživljanja, ⇒ pomanjkanje zanimanja za težave bolnika, ⇒ omalovaževanje težav, ⇒ pomanjkljiva usposobljenost, ⇒ naglica, ⇒ ...	⇒ slaba dosegljivost, ⇒ slaba dostopnost, ⇒ nezadovoljstvo, ⇒ škodljivosti, ⇒ nedosežena dosegljiva korist

Slika 6. Trenutki resnice, ko uporabnik – bolnik spoznava kakovost oskrbe. Pogoji in postopki oskrbe, ki dajejo izide zdravstvene oskrbe: nedostopnost, nedosegljivost, zadovoljstvo, nezadovoljstvo, zdravstvene koristi, škodljivosti ...

pričakovanja. Kot bolnik ali ocenjevalec kakovosti lahko težave s kakovostjo odkrijemo na številnih delih posameznega obiska pri zdravniku (slika 5, slika 6).

Na vseh teh mestih pri pogojih in postopkih je možno opazovanje, ocenjevanje in izboljšanje kakovosti. Cilj izboljšanja kakovosti je v zmanjšanju negativnih izidov (nezadovoljstva, škodljivosti, nedostopnosti, nedosegljivosti in nedoseženih dosegljivih koristi).

Kadar želimo ocenjevati kakovost dela, potrebujemo tudi kazalce in merila kakovosti (10). **Kazalec** kakovosti (angl. *quality indicator*) je merljivi del (prvina) zdravstvene oskrbe, za katerega je dokazano (znanstveno – z raziskavami), ali zanj velja splošno soglasje, da odraža kakovost pogojev in postopka oskrbe ter ga zato lahko uporabimo za oceno kakovosti in s tem oceno nastalih sprememb v kakovosti (npr. priložnostno merjenje krvnega tlaka). **Merilo** (kakovosti) (angl. *criterion, review criterion*) je sistematično oblikovano stališče, ki ga lahko uporabljamo pri ocenjevanju ustreznosti določene odločitve, postopka, posamezne storitve, posega in izida oskrbe. To je lahko le opredeljena in merljiva prvina oskrbe, ki se nanaša na kakovost oskrbe tako natančno, da lahko jasno vidimo, ali je prisotna ali ne (npr. število bolnikov, ki jim je zdravnik v enem letu priložnostno izmeril krvni tlak).

Smernica (angl. *standard*) je pričakovana raven doseganja merila, oziroma odstotek posameznih postopkov oskrbe, ki dosegajo merilo (npr. na podlagi izkušenj si zastavimo cilj, da bomo v naslednjem letu priložnostno izmerili krvni tlak 80 % bolnikov, ki bodo prišli na posvet v našo ambulanto). V odnosu država – izvajalec vidimo dve različni držbi pri izbiri smernic (11, 12). Medtem ko se država praviloma odloča za minimalne dopustne smernice, izvajalci zahtevajo maksimalne možne. Logična posledica smernic, ki bi jih pripravila posamezna skupina sooblikovalcev kakovosti, je maksimaliziranje lastnih zahtev, ki ne bi dobile ustrezne podpore pri ostalih.

Za obravnavo bolnikov s posameznimi boleznimi navadno oblikujemo priporočila za delo. **Priporočilo** (angl. *guideline*) je sistematično na znanstvenih izsledkih in soglasju udeležencev zdravstvene oskrbe oblikovano stališče o pričakovanih pogojih in postopkih oskrbe, ki izvajalcem in bolniku pomaga pri sprejemanju odločitev o ustreznem postopku oskrbe v določenih okoliščinah. Iz njih si lahko izberemo lastne kazalce, merila in smernice (12, 13).

Pomen kakovosti

Kakovost najbolj opazimo v njeni odsotnosti (slika 7). Zato mora imeti vsak posameznik (tako v okviru sistema kakovosti zdravstvene ustanove kot v celotnem sistemu zdravstvenega varstva) vgrajene načine za stalno zagotavljanje in izboljševanje dogovorjene ravni kakovosti. Kakovost je del vsakdanjega dela, pravzaprav samo nov način vsakdanjega dela (1, 3, 9).

Razkoraki se pojavljajo na številnih ravneh (6). Prvi razkorak nastane med pričakovanjem bolnika in storitvijo, določeno s strani vodstva (npr. vodstvo odloči, da ambulanta v zdravstveni postaji ob sobotah ne dela, kar ni v skladu s pričakovanji bolnikov). Drugi razko-



Slika 7. Razkoraki kakovosti, kot jih v prvi določenem delovnem postopku občutijo sooblikovalci kakovosti.

rak je med priporočili za kakovostno delo in ravni, ki jo dopušča vodstvo (npr. če bi želeli slediti priporočilom za presejevanje odraslih bolnikov (merjenje skupnega holesterola), bi stroški za ta del laboratorijskih storitev narasli tudi do desetkrat, kar zagotovo ne bi bilo pogodu vodilnim). Tretji razkorak nastane med priporočili za delo in samim postopkom oskrbe. (Npr. Priložnostno merjenje krvnega tlaka vsako leto (ali na dve leti) vsem odraslim bolnikom prispeva k zgodnjemu odkrivanju bolnikov s hipertenzijo. Praksa na tem področju je lahko zelo drugačna.) Četrti razkorak nastane med obljubljenostjo ravnosti kakovosti in postopkom oskrbe. (Npr. Izvajalci se s pogodbo zavežejo, da bodo precepili določeno skupino prebivalstva. Zaradi različnih razlogov je to možno le v določenem odstotku.) Peti in najbolj očiten razkorak pa kot posledica prejšnjih nastane med (s strani bolnika) pričakovano ravnostjo kakovosti in dobljeno storitvijo (posledica postopka oskrbe).

Odgovornost za kakovost

Za kakovost zdravstvenega varstva v celoti je odgovorno državno vodstvo z Ministrstvom za zdravstvo kot neposrednim izvršnim delom oblasti za to področje, za kakovostno izvajanje oskrbe pa so odgovorni poslovodniki zdravstvenih ustanov (3, 6, 9). Ključni za zagotavljanje in izboljševanje kakovosti pa so neposredni izvajalci oskrbe. Izvajalci si že po naravi prizadevajo za čim boljše delo. Ker je delež vzrokov za odstopanja le 15–20 % na strani izvajalcev, 80–85 % pa na strani sistema (zdravstvene ustanove ali sistema zdravstvenega varstva), prevzema vodstvo večji delež odgovornosti.

Predlogi za izboljšanje kakovosti

Številne poti vodijo k istemu cilju (3, 6):

- obdržati visoko raven kakovosti,
- izboljšati kakovost, kjer je to potrebno (odstopanja od dogovorjene ravni),
- vpeljava novosti:

Na ravni sistema zdravstvenega varstva to zagotavljajo:

- Predpisi in dokumenti. Zakon daje podlago, ki jo razširjajo pravilniki. Pomembno je vpletanje dokumentov mednarodnih organizacij: Svetovne zdravstvene organizacije, Evropske skupnosti, Sveta Evrope, Evropskega združenja za kakovost pri Svetovnem združenju zdravnikov družinske medicine (EQUIP) (6).
- Presoja zdravstvenih ustanov, posameznih izvajalcev, postopkov in sredstev oskrbe (7). Presoje zdravstvenih ustanov v popolnejši obliki ne poznamo. Presoja posameznih izvajalcev (zdravnikov) opravlja Zdravniška zbornica Slovenije kot javno pooblastilo – podeljevanje in podaljševanje licence. Presoja postopkov in sredstev oskrbe: presoja novega postopka se navadno opravi na zahtevo izvajalca, ki si želi določen postopek vključiti v seznam plačljivih storitev. Za ostale postopke in ponovne presoje že uveljavljenih postopkov ni poskrbljeno. Preizkušanje zdravil in promet z njimi je urejen.
- Pritožni sistem je razdrobljen (8). Zagotavljati bi moral reševanje zapletov na najnižji možni ravni in povezovanje navzgor do ministrstva za zdravstvo.
- Vključevanje v mednarodno sodelovanje pri podatkovno podprtih oblikah izboljševanja kakovosti in z gledovanju (OBSQUID, DENTAL CARE, DIABCARE) (14, 15).
- Državni projekti: projekt nujne medicinske službe.

Na ravni zdravstvene ustanove so to (16, 17):

- Sistem kakovosti in celovito obvladovanje kakovosti sta trenutno najvišja možna stopnja razvitosti organizacije na področju kakovosti.
- Zgledovanje predstavlja pomembno obliko izboljševanja kakovosti v neposrednem primerjanju in tekmovanju z najboljšimi izvajalci na svojem področju.
- Analiza izjemnih dogodkov je primerna tako za izboljševanje kakovosti znotraj posameznega oddelka ali službe kot tudi za sodelovanje dveh služb, ustanov in dejavnosti.

Na ravni posameznika (17):

- Pri podatkovno podprtem izboljševanju kakovosti je potrebno sodelovanje »lastnika« podatkov, ki ga zanima izboljšanje kakovosti dela na področju, ki ga je moč opredeliti z zbranimi podatki. Tak primer je podatkovna baza o predpisovanju zdravil. Ukrepi in spremembe pa se dogajajo na ravni posameznika.
- Krožki kakovosti so oblika diskusijskih skupin. Strokovnjaki v zdravstvu se pogosto srečujejo in razpravljajo o svojem delu, krožki kakovosti pa to omogočajo na bolj organiziran in sistematičen način.
- Samoocenjevanje kakovosti je temeljna oblika izboljševanja kakovosti in je zlasti uspešna v povezovanju in primerjanju z ostalimi izvajalci.

Pomembnejša kot oblika je vsebina in obsežnost naloge, ki se je lotimo. Boljši izidi (večje koristi zdravstvene oskrbe) so končno merilo uspešnosti izboljševanja kakovosti (6).

Zavedati se moramo, da ni izboljšanja kakovosti brez spremembe sloga dela. Zato so potrebne tako notranje kot zunanje spodbude in dejavniki, ki vplivajo nanje (17). Čaka-joč na spodbudo vodilnih v zdravstvenih ustanovah in v zdravstveni politiki, se moramo opreti predvsem na notranje spodbude. Na osebni ravni so te tako ali tako bistvene za uspeh sprememb. Prizadevanje za kakovost moramo sprejeti kot osebno rast in zado- voljevanje lastnih poklicnih ambicij.

Sklep

Pot do kakovosti in izboljšanja kakovosti lastnega dela je odprta vsakomur. Kakovost je treba najprej spoznati. S stalnim spremljanjem in ocenjevanjem lastnega dela ugotovi- mo izhodiščno stanje. Na podlagi zgledevanja, tj. primerjanja z drugimi, z uporabo pri- poročil lahko v krožkih kakovosti ali drugačnih skupinskih oblikah oblikujemo cilje in se pripravimo na spremembe pri svojem delu. Dlje kot do sprememb v odnosu do bolni- kov, do bolj izbranega (usmerjenega) stalnega strokovnega izobraževanja in izboljša- nja tistih postopkov oskrbe, ki ne zahtevajo organizacijskih in finančnih sprememb, žal, posamezni izvajalec ne more. V želji po večjih izboljšavah brez podpore vodstva (ki raz- polaga z vsemi viri zdravstvene ustanove) in ustreznega, kakovosti naklonjenega ozrač- ja (ki ga ustvarja Ministrstvo za zdravstvo s svojo zdravstveno politiko neposredno in posredno preko Zavoda za zdravstveno zavarovanje), je lahko posamezni izvajalec ra- zočaran. Da bi se izognili temu, je naloga vseh, da zahtevajo od zdravstvene politike ja- sno stališče o kakovosti (v obliki politike kakovosti) in od vodilnih v zdravstvenih ustanovah, da pobudo posameznikov znotraj ustanov povežejo v sistem kakovosti v svoji ustanovi, in če se le da v celovito obvladovanje kakovosti, kjer je strokovni vidik, ki zanima predvsem nas, neposredne izvajalce, le del celotne kakovosti.

Literatura

1. Chassin MR. Quality of care. Time to act. Editorial. *JAMA* 1991; 266: 3472–3.
2. Šorli J. Kakovost – rešitev za zdravstvo v krizi? *Zdrav Vestn* 1995; 64: 1–2.
3. Kersnik J, Šorli J. Kakovost v zdravstvu: Predlog za razpravo o politiki kakovosti v zdravstvu. *Zdrav Vestn* 1997; 66: 205–8.
4. Kersnik J. Developing national policy on quality in health care in Slovenia: Implications for general prac- tice. *Audit Trends* 1996; 4: 151–4.
5. Steffen GE. Quality medical care. A defenition. *JAMA* 1988; 260: 65–66.
6. Blomhøj G. *Continuous quality development: a proposed national policy*. Copenhagen: World health organization, 1993: 1–42.
7. Scriverens E. *Accreditation – the way forward for the NHS?* Keele: Keele University Press, 1995: 1–20.
8. Kelson M. *Consumers involvement initiatives in clinical audit and outcomes*. A review of developments and issues in the identification of good practice. London: Department of Health Clinical Outcomes Group, 1995: 1–62.
9. Grof R, Wensing M, Jacobs A, Baker R. *Quality assurance in general practice. The state of the art in Europe*. Utrecht: NHG, 1993: 1–115.
10. Kersnik J. Kakovost oskrbe. In: Kersnik J, ed. *Kakovost v splošni medicini*. Ljubljana: Sekcija za splo- šno medicino – SZD, 1998: 3–34.
11. Eddy DM. Practice policies – what are they? *JAMA* 1990; 263: 877–9.

12. Grol R. Standards of care or standard care? Guidelines in general practice. *Scand J Prim Health Care* 1993; 11: Suppl 1: 26–31.
13. Brook RH. Practice guidelines and practicing medicine. Are they compatible? *JAMA* 1989; 262: 3027–30.
14. *The OBSQUID Project. Continuous quality development in perinatal care using quality indicators.* Quality of care and technologies programme WHO. Copenhagen: WHO – Regional office for Europe, 1994:1–30.
15. *The St Vincent declaration action programme. Improvement of diabetes care. Third meeting for the implementation of the St Vincent declaration.* Athens: WHO – Regional office for Europe, 1996: 1–50.
16. Williamson JW. Health care quality management in the 21st century. In: Selbmann HK, editor. *Evaluation of quality assurance in medicine.* Gerlingen: Bleicher Verlag, 1995: 15–39.
17. Wensing M, Grol R. Single and combined strategies for implementing changes in primary care: a literature review. *Int J Qual Health Care* 1994; 6: 115–132.

Prispelo 13. 10. 1997