



Mednarodna fakulteta
za družbene in poslovne študije
International School
for Social and Business Studies
Celje · Slovenija

MAGISTRSKA NALOGA
(izvleček magistrske naloge)

Rebeka Cimerman Kac

Celje, 2014
MEDNARODNA FAKULTETA
ZA DRUŽBENE IN POSLOVNE ŠTUDIJE
Magistrski študijski program 2. stopnje Management znanja

Magistrska naloga

**VLOGA IN POMEN PROCESOV MANAGEMENTA ZNANJA ZA
ZAGOTAVLJANJE KAKOVOSTNE ZDRAVSTVENE NEGE IN
OSKRBE V BOLNIŠNICI X**

Rebeka Cimerman Kac

Zahvaljujem se mentorici doc. dr. Suzani Košir, ki me je s svojim optimizmom in potrpežljivostjo vodila in usmerjala skozi nastajanje magistrske naloge.

Hvala Mojci Drev Uranjek, ki je nalogo slovnično pregledala in uredila.

Hvala vsem, ki ste mi pomagali v času študija in mi stali ob strani.

Predvsem pa gre velika zahvala mojima najdražjima, katerima to nalogo tudi posvečam, soprogu Božu in hčerki Zoji, ki sta potrpežljivo čakala name, ko sem bila zaradi študija odsotna od doma.

IZJAVA O AVTORSTVU

Spodaj podpisana študentka Mednarodne fakultete za družbene in poslovne študije Rebeka Cimerman Kac, z vpisno številko 201111205073, sem avtorica magistrske naloge z naslovom: Vloga in pomen procesov managementa znanja za zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege in oskrbe v bolnišnici x.

S to izjavo zagotavljam:

- da sem avtorica magistrske naloge,
- da je magistrska naloga izključno rezultat mojega lastnega raziskovalnega dela,
- da so vsa dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki sem jih uporabljala v svojem delu, ustrezno navedena oziroma citirana v skladu z vsemi fakultetnimi navodili ter navedena v seznamu literature,
- da je predloženo delo izvirno in še ni bilo predloženo za pridobitev drugih strokovnih in znanstvenih naslovov,
- da je elektronska oblika te magistrske naloge identična s tiskano obliko magistrske naloge in soglašam z objavo magistrske naloge na svetovnem spletu,
- da sem za še ne objavljena gradiva, tabele, slike in ostali material, ki sem ga uporabila v magistrski nalogi, pridobila soglasje avtorja,
- da sem poskrbela za tehnično, oblikovno, jezikovno in slovnično pravilnost magistrske naloge v skladu z vsemi fakultetnimi pravilniki in navodili v postopku diplomiranja na 2. stopnji.

V _____, dne _____.

Podpis avtorice: _____

POVZETEK

Magistrska naloga obravnava problematiko kakovosti in zagotavljanja ter obvladovanja kakovosti v zdravstveni oskrbi in zdravstveni negi na sekundarnem nivoju zdravstvenega varstva ter vlogo procesov managementa znanja (MZ) pri njenem udejanjanju. Namen naloge je bil skozi študij strokovne literature v teoretičnem delu predstaviti pomen kakovosti v zdravstveni negi in oskrbi ter ugotoviti kompatibilnost procesov MZ, ki podpirajo zahteve po varni in kakovostni zdravstveni oskrbi glede na predpisane zahteve in priporočila Ministrstva za zdravje ter standardov kakovosti. S kvalitativno-kvantitativno raziskavo smo ugotovili, da so v obravnavani organizaciji procesi MZ prisotni v spodbudnem obsegu, zahteve standardov kakovosti pa se udejanjajo skozi vse procese MZ in na vseh nivojih. Pri posameznih procesih MZ smo potrdili predvideno vrzel, predvsem na področju prenosa in izmenjave znanja, ki poteka na nivoju prenosa implicitnega znanja v implicitno, manj v eksplicitno obliko, kar smo izpostavili, ter na področju prepoznave ključnega znanja, kar bi olajšalo načrtovanje pridobivanja novih znanj in veščin zaposlenih.

Ključne besede: kakovost, obvladovanje kakovosti, procesi managementa znanja, zdravstvena nega

ABSTRACT

Master thesis deals with the issue of quality and quality assurance and quality control in health care and nursing care at the secondary level of health care and the role of knowledge management processes in the realization of it. The purpose of the thesis was through literature study in the theoretical part to present the importance of quality in health care and care processes and determine the compatibility of the knowledge management processes which supports the requirements for safe and quality health care with regard to the requirements and recommendations of the Ministry of Health and quality standards. The qualitative-quantitative study shows that the present organization of processes knowledge management present in relatively supportive extent, the requirements of quality standards is manifested through all the processes of the knowledge management at all levels. In the case of individual knowledge management processes the envisaged gap was confirmed, especially in the area of knowledge transfer and exchange, which takes place at the level of transfer of implicit knowledge in implicit less in the explicit form, which we have highlighted, as well as in the field of recognition of key skills, which would facilitate the planning of acquiring new knowledge and skills of employees.

Keywords: quality, quality management, knowledge management processes, health care

VSEBINA

1	UVOD.....	1
1.1	Opredelitev obravnavanega problema, raziskave in teoretičnih izhodišč	1
1.2	Namen, cilj naloge.....	2
1.3	Predvidene hipoteze, predpostavke in omejitve pri obravnavanju problema	3
1.4	Metodologija raziskave.....	4
1.5	Prispevek k stroki in teoriji.....	4
2	KAKOVOST	6
2.1	Definicija kakovosti.....	6
2.2	Kakovost storitev	8
2.3	Celovito obvladovanje kakovosti-TQM	9
2.4	Izobraževanje za kakovost.....	14
2.5	Izobraževanje in usposabljanje v organizaciji	15
2.6	Kultura organizacije	17
3	OBVLADOVANJE KAKOVOSTI IN VARNOSTI V BOLNIŠNIČNI ZDRAVSTVENI OSKRBI	18
3.1	Definicija kakovosti v zdravstvu in načela kakovosti v zdravstvu.....	19
3.2	Upravljanje kakovosti zdravstvene oskrbe in nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti (SZO, Svet Evrope, EU)	20
3.3	Nacionalni program zdravstvenega varstva RS	22
4	ZAGOTAVLJANJE KAKOVOSTI V BOLNIŠNIČNI ZDRAVSTVENI OSKRBI - ZAHTEVE IN PRIPOROČILA MINISTRSTVA ZA ZDRAVJE	24
4.1	Sklopi (področja) zagotavljanja kakovosti in varnosti v bolnišnici	25
4.2	Merila za ocenjevanje kakovosti zdravstvenega varstva/storitev	26
4.2.1	Kazalniki kakovosti.....	26
4.2.2	Napake in neželeni dogodki	28
4.2.3	Standardi in obvladovanje standardov kakovosti.....	28
4.3	Presojanje kakovosti zdravstvene oskrbe-akreditacija	29
4.3.1	Zahteve ISO-standarda	30
4.3.2	DNV-NIAHO-standard za bolnišnice	32
5	MANAGEMENT ZNANJA ZA KAKOVOSTNO IN VARNO ZDRAVSTVENO OSKRBO V PSIHIATRIČNI ZDRAVSTVENI NEGI.....	34
5.1	Znanje	35
5.2	Opredelitev managementa znanja (MZ)	36
5.3	Procesi MZ v organizaciji.....	37
5.3.1	Ugotavljanje potreb po znanju	38
5.3.2	Pridobivanje in ustvarjanje znanja	38
5.3.3	Prenos in izmenjava znanja	41
5.3.4	Uporaba znanja.....	42

5.3.5	Ohranjanje znanja.....	42
5.4	Procesi MZ, potrebni za zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe in zdravstvene nege v psihiatrični zdravstveni oskrbi	43
6	EMPIRIČNI DEL	47
6.1	Metodologija.....	47
6.2	Vzorec raziskave.....	48
6.3	Preverjanje zastavljenih hipotez in odgovori na zastavljena vprašanja.....	49
7	ZAKLJUČEK	52
8	LITERATURA IN VIRI.....	56
9	PRILOGE	61
	Priloga A: Področja in zahteve mednarodnega standarda kakovosti DNV-NIAHO–povzetek	
	61	
	Priloga B: Sklopi (področja) zagotavljanja kakovosti in varnosti v bolnišnici	61
	Priloga C: Procesi MZ, potrebni za zagotavljanje zahtev kazalnikov kakovosti in mednarodnih standardov kakovosti	61
	Priloga D: Primer baze znanja s ključnimi znanji in nosilci znanja	61

SLIKE

<i>Slika 2.1: Demingov krog</i>	12
<i>Slika 2.2: Krog obvladovanja kakovosti po Ishikawi</i>	13
<i>Slika 4.1: Predstavitev mednarodnih akreditacij v slovenskih bolnišnicah</i>	30
<i>Slika 5.1: Spirala znanja–SECI model po Nonaku in Takeuchiju</i>	40
<i>Slika 6.1: Odstotni delež respondentov glede na spol</i>	49
<i>Slika 7.1: Povezanost procesov MZ za zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege in oskrbe</i>	54

PREGLEDNICE

<i>Preglednica 2.1: Evropska vizija kakovosti</i>	14
<i>Preglednica 5.1: Viri znanja</i>	39
<i>Preglednica 6.1: Kadrovska zasedba respondentov</i>	48

KRAJŠAVE

TQM - Celovito obvladovanje kakovosti

EOQ - The European Organization for Quality

ZZBNS - Zbornica-Zveza – Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije-Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

RS - Republika Slovenija

PDCA - plan-do-check-action/planiraj-stori-preveri-ukrepaj

IVZ - Inštitut za varovanje zdravja

RZP - razjeda zaradi pritiska

DMS/dipl.zn - diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik

ZN - zdravstvena nega

MRSA - meticilin rezistentni/odporni Staphylococcus aureus

1 UVOD

1.1 Opredelitev obravnavanega problema, raziskave in teoretičnih izhodišč

Uvajanje obvladovanja in zagotavljanja celovite kakovosti v organizacijo pomeni zahteven premik v naravnosti in miselnosti vseh zaposlenih v organizaciji. Zagotavljanje kakovosti proizvodov in storitev se v gospodarski dejavnosti zavedajo že vrsto let, kar lahko izkazujejo s številnimi certifikati kakovosti. V zdravstveni dejavnosti se celovitega obvladovanja kakovosti in pridobivanja ustreznih certifikatov kakovosti lotevajo še zelo počasi in zadržano, kljub temu da je najpomembnejše vodilo pri delu s pacienti zagotoviti in nuditi varno in kakovostno zdravstveno oskrbo. Izvajalci zdravstvenih storitev imajo v svojem poslanstvu kot osnovno načelo pogosto zapisano zagotavljati varno in kakovostno zdravstveno oskrbo. Zagotavljanje kakovosti na ravni posameznika, ko izvaja določen poseg ali drugo aktivnost skladno z veljavnim standardom, je nekaj drugega kot obvladovanje kakovosti na ravni celotne organizacije. Zahteva mnogo več napora in udeležbo slehernega zaposlenega v organizaciji, na kar zelo vpliva obseg ustreznega znanja, ki ga izvajalci zdravstvene oskrbe in zdravstvene nege posedujejo. Vendar ni dovolj samo imeti znanja, pač pa je pomembno ustrezno z njim ravnati, ga obnavljati, iskati in nadgrajevati ter primerno shranjevati in uporabljati, kar lahko dosegamo z ustreznimi procesi managementa znanja (v nadaljevanju MZ).

Zdravstveno varstvo predstavlja pomemben del zdravstvenega sistema, katerega končni cilj je izboljšanje zdravstvenega stanja pacientov. Temelj uspešnega zdravljenja je kakovostna zdravstvena oskrba. Da bi lahko izpolnili pričakovanja glede učinkovitosti in varnosti zdravstvenega sistema, je treba zagotoviti kakovost zdravstvenih storitev (Pribaković Brinovec idr., 2010, str. 9). Potrebe, želje in zahteve vseh udeležencev v zdravstveni oskrbi so čedalje večje v pričakovanju po kakovostni zdravstveni oskrbi. V državah EU je zagotavljanje kakovosti in nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe zahtevano kot prednostna aktivnost, čemur želi slediti tudi slovenski zdravstveni sistem. Zaradi tega v Sloveniji potekajo prizadevanja upoštevati širše cilje ter mednarodno in evropsko sprejeta načela kakovosti, ki imajo večji vpliv na celotno družbo (prav tam).

Pri obvladovanju in zagotavljanju kakovosti v organizaciji je pomembno poznati opredelitev pojma kakovosti. Jasno, nedvoumno in povsem razumljivo kakovost definira Crosby (1990, str. 16), ki pravi, da je kakovost »skladnost z zahtevami«. Od tu naprej se lahko začnejo postavljati merila in kazalniki, ki so merljivi, in se primerja, ocenjuje ter nadgrajuje. Bukovec (2003) kakovost doživlja kot vrednoto, katere sinonim je stalno izboljševanje. Način vodenja, ki temelji na kakovosti kot osnovni vrednoti, teoretiki managementa imenujejo celovito vodenje kakovosti (TQM). Po Crosbyju je TQM definiran kot zbir konceptov, ki jih uporablja vodstvo, da vzpostavi tako organizacijsko kulturo, v kateri se spremembe vedno izvedejo korektno in kjer vladajo odlični odnosi med zaposlenimi.

Da se zdravstveni zavod/organizacija lahko deklarira kot kakovostna in je kot takšna tudi družbeno in strokovno sprejeta, mora pridobiti veljavne mednarodno priznane certifikate kakovosti. Samo dober glas in izkušnje zadovoljnih pacientov v slovenskem prostoru s sprejetim zakonom o čezmejnem zdravstvenem varstvu ne zadostujejo več.

Zagotavljanje kakovosti v psihiatrični zdravstveni oskrbi predstavlja posebno področje, saj je zdravstvena nega pacientov z duševno motnjo specialno področje v sistemu zdravstvenega varstva, kjer se hkrati prepletajo skrb za zagotavljanje varnosti in kakovosti, upoštevanje zakonskih predpisov in zahtev ter pravic pacientov.

Ključno za obvladovanje in zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe je, da iz izvajalcev zna izluščiti pomembno/ključno znanje, prepoznati skrito-implicitno znanje, ki ga zdravstveni delavci nenehno pridobivajo ob svojem delu, ga prepoznati kot uporabnega, ga pretvoriti v eksplicitno obliko in ga primerno umestiti, določiti nosilce znanja ter obseg znanja, ki ga zaposleni imajo, nato pa to znanje dokumentirati in ga pravilno hraniti. Sposobnost prepoznavanja in dokumentiranja je ključno za učinkovit MZ (Černelič, 2006, str. 74). Kermally (v Gomzelj Omerzel, 2009, str. 19) poudarja, da cilj MZ ni izključno znanje, temveč ravnanje z ljudmi, ki to znanje imajo.

MZ daje vrednost znanju, trajnim in drugim informacijam, da organizacija svoje spretnosti, izkušnje, znanje in procese učinkovito, ustvarjalno in dosledno uporabi (Meško Štok, 2009, str. 61). Za zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe in izpolnjevanje zahtev po tem so ključni ustrezni procesi MZ, ki, kot ugotavljata Pun in Nathai-Balkissoon (v Dermol, 2012, str. 4), omogočajo formalizacijo znanja in usklajevanje novonastalega znanja ter shranjevanje, distribucijo in delitev starega, obstoječega znanja. Poleg tega procesi MZ zagotavljajo pravo znanje za pravo delo, ob pravem času, na pravem mestu, v pravi obliki in ob upoštevanju vseh sestavin in vplivov (Meško Štok, 2009, str. 61).

V magistrski nalogi želimo raziskati, kateri procesi MZ so potrebni za zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe, kateri procesi MZ so prisotni v organizaciji oziroma na katerem področju obstaja vrzel.

1.2 Namen, cilj naloge

Osnovni namen magistrske naloge je poiskati in predstaviti pomen kakovosti v zdravstveni oskrbi, ugotoviti, kako na področju psihiatrične zdravstvene nege (v nadaljevanju ZN) zagotavljajo kakovostno in varno ZN, kakšne so zahteve in priporočila v zvezi z zagotavljanjem in obvladovanjem celovite kakovostne zdravstvene oskrbe in varnosti pacientov, ki jih je postavilo Ministrstvo za zdravje, in zahteve standarda kakovosti, ugotoviti kompatibilnost procesov MZ, ki podpirajo zahteve po varni in kakovostni zdravstveni oskrbi glede na predpisane zahteve in priporočila Ministrstva za zdravje ter mednarodnega standarda kakovosti, ter oblikovati priporočila za njihovo udejanjanje v izbrani organizaciji.

V ta namen bomo sledili naslednjim ciljem:

- Poiskali bomo skupne značilnosti pojma kakovosti, kakovosti storitev in kakovosti zdravstvene oskrbe, kot jih navajajo posamezni teoretiki v strokovni literaturi.
- Raziskali in ugotovili bomo, kakšne so zakonske zahteve in priporočila za zagotavljanje kakovosti v zdravstveni oskrbi in kašna so merila oziroma zahteve izbranega certifikata kakovosti.
- Predstavili bomo obvladovanje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe na področju ZN.
- Identificirali bomo procese MZ, ki podpirajo zahteve in priporočila za zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe.
- S pomočjo podatkov, pridobljenih z intervjujem in z odgovori iz anketnega vprašalnika v empiričnem delu, bomo skušali oblikovati priporočila za učinkovito ravnanje z znanjem in udejanjanje procesov MZ v kontekstu obvladovanja in zagotavljanja kakovosti zdravstvene oskrbe za izbrano organizacijo.

1.3 Predvidene hipoteze, predpostavke in omejitve pri obravnavanju problema

Za namen raziskave smo želeli odgovoriti na naslednje raziskovalno vprašanje: kateri procesi MZ podpirajo predpisane zahteve in priporočila v zvezi z obvladovanjem kakovosti zdravstvene oskrbe in kateri procesi MZ so prisotni oziroma pri katerih procesih MZ obstaja vrzel?

Zastavili smo naslednje hipoteze, ki jih želimo z raziskavo potrditi ali ovreči:

- *H1: Interpretacija in razumevanje pojma kakovosti se razlikuje med vrhnjim in srednjim managementom.*
- *H2: Pristop k obvladovanju kakovosti pomeni nov način dela, torej predstavlja za zaposlene velik izziv, hkrati pa veliko obremenitev, spremembo načina dela in s tem nelagodje.*
- *H3: Procesni MZ pomembno vplivajo na lažje obvladovanje in zagotavljanje kakovosti zdravstvene oskrbe ter pripravljenost zaposlenih na spremembe.*
- *H4: Medicinske sestre in zdravstveni tehniki posedujejo znanja in veščine, vendar obstaja vrzel pri prenosu implicitnega znanja na ostale zaposlene in pretvarjanju tega v eksplicitno obliko.*

Pri oblikovanju magistrske naloge izhajamo iz predpostavke, da je obvladovanje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe v tesni povezavi s kakovostnim upravljanjem znanja, kar izvajalcem ZN ni tuje, kajti nenehno je potrebno spremljati in slediti razvoju in napredku zdravstvene stroke in hkrati slediti potrebam pacientov ter zakonskim zahtevam. Predvidevamo, da bodo zaposleni pripravljeni sodelovati pri raziskavi in ne pričakujemo težav pri pridobivanju podatkov.

Predvidevamo, da se bomo soočali s posameznimi omejitvami, ki so predvsem vsebinske in metodološke narave. Izhajamo iz dejstva, da je MZ precej mlado področje, ki se hitro

uveljavlja v gospodarski dejavnosti, medtem ko je v zdravstvu še neraziskano področje in je domača literatura zato skromna in omejena. Na drugi strani pa bo magistrska naloga metodološko študija primera. Raziskava bo zajela majhen vzorec populacije, to je 14 diplomiranih medicinskih sester v eni izmed specialnih bolnišnic, zaposlenih v vrhnjem in srednjem managementu (od tega 1 diplomirana medicinska sestra opravlja funkcijo pomočnice direktorja za ZN). Dobljenih rezultatov ni možno posploševati, saj gre za poglobljeno proučevanje na enem področju zdravstvene oskrbe v manjši bolnišnici. To je področje ZN, ki je po številu zaposlenih najštevilčnejše zastopano, poleg tega medicinske sestre opravljajo 24-urno službo.

1.4 Metodologija raziskave

Magistrska naloga je raziskovalne narave, razdeljena na teoretični in empirični del, v katerih smo uporabili več znanstvenih metod. Uporabili smo sekundarne podatke, torej že zbrana dejstva (članki, knjige, publikacije, zborniki), ki bodo temelj za pridobivanje primarnih podatkov. Te smo pridobili sami, s pomočjo ankete in intervjuja. Dobljene podatke smo obdelali in prikazali v programu Excel MS.

V začetni fazi teoretičnega dela naloge smo kot znanstveni metodi uporabili metodo deskripcije, ki temelji na študiji in analizi strokovne literature in različnih virov, *s katero smo opisali dejstva, procese ter metodo kompilacije, kjer smo s pomočjo povzemanja in prevzemanja tujih izsledkov, opazovanj, stališč in spoznanj oblikovali izhodišča za raziskavo.*

V empiričnem delu smo uporabili primerjalno metodo-metodo komparacije, *kjer smo primerjali in analizirali pridobljene podatke med intervjujem in anketiranjem ter med seboj, kot raziskovalni inštrument smo izbrali intervju, ki smo ga izvedli s predstavnico vrhnjega managementa-pomočnico direktorja za področje ZN-in anketni vprašalnik, ki smo ga izvedli med izvajalci ZN na nivoju srednjega managementa.*

1.5 Prispevek k stroki in teoriji

Ker je obvladovanje in zagotavljanje varne in kakovostne zdravstvene oskrbe prioriteta vseh izvajalcev zdravstvene oskrbe, zahteva od zaposlenih široko in kompleksno znanje. Kontinuirano pridobivanje znanja pri izvajalcih zdravstvene oskrbe je potreba in nuja, znanje v organizaciji pa kapital, s katerim lahko dobiva na vrednosti ter ugledu, prav tako pa izpolnjuje zakonske predpise, zahteve in pričakovanja.

Zavedamo, se da je v današnjem kriznem času težko zagotoviti pridobivanje znanja v zunanem okolju v tolikšni meri kot v preteklosti, zato je potrebno v organizacijo vpeljati sistem, ki bo vsem omogočal učinkovito izrabo znanja, ki bo v uporabi in se bo prenašal med zaposlenimi. Ker smo v magistrski nalogi s pomočjo ustrezne literature opredelili pojem celovitega obvladovanja kakovosti in predstavili pomen MZ ter s pomočjo pridobljenih

podatkov raziskave, proučili potrebe in skladnost procesov MZ s priporočili in zahtevami za obvladovanje kakovosti po zahtevah Ministrstva za zdravje ter pogojih in zahtevah verificiranih mednarodnih standardov kakovosti, bo naloga lahko služila kot izhodišče in pomoč vsem zaposlenim v obravnavani organizaciji. Na podlagi ugotovljenega smo oblikovali priporočila, ki bodo organizaciji s procesi MZ omogočala kakovostno manageriranje znanja in s tem obvladovanje kakovosti.

Ker ZN kot razvijajoča se stroka teži k filozofiji na dokazih podprte ZN, bodo rezultati raziskave lahko služili kot izhodišče za nadaljnja raziskovanja ter podporo kakovostni ZN in oskrbi.

2 KAKOVOST

Raziskovanje opredelitev in definicij kakovosti nam odpira številne razsežnosti tega pojma, predvsem pa se srečujemo z različnim razumevanjem in interpretacijo kakovosti številnih avtorjev. Za razumevanje kakovosti je potrebno poznati pomembne opredelitve, glede na to, ali govorimo o kakovosti proizvoda ali storitve, oziroma zdravstvene obravnave, ki ima v zdravstveni oskrbi svoje specifičnosti. Zagotavljanje in obvladovanje kakovosti v sodobnem času pomeni obvladovanje celovite kakovosti na vseh področjih in nivojih organizacije, ki pomeni spremembo v miselnosti in delovanju zaposlenih. Ker sprememb pri ljudeh ni mogoče narediti naenkrat, je ključnega pomena permanentno izobraževanje in usposabljanje vseh zaposlenih, skozi katerega si pridobivajo, obnavljajo in bogatijo znanje, postajajo ustvarjalni, hkrati pa se spreminja tudi njihov odnos do sprememb in kakovosti

2.1 Definicija kakovosti

V 21. stoletju morajo organizacije, da bodo lahko preživele, spoznati in razumeti, da kakovost ni več tisto, kar je pomenila v preteklosti. Tako kot se je v preteklosti poudarek kakovosti gibal od proizvoda k storitvam, se danes poudarek seli od procesov preko sistemov do organizacije kot celote. Edino, kar ostaja nespremenjeno, je dejstvo, da kakovost določa odjemalec, ki tudi izbira in plačuje (Trebar, 2012).

Zaradi različnih pogledov so v zadnjih letih nastale definicije in opredelitve kakovosti, ki dokazujejo, da kakovost ljudje različno razumemo. Definicije kakovosti temeljijo glede na potrebe in želje uporabnikov, glede na strateške odločitve managerjev in zaposlenih, druge dajejo prednost specifikacijam, normam in standardom izdelkov in storitev (Zupanc Grom, 2000, str. 25).

Po navedbah v Evropski viziji kakovosti je kakovost razmerje med zahtevami in dejanskimi rezultati, razlika med tem, kar pričakujemo, in tistim, kar dobimo. Pomaga nam razlikovati dobro od slabega, sprejemljivo od nesprejemljivega, delovno neučinkovite od učinkovite. Kakovost temelji na vrednotah in se izraža v možnosti izbire. Tako splošno gledano je kakovost nagnjenost k vsestranski odličnosti, etos, ki od vsakega zahteva najboljše in pričakuje najboljše pri vrednotenju strokovnosti, lepote in veččin (Bukovec, 2003).

Zelo ostro opredelitev kakovosti, ne glede na to, ali gre za proizvod ali storitev, podaja Crosby (v Piskar in Dolinšek, 2006, str. 36), ki kakovost pojmuje kot »uskklajenost z zahtevami odjemalcev« in ne dopušča drugačnega razumevanja. Nasprotuje zmotnim prepričanjem, da je kakovost nekaj dobrega, bleščečega ali razkošnega, da kakovosti ni mogoče meriti, da kakovost nastaja v službah za kakovost, nasprotuje ekonomiki kakovosti in poudarja, da težave in problemi v kontekstu kakovosti ne nastajajo zaradi delavcev. Gilles (prav tam, str. 39) pojem kakovosti razlaga posredno in izhaja iz predpostavke, da kakovost ni absolutna, kar pomeni različne stvari v različnih okoliščinah, pač pa je večdimenzionalna, saj

nanjo vpliva več dejavnikov. Nekatere dejavnike je mogoče meriti, druge ne, oziroma jih je težje izmeriti. Odvisna je od številnih omejitev in kompromisov ter dejavnikov, ki vplivajo na kakovost in so med seboj odvisni. To pomeni, da je treba nekatere dejavnike, ki vplivajo na kakovost tudi žrtvovati, saj je žrtvovanje nekaterih dejavnikov sprejemjivejše kot žrtvovanje drugih (na primer žrtvovanje udobja v odnosu do zanesljivosti in varnosti). Dejavnike, ki bi jih nazadnje žrtvovali, Gilles imenuje kritični dejavniki (prav tam, str. 40).

Edwards Deming, je kakovost definiral kot »zadovoljevanje« stranke, ne le z izpolnjevanjem njenih pričakovanj, temveč s preseganjem teh. Kakovost je opredelil kot uresničevanje potreb in želja uporabnikov, poleg tega pa tudi kot ugotavljanje in predvidevanje potreb ciljnih trgov, ki sta jim izdelek ali storitev namenjena (Zupanc Grom, 2000, str. 25). Ferjan (2005, str. 271) kakovost definira kot skupek vseh lastnosti in karakteristik izdelka, procesa ali storitve, ki se nanašajo na sposobnost, da izpolnijo postavljene ali neposredno izražene potrebe. Pomeni skladnost s potrebami in pričakovanji. Ishikawa poleg teh vključuje še kakovost dela, kakovost informacije, kakovost oddelka, kakovost ljudi, vključno z delavci, vodji, administracijo. Kako bodo zaposleni prevzeli miselnost o kakovosti in filozofijo zagotavljanja kakovosti, pa je odvisno od vodilnih delavcev. Iz tega izhaja tudi trditev, da je sistem kakovosti sistem odgovornosti (Vujošević, 2000, str. 18).

Trnavčevičeva (v Trnavčević, Trtnik-Herlec, in Roncelli-Vaupot, 2000, str. 11) kakovost definira kot ohlapen pojem, samo definicijo pa kot nekaj, kar je odvisno od tega, kdo kakovost definira in na kakšen način oziroma s katerega zornega kota kakovost presojava. Gre za to, ali sprašujemo uporabnike naših storitev na katerikoli ravni ali pa po zunaj postavljenih, strokovnih merilih poskušamo oceniti stanje z vidika kakovosti. Šternova (b. l), kakovost pojmuje kot koncept, ki opredeljuje vrednostno presojo kakega predmeta ali pojava, in hkrati ugotavlja, da kakovost ni predmet ali pojav narave, pač pa je koncept in konstrukt človeškega uma. Ni naravna oziroma objektivna lastnost predmeta presoje, temveč je vrednostna sodba ocenjevalca o njem. Zupanc Gromova (2000, str. 25) pravi, da si ljudje kakovost različno predstavljamo. V različnih okoliščinah imamo drugačne poglede nanjo, prav tako so ocene kakovosti odvisne od naše trenutne percepcije položaja.

V definiciji po Sallisu (v Trnavčević idr., 2000, str. 11) sta izpostavljena dva pomembna elementa kakovosti: zadovoljstvo uporabnika in merjenje po specifikaciji in standardih, katerih osnova so procesi kontrole kakovosti, zagotavljanje kakovosti in nenehno izboljševanje kakovosti. Winch (prav tam, str. 12) pa kakovost utemeljuje s štirimi elementi:

- prestiž oziroma pozicijska vrednost na trgu,
- prilagojenost standardom,
- zadovoljstvo in večja moč uporabnika.

Poleg teh so značilne determinante še: urejenost, zanesljivost, odzivnost, strokovnost, varnost, ustrežljivost, verodostojnost, dostopnost, komuniciranje, razumevanje strank oziroma uporabnikov (Verbič, Koren, in Gunčar, 1994, str. 66-68)

Kot vodila za odločitve in dejavnosti v organizaciji služijo cilji kakovosti, ki jih je potrebno izvršiti za njihovo doseganje in so skupaj s politiko, strategijami, namenom, postopki in pravili eden od sestavnih delov hierarhije dejavnosti podjetja in morajo drug drugega dopolnjevati (Marolt in Gomišček, 2005, str. 24).

2.2 Kakovost storitev

Izhajajoč iz predpostavke, da ljudje v različnih situacijah različno doživljamo kakovost, ali je to izdelek ali usluga oziroma storitev, je potrebno opredeliti kakovost storitev, ki ima nedvomno svoje značilnosti.

Potočnik (2000, str. 18) storitev opredeljuje kot posebno dejanje ali delovanje, ki ga izvajalec storitve ponudi porabniku. Storitve običajno opisujemo kot neoprijemljive, nevidne in minljive poleg ostalih značilnosti, kot so neločljivost porabnika in izvajalca, občutljivost na čas, težavnost ugotavljanja in nadziranja kakovosti, visoka stopnja tveganja, ustvarjajo se osebni stiki med kupcem in izvajalcem. Snoj (1998, str. 32-36) definicijo dopolnjuje kot skrb za nekoga, nekemu nekaj narediti, skrbeti, obnašati se in ugotavlja, da je, izhajajoč iz ponujenih opredelitev osnovna značilnost aktivnost oziroma proces. Vse značilnosti storitve so med seboj močno prepletene in medsebojno odvisne.

Potočnik (2000, str. 44) ugotavlja, da je kakovostna raven storitve neopredeljen pojem, ki pomeni primeren način, s katerim lahko zadovoljimo potrebe, pričakovanja in povpraševanja porabnika. Je skupek vseh lastnosti in značilnosti storitve, ki vplivajo na sposobnost zadovoljiti potrebe porabnika. Uporabniki ocenjujejo storitev ne le po njeni tehnični kakovosti, pač pa tudi po funkcionalni kakovosti-ali so izvajalci neke storitve negovali dobro komunikacijo z uporabniki, ali so vzbudili zaupanje uporabnikov (Kotler v Zupanc Grom, 2000, str. 30). Kotler poudarja, da morajo strokovnjaki in vsi drugi izvajalci storitev poleg »vrhunske tehnologije« ponujati tudi »vrhunski pristop«.

Ob tem, da pri nekaterih storitvah ne moremo oceniti tehnične kakovosti, tudi potem, ko so že bili deležni storitve, kajti izkazana kakovost je značilna za izdelke, ki jih uporabnik lahko ovrednoti že pred nakupom. Pri storitvah je značilno, da se uporabniki odločajo na podlagi:

- Izkustvene kakovosti, ki jo uporabnik lahko ovrednoti po uporabi. Tako uporabnik storitve ocenjuje celotno organizacijo ali samo posameznega izvajalca na podlagi lastnih izkušenj, ocenjuje spretnosti pri komunikaciji, odprtost izvajalca, njegov odnos, način podajanja informacij.
- Kakovosti zaupanja, ki so lastnosti storitve, ki jih uporabnik težko ovrednoti tudi po uporabi. Gre za odnos med izvajalcem in uporabnikom, ki temelji na zaupanju. Vzpostavi se, če je uporabnik storitev zadovoljen z odnosom in skrbnostjo (Zupanc Grom, 2000, str. 30-31).

Razlikovati moramo med standardno kakovostjo in kakovostjo, ki je skladna s pričakovanji. Standardna kakovost je objektivna in jo opredeli storitveno podjetje s postopki ter izvajalci storitve. Medtem ko je skladna s pričakovanji subjektivna in jo opredeli uporabnik potem, ko je storitev že izvedena (Potočnik, 2000, str. 158-159).

Zupanc Gromova (2000, str. 34) izpostavlja nekatere značilnosti dobre storitve, kot so dostopnost, komunikacija, profesionalnost, sposobnost, znanje zaposlenih, uslužnost, verodostojnost in zaupanje, varnost, razumevanje, poznavanje in posluh za uporabnike.

2.3 Celovito obvladovanje kakovosti-TQM

Način upravljanja organizacije, osredotočen na kakovost, temelječ na sodelovanju vseh njenih članov in naravnani na dolgoročni uspeh, ki temelji na zadovoljstvu kupca in koristi za vse člane organizacije in družbe, je proces, ki ga imenujemo celovito obvladovanje kakovosti ali Total Quality Management–v nadaljevanju TQM (Vujošević, 1996, str. 29).

Koncept TQM je originalno predstavil dr. Arnold V. Feigenbaum v New Yorku v 50 letih. V skladu z njegovo teorijo je TQM mogoče definirati kot »učinkovit sistem za povezovanje razvoja kakovosti, vzdrževanja kakovosti in prizadevanja za izboljšanje kakovosti različnih skupin v organizaciji z namenom zadovoljiti kupca oziroma uporabnika.« Zagovarjal je obvladovanje kakovosti, ki ga izključno usmerjajo specialisti za obvladovanje kakovosti. Medtem ko Ishikawa (1989, str. 84) zagovarja pristop, da se s proučevanjem in izboljševanjem kakovosti ukvarjajo vsi zaposleni in vsa področja v organizaciji. Crosby (v Piskar in Dolinšek, 2006, str. 37) vidi vlogo v službah za kakovost v merjenju usklajenosti proizvodov ali storitev z zahtevami odjemalcev in poročanju o njej. Njihova naloga je zahtevati popravne ukrepe, spodbujati preventivne ukrepe za preprečevanje napak in učiti zaposlene o izboljšanju kakovosti. V celotnem poslovnem procesu pa so za kakovost odgovorni prav vsi, ki v tem procesu sodelujejo. Kar poudarja tudi Vujošević (2000, str. 18), ki pravi, da kakovost ustvarjajo vsi zaposleni. Sistem bo učinkovit le tedaj, ko bodo vsi udeleženci v procesu dosledno sprejeli postavljene cilje in zahteve in bo vsak vedel, kje je njegovo mesto. Obvladovanje kakovosti je tisto, kar mora biti storjeno v vseh nivojih organizacije.

Koncept obvladovanja kakovosti zahteva nov pristop in spremembo naravnosti ter miselnosti vsakega posameznika v organizaciji. Kot poudarjajo Ishikawa (1989, str. 48), Vujošević (1996, str. 17) in Šostar (2000, str. 5) gre pri konceptu TQM za miselno revolucijo v načinu vodenja. Ishikawa (1989, str. 48) TQM opredeljuje kot zvrst, ki združuje znanje in dejanja. Pravi, da obvladovati kakovost pomeni razvijati, načrtovati, proizvajati in servisirati kakovosten proizvod/storitev, ki je ekonomičen in vedno zadovoljuje uporabnika.

Cilj obvladovanja celovite kakovosti je:

- Izboljšati skupno stanje organizacije in njenih lastnosti in sposobnosti. Vodstvo mora pojasniti, kaj misli, in poudariti, katere lastnosti organizacije je treba spremeniti ali katero od gledišč je potrebno izboljšati.
- Povezovanje naporov vseh zaposlenih, doseči aktivno sodelovanje vseh zaposlenih.
- Postavljanje sistema za zagotavljanje kakovosti in pridobivanje zaupanja uporabnikov, zagotavljanje kakovosti je najpomembnejši del obvladovanja kakovosti.
- Postavljanje sistema vodenja.
- Vzgajanje človekovih sposobnosti, upoštevanje zadovoljstva zaposlenih, pripravljane prijetnih delovnih mest, prenašanje na naslednje generacije.
- Uporaba tehnik za obvladovanje kakovosti, kjer imajo pomembno vlogo statistične metode, ki ustvarjajo bazo obvladovanja kakovosti, zaposleni pa jih morajo poznati in jih uporabljati (Ishikawa, 1989, str. 89).

Po Vujoševiču (1996, str. 17) obvladovanje in zagotavljanje kakovosti ni samo tehnična dejavnost, temveč je sistem, ki presega okvir proizvodnih procesov in prodira v vse funkcije organizacije in je organizacijsko načelo. Marolt in Gomišček (2005, str. 32) TQM definirata kot skupek organizacijskih sprememb, orodij, s pomočjo katerih naj bi organizacija stalno izboljševala kakovost svojih procesov in proizvodov in s tem izboljševala svojo učinkovitost, uspešnost in fleksibilnost. Poudarjata, da je TQM masovno gibanje, v katerega mora biti vključen vsak zaposleni. Značilno zanj je, da se mora model prilagoditi predvsem specifičnostim, kulturi zaposlenih in zgodovini vsake posamezne organizacije. Ključ za dosego ciljev vidita v timskem delu, ki podpira uspešno in učinkovito pretvorbo znanj ljudi v proizvode oziroma storitve.

Poleg uspešnosti organizacije in pozitivnih rezultatov vpeljava TQM omogoča:

- timsko zasnovano kulturo organizacije,
- zadovoljitev zahtev in želja porabnikov,
- stalno izboljševanje procesov,
- učinkovito voditeljstvo,
- sodelovanje in izobraževanje zaposlenih,
- široko uporabo statističnih in nestatističnih orodij (prav tam, str. 40).

Šostar (2000, str. 15) TQM opredeljuje kot proces, ki se nikoli ne more zaključiti, katerega cilj je nenehno izboljševanje poslovnih procesov v organizaciji, in jo dolgoročno vodi k odličnosti. Če želimo izboljšati kakovost, moramo izboljšati proces načrtovanja in proizvodnje izdelka/storitve. Rezultat je odvisen od procesa. Eno od načel TQM poudarja, da med najpomembnejše dolžnosti managerjev spada obravnavanje prenavljanja kot procesa reševanja problema. S študijem procesa ustvarjamo znanje, ki poveča možnost za prenavljanje. Vsak od zaposlenih mora sodelovati v timu in mora sodelovati v spremembi dosedanje kulture podjetja, poudarja Meško Štokova (2009, str. 43).

Bistvo sistema kakovosti je, da vse dejavnosti v organizaciji, ki vplivajo na kakovost, planiramo, izvajamo, nadzorujemo in dokumentiramo, pravi Vujošević (2000, str. 18). Nekaj dobro obvladovati pomeni dovoljevati stalno ponovno preverjanje standardov, ob upoštevanju potrošnikovih mnenj in pritožb kot tudi zahtev (Ishikawa, 1989, str. 57). Po Bukovec (2003) je TQM nenehno izboljševanje uspešnosti kot imperativ civilizacije, organizacij in posameznikov. Definicija TQM je univerzalna, »zbir konceptov«, ki jih »vodstva« uporabljajo pa je zelo različen in mora ustrezati dejavnosti organizacijskega sistema in njegovi organizacijski kulturi (prav tam).

Sashkin in Kiser (v Trnavčević idr., 2000, str. 18) poudarjata, da TQM dosega z managementom, s cilji, z vizijo, s popravnimi in preventivnimi ukrepi, s presojami, z izobraževanjem, s sodelovanjem vseh zaposlenih. Izpostavila sta tri pomembne stebre, na katerih temelji TQM:

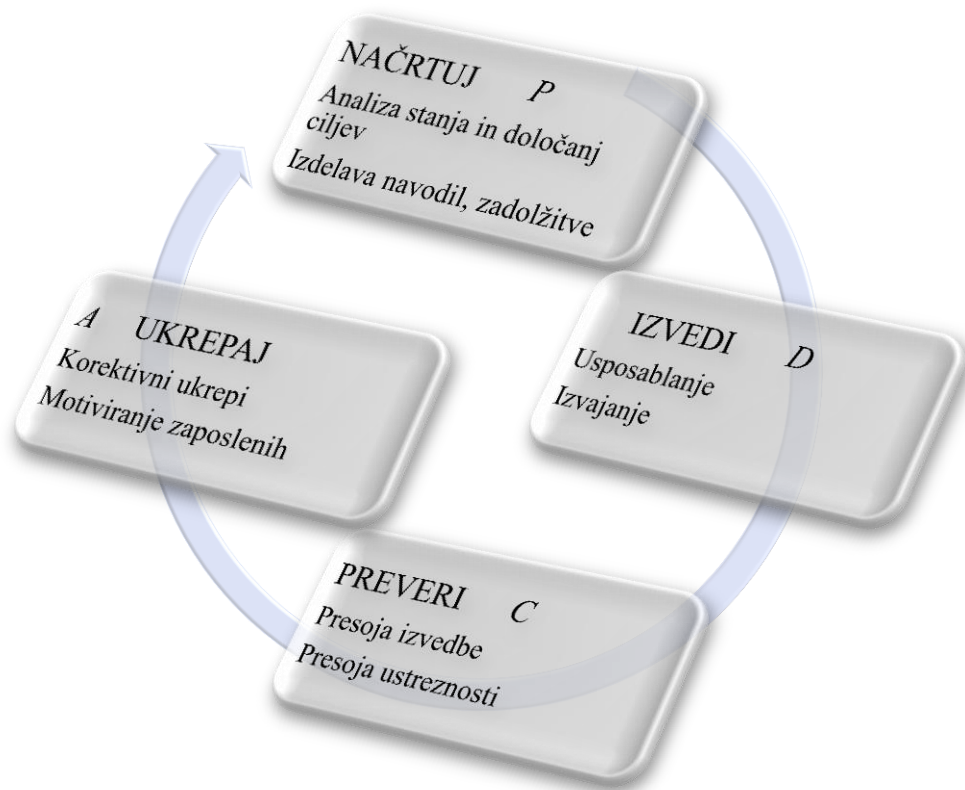
- organizacijska kultura,
- stranka, uporabnik, ki je središče vsega,
- tehnike, orodja in veščine za prepoznavanje in reševanje problemov s področja kakovosti.

Nenehnemu izboljševanju kakovosti je precej pozornosti posvečal Deming, ki poudarja, da je ključ za izboljševanje kakovosti v nenehnem izboljševanju vseh procesov, vključno z izobraževanjem zaposlenih. Zagovarja uporabo statističnih metod, ki omogočajo izrabo procesnih informacij za preprečevanje, ugotavljanje in odpravljanje napak, izboljšanje kakovosti in doseganje odličnosti. Poudarja pripadnost zaposlenih in spodbuja management k zagotavljanju takšnih delovnih razmer, da zaposleni uživajo pri svojem delu in učenju. Ne zadovoljuje se le z izboljševanjem kakovosti, pač pa se zavzema tudi za inovacije ter za sodelovanje med »konkurenti«, ki je lahko uspešnejše kot konflikti in tekmovalnost (Piskar in Dolinšek, 2006, str. 159-160).

Deming (v Piskar in Dolinšek, 2006, str. 164-166), izhajajoč iz predpostavke, da ne gre pričakovati, da se bodo spremembe miselnosti zgodile naenkrat ali celo čez noč, poudarja, da se je le-teh potrebno lotevati napredno, s skrbnim načrtovanjem vsakega koraka vnaprej. Opozarja, da vseh izboljšav sicer ni mogoče količinsko meriti zaradi nemerljivosti. Oblikoval je dolgoročen nepretrgan krog stalnih izboljšav, imenovan Demingov krog (prikazan na sliki 2.1), ki ga sestavljajo štiri nenehno pojavljajoče se dejavnosti, ki so osnova standardom kakovosti. Je najbolj poznan in najpogosteje uporabljen model in ponazarja krožni krog kakovosti, s katerim je moč dosežati izboljšave v kakovosti:

- Proces nenehnega izboljševanja kakovosti se vedno začne s skrbnim načrtovanjem lastne dejavnosti že pred začetkom dela, s postavljanjem zelenih ciljev, ki morajo biti realni, merljivi in jasno izraženi s številkami ali opisno.
- V izvedbo izboljšav v organizaciji morajo biti vključeni vsi zaposleni, poleg ostalih materialnih in finančnih virov in primerne okolja. V ta namen je potrebno izvesti usposabljanje zaposlenih, ki morajo biti kompetentni, ustrezno izobraženi in usposobljeni, z ustreznimi veščinami.

- Da procesi ne postanejo zgolj rutina, je potrebno nenehno preverjati rezultate izboljšav in odkrivanje izjem, ki odstopajo od rutine, z rezultati pa seznanjati ustrezne ljudi. Na osnovi ugotovljenih vzrokov in rezultatov sledi ustrezno ukrepanje.
- Če so rezultati dobri, je potrebno predpise standardizirati in spremembe vpeljati v okolje, potrebno je določiti nove cilje za nov krog izboljševanja. Če niso doseženi dobri oziroma zadovoljivi rezultati, je potrebno preveriti cilje, plane, realizacijo usposabljanja ter ponoviti cikel in se vrniti na začetek v prvo fazo (Kreže, 2008, str. 55).

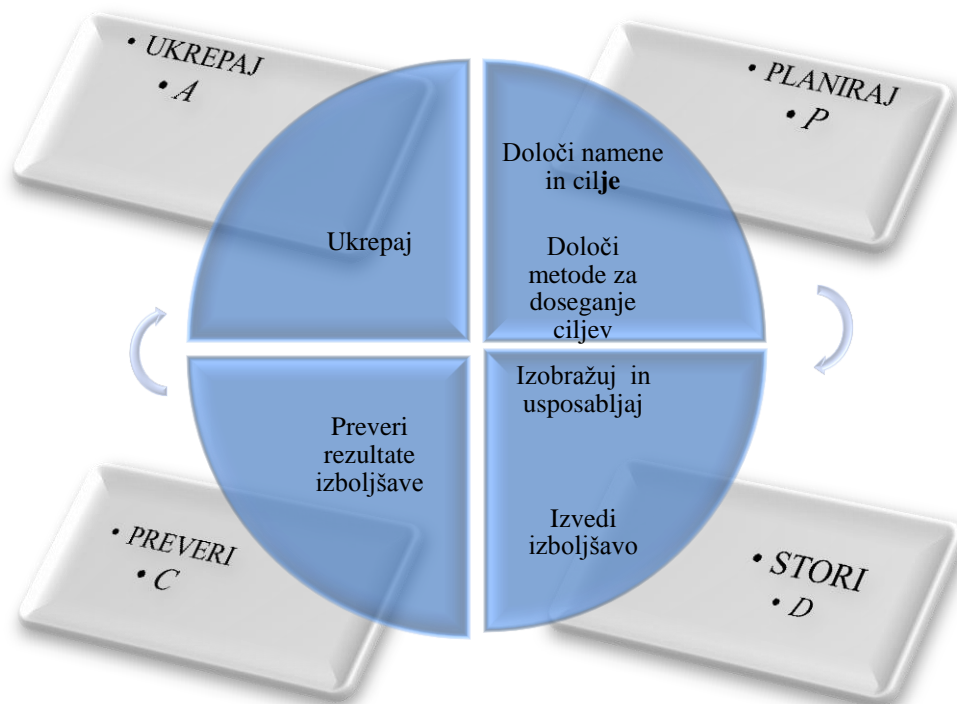


Slika 2.1: Demingov krog
Vir: povzeto po Piskar in Dolinšek, 2006, str. 165.

Ishikawa (1989, str. 59) je Demingov izvorni PDCA opis pojma obvladovanja kakovosti »obogatil« in PDCA krog je razdelil v šest korakov, po katerih naj bi temeljilo obvladovanje kakovosti.

Prikaz dopolnjenega kroga je na sliki 2.2:

1. Določi namene in cilje. *P* (planiraj)
2. Določi metode, da te cilje dosežeš.
3. Izobražuj in usposabljay.
4. Izvedi izboljšavo. *D* (stori)
5. Preveri rezultate izboljšave. *C* (preveri)
6. Ustrezno ukrepaj. *A* (ukrepaj)



Slika 2.2: Krog obvladovanja kakovosti po Ishikawi
Vir: povzeto po Ishikawa, 1989.

Namen vseh dejavnosti pri zagotavljanju kakovosti je pripraviti ljudi do tega, da bodo organizirano delali tako, kot bi že sicer sami morali delati. Nič ne sme biti prepuščeno naključju. Dobre stvari se bodo zgodile le, če bodo načrtovane, napake in neželeni dogodki bodo preprečeni. To pa je tudi namen zagotavljanja kakovosti. Zato je v sistemu potrebno določiti:

- naloge in odgovornosti vsake organizacijske enote,
- jasna določila glede načina vodenja,
- odgovornosti in pooblastila odgovornih oseb,
- postopke in navodila za izvajanje posameznih dejavnosti,
- način pristopa k prepoznavanju problemov,
- način pristopa k reševanju problemov,
- način sodelovanja med posameznimi organizacijskimi enotami in skupinami,
- komunikacijske povezave za vodenje in izvajanje posameznih dejavnosti (Vujošević, 2000, str. 19).

Leta 1999 je ob koordinaciji Evropske organizacije za kakovost-EOQ (The European Organization for Quality) bila oblikovna Evropska vizija kakovosti. EOQ predstavlja institucionalni okvir prizadevanj za kakovost v evropskem prostoru, njeno delo pa se vsebinsko prepleta z aktivnostmi Evropskega sklada za upravljanje kakovosti-EFQM (The European Foundation for Quality Management). Z oblikovanjem Evropske vizije kakovosti je EOQ hotela vzpostaviti temelje za spodbujanje dialoga, idej, izmenjavo izkušenj ter razvoj novih pristopov za izboljšanje konkurenčnosti Evrope. V Evropski viziji kakovosti EOQ 2000

je zapisano, da je TQM ena najpomembnejših organizacijskih inovacij 20. stoletja. V nadaljevanju pa še, da je celovito vodenje kakovosti omogočilo učinkovito industrijsko proizvodnjo, izboljšalo življenje ljudi, ustvarilo blaginjo in vrednost, dvignilo zavest o potrebah odjemalcev ter navdihnilo sodelovanje in moč zaposlenih (Bukovec, 2003).

Glavni elementi Evropske vizije kakovosti so podani v preglednici 2.1, kjer so prikazani trije ključni elementi, ki skupaj tvorijo specifično celoto, tako kot je tudi evropski prostor specifičen. Poudarja, da svojo ustvarjalnost lahko uspešno gradimo le na raznolikosti ter jo učinkovito udeležamo le v sinergijskem sodelovanju. Ob upoštevanju, spoštovanju in negovanju dostojanstva, enakopravnosti, raznolikosti in bogate duhovnosti se krepí duh temeljnih vrednot, s čimer so zagotovljeni pogoji za novo evropsko zmagovalno kulturo, temelječo na partnerstvu, zaupanju, sodelovanju in konkurenčnih primerjavah (prav tam).

Preglednica 2.1: Evropska vizija kakovosti

EVROPSKA VIZIJA KAKOVOSTI
Raznolikost - odločilna sestavina evropske konkurenčne sposobnosti
<ul style="list-style-type: none"> • inovacije • ustvarjalnost • tekmovalnost • subsolidarnost - prenos odločanja na najnižji ravni
Ustvarimo novo evropsko mitologijo, ki bo osnovana na obstoječih temeljih in novih vrednotah
<ul style="list-style-type: none"> • dostojanstvo • enakopravnost • raznolikost • bogata duhovnost
Kultura zmaguje skupaj
<ul style="list-style-type: none"> • dinamični partnerski odnosi • zaupanje in kakovostne komunikacije • sodelovanje na temelju raznolikosti • konkurenčne primerjave

Vir: povzeto po Bukovec, 2003.

2.4 Izobraževanje za kakovost

Pojmovanje kakovosti je dobilo v sodobnem času povsem novo dimenzijo. Iz izrazitega podrejanja zagotavljanja skladnosti v dokumentiranju procesov, postavljanju standardov, kontroli, se je pojmovanje kakovosti izdelkov in storitev vse bolj začelo usmerjati k uporabnikom in k upoštevanju njihovih pričakovanj in zahtev. Težnja zagotavljanja kakovosti je na zadovoljstvu uporabnika.

Redefiniranje obvladovanja kakovosti zahteva vrsto sprememb tako v delovanju organizacije kot v delovanju in miselnosti zaposlenih, kar zahteva podporo v kontinuiranem izobraževanju in usposabljanju zaposlenih.

Po Palo, Padhi ter Gregori (v Skela Savič, 2011, str. 21) je za učinkovito uvajanje TQM-principov temeljnega pomena, da vsi zaposleni vedo, kaj je TQM, kaj so cilji uvajanja, orodja in načrt uvajanja. Ni potrebno, da so vsi zaposleni izobraženi v tej smeri, morajo pa biti ustrezno usposobljeni za njegovo uvajanje in morajo biti aktivno vključeni v celoten proces priprave in uvajanja TQM.

Namen izobraževanja za kakovost je spodbuditi tiste zaposlene, ki so zastali, in zajeti v program vse zaposlene, kajti posamezniki ne morejo narediti ničesar sami, če se ne spremenijo celotne razmere v organizaciji (Vujoševič, 1996, str. 27).

Koopman (v Barle, 2007, str. 9) poudarja, da je investiranje v človeški kapital učinkovit odgovor na vprašanja, povezana z ekonomsko močjo, kot tudi na tista, ki so vezana na socialna vprašanja in izzive sodobne družbe. Hkrati izpostavi tri dimenzije visoko izobraženega in usposobljenega človeškega kapitala, ki je:

- neposreden produkcijski dejavnik,
- najpomembnejši dejavnik, ki omogoča raziskovanje in razvoj ter inovacije, ustvarja absorpcijsko sposobnost za uporabo novih tehnologij.

2.5 Izobraževanje in usposabljanje v organizaciji

Pogoj za uspešno učenje je načrtno vlaganje v znanja zaposlenega in mora po prepričanju Piskar in Dolinšek (2006, str. 196) biti poslovna politika managementa organizacije. Zaposleni v organizaciji se morajo učiti, saj je to proces, s katerim se organizacija prilagaja okolju in zahtevam okolja. Pri učenju ljudi v organizaciji gre za pridobivanje novega znanja in dvigovanje nivoja znanja posameznika in skupin v organizaciji. Zaposleni znanje pridobivajo skozi delo že, če delujejo skupaj z nekom, ki se izobražuje, lahko pa se izobražujejo načrtno, po predlogu organizacije, ali samoiniciativno. Za znanjske delavce so ravno ta ključnega pomena, saj vsak posameznik pozna svoje šibke točke in vrzeli v svojem znanju (Rant, 2008). Po drugi strani pa bi moralo biti izobraževanje, izpopolnjevanje in usposabljanje tako pravica kot dolžnost vseh zaposlenih v organizaciji (Mihalič, 2010, str. 6). Seveda samo izobraževanje še ne pomeni usvajanja znanja, ampak zgolj povečuje verjetnost razvoja pravega znanja, je pa s stalnim izobraževanjem mogoče vplivati na uspešnost učenja ter pridobivanje novih znanj, pomembnih za doseganje uspešnosti podjetja, pravita Rojc in Bahun (2006, str. 79).

Po Merkač Skokovi (2005, str. 167) izobraževanje pomeni pridobivanje znanja, razvijanje vrednot in inteligence, usposabljanje pa je načrtovana in sistematična sprememba vedenja, do katere pride na podlagi spremljanja učnih primerov. Milekšič (2000, str. 45) pravi, da je izobraževanje proces pridobivanja znanja, se pravi spoznavanja stvarnosti. Je izraz temeljne potrebe po varnosti, z izobraževanjem (učenjem, spoznavanjem) pa zadovoljujemo temeljno potrebo po varnosti. Moč znanja vidi v predvidljivosti, ki jo omogoča. Predvidevanje pa omogoča odzivanje pred dogodkom v resničnosti. Znanje omogoča pojasnjevanje, razlaganje,

prenos, napovedovanje in vrednotenje. Omogoča kritično presojanje in avtonomno ravnanje v problemskih situacijah, s katerimi se izvajalci zdravstvene oskrbe nedvomno nenehno srečujejo. Zato je zaposlene treba spodbujati k učenju in izobraževanju, kar bo omogočilo razvoj in večjo vrednost znanja, zagotovljena bo večja kakovost.

Izobraževanje je za današnjo organizacijo nuja, za organizacijo prihodnosti pa tudi vrednota in del njene kulture. Izobraževanje je v organizaciji proces, s katerim organizacija spoznava procese in stanja v okolju ter se jim prilagaja, Ferjan (v Merkač Skok, 2005, str. 167). Ker je izobraževanje in usposabljanje zaposlenih pomemben dejavnik za doseganje ciljev kakovosti in ker praktično vse dejavnosti vplivajo na kakovost, mora izobraževanje in usposabljanje zajeti vsa področja in vse nivoje zaposlenih v organizaciji in ne le za kakovost pomembnejša dela (Vujoševič, 1996, str. 192-195).

Pomen izobraževanja je:

- V posrednem uveljavljanju spremembe sistema. Tako se zaposlene pripravlja na določene spremembe, ki jih lahko pričakujejo in se bodo znali nanje odzvati. Pridobivanje novega znanja in vključevanje v izobraževanje zadovoljujeta potrebo zaposlenih po samopotrjevanju, saj se čutijo cenjene na svojem delovnem mestu, hkrati pa prispevajo k razvoju organizacije (Peček, 2000, str. 88).
- Z izobraževanjem in usposabljanjem bodo zaposleni pravila, navodila ter standarde brali in hkrati razumeli in jih uporabljali. Kajti tudi če so standardi in pravila napisani, nikoli ne ustrezajo, in tudi če so v celoti upoštevani, se lahko pojavljajo odkloni in napake. Samo znanje, izkušnje, veščine ter ustrezna informiranost zaposlenih pripomore k učinkovitemu reševanju problemov (prav tam, str. 44).
- S tem ko je človek izobražen, postane zanesljiva osebnost, na katero lahko prenesemo odgovornost, sam želi obvladovati svoj proces in že sam kontrolira svoje lastne proizvode, preden jih pošlje v naslednji proces.
- Izobraženi zaposleni imajo večjo kognitivno fleksibilnost, večjo sposobnost in spretnost reševanja problemov. Poleg tega bolj izobraženi ljudje učinkoviteje uporabljajo različna sredstva za nadgrajevanje svojega znanja. To pa je temelj obvladovanja in zagotavljanja kakovosti meni Pallas (v Barle, 2007, str. 11).

Po Vujoševiču (1996, str. 192-195) je potrebno predvideti tak obseg izobraževanja, ki bo zagotavljal:

- da so zaposleni ustrezno usposobljeni za uporabo in razumevanje zahtev postopkov in drugih dokumentov sistema kakovosti,
- da se zaposleni zavedajo svojih odgovornosti v okviru sistema kakovosti,
- da so zaposleni sposobni opravljati svoja dela.

Ob tem je treba pozornost nameniti izobraževanju vodstvenih in vodilnih delavcev o razumevanju zahtev sistema kakovosti, uporabi novih metod in tehnik, izobraževanju in

usposabljanju na novo sprejetih delavcev, delavcev, ki so prevzeli nove funkcije ter delavcev, na področju uporabe statističnih metod ter določiti postopke in odgovornosti za:

- sistematično ugotavljanje potreb za izobraževanje in usposabljanje delavcev, planiranje, organiziranje in izvajanje ustreznih programov izobraževanja in usposabljanja,
- vodenje zapisov o opravljenem izobraževanju in usposabljanju delavcev in doseženih uspehih (spričevala, potrdila), tako da je od vsakem času razvidno zadnje stanje usposobljenosti osebja (prav tam).

2.6 Kultura organizacije

Kadar govorimo o upravljanju kakovosti, mislimo na kakovost celotne organizacije, o politiki kakovosti, sistemih kakovosti, pogosto pa zanemarjamo osnovni gradnik kakovosti – posameznika, ki s svojim (ne)znanjem in s svojim delovanjem uresničuje (podpira, zagotavlja in udejanja ali pa ruši) širšo kakovost. A poslovna odličnost se prične prav z osebno odličnostjo (Žargi, 2003), ki je temelj kulture organizacije.

Kultura organizacije je splet načinov obnašanja in delovanja ljudi v skupini, v organizaciji, v podjetju, v družbi. Obnašanje ljudi izhaja iz njihovih minljivih in spremenljivih potreb, predvsem pa iz vrednot. To so dobrine, ki človeku največ pomenijo, ga oblikujejo in se prenašajo iz roda v rod. Kultura usmerja obnašanje in delovanje ljudi mnogo bolj kot vse norme in prisila in spodbude v organizaciji, bolj kot smernice in predpisi, pravilniki in poslovniki, statuti in navodila. Kultura ima odločilen, prevladujoč vpliv na urejenost delovanja v organizaciji (Tavčar, 2006, str. 36). Na pomen organizacijske kulture za uspešno in učinkovito uvajanje katerega koli sistema kakovosti opozarja Trnavčevičeva (v Trnavčevič idr, 2000, str. 20), ki temu pravi filozofija kakovosti. Sestavljajo jo kultura, pripadnost ideji kakovosti in komunikacija. Poudarja, da je potrebno vizijo, filozofijo kakovosti dobro prediskutirati in jasno opredeliti na sestankih, delovnih skupinah po timih, aktivih, po različnih strokovnih delovnih skupinah spodbuditi razpravo o sistemu, ki ga želimo vpeljati, o prednostih in tudi težavah ter zahtevah. Prav tako je potrebno izpopolnjevanje, usposabljanje in izobraževanje zaposlenih. Dodaja, da poleg kakovosti kot vrednote in norme potrebujejo zaposleni tudi orodja, spretnosti, znanje in vedenje.

Razumevanje splošnih definicij in opredelitev kakovosti in kakovosti storitev je ključnega pomena za razumevanje koncepta obvladovanja celovite kakovosti. Poleg tega predstavlja temelj za razumevanje koncepta kakovosti v zdravstveni oskrbi in zdravstveni negi in pri njenem zagotavljanju.

3 OBVLADOVANJE KAKOVOSTI IN VARNOSTI V BOLNIŠNIČNI ZDRAVSTVENI OSKRBI

Zdravstveno varstvo je kompleksna, kontinuirana dejavnost, dostopna 24 ur dnevno in vse dni v letu. Hkrati z razvojem zdravstvene stroke, ki temelji na kakovostni in varni obravnavi pacientov, so se izoblikovale številne opredelitve kakovosti v zdravstvu. Obvladovanje kakovosti v zdravstveni oskrbi pomeni upoštevanje zakonskih predpisov, smernic, standardov, načel kakovosti in številnih drugih aktivnosti, ki zagotavljajo varno zdravstveno oskrbo in zadovoljstvo pacientov. Temeljni dokumenti za oblikovanje kakovosti v zdravstvu izhajajo iz mednarodnih in nacionalnih dokumentov.

Področje zdravstvenega varstva urejata dva temeljna zakona: Zakon o zdravstvenem varstvu in zavarovanju in Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej). Po ZZDej (ZZDej-1, 2013) je bolnišnica opredeljena kot javni zavod, ki deluje v skladu z zakonskimi predpisi in opravlja svoje storitve na sekundarni ravni ter obsega:

- specialistično ambulantno obravnavo,
- dnevno bolnišnično obravnavo,
- akutno bolnišnično obravnavo,
- neakutno bolnišnično obravnavo.

Med najpomembnejšo zakonodajo, ki ureja organizacijsko okolje bolnišnic, sodijo Ustava Republike Slovenije, Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Zakon o zdravstveni dejavnosti, Zakon o lekarniški dejavnosti, Zakon o zavodih, Zakon o javnih financah, Zakon o zdravniški službi, Zakon o investicijah v javne zdravstvene zavode, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija, Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, (Bašin, 2008). Ob tem nikakor ne gre prezreti *Zakona o duševnem zdravju*, ki je bil sprejet leta 2008 in ga morajo psihiatrične bolnišnice pri izvajanju zdravstvene oskrbe pacientov z duševnimi motnjami dosledno upoštevati.

Dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe je osnovna človekova pravica, ki jo priznavajo in spoštujejo Evropska unija, vse njene institucije in državljani Evrope. V skladu s tem dejstvom imajo pacienti pravico pričakovati, da bo ves trud vložen v zagotavljanje njihove varnosti kot uporabnika vseh zdravstvenih storitev (Luksemburška deklaracija o varnosti bolnikov, 2005).

Zdravstveno varstvo predstavlja pomemben del zdravstvenega sistema, katerega končni cilj je izboljšanje zdravstvenega stanja pacientov. Temelj uspešnega zdravljenja je kakovost zdravstvene oskrbe. Da bi lahko izpolnili pričakovanja glede učinkovitosti in varnosti zdravstvenega sistema, je treba zagotoviti kakovost zdravstvenih storitev (Pribaković Brinovec idr., 2010, str. 9).

Kakovost zdravstvene oskrbe je pojem, ki zajema elemente oskrbe, s pomočjo katerih lahko sklepamo na celotno nudenje »uslug« in ga uporabljamo v pomenu tistega obsega zdravstvene

oskrbe, ki jo pričakujemo od izvajalca (Kersnik, 1994, str. 24). Je nenehen napor vseh, ki delajo v zdravstvu, prav tako pa tudi pacientov in njihovih svojcev, raziskovalcev (Lubi 2009).

Bistvo vodenja kakovosti v zdravstvu 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:

- na prilagajanju spreminjajočim se razmeram,
- na odpravljanju vzrokov za vrzeli med odkloni in standardno kakovostjo,
- na razširjanju vzrokov za najboljše prepoznane prakse (Kiauta, Poldrugovac, Rems, Robida in Simčič, 2010, str. 8).

Zdravstvena oskrba je skupek diagnostičnih, terapevtskih, rehabilitacijskih, negovalnih in drugih zdravstvenih posegov in ukrepov. Zdravstvena obravnava pa je skupek posameznih faz postopka s pacientom, ki ga izvajata zdravstvena ustanova, posamezni izvajalec ali skupina izvajalcev v zdravstvu. Zdravstvena obravnava je širši pojem, ki zajema tudi zdravstveno oskrbo (Robida, 2009, str. 10).

Kakovost v zdravstvu ima po besedah Robide (2006, str. 38) najmanj dve razsežnosti. Prva je kakovost z vidika zdravstvenega osebja, kjer gre predvsem za tehnično kakovost, druga je pogled pacienta.

3.1 Definicija kakovosti v zdravstvu in načela kakovosti v zdravstvu

Izhajajoč iz definicije kakovosti, ki pomeni nenehno izboljševanje zdravstvene prakse, je Robida po Bataleden in Davidoff (v Robida, 2009, str. 24) izpeljal definicijo kakovosti v zdravstvu, ki pravi, da je kakovost zdravstvene obravnave nenehno prizadevanje vsakogar-zdravstvenih strokovnjakov, pacientov in njihovih svojcev, raziskovalcev, plačnikov, načrtovalcev in izobraževalcev, da naredijo spremembe, ki bodo privedle do boljših zdravstvenih izidov za paciente, večje uspešnosti delovanja sistema in boljšega razvoja strokovnjakov.

Razvoj kakovosti v zdravstvu ni novodobni pojav, pač pa sega nekaj desetletij v preteklost, ko je leta 1984 Gronroos razdelil kakovost na dve komponenti, kot funkcionalno, ki opredeljuje, kako pacient sprejema »servis«, in tehnično kakovost, kakovost zagotavljanja oskrbe. Leta 2001 so ameriški strokovnjaki zdravniškega združenja predlagali definicijo kakovosti v zdravstvu na podlagi šestih načel kakovosti v zdravstvu, po NHS Scotland (v Štandeker, 2012, str.8). WHO (2006) je oblikoval strnjen strateški dokument kot priročnik, ki predlaga, da kakovost zdravstvenega sistema nasploh upošteva šest načel oziroma dimenzij kakovosti. Po definiciji WHO mora biti zdravstvena oskrba učinkovita, uspešna, dostopna, sprejemljiva, pravična in varna.

Ministrstvo za zdravje je definicijo prevzelo in objavilo v Nacionalnih usmeritvah za razvoj kakovosti in jo definira kot dosledno ustvarjanje izidov zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami in temelji na upoštevanju šestih načel kakovosti:

- Uspešnost-doseganje zelenih izidov zdravljenja.
- Varnost-zmanjševanje varnostnih zapletov med oskrbo pacienta.
- Pravočasnost-zagotoviti primeren čas zdravstvene oskrbe pacienta.
- Učinkovitost-izbira optimalnega razmerja med izidi zdravljenja in uporabljenimi viri.
- Enakost-nediskriminatorna obravnava pacienta.
- Osredotočanje na pacienta-spoštovanje pacientovih vrednot, potreb, želja po izbiri, obveščenost, primerno okolje, prisotnost tretjih oseb (Robida, 2006, str. 5).

Definicijo kakovosti v zdravstvu je leta 1992 oblikoval Ovretveit, ki pravi, da je kakovost zdravstvene dejavnosti popolno zadovoljevanje potreb tistih, ki zdravstvene storitve najbolj potrebujejo, pri nižjih stroških za organizacijo, znotraj danih meja in smernic višjih oblastnih organov in plačnikov. Sestavine kakovostne zdravstvene oskrbe so:

- visoka stopnja strokovnosti,
- učinkovita izraba človeških, finančnih in materialnih virov,
- čim manjše tveganje za pacienta,
- zadovoljstvo za pacienta,
- pozitiven vpliv na zdravstveno stanje pacienta (Galinec, 2012, str. 9-10).

Kadivčeva (1998, str. 210) kakovost zdravstvene oskrbe opredeljuje kot raven, na kateri mora biti delo opravljeno v skladu s predhodno postavljenimi cilji ali standardi oskrbe. Po Donabedianu povzema najpogosteje uporabljeno definicijo, ki pravi, da je kakovost zdravstvene oskrbe soglasje med dejansko izvajano zdravstveno oskrbo in predhodno postavljenimi kriteriji.

3.2 Upravljanje kakovosti zdravstvene oskrbe in nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti (SZO, Svet Evrope, EU)

Upravljanje kakovosti na področju zdravstvenega varstva zagotavlja, da pacienti prejmejo odlično zdravstveno oskrbo. Je funkcija zdravstvenih organizacij, ki so odgovorni za izvajanje zdravstvene oskrbe, da zagotavlja in nudi optimalno oskrbo pacientov ter v identificiranju področij, kjer obstajajo slabosti ob preverjanju skladnosti. Upravljanje kakovosti v zdravstvu pomaga upravljati, zmanjšati in ublažiti tveganja (Sheahan, b. l.).

Definicije upravljanja kakovosti za vse načrtovane aktivnosti zdravstvene oskrbe znotraj vodenja kakovosti lahko opredelimo z naslednjimi področji:

- *Zagotavljanje kakovosti*, ki je merilo oskrbe in metoda izboljševanja, samo tam, kjer je potrebno. Kar pomeni opisovanje, merjenje, vrednotenje, izvajanje ukrepov za izboljšanje kakovosti.

- *Ugotavljanje kakovosti* je poskus ugotavljanja osnovnega stanja procesa ali sistema in merjenja po načelu prej/nato, kar v zdravstveni oskrbi in ZN pomeni primerjavo med dejansko opravljeno ZN in postavljenimi standardi.
- *Kontrola ali obvladovanje kakovosti* je izvajanje aktivnosti izpolnitev zahtev za kakovost ter merjenje in primerjanje procesa ali dejavnosti z vnaprej določenimi cilji.
- *Nenehno izboljševanje kakovosti* so ukrepi, ki se uvedejo po celotni organizaciji za izboljševanje uspešnosti in učinkovitosti aktivnosti in procesov, da se organizaciji in njenim odjemalcem zagotovijo dodatne koristi.
- *Celovito upravljanje kakovosti* je način vodenja organizacije, osredotočen na kakovost, ki temelji na sodelovanju vseh njenih članov, je načrtovan pristop zdravstvene ustanove, ki ima za cilj na najboljši način opraviti storitev in nenehno izboljševati kakovost (Robida v Lubi, 2009).

Z vstopom Slovenije v Evropsko unijo in s tem prevzemanje skupne odgovornosti za državljane držav članic EU so nastopile zahteve po celovitem vodenju in koordinaciji kakovosti na ravni posameznika (Robida, 2005, str. 11).

Izhodišča za strategijo zagotavljanja kakovosti v zdravstvu so bila zasnovana v mednarodnih dokumentih SZO (WHO), Sveta Evrope in dokumentih Evropske unije.

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO)

Države, članice SZO, so sprejele dokument Zdravje 21-zdravje za vse v 21. stoletju z 21 cilji, kjer je pomemben 16. cilj: upravljanje kakovosti zdravstvene oskrbe. Osredotoči se na zdravstvene izide kot končno merilo kakovosti zdravstvene oskrbe. To pomeni, da morajo države članice zagotoviti, da se zdravstveno varstvo osredotoči na izide zdravljenja na vseh ravneh (Robida, 2005, str. 11). Na svoji 55. skupščini je SZO izpostavila še problem varnosti v zdravstvu, saj zdravstvene napake povzročajo človeško trpljenje in visoke stroške v zdravstvu. Poudarjajo, da je treba posvetiti veliko pozornosti vprašanju varnosti in oblikovati sisteme za izboljševanje njihove varnosti in v ta namen ustanovila tudi Svetovno zvezo za varnost pacientov (Robida, 2006, str. 23).

Svet Evrope

Sprejel je priporočila zdravstvenih ministrov leta 1997. Najpomembnejše sporočilo je bilo, da države ustvarijo sistem in strukture, ki bodo podpirale oblikovanje in vpeljevanje sistemov za nenehno izboljševanje kakovosti zdravstvenega varstva na vseh ravneh. Osnova priporočil je spoznanje, da je pravica vsakega in vsake skupnosti dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe (Robida, 2005, str. 11).

Evropska unija

Vse bolj pomembna postaja mobilnost pacientov v Evropski uniji in prav zaradi te je namen EU zagotoviti kakovostno zdravstveno obravnavo za državljane EU (Robida, 2005, str. 12).

Strategija zagotavljanja kakovosti in varnosti v zdravstveni oskrbi, poleg prej omenjenih dokumentov temelji na nacionalnih dokumentih, ki so:

- Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu,
- Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013,
- Zakon o pacientovih pravicah,
- Priporočilo Sveta z dne 9. 6. 2009 o varnosti pacientov, vključno s preprečevanjem in obvladovanjem okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo,
- Luksemburška deklaracija o varnosti pacientov,
- Zakon o akreditaciji (Kiauta idr, 2010, str. 8).

3.3 Nacionalni program zdravstvenega varstva RS

Razvoj celovitega pristopa kakovosti in varnosti v zdravstveni oskrbi podpira krovni dokument Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu, ki ga je izdalo Ministrstvo za zdravje leta 2006. Z namenom uresničevanja ciljev Nacionalne strategije kakovosti in varnosti v zdravstvu in Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu je bil 27. 6. 2012 sprejet aneks k splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2012, ki med drugim v 36. členu določa, da morajo izvajalci specialistične bolnišnične dejavnosti v letih 2012 in 2013 pristopiti v proces pridobitve akreditacije, pri čemer podlago predstavljajo usmeritve Zdravstvenega sveta glede vzpostavitve sistema akreditacije zdravstvenih ustanov v Sloveniji. Pristop pomeni do 1. 1. 2014 formalno zaključeno predhodno oceno (Štandeker, 2012, str. 11).

Leta 2010 je Ministrstvo za zdravje objavilo Nacionalno strategijo kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010-2015), ki je temeljni dokument za zagotavljanje kakovosti in varnosti v zdravstvu. Njen namen je učinkovito razvijati sistematičnost in strokovnost aktivnosti nenehnega izboljševanja zdravstvene obravnave ter varnosti pacientov ob upoštevanju:

- šestih načel kakovosti v zdravstvu,
- načel vodenja kakovosti po uveljavljenih standardih in certifikatih kakovosti (Kiauta idr., 2010, str. 13).

Strategija opredeljuje naslednje strateške cilje:

- Razvoj sistematičnega vodenja kakovosti in varnosti, katerega namen je s procesnim pristopom vzpostaviti, razvijati in vzdrževati celovito vodenje kakovosti na vseh ravneh v sistemu zdravstvenega varstva.
- Razvoj kulture varnosti in kakovosti.
- Vzpostavitev sistema izobraževanja in usposabljanja s področja kakovosti ter varnosti.

- Razvoj sistemov za izboljšanje uspešnosti in učinkovitosti zdravstvene oskrbe-skrajšanje čakalnih dob, vpeljava kliničnih poti (prav tam).

Nacionalna strategija o kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010-2015) je prepoznala, da je akreditacija le eno izmed orodij, skozi katere lahko dosežemo višjo raven kakovosti zdravstvene obravnave. Pri vseh ukrepih so potrebni kazalniki, s pomočjo katerih lahko prepoznamo področja, kjer so prednostno potrebne izboljšave in učinki sprejetih ukrepov za izboljšave (Simčič, Poldrugovac in Marušič, 2011a).

V letu 2010 je bil prvič uveden razširjen nabor več kot 70 kazalnikov kakovosti. Ob tem je bil objavljen Priročnik o kazalnikih kakovosti s podrobnimi metodološkimi navodili za njihovo spremljanje. Medtem ko je bila že leta 2006 prvič v Splošnem dogovoru vključena obveznost izvajalcev, da spremljajo 6 obveznih kazalnikov kakovosti in letno uvedejo vsaj dve novi klinični poti v svoji ustanovi (Kiauta idr., 2010, str. 13).

Kot poudarjajo Simčič, Poldrugovac in Marušič (v Simčič idr., 2011a), so spremljanje kazalnikov kakovosti in akreditacija ključna orodja za spodbujanje vodenja, obvladovanja in zagotavljanja kakovosti posamezne zdravstvene storitve ob upoštevanju, da je v središču dejavnosti in sistema izključno pacient.

Sistem vodenja kakovosti in varnosti omogoča usmerjanje na osredotočenost k pacientu, omogoča podporo strokovnemu razvoju, učinkovito komunikacijo med zaposlenimi, nenehno vključevanje in angažiranje vseh zaposlenih ter učinkovitost rabe razpoložljivih virov, ki so na voljo v organizaciji za doseg vizije in poslanstva organizacije.

4 ZAGOTAVLJANJE KAKOVOSTI V BOLNIŠNIČNI ZDRAVSTVENI OSKRBI - ZAHTEVE IN PRIPOROČILA MINISTRSTVA ZA ZDRAVJE

Temeljni cilj delovanja vseh izvajalcev zdravstvene oskrbe je svojim uporabnikom ponuditi in zagotoviti kakovostno in varno zdravstveno oskrbo, ki je podprta z urejenostjo procesov in postopkov, z ustreznimi standardi in kazalniki kakovosti, v skladu z lastnimi usmeritvami ter priporočili ustanovitelja ter vzpostavitev sistemov vodenja kakovosti po merilih mednarodno priznanih sistemov za priznanje kakovosti (akreditacija).

Zdravstveni sistem je kompleksen in zapleten družbeni, politični, solidarnostni in poslovni sistem, v katerem potekajo tako medicinski kot upravljalški in informacijski procesi. Njegovo poslanstvo je ohranjanje, krepitev in povrnitev zdravja ljudi in preprečevanje trpljenja zaradi bolezni. Upravljanje kakovosti je v takih sistemih zahtevno strokovno in poslovno opravilo, zato je pri oblikovanju sistemov kakovosti in modelov za presojo kakovosti potrebno združiti vse razpoložljivo znanje in metode različnih strokovnih področij (Štern, b. l.).

Zagotavljanje kakovosti v zdravstvu pomeni sistematično opisovanje, merjenje, vrednotenje, in, kadar je potrebno, tudi izvajanje ukrepov za izboljšanje kakovosti. Vendar pa je potrebno razlikovati med ocenjevanjem kakovosti in zagotavljanjem kakovosti, kjer ocenjevanje pomeni postopek, pri katerem z uporabo metod in izbranih kriterijev primerjamo med izvajano in dogovorjeno oskrbo, torej med dejansko opravljeno ZN in izbranimi, postavljenimi kriteriji in standardi (Kadivec, 1998, str. 210).

Šostar (2000, str. 9) zagotavljanje kakovosti opredeljuje kot skupek dejavnosti managementa kakovosti, načrtovanja kakovosti, upravljanja in preverjanja. Obsega torej vse planirane in sistematične dejavnosti, potrebne za pridobitev primernega zaupanja ter izpolnjevanje predpisanih zahtev. Ni samo tehnična dejavnost, temveč je to sistem, ki presega okvir procesov in prodira v vse funkcije organizacije. Zagotavljanje kakovosti zajema naslednje dejavnosti:

- določanje meril in ciljev kakovosti,
- razvoj lastnih analiz in preverjanj,
- svetovanje pri vprašanjih o kakovosti,
- zagotavljanje kakovostno usmerjenih razvojnih in drugih procesov.

Zagotavljanje kakovosti v zdravstvu temelji na sodelovanju multidisciplinarnih znanj oziroma sodelovanju različnih strokovnih skupin in jo dosežemo z ustreznim sodelovanjem vseh zaposlenih v organizaciji (Simčič in Retelj, 2007).

Koncept kontinuiranih izboljšav mora biti vključen v učinkovit sistem vodenja, in sicer s ciklusom načrtovanja, realizacije, revizije in izboljšav procesa ter ukrepov, ki jih organizacija uporablja za doseg ciljev, kot zahtevajo mednarodno priznani standardi po načelu PDCA. Kar v praksi zdravstvene oskrbe to dejansko pomeni:

- načrtuj: načrtovanje, vključno s prepoznavanjem nevarnosti in tveganj ter zastavljanjem ciljev,
- naredi: realizacija, vključno z usposabljanjem in operativnimi zadevami,
- preveri: preverjanje, vključno z nadzorom in korektivnimi ukrepi,
- ukrepaj: revizija, vključno s procesom inovacij in sprememb v sistemu vodenja (DNV-standard za bolnišnice, 2011, str. 8).

Za izboljšanje vodenja kakovosti in varnosti se mora bolnišnica osredotočiti na vzroke neskladij in neželene dogodke. Sistematično prepoznavanje in odpravljanje pomanjkljivosti sistema vodi k izboljšanju učinkovitosti, nadzora kakovosti, varnosti pacientov in splošne varnosti. Le to je mogoče ob rednem notranjem samonadzoru oziroma samoocenjevanju ter zunanjem presojanju kakovosti (prav tam).

Celovito kakovost javne zdravstvene službe je v teoretičnih proučevanjih mogoče zaslediti v treh vsebinskih sklopih, kot jih predstavlja Simčičeva (2005, str. 26):

- *Kakovost zdravstvene oskrbe pacienta*, usmerjena v zdravstvene rezultate (strokovno-tehnična kakovost). Ta se nanaša na zdravstvene delavce in mora biti sestavina njihovega vsakodnevnega strokovnega dela.
- *Zadovoljstvo pacienta* (laična kakovost), temelji na njegovih čustvih glede pričakovanja kakovostne zdravstvene oskrbe in resničnostjo zadovoljitve njegovih želja ali potreb. Kaže se kot zadovoljstvo ali nezadovoljstvo z zdravstvenim izidom, kar je močno povezano z zaupanjem, ki ga pacient razvije glede na pristop zdravljenja.
- *Zadovoljivo zdravje prebivalstva*, ki ni pomembno samo za posameznika, ampak za celotno prebivalstvo. Dosegati in ohranjati najvišje možno zdravje vseh ljudi pomeni visoko raven družbene kakovosti javne zdravstvene službe.

4.1 Sklopi (področja) zagotavljanja kakovosti in varnosti v bolnišnici

Na Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije je bil ustanovljen Oddelek za kakovost v zdravstvu, v katerem so v letu 2001 pripravili in izdali priročnik Splošni standardi zdravstvene obravnave za bolnišnice in oblikovali deset sklopov oziroma področij zagotavljanja kakovosti, ki jih morajo bolnišnice obvladovati. Vse opredelitve niso aktualne za vse izvajalce zdravstvene oskrbe in za obravnavano bolnišnico, vendar jih kot navedene s strani Ministrstva za zdravje v nadaljevanju navajamo kot so zapisane in opredeljene¹:

- *sodelovanje pacientov in nacionalna anketa o izkušnjah pacientov*,
- *varnost pacientov*,
- *poročanje o zapletih*,
- *kazalniki kakovosti*,
- *klinične poti*,
- *klinične smernice*,

¹ Natančen opis posameznega sklopa je naveden v prilogi B.

- *vodenje kakovosti in akreditacije,*
- *čakalne dobe,*
- *zdravstvo ob množičnih nesrečah in v kriznih razmerah,*
- *sistem nujne medicinske pomoči (Ministrstvo za zdravje, b. l.).*

4.2 Merila za ocenjevanje kakovosti zdravstvenega varstva/storitev

Ena pomembnejših funkcij sistema vodenja kakovosti zdravstvenega varstva je spremljanje skladnosti, ki pomeni spremljanje zagotavljanja kakovosti, sledenje procesom in nudenje optimalne nege pacientom. Najprimernejša metoda za spremljanje skladnosti kakovosti je revizija, torej preverjanje dokumentacije glede standardov in meril, pregledovanje podatkov ter statistična obdelava (Sheahan, b. l.). Osnova za presojanje kakovosti so merila, ki pomenijo specifične lastnosti. Določajo, kaj meriti pri presoji zdravstvene prakse in so povezana s standardom, ki ga ocenjujemo. Merila, standardi in kazalniki kakovosti so med seboj povezani. Kadar nekaj merimo in izboljšujemo, je pomembno, da to resnično služi izboljšavam procesov in izidov (Robida, 2009, str. 50).

4.2.1 Kazalniki kakovosti

Pomemben del zagotavljanja kakovosti zdravstvene oskrbe predstavljajo kazalniki kakovosti, merljiva lastnost, ki kaže stopnjo kakovosti zdravstvene oskrbe. Uporabljajo se kot vodilo in osnovno orodje za izboljševanje zdravstvene oskrbe pacientov na podlagi proučevanj odstopanj od pričakovanih rezultatov glede na zastavljene standarde (Robida, 2009, str. 50). Kažejo na izide obravnave bolnikov in drugih uporabnikov in so vodilo za spremljanje, ocenjevanje in izboljševanje kakovosti obravnave bolnikov, kliničnih storitev, podpornih dejavnosti in delovanje zavoda (Rems, 2008, str. 31).

Leta 2010 je bil pripravljen dokument Kazalniki kakovosti pod okriljem Ministrstva za zdravje. Kazalniki kakovosti nudijo pacientom informacije o varnosti in kakovosti obravnave po posameznih ustanovah (Marušič, 2010, str. 8). V dokumentu je predstavljen nabor 73 kazalnikov, ki jih izvajalci spremljajo glede na specialnost področja (vsi kazalniki pri vseh izvajalcih niso aktualni, dokument o kazalnikih kakovosti pa je dostopen na spletni strani Ministrstva za zdravje).

Zdravstvene ustanove, glede na svojo specifiko, spremljajo oblikovane kazalnike kakovosti in vsako četrletje poročajo Ministrstvu za zdravje ter objavljajo rezultate spremljanja obveznih kazalnikov kakovosti, in sicer:

- *Delež pacientov z razjedo zaradi pritiska (RZP), kjer merimo uspešnost in učinkovitost izvedenih aktivnosti na področju preprečevanja in oskrbe RZP. Z doslednim izvajanjem preventivnega programa preprečevanja RZP dosežemo kakovostno in varno obravnavo vseh pacientov, ki imajo dejavnike tveganja za nastanek RZP (Pribaković Brinovec idr., 2010, str. 64).*

- *Število padcev pacientov v bolnišnici.* Padec je definiran kot nenameren, nepričakovan pristanek na tleh oziroma na nižji ravni s poškodbami ali brez njih, pomeni tudi zdrs s postelje, zdrs s stola na tla, padec brez prič ali primer »najden na tleh« (to je padec, ko niti pacient niti kdo drug ne ve, kako je pacient padel), spotik, zdrs, padec pri hoji. Zato je pomembno, da čim hitreje prepoznamo paciente, ki so ogroženi za padec (prav tam, str. 196).

Spremljanje kazalnika temelji na:

- oceni pacienta s statistično značilnimi dejavniki tveganja,
- pravočasnem prepoznavanju ogroženih pacientov,
- ciljanem delovanju na dejavnike tveganja,
- uspešnem predvidevanju možnosti padca,
- ustvarjanju varnega okolja za pacienta,
- vključitvi vseh strokovnih skupin, timskem delu,
- vključitvi družine, svojcev in vzpostavitvi dobre komunikacije med njimi in zdravstvenimi strokovnjaki,
- verodostojnem dokumentiranju, računalniškem evidentiranju,
- motiviranju osebja,
- izobraževanju zdravstvenih strokovnjakov in svojcev (prav tam, str. 198).

In še kazalnika:

- *Preprečevanje prenosa bolnišničnih okužb, ki je v povezavi z kazalnikom higiene rok.* Kazalnik kaže, koliko pacientov je v tekočem letu kolonizacijo z MRSA pridobilo v bolnišnici. Namen kazalnika je spremljanje kolonizacije in okužb z MRSA in je merilo uspešnosti izvajanja programa preprečevanja širjenja MRSA, uspešnosti/ustreznosti izvajanja higiene rok z alkoholnimi razkužili, s tem pa tudi kakovosti obravnave pacientov. Poleg programa preprečevanja širjenja MRSA je v bolnišnici predpisan standard umivanja in razkuževanja rok, ki je ključnega pomena za preprečevanje širjenja okužbe z MRSA.
- *Kultura varnosti.* Za merjenje, preprečevanje, ukrepanje, zagotavljanje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe je nujno spremljati razvoj varnostne kulture, ki je ključnega pomena za visoko zanesljive organizacije. Kar pomeni vrednote, mišljenje in norme vodstva, zdravstvenega in nezdravstvenega osebja. Pri tem ni bistvo v iskanju krivca in obtoževanje zaposlenih, pač pa v iskanju rešitev in priložnosti za izboljšave. V to smer je nujno pripraviti in spodbuditi zaposlene, da se bodo s tveganji znali soočati in bodo napake tudi prepoznali ter brez strahu o njih poročali (prav tam, str. 202).

4.2.2 Napake in neželeni dogodki

Vse napake niso posledica pomot, pozabljivosti ali malomarnosti, lahko izvirajo iz organizacije dela in procesa. Napake niso nekaj neizogibnega, lahko pa se jim izognemo. Postaviti moramo tak sistem dela, tako organizacijo poslovanja in take delovne razmere, da bomo napake organizirano preprečevali. Če se kljub temu pojavijo, jih pravočasno odkrijemo in odpravimo. Gašenje problemov moramo zamenjati s preprečevanjem napak. Bistvo ni le v tem, kaj odkrijemo, temveč kaj s tem, kar smo našli, naredimo (Vujoševič, 1996, str. 17).

Opozorilen nevaren dogodek je katerikoli dogodek, ki privede ali bi lahko privedel do nepričakovane smrti ali večje stalne izgube telesne ali duševne funkcije. To je dogodek, ki ni povezan z naravnim potekom bolnikove bolezni. Pomeni nepredvideno odstopanje v procesu ali izidu zdravstvene in druge oskrbe. Je resnejši kot medicinska napaka. *Zdravstvena napaka* pa je dogodek, ki pomeni odstopanje od tega, kar je pravilno in odstopa od pričakovanih norm. Tako o napaki govorimo tudi takrat, ko ne pripelje do škodljivosti. (Ministrstvo za zdravje, b. l.).

4.2.3 Standardi in obvladovanje standardov kakovosti

Slovenski inštitut za standardizacijo (v Robida, 2009, str. 47) standard opredeljuje kot dokument, ki nastane s konsenzom in ga odobri priznani organ, ki določa pravila, smernice ali značilnosti za dejavnost ali njihove rezultate ter je namenjen za splošno in večkratno uporabo. Usmerjen je v doseganje optimalne stopnje urejenosti na danem področju. Pomeni merljivo izjavo o uspešnosti delovanja in opiše, kakšno kakovost, osnovano na dokazih, je treba doseči. Standard za presojo in izboljšanje zdravstvene prakse po Robidi (prav tam) določa, kaj moramo narediti in kako ter kako mora kaj biti, da zagotovimo najboljšo mogočo obravnavo glede na razpoložljive vire.

Standard je podlaga za samoocenjevanje, ki ga izvaja organizacija sama, katere namen je ugotoviti uspešnost delovanja organizacije, preveriti, ali je delovanje skladno, delno skladno ali neskladno s standardom. Pri samoocenjevanju je potrebno pregledati še ali so zahteve standardov zapisane v aktih organizacije (statut, pravilniki, pravila, navodila, klinične poti, kazalniki) ter ali je osebje seznanjeno s standardi in ali se standardi v resnici izvajajo. Hkrati pa je to priložnost za oblikovanje izboljšav ali celo preseganje standarda (Robida, 2004, str. 7). Prav tako so vnaprej opredeljeni standardi kakovosti, kjer je vnaprej določeno, kaj natančno je potrebno storiti, da se doseže pričakovana kakovost, izhodišče akreditacije glede kakovosti obravnave (Simčič, Ceglar, in Marušič, 2011b, str. 117).

V psihiatrični ZN izvajalci ZN standarde oblikujejo glede na pridobljeno znanje, s študijem strokovne literature ter glede na razpoložljive možnosti v organizaciji. Ob tem so zastavljena tudi merila za ugotavljanje skladnosti posameznega standarda.

4.3 Presojanje kakovosti zdravstvene oskrbe-akreditacija

Odločitev o spodbujanju akreditacije zdravstvenih ustanov v Sloveniji na podlagi mednarodno priznanih standardov izhaja iz nujnosti zagotavljanja jasnih meril za presojanje kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe pacientov, ob uveljavljanju Direktive o upravljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (Simčič idr, 2011a).

V Direktivi 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta Uveljavljanje pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu je določeno, da države članice same ohranijo odgovornost za zagotavljanje varnega, visoko kakovostnega, učinkovitega in količinsko ustreznega zdravstvenega varstva. Država članica zdravstvenega zavarovanja lahko povračilo stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva omeji zaradi razlogov, povezanih s kakovostjo in z varnostjo opravljene zdravstvene oskrbe (Blatnik, 2013, str. 221).

Presoja zdravstvene prakse je proces izboljševanja zdravstvene oskrbe pacienta s pomočjo sistematičnega pregleda zdravstvene obravnave in njene primerjave s standardi ali najboljšo prakso, ob tem da ne sme biti obsojajoča in tudi ne priložnost za obtoževanje (Robida, 2009, str. 10). S presojami se ugotavlja, do katerega obsega sistem kakovosti izpolnjuje zahteve, ugotovitve presoje pa so uporabljene za ocenitev učinkovitosti sistema managementa kakovosti in za identifikacijo možnosti izboljšav (Marolt in Gomišček, 2005, str. 115).

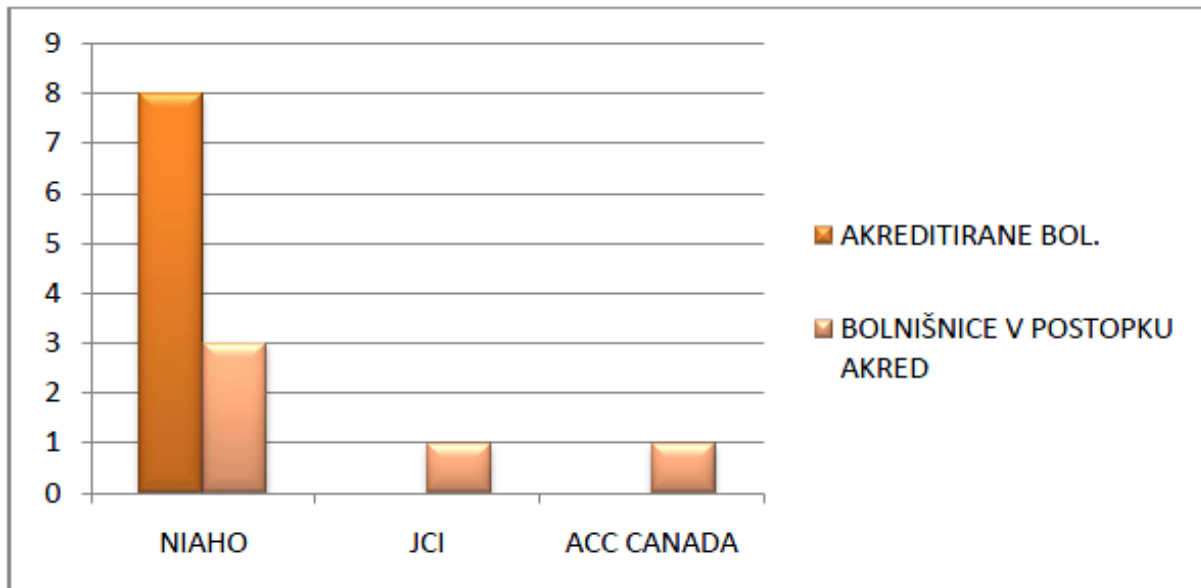
Certifikati kakovosti so dokumenti, ki izkazujejo usposobljenost zdravstvene organizacije, da vodi postopke v skladu z nacionalno ali mednarodno priznanimi standardi, kar presodi priznan akreditacijski organ, ki izda certifikat kakovosti. Eden izmed najbolj uveljavljenih in uporabljenih certifikatov je standard iz družine ISO-standardov (Štandeker, 2012, str. 18).

Akreditacija zdravstvenih zavodov je formalen postopek, kjer zunanja institucija oceni in presodi, kako zdravstveni zavod izpolnjuje vnaprej pripravljene in objavljene standarde kakovosti in varnosti z namenom nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave. Ne gre samo za oceno skladnosti s standardi, pač pa tudi za analitični in svetovalni proces nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti bolnikov. Presoja se zdravstvena ustanova in ne posameznik. Z akreditacijo zdravstvena ustanova ugotovi svoje dobre strani in pomanjkljivosti ter bolje spozna procese in kompleksnost svojega delovanja. Tako lahko načrtuje postopke za izboljševanje uspešnosti svojega delovanja (Simčič idr, 2011b, str. 117). Poudarek je predvsem na nenehnem izboljševanju kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe pacientov, opozarja Grabar (2012, str. 11).

Izbor standarda, po katerem se bolnišnica akreditira in pridobi dovoljenje za delo, Ministrstvo za zdravje v celoti prepušča odločitvi zavoda, ki izvaja zdravstveno dejavnost in zdravstveno oskrbo. V Sloveniji se bolnišnice lahko akreditirajo po mednarodno priznanih akreditacijah, katerih podrobni opisi so dostopni na spletni strani Ministrstva za zdravje:

- DNV-NIAHO.
- JCI-Joint Commission International.
- AC-Accreditation Canada.
- AAC-American Accreditation Council.

Bolnišnice, ki so že pridobile akreditacijo, najpogosteje izberejo DNV-NIAHO² standard in je edini, ki ga ima več slovenskih bolnišnic, kot je ugotovila Štandekerjeva (2012, str. 20) v svoji raziskavi leta 2012 kar je prikazano na sliki 4.1.



Slika 4.1: Predstavitev mednarodnih akreditacij v slovenskih bolnišnicah
Vir: povzeto po Štandeker, 2012.

Do leta 2014 je akreditacijo po DNV-NIAHO standardu pridobilo skupno 14 zdravstvenih ustanov, po JCI ena zdravstvena ustanova in po AC ena zdravstvena ustanova.

4.3.1 Zahteve ISO-standarda

Bistveni element v nenehnem zagotavljanju ustrezne kakovosti je pravilno vodenje, predvsem s stališča organizacije in vodenja podjetja s ciljem dosežati in ohraniti kakovost izdelkov in procesov tako, da so izpolnjene zahteve uporabnika, dosežati zaupanje podjetja, da je doseženi nivo kakovosti mogoče vzdrževati in doseganje zaupanja uporabnika glede dogovorjene kakovosti, kar je osnovno vodilo ISO-standardov (Šostar, 2000, str. 8).

Najbolj učinkovito orodje za uresničevanje organizacijskih ciljev in zagotavljanje kakovosti proizvodov/storitev je postavitve sistema kakovosti po standardih serije ISO 9000, ki so primerni za vse organizacije, ne glede na velikost in dejavnost. Standardi ISO serije 9000

² DNV-standard je do sedaj najpogosteje uporabljen standard za akreditacijo bolnišnic, zato ga bomo uporabili v magistrski nalogi.

podajajo smernice, kako oblikovati sistem za upravljanje in vodenje kakovosti, oziroma katere mehanizme moramo vgraditi v organizacijo podjetja, da bodo dosežene predpisane zahteve za proizvod/storitev (Vujoševič, 1996). Standardi družine ISO kot orodje za vodenje, nadzor in izboljševanje poslovanja zdravstvenega zavoda, omogočajo, da na osnovi uvedenega natančno vemo, kdo je odgovoren za posamezen proces, izvajalci aktivnosti pa vedo, kdaj, kaj je treba narediti, kako se aktivnosti spremljajo, evidentirajo in izboljšujejo (Hajnrih, 2012, str. 32).

Vzpostavitev sistema ISO zagotavljanja kakovosti v določeni organizaciji zahteva:

- Definiranje kriterijev kakovosti za vse aktivnosti, ki jih zajamemo v sistem zagotavljanja kakovosti. Njihova aplikacija pomeni identifikacijo vseh aktivnosti, ki so pomembne za kakovostno izvajanje dela.
- Definiranje postopkov in procedur, s katerimi zagotavljanje standardov kakovosti in njihovo dokumentiranje.
- Identificiranje in analizo problemov, ki se pojavijo v določenem segmentu.
- Odpravljanje vzrokov težav oziroma problemov s pomočjo ustrezne korektivne akcije (Možina, 2003).

Prenovljeni Standard SIST EN ISO 9001:2008 sestavljajo glavni deli:

- *Sistem vodenja kakovosti*-organizacija mora opredeliti, kateri so njeni procesi, kako ti medsebojno delujejo, kateri viri so potrebni, da nastane izdelek, in kako bo procese merila in izboljševala. Nato mora skupaj s poslovníkom kakovosti in nadzorom zapisov vzpostaviti še sistem za obvladovanje dokumentacije.
- *Odgovornost vodstva*-najvišje vodstvo v organizaciji se mora dobro zavedati tega pomembnega dela standarda. Vodstvo je namreč odgovorno za določanje politike in ciljev ter za pregled sistemov, hkrati pa tudi za obveščanje o učinkovitosti sistema znotraj organizacije.
- *Vodenje virov*-standard daje več poudarka virom, ki si jih mora organizacija zagotoviti, da bo odjemalec dobil, kar je bilo dogovorjeno. Sem ne spadajo samo ljudje, temveč tudi fizični viri, kot so oprema, prostori in vse potrebne pomožne storitve.
- *Realizacija proizvoda*-ta del sestavljajo procesi, ki so potrebni za izvedbo izdelka oziroma storitve. K takim procesom spadajo dejavnosti, kot je sprejemanje navodil od odjemalcev, snovanje in razvoj proizvodov, nabava materiala in storitev ter dobava izdelkov in storitev.
- *Merjenje, analize in izboljševanje*-nadzorovanje in merjenje proizvodov, procesov, zadovoljstva odjemalcev in sistema vodenja ter zagotavljanje stalnega izboljševanja sistema so bistveni za vodenje sistema (SIST, b. l.).

Načela managementa kakovosti po ISO-standardih so:

- osredotočenost na uporabnika,
- vodenje,
- sodelovanje zaposlenih,
- procesni pristop,

- sistemski pristop k managementu,
- stalno izboljševanje,
- odločanje na osnovi dejstev,
- obojestransko koristni odnosi z dobavitelji (Marolt in Gomišček, 2005, str. 107).

4.3.2 DNV-NIAHO-standard za bolnišnice

DNV-NIAHO³-standard za bolnišnice je nadgradnja standarda za sistem vodenja kakovosti ISO 9001:2008 (Tušar, 2011).

Zahteve DNV-standarda so zasnovane tako, da podpirajo razvoj ter kontinuirano izboljševanje kakovosti zdravstva in varnosti pacientov v bolnišnicah. Nanašajo se na splošno varnost zaposlenih, pacientov in ostalih obiskovalcev v bolnišnici. V tem standardu izraz »bolnišnica« pomeni ustanovo, ki:

- Zagotavlja zlasti zdravstveno oskrbo, pri čemer so bolnišnični in ambulantni pacienti s strani zdravnikov ali pod nadzorom zdravnikov deležni zdravstvene oskrbe, in sicer diagnostičnih in terapevtskih storitev, ki se nanašajo na medicinsko diagnostiko, zdravljenje in oskrbo poškodovanih, invalidnih ali bolnih oseb in/ali storitev za rehabilitacijo poškodovanih, invalidnih ali bolnih oseb in/ali psihiatričnih storitev za diagnosticiranje in zdravljenje duševno bolnih oseb.
- Hrani zdravstveno dokumentacijo vseh pacientov.
- Zagotavlja, da za paciente poskrbi zdravnik.
- Zagotavlja, da zdravniki aktivno sodelujejo pri zdravljenju pacientov in dnevno spremljajo napredek zdravljenja, ter so vedno na voljo, pri pacientu pa so lahko v kratkem času.
- Zagotavlja 24-urno nego, ki jo nudi ali nadzira diplomirana medicinska sestra; slednja je vedno na voljo in nudi ali nadzira negovalne storitve.
- Zagotavlja interdisciplinarno ekipo za zdravljenje pacientov, ki jo sestavljajo zdravstveni delavci, vključno z zdravniki. Omenjena ekipa za vsakega pacienta posebej pripravi in izvede načrt individualnega zdravljenja (DNV-standard za bolnišnice, 2011, str. 7).

Področja in zahteve, ki jih mora bolnišnica obvladovati za pridobitev certifikata kakovosti in ohranitev ter vzdrževanje le-tega, so opredeljena v 27 točkah⁴:

- sistem vodenja kakovosti,
- upravljanje s tveganji,
- upravni organ,
- direktor in odgovornosti,
- medicinsko osebje,

³DNV mednarodna akreditacijska hiša je bila ustanovljena leta 1864 na Norveškem z namenom nadzora nad trgovskim ladjevjem, kasneje pa je svoje delovanje razširila na vsa področja človekovega življenja. Njihov cilj je varovanje življenja, lastnine in okolja. Prvo akreditacijo so izvedli leta 2009 v ZDA (Tušar, 2011).

⁴ Zahteve, aktualne za obravnavano bolnišnico, so samo navedene, podrobnejši opis posameznih zahtev je v prilogi A.

- negovalne storitve,
- upravljanje s kadri,
- upravljanje z zdravili,
- operacijske dvorane, anestezijske storitve, porodničarstvo, preskrba in upravljanje s krvjo,
- radiologija, storitve nuklearne medicine, rehabilitacija in laboratorijske storitve,
- urgenca,
- ambulantne storitve,
- prehranske storitve,
- pacientove pravice,
- prisilna sredstva⁵,
- preprečevanje in obvladovanje okužb,
- vodenje zdravstvene dokumentacije,
- načrtovanje odpusta,
- revizija izrabe zmogljivosti,
- fizično okolje (DNV-standard za bolnišnice, 2011).

⁵Prisilna sredstva (oz. omejevanje) so specifika v psihiatrični obravnavi pacienta, še posebej za izvajalce zdravstvene nege, in so zato v prilogi obravnavana obširneje. V psihiatrični zdravstveni oskrbi so imenovana posebni varovalni ukrepi, ki se izvajajo na varovanih oddelkih psihiatrične bolnišnice.

5 MANAGEMENT ZNANJA ZA KAKOVOSTNO IN VARNO ZDRAVSTVENO OSKRBO V PSIHIATRIČNI ZDRAVSTVENI NEGI

Družba znanja temelji svojo razvojno dimenzijo na znanju, zato je več kot očitna obveza vsake družbe, organizacije, podjetja, da vlaga v znanje, v pridobivanje in ustvarjanje novega znanja (Barle, 2007, str. 6). Potrebo po znanju v organizaciji oblikujejo cilji, ki jih morajo v organizaciji dosegati poslovni procesi (Černelič, 2006, str. 73).

Osnovni konkurenčni vir in ključni kapital, tako za posameznika kot družbe, je znanje, učenje in ustvarjalnost. Ob tem tradicionalni proizvodni dejavniki, kot so naravni viri, delo in proizvodna sredstva dobivajo drugoten pomen. Te dejavnike je moč pridobiti in uporabiti le, če obstaja ustrezno znanje, organiziranje in izkoriščanje znanja, poudarja Jaklič (2006, str. 15). Tavčar (2006, str. 35) znanja ne vidi zgolj kot sredstvo, pač pa tudi kot pomembno temeljno zmožnost. Opozarja, da je sorazmerno lahko obvladovati–načrtovati, organizirati, usmerjati in nadzirati delovanje ljudi, ki opravljajo enostavno, ponavljajoče se delo. Obvladovanje organizacij, ki temeljijo na znanju svojih zaposlenih, pa je nekaj popolnoma drugega–ne le zato, ker je znanje zahtevno in izmuzljivo, pač pa tudi zato, ker so ljudje, ki delajo z glavo, sami po sebi zapleteni, svoji. Tavčar (prav tam, str. 27) prepričanje, da znanje le ni samo sredstvo, nadgrajuje s trditvijo, da je znanje pomembna temeljna ali ključna zmožnost. Temeljna usmeritev v znanje pomembno vpliva na delovanje organizacije in nasploh. In ravno cilji, ki jih morajo v organizaciji dosegati, oblikujejo potrebo po znanju, pravi Černelič (2006, str. 73).

Po Gomzelj Omrzelovi (2010, str. 12) je v okviru organizacije potrebno ločiti posebnosti in dimenzije znanja, s katerimi je definirano organizacijsko znanje in ga je treba razumeti kot zbir znanja strokovnjakov v organizaciji. Lahko je zelo splošno ali zelo specifično in se prenaša s komuniciranjem. Prepoznamo lahko individualno, skupinsko znanje, ki se nanaša na to, kako se znanje porazdeljuje in prenaša med zaposlenimi, ter organizacijsko znanje, ki obstaja med zaposlenimi, in ne v njih. V organizacijah je po navadi nekakšna mešanica naštetih oblik znanja.

Sobočan (2003, str. 12) ugotavlja, da je v organizacijah praviloma premalo uporabnega znanja, poleg tega pa organizacije slabo izkoriščajo znanje, ki jim je na voljo. Grant (v Gomzelj Omerzel, 2010, str. 14) poudarja, da je v organizaciji bolj kot ustvarjanje znanja pomembna smotrna uporaba in izkoriščanje znanja. Najprej je seveda potrebno prepoznati ključno znanje, ga umestiti, določiti nosilce znanja ter obseg znanja, ki ga imajo zaposleni (Černelič, 2006, str. 73).

Zato je za uspešno načrtovanje upravljanja z znanjem v organizaciji potrebno odgovoriti na naslednja vprašanja:

- Kakšno znanje obstaja v organizaciji?
- Kdo kaj ve in zna?

- Kdo, kdaj, zakaj in kakšno znanje rabi?
- Kako je moč znanje najučinkoviteje uporabiti?
- Kakšna znanja nastajajo v organizaciji ob izvajanju poslovnih procesov?
- Kakšne tehnologije nudijo najučinkovitejšo podporo upravljanju z znanjem? (Sobočan, 2003, str. 12).

Rojc in Bahun (2006, str. 81) poudarjata, da je uveljavljenost in razvitost MZ v organizaciji pomembna za nenehno rast podjetja. Ta se kaže v skrajševanju trajanja prenosa znanja v prakso, v določanju neizkoriščenega notranjega potenciala znanja, urejanju vprašanja lastništva in uporabe znanja, vzpostavljanju potrebne infrastrukture izobraževanja z ustrezno informacijsko tehnologijo, v tem, da se pravo znanje približa pravim ljudem in da se to znanje nadgrajuje vse do ravni, ko posamezni udeleženci izobraževanja lahko postanejo učitelji in trenerji svojih sodelavcev.

5.1 Znanje

Znanje je osnovni kapital vsakega podjetja, vendar ima vrednost le, če ga uporabljamo in ga kombiniramo z ostalimi lastnostmi ter zmožnostmi zaposlenih (Majcen, 2009, str. 211).

Oblike in razsežnosti znanja so različne, pravi Sitarjeva (2006, str. 57). Poudarek je vedno na ljudeh, na zaposlenih, ki so nosilci, proizvajalci znanja in ga preoblikujejo v izdelke in storitve, torej v novo dodano vrednost organizacije. Gomzelj Omerzelova (2010, str. 41) znanje vidi kot značilnost človeka, ki vpliva na njegovo vedenje. Je končni rezultat izobraževanja in učenja in se oblikuje s predelavo in zasidranjem v možganih zaznanih informacij, ki jih je posameznik dobil v procesu učenja. Klep (v Piskar in Dolinšek, 2006, str. 196) dodaja, da naj bo znanje kot dragocena strateška dobrina, podprto z ustrezno informacijsko in komunikacijsko tehnologijo, dostopno vsakomur v organizaciji.

Za pojmovanje znanja v managementu Sitarjeva (2006, str. 59) navaja dve najpogostejši definiciji:

- Znanje kot neprestano spreminjajočo se mešanico naših izkušenj, vrednot, informacij z za nas pomembnim kontekstom, strokovnega razumevanja. Znanje izhaja iz posameznikov in se v njihovih mislih tudi razvija. Zato je znanje intuitivno, težko ga je izraziti z besedami, obstaja v nas samih in je del naše celovitosti in neponovljivosti. V organizacijah se udejanja v postopkih, procesih, praksah, vrednotah, zapisano v dokumentih in pomnilnikih.
- Znanje kot nekakšna utemeljena resnica, v katero verjamemo. Znanje izhaja iz naših izkušenj in je tesno povezano z našo inteligenco in dejanji ter zajema naše razumevanje.

Pogosto se uporablja klasifikacija znanja, glede na obliko znanja, kot ga je definiral madžarski filozof, ekonomist in kemik Michael Polany (v Baze znanja, b. 1):

- *Tiho (implicitno) znanje-Tacit Knowledge*, ki je osebno obravnavano in ga je težko formalizirati in posredovati naprej. Oseba ga pridobi neposredno iz izkušenj. Zakoreninjeno je v posameznikovih izkušnjah, vrednotah in dejanjih. Ta vrsta znanja je generator novih idej, rešitev in novih znanj. Ključ ustvarjanja znanj naj bi ležal v aktiviranju in pretvorbi tihega znanja. Po Rantovi (2008, str. 130), tacitno znanje vsebuje dve dimenziji: *tehnično*, ki obsega vrsto neformalnih veščin in spretnosti (know-how), in *kognitivno*, ki obsega prepričanja, vzore, vrednote, sheme, mentalne modele, stališča. Po Majcenovi (2009, str. 221) je za ljudi, z veliko zalogo tihega znanja značilno, da ga bogatijo s sodelovanjem z drugimi. Svojega znanja ne skrivajo, ne uporabljajo ga za to, da bi dvigovali svoj ugled, pač pa ga z zanimanjem in navdušenjem menjavajo z drugimi. Radi sodelujejo v timu, prispevajo svoje znanje, sprejemajo znanja, poglede in mnenja drugih ter skupaj z njimi iščejo najboljše poti za reševanje aktualnih problemov.
- *Izraženo (eksplicitno) znanje-Explicit Knowledge*, ki se lahko zapiše in prenaša v formalnem, sistematičnem jeziku in je zaradi tega prenosljivo. Izvira iz različnih dokumentov (navodila, tabele, diagrami, podatkovne baze, standardi, slike, filmi). Je znanje, ki ostane v organizaciji tudi takrat, ko jo posameznik zapusti (Rant, 2008, str. 130).

Polany poudarja, da je tiho znanje pomembnejše za človeški razvoj, saj ljudje in organizacije pridobivajo znanje predvsem z izkušnjami oziroma s svojim obstojem. Cilj in želja vsake organizacije, ki želi upravljati znanje, je, da tiho znanje dokumentira in ga s tem pretvori v zapisano znanje (Baze znanja, b. l.). Prav tiho znanje je največji skriti potencial organizacije, ki ga je najtežje aktivirati, saj je globoko usidrano v zaposlenih in ga lahko izkoriščamo le v omejenem obsegu in pod določenimi pogoji.

5.2 Opredelitev managementa znanja (MZ)

MZ je del celotnega procesa managementa v podjetju. Pomeni zamišljanje celotnega znanja organizacije in med seboj usklajenih znanj njenih članov ter uveljavljanje tega znanja s kadrovanjem, motiviranjem, komuniciranjem in vedenjem. Gre za sistematično analizo, načrtovanje, pridobivanje, ustvarjanje, razvijanje, shranjevanje in uporabo znanja v podjetjih (Gomzelj Omerzel, 2009, str. 19). Dermol (2012, str. 6) opredeljuje MZ kot izvajanje vsega, kar je potrebno, da čim bolje izkoristimo vire znanja, ki so na voljo. Po Jones (prav tam) MZ omogoča in spodbuja procese zajemanja znanja v podjetju in izven njega, pretvarjanje znanja v zapisano informacijo, ki jo lahko zaposleni uporabijo in umestijo v lastne strukture znanja ter ustvarjanje in povečevanje organizacijskega znanja.

Možina (2006, str. 129) opredeljuje MZ kot koncept, v katerem se prepletata dve predpostavki, na eni strani management z vidika vodstva in vodilnih delavcev, po drugi strani pa z vidika ravnanja z znanjem pri vsakem posamezniku in v vsej organizaciji. Izrazimo ga lahko s štirimi sestavinami: načrtovanje, organiziranje, vodenje, nadziranje znanja, izkušnje, zmožnosti in sposobnosti. V ospredje postavlja človeka kot vir in vrednost, saj je znanje v nas

samih in je pomembno, kako znanje pretvarjamo in informacije povezujemo v splošno dostopno in strukturirano znanje (baza znanja, ki mora biti dostopna vsem zaposlenim v organizaciji). Poleg tega pa dodaja še nekaj pomembnih opredelitev MZ:

- MZ pomeni, da znanje razumemo, se nanj osredinimo, ga preiščujemo, uravnavamo, ustvarjamo, obnavljamo in uporabljamo,
- MZ je orodje za povečanje vrednosti znanja,
- MZ pomeni uveljavljanje znanja v organizaciji s kadrovanjem, motiviranjem, komuniciranjem in vodenjem.

MZ posredno ali neposredno obsega ravnanje z ljudmi, s sistemi, postopki, z organizacijsko politiko, s strukturami, podatkovnimi zbirkami, sredstvi, tehnologijo in z drugimi tihimi izkušnjami in veščinami (Gomzelj Omerzel, 2010, str. 82). Je priložnost in izziv za vse, ki poskušajo doseči poslovne rezultate. Je načrtna dejavnost v podjetju, ki zajema prepoznavanje ključnega znanja, oblikovanje novega potrebnega znanja in prenašanje znanja med zaposlenimi. Vsi ti procesi morajo biti vpeti v celotno delovanje organizacije, biti morajo del kulture znanja, predvsem pa morajo biti podprti z ustrezno informacijsko tehnologijo (Gomzelj Omerzel, 2009, str. 22). Cilj MZ je ravnanje z ljudmi, ki to znanje imajo. Pomemben element MZ je zagotovo ustvarjanje okolja v podjetju, v katerem si ljudje zaupajo med seboj in vodstvu ter so pripravljeni svoje znanje deliti z drugimi z namenom prispevati k uspešnem poslovanju podjetja (prav tam, str. 19).

Dejavnosti MZ so po Wiigu (prav tam):

- Sledenje poslovni strategiji-poudarja ustvarjanje, obvladovanje, organiziranje, obnavljanje in uporabo znanja v vseh procesih in postopkih z namenom zagotoviti najboljši rezultat.
- Ravnanje z intelektualnim kapitalom-poudarja ravnanje s patenti, tehnologijo, operativno in poslovodno prakso, odnose s kupci in drugo strukturno znanje.
- Poudarjanje osebne odgovornosti za pridobivanje znanja, inovacij in konkurenčnih prednosti, za obnavljanje in rabo znanja ter za zagotavljanje dostopa do znanja, ki je v podjetju.
- Poudarjanje podjetja kot učeče se organizacije, skrb za osnovno raziskovanje in razvoj ter motivacijo zaposlenih.
- Sistematična skrb za prenos znanja na tista mesta v podjetju, kjer bo znanje najučinkovitejše pri delu v skladu s postavljenimi cilji.

5.3 Proces MZ v organizaciji

Pomembna vloga MZ je prepoznavanje priložnosti, ki jih ponuja okolje, ugotavljanje potreb poznanju, vrzeli med obstoječim in potrebnim znanjem, pa tudi skrb za pridobivanje, ohranjanje in negovanje znanja v podjetju. Na podlagi zaznanih vrzeli sproži procese zajemanja, prenašanja in shranjevanja znanja ter na koncu poskrbi za njegovo uporabo (Dermol, 2012, str. 6).

Potrebo po znanju oblikujejo cilji, ki jih morajo v organizaciji dosegati poslovni procesi. Vendar je najprej potrebno prepoznati ključno znanje, ga umestiti, določiti nosilce znanja ter obseg znanja, ki ga imajo. V prvi fazi izbora organizacija razvršča novo pridobljene izkušnje, podatke, informacije in sestavine znanja na koristne in tiste, ki niso vredne hranjenja (Černelič, 2006, str. 73). Dodaja, da ima največjo vrednost znanje, ki je sodobno, pomembno in dostopno. Tej fazi sledi pomemben proces, dokumentiranje znanja, katerega namen je zapisati znanje v tako obliko, da bo razumljiva in bo omogočala hiter in učinkovit dostop do znanja vsem zaposlenim.

5.3.1 Ugotavljanje potreb po znanju

Določanje potreb po znanju temelji na natančnem posnetku stanja, tako znotraj organizacije kot v širšem okolju. V začetni fazi je treba ugotoviti, s katerimi znanji razpolagajo zaposleni, pri čemer ne odkrivamo zgolj strokovnih znanj, ki jih posameznik uporablja pri delu, temveč prav vsa znanja in veščine, s katerimi razpolaga. Pri tem gre pogosto za odkrivanje tihega znanja, za katerega niti ni bilo znano, da ga posameznik poseduje, zato ostaja neizkoriščeno, ugotavlja Mihaličeva (2010, str. 26).

5.3.2 Pridobivanje in ustvarjanje znanja

Za uspeh organizacije je koristno pridobivanje znanja iz okolja, od zunaj in lahko vstopa v cikel učenja v podjetju skozi formalne mehanizme, z natančnim raziskovanjem izkušenj strank, dobaviteljev, konkurentov. Organizacija lahko znanje pridobiva na različne načine glede na interese, potrebe, stroške in možnosti. Med najpomembnejše metode pridobivanja znanja iz zunanjih virov spada posnemanje uspešnih praks delovanja v drugih podjetjih:

- udeležba na strokovnih konferencah,
- prebiranje različnih virov (strokovnih revij, časopisov, elektronske pošte),
- spremljanje gospodarskih, socialnih, tehnoloških trendov,
- zbiranje podatkov o potrošnikih, konkurentih, dobaviteljih,
- zaposlovanje novega osebja,
- sodelovanje z različnimi organizacijami s povezovanjem in skupnim vlaganjem (Černelič, 2006, str. 82-83).

Viri znanja so lahko tako notranji kot zunanji in so prikazani v preglednici 5.1.

Preglednica 5.1: Viri znanja

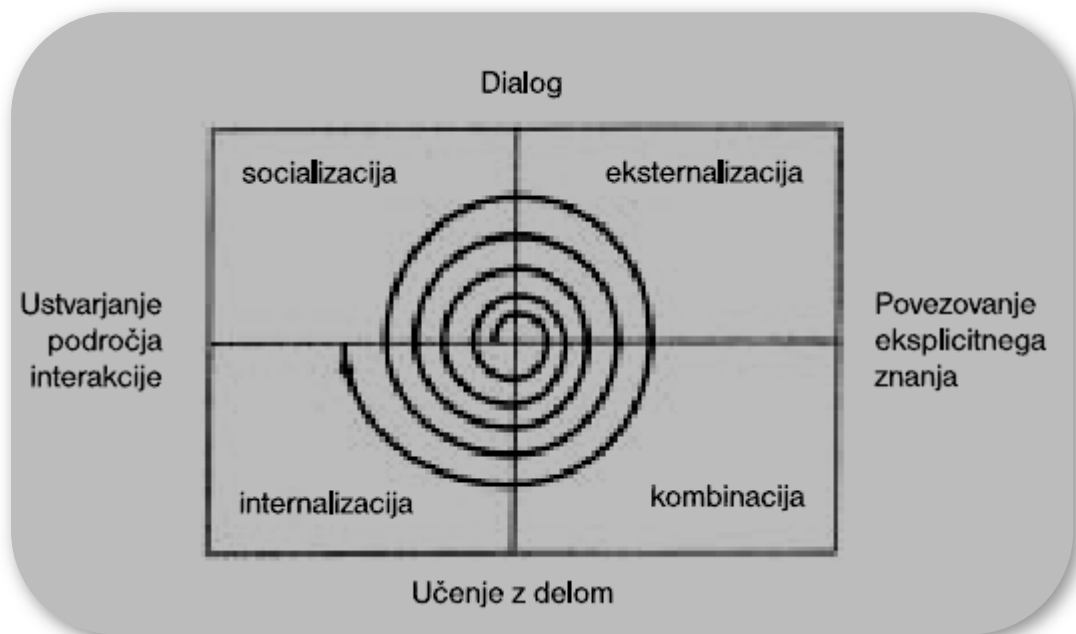
LASTNI (NOTRANJI) VIRI ZNANJA	TUJI (ZUNANJI) VIRI ZNANJA
<ul style="list-style-type: none"> • razvojno-raziskovalna dejavnost v organizaciji 	<ul style="list-style-type: none"> • sejmi
<ul style="list-style-type: none"> • vrh vodilne strukture 	<ul style="list-style-type: none"> • razstave
<ul style="list-style-type: none"> • trženje 	<ul style="list-style-type: none"> • srečanja
<ul style="list-style-type: none"> • proizvodnja 	<ul style="list-style-type: none"> • pridobivanje materialne in nematerialne tehnologije
<ul style="list-style-type: none"> • spodbude znotraj organizacije 	<ul style="list-style-type: none"> • zunanje usposabljanje
<ul style="list-style-type: none"> • spremljanje tehnološkega razvoja 	<ul style="list-style-type: none"> • znanstvena in tehnična literatura
<ul style="list-style-type: none"> • osebje s posebnimi sposobnostmi 	<ul style="list-style-type: none"> • patenti
	<ul style="list-style-type: none"> • poslovne informacije konkurentov
	<ul style="list-style-type: none"> • standardi
	<ul style="list-style-type: none"> • sodelovanje z zunanjimi sodelavci, partnerji, svetovalci

Vir: povzeto po Černelič (2006, str. 81).

Proces ustvarjanja znanja je precej dinamičen cikel v organizaciji in se nanaša na ustvarjanje novega znanja v organizaciji in na razvijanje novih sposobnosti, novih idej, boljših procesov, izboljšanje postopkov. Gre za ustvarjanje novega znanja na osnovi obstoječega znanja (Meško Štok, 2009, str. 53).

V organizacijah, ki temeljijo na znanju, nenehno snujejo nova znanja, ki marsikdaj terjajo drugačno delovanje (Tavčar, 2006, str. 29). Vsaka nova zamisel, novo spoznanje, nov proizvod in ravnanje z njim prinaša nova znanja. Černeličeva (2006, str. 79) proces ustvarjanja znanja opredeljuje kot razvijanje novih sposobnosti, novih izdelkov, novih idej, učinkovitejših procesov in temelji na notranjem znanju. Da pa bi se znanje uspešno ustvarjalo, morajo zaposleni obvladovati tehnike sistematičnega reševanja problemov in ustvarjalnega mišljenja (Tavčar, 2006, str. 30), organizacija pa se mora biti vsem tem spremembam pripravljena nenehno prilagajati, biti mora prožna, istočasno pa tudi odporna. Ključnega pomena v tem procesu je spodbujanje in motiviranje ustvarjalnosti zaposlenih.

V organizaciji je priložnosti za nastanek novega znanja veliko, vendar je potrebno tihemu osebnemu znanju dati priložnost, da se kreira v eksplicitno obliko znanja in s tem omogočiti ponovno kreiranje novega znanja, pravi Černeličeva (2006, str. 83). Model procesa kreiranja znanja oziroma dinamiko nastajanja znanja, imenovan SECI model, sta oblikovala Nonaka in Takehuchi, prikazan na sliki 5.1.



Slika 5.1: Spirala znanja–SECI model po Nonaku in Takeuchiju

Vir: povzeto po Bratianu in Orzea, 2012, Kaučič in Lahe, 2005.

SECI model-spirala znanja ponazarja ustvarjanje in nastajanje implicitnega in eksplicitnega znanja, kjer posamezniki svoje tiho znanje, eksternalizirajo in s tem oblikujejo eksplicitno znanje, tako, da ga lahko delijo z drugimi in postane novo znanje. Ko posamezniki novo, bogatejše znanje ponotranjijo, to postane podlaga za začetek drugega novega cikla ustvarjanja znanja (Nonaka, Toyama in Hirata, 2008, str. 19):

- S socializacijo pretvarjamo implicitno znanje v implicitnega, ko dve osebi neposredno izmenjujeta implicitno znanje med seboj, z opazovanjem osebe pri delu, kot je primer prakse. Tu sicer po Černeličevi (2006, str. 83) ne pride do pomembnejšega novega znanja, saj ni na voljo vsej organizaciji, je pa pomembno to, da je takšno znanje zaščiteno pred posnemanjem.
- S procesom eksternalizacije implicitno znanje prehaja v eksplicitno, ustvarja se novo znanje. Ko takšno znanje postane eksplicitno, lahko z dokumentiranjem, prenosom ob pogovoru postane vsem dostopno, organizacija pa ga lahko ovrednoti. V modelu kreiranja znanja je eksternalizacija ključ do kreacije znanja, saj iz njega nastaja novo znanje, ki lahko ponovno postaja implicitno znanje (Bratianu in Orzea, 2012).
- Ravno nasprotno se dogaja pri prehajanju eksplicitnega znanja v implicitno znanje s procesom internalizacije oziroma ponotranjanja, ki pomeni sprejem, dopolnjevanje in novo urejanje znanja sodelavcev. Zaposleni s tem ustvarjajo rutino, pridobivajo spretnosti in veščine.
- S procesom kombinacije kot procesom pretvarjanja eksplicitnega znanja v eksplicitno znanje, torej povezovanja novega eksplicitnega znanja s starim. Pri tem se celotno znanje organizacije sicer ne poveča, kajti preoblikujejo se že znana znanja, razpršeno znanje pa se poveže v celoto. Tu lahko gre za povsem običajno učenje, znanstveno delo ali izmenjavo informacij (Černelič, 2006, str. 83).

5.3.3 Prenos in izmenjava znanja

Po Černeličevi (2006, str. 85) proces prenosa znanja razumemo kot prenos znanja od tistih, ki znanje imajo, in od tam, kjer znanje nastaja, do tistih, ki znanje potrebujejo, in do tja, kjer je znanje uporabno ter koristno. Način prenosa znanja je predvsem odvisen od vrste znanja. Zaposleni nimajo le formalnega znanja, pridobljenega v šoli, pač pa imajo tudi veliko izkušenj. Če so posamezna znanja omejena le na posameznike to lahko predstavlja velik problem za organizacijo, če ta odide drugam in odnese znanje s seboj. V ta namen mora imeti organizacija mehanizme, da se to znanje čim prej prenese na druge zaposlene in se tako ohrani. Implicitno znanje se lahko prenaša z osebno komunikacijo, z odnosi, medtem ko se eksplicitno znanje prenaša najpogosteje s pomočjo tehnologije, ki je v tem procesu za hiter prenos znanja nepogrešljiva. Tu naletimo na precejšnjo oviro, kajti sama tehnologija omogoča uporabo znanja, prenosa znanja pa ne more izvesti. Zaposlenih namreč ni moč prisiliti, da delijo znanje, če sami tega ne želijo. Cilj organizacije je zagotoviti prenos najboljše prakse med skupinami za ustvarjanje novega znanja. Znanje je potrebno spremeniti v obliko, primerno za uporabo in ga prilagoditi skupnim nalogam, pred tem se morajo ustvariti primerni pogoji za to. Potrebno je doseči zaupanje zaposlenih kot najpomembnejšo vrednoto organizacije, ki je kot pravi pozitivno pričakovanje, da nasprotna stran (sodelavec, manager, organizacija) ne bo ravnala preračunljivo. Ključni dejavnik za ustvarjanje in ohranjanje zaupanja je organizacijska kultura vrednote in norme ter medsebojni odnosi in zaupanje (prav tam, str. 88).

V organizacijah so ključne oblike osebnega prenosa znanja:

- obvezna poročila,
- redni sestanki in zapisniki,
- notranji trenerji, ki so usposobljeni za prenos znanja,
- različne oblike notranjih knjižnic,
- spodbujanje in evidentiranje samoizobraževanja, (prav tam).

Mihaličeva (2010, str. 33) opominja, da naj organizacija svoja znanja aktivno prenaša in širi tudi na svoje porabnike, obenem pa tudi njim omogoči, da posredujejo svoja znanja. Predlaga, da naj bo za prejemanje znanja od strank in porabnikov organizacija odprta, omogoči naj srečanja z porabniki, uvede knjigo predlogov, idej in želja, uporablja ankete o zadovoljstvu z izdelki in storitvami.

Černeličeva (2006, str. 85). izmenjavo znanja deli na *nenamerno* izmenjavo znanja, ki zajema pogosto nenačrtovano delovanje med ljudmi (anekdote, miti, namenske delovne skupine) in *namerno* izmenjavo znanja, ki pa zajema individualno pisno komunikacijo:

- poročila, oglasne deske, pisma,
- usposabljanje oziroma izobraževanje
- konference in posvetovanje,
- notranje publikacije,

- napotki,
- mentorstvo,
- mobilnost zaposlenih med različnimi delovnimi mesti in izmenjavanje osebja.

5.3.4 Uporaba znanja

Uporaba znanja podpira procese, ki posameznikom omogočajo, da uporabijo znanje, ki ga imajo drugi, ne da bi se tega znanja naučili ali ga zajeli. Pri uporabi znanja tistemu, ki znanje uporabi, ni potrebno razumeti teoretičnega ozadja tega znanja, znanje le usmerja njegovo odločanje in njegove aktivnosti (Dermol, 2012, str. 26).

Uporaba znanja je neposredno ustvarjanje uporabne vrednosti v organizaciji. Z omogočenim dostopom do znanja še ni zagotovljena njegova uporaba. Pomembno je, da organizacija, potem, ko svoje zaposlene izobražuje, nato tudi dovoli uporabo pridobljenega znanja v organizaciji (Černelič, 2006, str. 89). Temeljno načelo je, da nobeno znanje, s katerim razpolagajo zaposleni, ne sme ostati neuporabljeno in kot tako neizkoriščeno, ob tem je treba zaposlenim nuditi priložnost, da lahko znanja uporabijo v praksi (Mihalič, 2010, str. 37).

5.3.5 Ohranjanje znanja

Znanje, ki ga organizacija zajame z eksternalizacijo in internalizacijo bodisi v sami organizaciji bodisi v njenem zunanjem okolju, je potrebno zadržati v njej, kar je marsikdaj težavno opravilo. Znanje se z internaliziranjem ohranja v ljudeh in njihovih mentalnih mapah, vendar pa obstajajo tudi drugačni ohranjevalniki znanja pravi Dermol, (2012, str. 18) in jih po Becerri deli na tri vrste, kot:

- *Ljudje*-pomembno je kolektivno znanje, ki se trajneje ohranja. Prav tako se bolje in trajneje ohranja v organizacijah, kjer je omogočeno, da ljudje prihajajo v interakcije, diskusije v zvezi z delom.
- *Artefakti*-predmeti človekovega delovanja. To so prakse z različnimi rutinami, zaporedja interakcij, običaji, morala, zakoni, organizacijska pravila, računalniški sistemi, sistemi načrtovanja, naročanja ter knjige, dokumenti, elektronski materiali in podobno.
- *Organizacijske enote*-kjer gre za razmerja med člani, ki so skupaj zaradi urejenosti organizacije, ne samo zaradi svojih interesov. Urejenost organizacije opredeljujejo različne vloge, sistemi in prakse, vrednote, kultura ter nenazadnje tudi družbene mreže.

Interes organizacije je varovati svoje znanje s pomočjo in podporo tehnologije (podatkovne baze, zapisi, strukturirani dokumenti, poročila, patenti) in s pomočjo človeških virov (spomin na individualni in skupinski ravni). Brez ustreznega shranjevanja znanja je otežena kasnejša ponovna pridobitev znanja (Černelič, 2006, str. 90).

5.4 Procesi MZ, potrebni za zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe in zdravstvene nege v psihiatrični zdravstveni oskrbi

Zdravstvena nega (ZN) je stroka, ki deluje v okviru zdravstvenega varstva in obsega splet vseh družbenih aktivnosti, ukrepanj in ravnanj posameznikov in skupin, ki so usmerjeni v ohranjanje, krepitev in povrnitev zdravja. Deluje na vseh nivojih zdravstvenega varstva in na različnih strokovnih področjih. Je profesionalna disciplina (znanost, veda), ki črpa svoje znanje v lastni teoriji in praksi, družboslovnih in naravoslovnih vedah ter v filozofiji. Nosilka stroke ZN je medicinska sestra⁶ z najmanj visoko strokovno ali univerzitetno oziroma akademsko izobrazbo (Hajdinjak in Meglič, 2012, str. 13). Medicinska sestra je s svojim delom vključena v interdisciplinarni tim, ki deluje po timski metodi dela, ki je nujna in še posebej izrazita metoda dela v psihiatrični zdravstveni obravnavi.

ZN v psihiatriji je specialno področje teorije in prakse ZN, ki se ukvarja s posameznikom, z duševnimi težavami in motnjami, z družino ali s širšo skupnostjo v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvenem varstvu. V skupino ZN v psihiatriji so vključeni medicinske sestre in zdravstveni tehniki (Čuček Trifkovič in Pišlar, 2011, str. 14). Opišemo jo lahko kot kompleksno, strokovno in načrtovano ravnanje, ki s pomočjo timske metode dela in koordinacije vseh zaposlenih v ZN prispeva k vzpostavitvi ustreznega funkcioniranja pacienta z duševno motnjo, k zmanjševanju posledic nekaterih omejitev in posledic institucionalizacije, k varovanju posameznika pred njim samim, pred drugimi ali okoljem in poskuša zagotoviti maksimalno telesno in psihično dobro počutje (prav tam, str. 15).

Razvoj sistema celovite kakovosti v ZN je široko področje in mora imeti razvit dober strokovni nadzor pred morebitnim nestrokovnim izvajanjem ZN. V stroki ZN, poleg izvajanja osnovnih in specifičnih nalog, pomeni imeti izdelane:

- strokovne standarde,
- klinične poti,
- v praksi uporabno in računalniško podprto negovalno dokumentacijo,
- verificirane negovalne diagnoze iz kliničnih področij,
- izdelano kategorizacijo pacientov,
- dobro kulturo komuniciranja in obnašanja v odnosu s pacienti in sodelavci (Lubi, 2009).

In poleg tega še ocene tveganja za neželene dogodke, padec, nastanek RZP, agresivno vedenje in druga tveganja, spremljanje obveznih in neobveznih kazalnikov kakovosti, preventivne in korektivne ukrepe, 24urni individualni načrt ZN pacienta–proces ZN pacienta.

Kakovostna ZN je tista ZN, ki izrabi vsa razpoložljiva znanja in tehnike (Lee in Jones v Hajdinjak in Meglič, 2001), ter, kot navaja Lubijeva (2009), pomeni:

- skladnost med dejansko ZN in predhodno predpisanimi kriteriji,

⁶ Nosilka zdravstvene nege je diplomirana medicinska sestra, ki za samostojno delo potrebuje veljavno licenco.

- z učinkovito ZN izboljšati zdravstveno stanje in zadovoljstvo uporabnikov v okviru virov, ki so nam na voljo.

Doseganje posamezne stopnje kakovosti v ZN je povezano z doseganjem višine standardov, ki jih stroka zahteva. Vsa delovna okolja pri tem nimajo enakih pogojev. Razlike se kažejo tako v materialnih, prostorskih kot tudi kadrovskih možnostih. Zato različna delovna okolja ne morejo na enak način doseči najvišje ravni standardov oskrbe pacienta in s tem najvišje stopnje kakovosti. Kljub temu potrebujemo enotno stopenjsko lestvico merjenja kakovosti, ki pokaže primerjalne razlike, na osnovi katerih se lahko vprašamo o njihovih razlogih (Lubi, 2009).

Za doseganje visokega nivoja kakovosti ZN je potrebno to za vsakega pacienta natančno načrtovati (kar je tudi ena izmed zahtev standardov kakovosti). 24-urni individualni načrt ZN se izvaja po procesni metodi dela in omogoča sistematično izvajanje ZN. To pomeni sistematično ugotavljanje potreb pacienta na podlagi njegovega psihofizičnega stanja, izpostavljanje problemov, postavitev in oblikovanje negovalne diagnoze ter natančno dokumentiranje opaženega. Proces ZN zajema fazo ugotavljanja problemov, postavitev kratkoročnih in dolgoročnih ciljev z načrtovanjem aktivnosti ZN (negovalne intervencije, postopki in posegi) ter vrednotenje izidov aktivnosti ZN. Zaželeno je, da se načrt ZN opravi skupaj s pacientom, če ta zmore in želi sodelovati.

Standardizacija kriterijev kakovosti iz leta 1952 navaja naslednje stopnje, pri čemer se vsaki višji stopnji dodajajo novi kriteriji h kriterijem prejšnje stopnje, kar pomeni:

- *Stopnja 0-ogrožujoča ZN* in pomeni, da je ZN nesprejemljiva.
- *Stopnja 1-varna ZN:*
 - Pacientu zagotovimo najnujnejše potrebe; pacientu ne škodujemo.
 - ZN teče po rutinski shemi, za kar vemo, da pomeni, da je ZN, vezana predvsem na spretnosti, pridobljene s prakso, in na delovno shemo, brez individualnih načrtov.
 - ZN je sprejemljiva.
- *Stopnja 2-primerna ZN:*
 - ZN načrtujemo brez direktnega vključevanja pacienta.
 - Zraven najnujnejših potreb pacientu zagotovimo tudi zadovoljevanje želja (potreb), ki jih pacient sam izraža.
 - ZN je primerno dobra.
- *Stopnja 3-optimalna ZN:*
 - Medicinska sestra nudi pacientu načrtovano ZN.
 - Pacient in njegovi svojci so aktivno vključeni v načrtovanje in vrednotenje ZN.
 - ZN je zelo dobra (Sekavčnik v Lubi, 2009).

Osnova za zagotavljanje kakovostne ZN je strokovni standard ZN, ki pomeni doktrino dela, normo, enak način ravnanja in je osnovni pripomoček oziroma osnova, na kateri gradimo sodobno metodo oziroma proces ZN (Štebe, 1989, str. 135).

Naloge izvajalcev ZN v psihiatriji obsegajo opazovanje in dokumentiranje opaženega, zagotavljanje potreb po 14 življenjskih aktivnostih, izvajanje aktivnosti ZN, izvajanje diagnostično terapevtskega programa, pisno in ustno komuniciranje na vseh relacijah ZN. Poleg teh mora medicinska sestra obvladovati še specifične naloge, kot so učenje pacienta in njegovih svojcev, svetovanje pacientu in njegovim svojcem, vodenje vsakodnevnega življenja na oddelku s spodbujanjem in učenjem fizičnih, socialnih ter družbenih aktivnosti, zagotavljanje varnosti, zdravstveno vzgojno delo, vodenje zdravstvene nege in oskrbe na psihiatričnih oddelkih. Medicinska sestra je samostojna izvajalka ali sodelavec pri različnih oblikah individualnega ali skupinskega dela s pacienti, je pacientov sogovornik, svetovalec in njegov nadomestni bližnji, če je to potrebno (Čuček Trifkovič in Pišlar, 2011, str. 15).

Za kakovostno izvajanje ZN medicinske sestre potrebujejo široko in kompleksno specialno znanje, zato dejavnost ZN in zdravstvene oskrbe vse bolj postaja dejavnost, ki temelji na znanju in je za izboljšanje kakovostne oskrbe odvisna od aktivnosti MZ. Uporaba sistemov MZ za upravljanje znanja v ZN zagotavlja podporo za celoten spekter potreb po znanju v procesu ZN in je postalo pomembno področje v stroki ZN (Hsia, Lin, Wu in Tsai, 2006).

Temeljno načelo upravljanja znanja v ZN je usmerjeno v doseganje ciljev, olajšati sodelovanje, povečati operativno učinkovitost, zaščita organizacijskega intelektualnega kapitala in izogibanje visoki stopnji neuspeha. Vendar pa se principi in koncept MZ v zdravstvu uveljavljajo še vedno zelo počasi (Chen, 2013).

Abidi (2008, str. 5-6) identificira področja celotnega znanja, ki ga imajo izvajalci ZN, in ga razdeli na:

- Znanje o pacientu, ki zajema kompleten opis zdravstvenega stanja bolnika in ga beleži v njegovo kartoteko in s tem omogoča popolno sliko o pacientu.
- Praktično znanje, ki je povezano z tihim znanjem, pridobljenim ob praktičnem izvajanju zdravstvene oskrbe. Praktično znanje je znanje, pridobljeno skozi učenje, opazovanje, izkušnje in delovno dobo.
- Medicinsko znanje, ki je jedro domene medicinskega znanja in znanja ZN, kot opisujejo teorije o zdravju in zdravstvenega varstva, zdravstvenih modelov in procesov.
- Znanje o razpoložljivih virih in razpoložljivi infrastrukturi zdravstvene organizacije (medicinsko-tehnični pripomočki in naprave, zdravila, podporne osebe, negovalno osebje, razpoložljivost bolnišničnih postelj). To je pomembno ob izvajanju zdravstveno negovalnih intervencij in aktivnosti.
- Znanje, ki ga opredeljujejo standardizirani postopki za zdravljenje in ZN ter oskrbo pacienta; ob tem, ko skrbi za pacienta, mora vedeti, kakšna sredstva ima na voljo.

- Organizacijsko znanje, ki predstavlja znanje o organizacijski strukturi in pravilih, ki obstajajo v organizaciji, kako poteka prenos informacij v organizaciji iz enega vira do drugega, kdo je komu odgovoren, kakšna je hierarhija v organizaciji, kakšna je sestava zdravstvenih in negovalnih timov, kakšne so odgovornosti posameznih članov tima ter kako se ti odzivajo na zahteve.
- Znanje/obvladovanje medsebojnih odnosov, ki se odraža kot socialni kapital tako celotne organizacije kot med posamezniki. V praksi takšno znanje pomaga, da vemo, na koga se obrniti, kdo ima potrebno znanje, kdo nam lahko pomaga rešiti specifičen problem in kdo nam lahko poda kritično mnenje.
- Znanje, potrebno za »merjenje«, ugotavljanje skladnosti, standardi, merjenje uspeha v povezavi z rezultati zdravljenja. To znanje omogoča, da se lahko izlušči, kaj je v resnici potrebno meriti, primerjati, raziskovati, analizirati. Omogoča preverjanje, ali rešitve MZ dajejo želene rezultate.

Abidi (prav tam) opredeli še tako imenovano modaliteto znanja, ki ga imajo izvajalci ZN, kot je implicitno znanje, eksplicitno znanje, utemeljeno v medicinski literaturi, študije primerov, smernice, zabeležene izkušnje, operativna pravila, klinični protokoli, sodelovalno reševanje problemov-razprave med izvajalci, klinične poti, izobraževalne vsebine za zaposlene in izobraževalne vsebine za paciente, pravila, iz podatkov v bazah znanja, podatki, ki so posledica opažanj pacientov, diagnostičnih postopkov, terapevtskih izidov in druge oblike znanja.

Za zagotavljanje kakovostne ZN in zadovoljevanje zahtev celovitega obvladovanja kakovosti morajo izvajalci vključevati vse procese MZ, ki se med seboj prepletajo. Procese MZ, potrebne za spremljanje kazalnikov kakovosti in zahtev standardov kakovosti za bolnišnice v poglavjih, kjer se zahteve pokrivajo z ZN v psihiatriji, smo prikazali v prilogi C.

6 EMPIRIČNI DEL

6.1 Metodologija

Pri raziskovanju pojma kakovosti, obvladovanja kakovosti v zdravstveni negi in oskrbi, prisotnosti ter vlogi procesov MZ v njenem zagotavljanju, reševanja ter pridobivanja podatkov smo se opirali tako na kvantitativno kot kvalitativno metodologijo, s študijem in analizo strokovne literature, člankov, zbornikov in drugimi viri. Metodologija pomeni skupek strategij, metod in tehnik, za katere se odločimo v procesu raziskovanja, izbrana metodologija nam pomaga odgovoriti na različna zastavljena vprašanja (Rodica, 2012, str. 24). S kvalitativno študijo smo želeli poiskati odgovor na osnovno raziskovalno vprašanje, medtem ko smo z kvantitativnim raziskovanjem želeli potrditi ali zavreči zastavljene hipoteze.

Osnovni namen magistrske naloge je odgovoriti na vprašanje, kateri procesi MZ podpirajo zahteve in priporočila v zvezi z obvladovanjem kakovosti zdravstvene oskrbe, kateri procesi MZ so prisotni na področju zdravstvene nege in pri katerih procesih MZ obstaja vrzel.

Kot temelj raziskovanja smo uporabili študijo primera, ki pomeni podrobno sistematično analiziranje in predstavitev posameznega primera-osebe, skupine, institucije (Vogrinc, 2008, str. 45). Poleg tega smo uporabili anketo in tehniko intervjuvanja, pri kateri smo vnaprej pripravili seznam vprašanj. Anketni vprašalnik in intervju smo pripravili in oblikovali za namen magistrske naloge, izhajajoč iz izhodišč teoretičnega dela naloge. Z analizo in primerjavo odgovorov obeh metod smo želeli pridobiti odgovore na zastavljeno raziskovalno vprašanje ter s pridobljenimi rezultati potrditi oziroma ovreči zastavljene hipoteze.

Anketa kot raziskovalna metoda nam omogoča zbiranje kvantitativnih ali kvalitativnih podatkov, z vnaprej pripravljenimi strukturiranimi vprašanji in vnaprej predvidenimi odgovori ali možnostjo samostojnega odgovora na zastavljeno vprašanje (Rodica, 2012, str. 27). Za namen magistrske naloge smo pripravili anketni vprašalnik, ki predstavlja kvantitativni del raziskave in je pripravljen v smiselnem zaporedju treh sklopov, v katerih je 17 vprašanj, kot si sledijo poglavja v teoretičnem delu, po uvodnem nagovoru anketiranca, z opredelitvijo naslova teme in zagotovilom anonimnosti. Prvi sklop vprašanj zajema obvladovanje kakovosti, drugi in tretji sklop zajemata vprašanja v zvezi z ravnanjem z znanjem v organizaciji ter procesi MZ za zagotavljanje in obvladovanje kakovosti v ZN.

S pomočjo anketnega vprašalnika smo želeli pridobiti mnenja in stališča zaposlenih v ZN na nivoju srednjega managementa. V treh smiselnih sklopih nas je zanimalo:

- kako izvajalci ZN vidijo obvladovanje kakovosti, kaj jim to pomeni in kako so na pristop k obvladovanju pripravljeni, na kakšen način v organizaciji obvladujejo zahteve po zagotavljanju kakovosti,
- kako organizacija podpira in upravlja z znanjem,
- s katerimi procesi MZ na področju ZN zagotavljajo kakovostno ZN in oskrbo.

Pred izvedbo smo opravili pilotsko anketiranje z naključnimi izvajalci ZN. Na podlagi pripomb smo anketni vprašalnik popravili in ga posredovali v izvedbo. V anketiranje smo povabili diplomirane medicinske sestre in zdravstvenike, ki opravljajo dela in naloge srednjega managementa. Anketo smo izvajali v obdobju od 11. 6. do 14. 6. 2014. Rezultate anketnega vprašalnika bomo obdelali s programom MS Excel in jih prikazali s pomočjo preglednic ter grafikonov.

Kot del kvalitativne raziskave smo uporabili metodo intervjuja. Vrsten red vprašanj smo vnaprej pripravili s sklopi vprašanj po principu oblikovanja anketnega vprašalnika.

Med intervjujem odgovorov v glavnem nismo komentirali, pri nekaterih vprašanjih smo sprostili vzdušje, se ustavili ter skupaj pokomentirali odgovor. Cilj intervjuja je bil pridobiti stališča in razmišljanja predstavnice vrhnjega managementa, ki jih bomo v nadaljevanju raziskave primerjali z odgovori in stališči anketirancev in tako pridobili globlji vpogled v obravnavano tematiko.

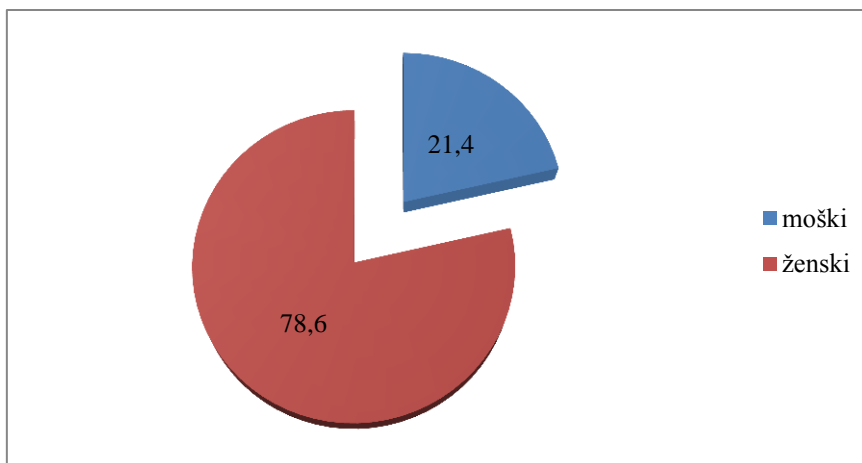
6.2 Vzorec raziskave

Vzorec raziskave predstavlja točno določena populacija, v katero smo zajeli diplomirane medicinske sestre in diplomirane zdravstvenike srednje velike bolnišnice X, ki opravljajo dela in naloge v vrhnjem in srednjem managementu in imajo pridobljeno licenco za samostojno opravljanje dela oziroma so v fazi pridobivanja licence. Od vseh respondentov ena diplomirana medicinska sestra opravlja dela in naloge pomočnice direktorja za področje zdravstvene nege (vrhnje vodstvo), 13 diplomiranih medicinskih sester/diplomiranih zdravstvenikov opravlja dela in naloge na področju srednjega managementa. Razmerje je prikazano v preglednici 6.1.

V raziskavo smo zajeli 11 (78,6 %) žensk in 3 (21,4 %) moške (slika 6.1), največja starostna skupina je med 40 in 50 let, kar predstavlja 64,4 %, 3 (21,4 %) so starejši od 50 let, 2 (14,3 %) sta stara med 30 in 40 let. Skoraj vsi respondenti, 12 od 14, imajo več kot 20 let delovne dobe, kar je 85,7 %, dva imata od 10 do 20 let delovne dobe. Vsi anketiranci, ki so se odzvali in sodelovali pri raziskavi, so ankete pravilno izpolnili in jih, kljub težavnosti dela na oddelkih, pravočasno vrnili, a so želeli ostati anonimni, kar smo tudi zagotovili.

Preglednica 6.1: Kadrovska zasedba respondentov

DELOVNO MESTO	ŠTEVILO ZAPOSLENIH
pomočnica direktorja za področje ZN	1
diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik-srednji management	13



Slika 6.1: Odstotni delež respondentov glede na spol

6.3 Preverjanje zastavljenih hipotez in odgovori na zastavljena vprašanja

Z magistrsko nalogo smo želeli raziskati, kateri procesi MZ podpirajo predpisane zahteve in priporočila v zvezi z obvladovanjem kakovosti zdravstvene oskrbe in kateri procesi MZ so prisotni ter pri katerih procesih MZ obstaja vrzel. Oblikovali smo delovne hipoteze, ki smo jih želeli z raziskavo potrditi ali ovreči.

H1: Interpretacija in razumevanje pojma kakovosti se razlikuje med vrhnjim in srednjim managementom.

Za raziskovanje prve raziskovalne hipoteze smo primerjali odgovore, ki smo jih pridobili s pomočjo anketnega vprašalnika ter odgovor sogovornice. Glede na pridobljene podatke lahko rečemo, da so predstave in pojmovanje kakovosti vrhnjega in srednjega managementa precej skladne, saj so rezultati ankete pokazali visoko usklajenost med ponujenimi odgovori. Vsem 13 anketiranim pomeni kakovost v prvi vrsti zadovoljstvo uporabnika, od vseh anketiranih si 10 anketiranih razlaga pojem kakovosti tudi kot usklajenost z zahtevami, kliničnimi potmi, kazalniki kakovosti, 7 anketiranih dodaja k temu še delati po standardih, predpisih in navodilih. Prav tako lahko v celostnem pogledu intervjuja razberemo, da je pojmovanje kakovosti vrhnjega vodstva opredeljeno z istimi postavkami. To dokazuje visoko usklajenost in sodelovanje vrhnjega managementa z srednjim managementom. Zaradi tega moramo hipotezo H1 *ovreči*.

H2: Pristop k obvladovanju kakovosti pomeni nov način dela, torej predstavlja za zaposlene velik izziv, hkrati pa veliko obremenitev, spremembo načina dela in s tem nelagodje.

Uvajanje sprememb in novega načina dela za zaposlene gotovo predstavlja veliko mero aktivne udeležbe ter spremembo v razmišljanju in delovanju. Rezultati raziskave so pokazali, da kljub zavedanju zaposlenih (84,6 %), da je celovito zagotavljanje kakovosti odgovornost vseh zaposlenih v organizaciji, tak pristop zahteva spremembe, tako v naravnosti kot v miselnosti vseh zaposlenih, s čimer se strinjajo vsi anketirani. Postopek akreditiranja

organizacije je zahteven in odgovoren korak, kar pomeni za zaposlene mnogo sprememb, s čimer se strinja največji delež anketiranih (84,6 %), ob tem 69,3 % anketiranih meni, da jim zadovoljevanje zahtev standardov za akreditacijo jemlje preveč časa in jim ostane manj časa za ukvarjanje s pacienti, kot bi si sami želeli in so bili pred tem vajeni. Poleg tega so odgovorni za prenos znanj in informacij na ostale člane v timih.

Na tem mestu bi lahko sklepali, da kljub izzivu, ki ga doživlja 61,6 % anketiranih, da ob spremembah nadgrajujejo svoje delo, ga znova in znova izboljšujejo, se ob tem nenehno učijo in pridobivajo nova znanja in izkušnje, to povzroča občutek nelagodja (30,5 % anketiranih ogovarja, da jim predstavlja težave), predvsem v smislu občutka manjše prisotnosti ob pacientu. Če primerjamo rezultate ankete z razmišljanjem v odgovoru sogovornice v intervjuju, ki potrdi trditev, saj so zaposleni srednjega managementa vpeti poleg dela na oddelkih ob pacientu še v pripravo izpolnjevanja zahtev standardov kakovosti (priprava dokumentov, navodil, analiz, poročil, preventivnih in korektivnih ukrepov, spremljanje in analiza kazalnikov kakovosti, standardov ZN, kliničnih poti, dodatno usposabljanje) lahko hipotezo kljub vsemu *potrdimo*. Kar ne pomeni slabo, saj mora delo in vpeljava celovite kakovosti pokazati spremembe, katerih učinek se pokaže v daljšem časovnem obdobju.

H3: Procesi MZ pomembno vplivajo na lažje obvladovanje in zagotavljanje kakovosti zdravstvene oskrbe ter pripravljenost zaposlenih na spremembe.

Znanje je pomemben in nepogrešljiv dejavnik pri obvladovanju in zagotavljanju celovite kakovosti. Kot smo ugotovili in zapisali že v teoretičnem delu, znanje zaposlenih in upravljanje z znanjem omogoča rast in razvoj vsakega posameznega zaposlenega, spodbuja ustvarjalnost in inovativnost, kar pa je cilj koncepta kakovosti. Zaposleni se lažje spoprijemajo s spremembami ali jih celo sami uvajajo. Zato je vloga in pomen procesov MZ izrednega pomena.

Rezultati ankete kažejo, da so procesi MZ dokaj dobro zastopani. Prisotni so:

- Procesi pridobivanja in izmenjave znanja tako znotraj kot izven organizacije. Zaposleni znanje in informacije pridobivajo na številnih zunanjih izobraževanjih ter iz bolnišničnih dokumentov, navodil, standardov, pri sodelavcih, pri čemer nimajo zadržkov za iskanje pomoči, znanje in informacije pridobivajo na delovnih sestankih oziroma timskih sestankih, poleg tega za izboljšanje svojega dela upoštevajo mnenja in predloge pacientov.
- Iz podatkov ugotovimo, da v organizaciji sicer nimajo navade shranjevanja pomembnih dobrih praks in izkušenj v dokumentirani obliki in tako omogočiti dostopa tudi drugim zaposlenim, si jih pa s sodelavci izmenjajo v pogovoru.
- Zaposleni brez zadržkov svoje znanje delijo s sodelavci in to počnejo z veseljem (odgovor vseh anketiranih), sprejemajo izkušnje drugih sodelavcev, prav tako vedno vedo, na koga se lahko obrnejo, ko potrebujejo pomoč in so svoje znanje pripravljeni prenašati v obliki individualne pomoči, v obliki mentorstva, usposabljanja ali

izobraževanja, svoje znanje zapišejo v obliki standardov in v ostalih dokumentih, največji delež znanja pa se prenaša ob neformalnih pogovorih.

- Kot smo ugotovili s pomočjo analize ankete in intervjuja imajo v organizaciji dostop do navodil, pravil, standardov, poročil, analiz kazalnikov kakovosti in neželenih dogodkov, kar pomeni, da je zapisano znanje vedno na voljo za ponovno uporabo.

Ker so v organizaciji zastopani vsi procesi MZ so hkrati zadovoljene tudi zahteve standardov kakovosti, zaposleni pa se dolgoročno lažje prilagajajo spremembam. Hipotezo lahko *potrdimo*.

H4: Medicinske sestre in zdravstveni tehniki posedujejo znanja in veščine, vendar obstaja vrzel pri prenosu implicitnega znanja na ostale zaposlene in pretvarjanju tega v eksplisitno obliko.

Lahko bi rekli, da so izvajalci ZN in oskrbe v zelo privilegiranem položaju, saj imajo ob svojem vsakdanjem delu s pacienti, njihovimi svojci ter sodelavci priložnost nenehnega pridobivanja, nadgrajevanja obstoječega znanja in veščin ter možnost za implementacijo pridobljenih informacij v prakso. Vendar pa se tu lahko mimogrede ujamejo v past, če svojega implicitnega znanja ne skušajo oplemenititi s posredovanjem ostalim sodelavcem in s tem pomembno doprinesti k dvigu kakovosti ZN. Z rezultati ankete smo ugotovili, da zaposleni v obravnavani organizaciji nimajo navade pomembnih dobrih praks in izkušenj dokumentirati in tako omogočiti dostopa tudi drugim zaposlenim, si pa izkušnje, nova znanja in informacije s sodelavci izmenjajo v pogovoru ali s pomočjo drug drugemu ali v obliki mentorstva študentom, pripravnikom in novim sodelavcem. Torej gre za prenos implicitnega znanja v implicitno znanje. Glede na to, da sogovornica v pogovoru ugotavlja podobno situacijo, lahko z gotovostjo hipotezo *potrdimo*.

Študij strokovne literature in raziskovanje zahtev in priporočil standardov kakovosti (standardov kakovosti in priporočil mednarodnih akreditacij, zahtev Ministrstva za zdravje), nas je vodil do zaključka, da je za obvladovanje celovite kakovosti nujno potreben sistem MZ, s vsemi pripadajočimi procesi. Odsotnost enega samega procesa pomeni vrzel v sistemu njenega obvladovanja. Ob analizi rezultatov, dobljenih s pomočjo ankete in odgovorov sogovornice v intervjuju, lahko ugotovimo, da so na področju zagotavljanja in obvladovanja kakovostne ZN in oskrbe zastopani praktično vsi procesi MZ (pridobivanje znanja, uporaba znanja prenos in shranjevanje znanja). Ugotovili smo, da obstaja vrzel na področju prenosa, predvsem implicitnega znanja, ter na področju identificiranja ključnega znanja, ki ga organizacija potrebuje za učinkoviteje in lažje izpolnjevanje, tako zahtev in priporočil standardov kakovosti, kot tudi lažje spoprijemanje zaposlenih z spremenjenim načinom dela. S tem pa smo hkrati odgovorili na temeljno raziskovalno vprašanje, ki je bilo izhodišče za nadaljnje raziskovanje.

7 ZAKLJUČEK

Obvladovanje in zagotavljanje kakovosti v zdravstveni organizaciji je temeljna in zavestna strategija, ki zahteva spremembe v delovanju in miselnosti vsakega posameznika. Je dolgoročen in kontinuiran proces, za katerega je značilno nenehno merjenje, načrtovanje, analiziranje, izboljševanje ter izpolnjevanje kriterijev in meril standardov kakovosti, kot jih priporočajo mednarodno priznani standardi kakovosti za pridobitev akreditacije ter drugi pomembni deležniki v organizaciji. Obvladovanje in zagotavljanje kakovosti zahteva močno podporo kompleksnega znanja, za njegovo učinkovito udejanjanje pa je odgovorna tako organizacija kot tudi posameznik, ki znanje poseduje.

Namen naloge je bil poiskati opredelitve kakovosti in varnosti v ZN ter oskrbi, ugotoviti, kako na področju psihiatrične ZN zagotavljajo kakovostno in varno ZN, kakšne so zahteve in priporočila v zvezi z zagotavljanjem in obvladovanjem celovite kakovostne zdravstvene oskrbe in varnosti pacientov, ki jih je postavilo Ministrstvo za zdravje, in zahteve mednarodno priznanega standarda kakovosti, ugotoviti kompatibilnost procesov MZ, ki podpirajo zahteve po varni in kakovostni zdravstveni oskrbi. Za doseglo namena naloge smo vse zastavljene cilje izpolnili.

V teoretičnem delu, ki zajema štiri zahtevna in obsežna področja, smo opredelili pojma kakovosti in varnosti storitev, pomen obvladovanja celovite kakovosti in ugotovili, da si ta pojem lahko v različnih situacijah in vlogah zelo različno razlagamo, zato je izrednega pomena, da so v organizaciji postavljena jasna merila, kriteriji, standardi, torej inštrumenti, po katerih se vsakdo lahko ravna in primerja kakovost lastnega dela. Spoznali smo, da je obvladovanje kakovosti dolgoročen proces, ki zahteva določeno stopnjo sprememb na nivoju celotne organizacije, potrpežljivosti in vztrajnosti, da koncept celovite kakovosti prodre v zavest slehernega zaposlenega. Bistvo kakovosti je v načrtovanju, izvajanju, nadzorovanju in dokumentiranju, izboljševanju procesov vseh dejavnosti, ki jih v organizaciji opravljamo. Kar je hkrati tudi bistvo zagotavljanja in obvladovanja kakovosti v ZN in oskrbi. Opredelili smo obvladovanje kakovosti in varnosti v bolnišnični zdravstveni oskrbi ter ZN in proučili, kakšne so zahteve in priporočila standardov kakovosti, ki jih morajo izvajalci zdravstvene oskrbe obvladovati.

Težišče teoretičnega dela je v prepoznavi procesov MZ (pridobivanje znanja, uporaba znanja, shranjevanje znanja ter prenos in izmenjava znanja), ki pomembno vplivajo na zagotavljanje in obvladovanje celovite kakovosti. Ker je znanje zaposlenih ključna prednost vsake organizacije, je investiranje v pridobivanje znanja zaposlenih ključnega pomena, saj vpliva na razvoj zaposlenih, razvoj organizacije, predvsem pa podpira in omogoča učinkovito obvladovanje kakovosti. Zato mora izobraževanje postati kontinuiran proces v organizaciji, od njihove usposobljenosti in znanja pa je odvisen odnos do sprememb in novih rešitev. Zaradi vse večje vloge znanja kot osnovnega elementa intelektualnega kapitala je zelo pomembno, da se organizacija zave, da je z znanjem treba ravnati pravilno in gospodarno. To

ji omogoča vpeljava učinkovitega sistema MZ, ki spodbuja znanje, veščine in sposobnosti zaposlenih.

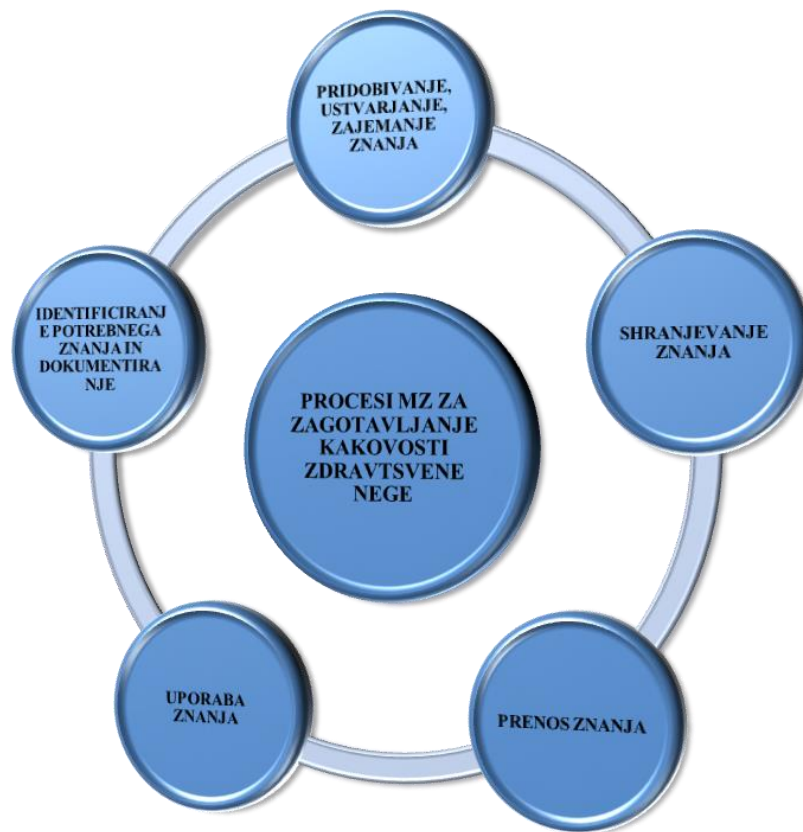
V empiričnem delu smo s pomočjo dobljenih rezultatov ankete in intervjuja zaposlenih v ZN ugotovili:

- Da si pojem kakovosti in obvladovanje kakovosti vsi anketirani in sogovornica v intervjuju interpretirajo zelo podobno, v prvi vrsti pa so usmerjeni v zadovoljstvo uporabnika, usklajenost z zahtevami, kliničnimi potmi, kazalniki kakovosti ter delati usklajeno po standardih, predpisih in navodilih, kar je lahko dobra popotnica za nadaljnje delo na področju kakovosti.
- Zaposlenim koncept TQM v največji meri omogoča stalno izboljševanje procesov, anketirani pa v tem vidijo prednost, saj jim zagotavlja sodelovanje in izobraževanje zaposlenih ter zadovoljitev zahtev in želja uporabnikov.
- Zaposleni se zavedajo, da je TQM odgovornost vseh zaposlenih v organizaciji. Nov pristop zahteva premik v naravnosti in miselnosti vsakega posameznika. Postopek akreditiranja organizacije je zahteven in odgovoren korak, kar pomeni mnogo sprememb za zaposlene, zaposleni imajo občutek, da jim zadovoljevanje zahtev standardov za akreditacijo jemlje veliko časa in jim ga ostane manj za ukvarjanje s pacienti, kot bi si sami želeli in so bili pred tem vajeni. Ugotovili smo, da kljub temu da ob spremembah nadgrajujejo svoje delo, ga znova in znova izboljšujejo, se ob tem nenehno učijo in pridobivajo nova znanja in izkušnje, to povzroča občutek nelagodja, posameznikom predstavlja tudi težave, predvsem v smislu občutka manjše prisotnosti ob pacientu. Zaposleni so ob svojem delu s pacienti vpeti tudi v priprave za zadovoljevanje in izpolnjevanje zahtev standardov kakovosti, intenzivno so vpeti v pripravo standardov ZN, kazalnikov kakovosti, kliničnih poti, spremljanja neželenih dogodkov, priprave navodil, pravil.
- V nadaljevanju raziskave smo ugotovili, da so v organizaciji prisotni procesi MZ v spodbudnem obsegu in se zahteve standardov kakovosti udeležujejo skozi vse procese na vseh nivojih. Pri posameznih procesih smo sicer zaznali vrzel, kot na primer na področju prenosa in izmenjave znanja, ki poteka na nivoju prenosa implicitnega znanja v implicitno, manj v eksplicitno obliko, za kar predlagamo, da skušajo primere dobre prakse, nova spoznanja in izkušnje zapisati in shraniti, ter dostop do novega znanja in njegovo uporabo omogočiti tudi drugim sodelavcem.
- Predvsem pa smo zaznali vrzel na področju prepoznavne ključnega znanja, pri čemer bi urejen pregled nad znanjem nedvomno olajšal načrtovanje pridobivanja novih znanj in veščin.

Kot smo ugotovili v raziskavi, zaposleni v glavnem pridobivajo znanje preko udeležbe na zunanjih izobraževanjih, manj znotraj organizacije. Pomembno je, da dobijo zaposleni občutek, da organizacija podpira pridobivanje znanja, hkrati pa spodbuja usposabljanje tudi znotraj organizacije, ob primerni spodbudi in motivaciji zaposlenih, predvsem z namenom posredovanja, prenosa in izmenjave znanja, kjer se znanje obnavlja, osvežuje in nadgrajuje.

Izvajalci ZN posedujejo obsežno strokovno znanje, izkušnje, veščine in druge sposobnosti, zato je upravljanje z znanjem še toliko bolj pomembno. Procesni MZ v ZN omogočajo podporo znanju za vsako dejavnost v procesu ZN.

Ker je ZN v psihiatriji specifično področje, pri katerem je potrebna vključenost vseh procesov MZ nikakor ne moremo spregledati ali izvzeti nobenega izmed njih, kar smo potrdili v raziskavi s hipotezo H3, ko smo ugotavljali, *kateri procesi MZ pomembno vplivajo na obvladovanje in zagotavljanje kakovosti zdravstvene oskrbe ter pripravljenost zaposlenih na spremembe*. Morda jih zaposleni na zavedni ravni ne doživljajo v takšni obliki in formulaciji. Ključno pri zagotavljanju kakovostne ZN je ravnanje z znanjem na način, ki podpira vsako zahtevo tako mednarodnih standardov kakovosti kot standardov ZN in kazalnikov kakovosti. Povezanost procesov MZ smo prikazali s sliko 7.1.



Slika 7.1: Povezanost procesov MZ za zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege in oskrbe

Ker smo v raziskavi prepoznali vrzel v identifikaciji ključnega znanja in nosilcev znanja, smo oblikovali predlog baze znanja s pomočjo programa MS Excel. Preglednica⁷ omogoča iskanje nosilca znanja in ključno znanje ali pa ključno znanje in nosilca ključnega znanja, in se uporablja s pomočjo vrtljne tabele. Menimo, da je program enostaven in učinkovit pripomoček za dokumentiranje in znanja. Hitro in natančno nam pokaže, kdo od zaposlenih

⁷ Predlog baze znanja je prikazan v preglednicah v prilogi G.

obvlada ključno in potrebno znanje ter koliko področij. Enostavno lahko nato dodajamo še dodatne postavke, ki jih želimo analizirati ali imeti pregled nad njimi, npr. področja izobraževanj, število dni in ur izobraževanj, na čigavo pobudo se je zaposleni udeležil posameznega izobraževanja in podobno. S tem se naredi znanje vidno, kar se kaže na vlogi znanja v organizaciji. Omogoči se učinkovit pregled znanja, hkrati pa se oblikuje in razvija kultura znanja s spodbujanjem izmenjave znanja, proaktivno iskanje in ponujanje znanja ter povezava med ljudmi glede na prostor, čas, orodja. Ni nujno, da so shranjena le splošna in specialna znanja, pač pa tudi ostale sposobnosti, spretnosti, veščine in ostala znanja, ki lahko koristijo organizaciji. Takšne informacije je najenostavneje pridobiti ob letnih razgovorih zaposlenih, od najožjih sodelavcev, pa tudi, glede na to, da gre za manjšo organizacijo, preko neformalnega druženja zaposlenih.

Dobro načrtovan MZ v ZN mora zagotoviti izvajalcem ZN dostop do pomembnih informacij in znanja kadarkoli in kjerkoli je to potrebno. Cilj MZ v ZN je spodbujati in zagotavljati izvajalcem ZN optimalno, dostopno, ciljno in usmerjeno znanje, z namenom zagotavljanja podpore kakovostne oskrbe in dobre informiranosti. V ta namen dodajamo kot predlog nadgraditev informacijske tehnologije, kot na primer intranet, preko katerega se prenašajo pomembna obvestila, primeri dobrih praks, novosti, vsak zaposleni pa lahko dostopa do strnjениh informacij kjerkoli in kadarkoli. »Sporočevalec« tako ve, da so informacije prejeli vsi zaposleni.

Magistrsko nalogo zaokrožujemo z besedami Ribiere in Khorramshahgola (2004), ki opozarjata, da je upravljanje znanja zavestna strategija v organizaciji, ki omogoča pravo znanje, pravim ljudem, ob pravem času in pomaga zaposlenim, da informacije in znanje prenesejo ter si prizadevajo za izboljšanje organizacijske učinkovitosti. Upravljanje znanja je kompleksen proces, ki mora biti podprt z močnimi temelji. Podpora MZ sta strategija in vodenje, kultura, merjenje, tehnologije. Vsak od njih mora biti zasnovan in upravljan ob usklajevanju z drugim in v podporo vsem postopkom in procesom, ki običajno vključuje podprocese v uporabi znanja: ustvarjanje, prepoznavanje, zbiranje, organiziranje, izmenjavo, prilagajanje in uporabo. Ta načela omogočajo izboljšanje organizacijske učinkovitosti in doseganje uspehov, predvsem pa kakovostno ZN.

Nazadnje naj poudarimo najpomembnejše dejstvo, da je kakovost več kot dobro izpolnjevanje vseh zahtev, standardov kakovosti, upoštevanje navodil, pravil, odlično opravljenih postopkov in posegov ter vestno izpolnjevanje protokolov. Za uporabnika nimajo prave vrednosti, če vsak posameznik ne prispeva svoje osebne note, humanega odnosa, empatije, prijaznosti, vljudnosti, skratka tistih drobnih stvari, ki pacientu v stiski povrnejo zaupanje, lajšajo bolečino in pomagajo sodelavcem strokovno rasti. To so kultura organizacije, vrednote, ljudje s svojim znanjem-in spet se vrnemo v krog procesov MZ.

8 LITERATURA IN VIRI

1. Abidi, R. S. (2008). *Health Knowledge Management: The Art of Possible*. Pridobljeno s www.researchgate.net/...Healthcare_Knowledge_Management/d912f511c26e10fa8a.pdf
2. Barle, A. (2007). *Družba znanja in vseživljenjsko učenje*. Ljubljana: Pedagoški inštitut.
3. Bašin, S. (2008). Pravilnik o notranjem revidiranju v javnem zdravstvenem zavodu-bolnišnici. *Diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.
4. *Baze znanja*. (b. l.). Pridobljeno s <https://sites.google.com/site/bazeznanja/> opredelitev znanja
5. Blatnik, D. (2013). Vloga menedžmenta zdravstvene nege na področju akreditacij bolnišnic. *Obzor Zdrav Neg.47(3)*: 220-3.
6. Bratianu, C., in Orzea, I. (2012). *Organizational Knowledge creation in the perspective of sustainable development*. Pridobljeno s http://www.managementgeneral.ro/pdf/1_2012_2.pdf
7. Bukovec, B. (2003). *Celovita kakovost in obvladovanje organizacijskih sprememb*. Pridobljeno s <http://www.szko.si/revija-kakovost/arhiv/>
8. Chen, E. T. (2013). *Knowledge management implementation in the healthcare industry*. Pridobljeno s <http://www.nedsi.org/proc/2013/proc/p121026003.pdf>
9. Crosby, P. B. (1990). *Kakovost je zastoj: umetnost zagotavljanja kakovosti*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
10. Černelič, M. (2006). Procesi prodibivanja, uporabe, prenosa in hranjenja znanja v podjetju. V Možina, S., in Kovač, J. *Menedžment znanja: znanje kot temelj razvoja: na poti k učečemu se podjetju* (str. 71-90). Maribor: Založba Pivec.
11. Čuček Trifkovič, K., in Pišlar, M. (2011). Osnove zdravstvene nege v psihiatriji. V Kores Plesničar, B. *Duševno zdravje in zdravstvena nega* (str. 14-16). Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
12. Dermol, V. (2012). *Sistemi managementa znanja*. Dodatno študijsko gradivo 2011-2012. Celje: Mednarodna fakulteta za družbene in poslovne študije.
13. *DNV-standard za bolnišnice*. (2011). Pridobljeno s http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/standardi/standard_NIAHO_240512.pdf
14. Ferjan, M. (2005). *Management izobraževalnih procesov*. Pridobljeno s http://www1.fov.uni-mb.si/ferjan/3_3_2008_slide.pdf
15. Galinec, M. (2012). Raziskava vpliva glavne medicinske sestre na zagotavljanje kakovosti v zdravstvu. *Magistrsko delo*. Kranj: Fakulteta za organizacijske vede.
16. Gomzelj Omerzel, D. (2009). *Management znanja v majhnih in srednjih podjetjih*. Koper: Fakulteta za management.
17. Gomzelj Omerzel, D. (2010). *Podjetništvo in znanje*. Koper: Fakulteta za management.
18. Grabar, D. (2012). Z akreditacijo do kakovostne in varne oskrbe v bolnišnici. V Bahun, M., Kramar, Z., in Skela Savič, B. *Trajnostni razvoj na področju kakovosti in varnosti—povezava med akreditacijo in varno ter kakovostno obravnavo pacientov: strokovno srečanje: zbornik prispevkov* (str. 11-13). Kranjska Gora: Splošna bolnišnica Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

19. Hajdinjak, A., in Meglič, R. (2001). *Pomen standardov v sodobni zdravstveni negi*. Pridobljeno s www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:doc-7Z8ICMK9/...3ee4.../PDF
20. Hajdinjak, A., in Meglič, R. (2012). *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
21. Hajnrih, B. (2012). *Kakovost. UKC Maribor je prejel certifikat ISO 9001*, str. 32-33.
22. Haralambos, M., in Holborn, M. (1999). *Sociologija: teme in pogledi*. Ljubljana: DZS.
23. Hsia, T. L., Lin, L. M., Wu, J. H., in Tsai, H. T. (2006). *A Framework for Designing Nursing Knowledge Management Systems*. Pridobljeno s *Interdisciplinary Journal of Information, Knowledge, and Management*: http://www.ijikm.org/volume1/ijikmv1p013-022_hsia02.pdf
24. Ishikawa, K. (1989). *Kako celovito obvladovati kakovost: japonska pot*. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije.
25. Jaklič, M. (2006). *Pomen znanja v družbi*. V Možina, S., in Kovač, J. *Menedžment znanja: znanje kot temelj razvoja: na poti k učečemu podjetju* (str. 13-22). Maribor: Založba Pivec.
26. Kadivec, S. (1998). *Zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi*. *Obzornik zdravstvene nege*, 209-213.
27. Kaučič, B. M., in Lahe, M. (2005). *Spirala znanja—nova paradigma prenosa znanja v zdravstveni negi*. *Obzor Zdrav N*; (39), 209-213.
28. Kersnik, J. (1994). *Zagotavljanje kakovosti 1994 zbornik XI. učnih delavnic za zdravniške mentorje v splošni medicini*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino slovenskega zdravniškega društva Zveze zdravniških društev Slovenije.
29. Kiauta, M., Poldrugovac, M., Rems, M., Robida, A., in Simčič, B. (2010). *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010-2015)*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
30. Kreže, T. (2008). *Standardizacija in kakovost*. Maribor: Fakulteta za strojništvo.
31. Lubi, T. (2009). *Kakovost v zdravstveni negi*. Pridobljeno s http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/132B.pdf
32. *Luksemburška deklaracija o varnosti bolnikov*. (2005). Pridobljeno s http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/Luksembur__ka_delaracija_o_varnosti_bolnikov.pdf
33. Majcen, M. (2009). *Management kompetenc: izdelava modela kompetenc ter njegova uporaba za razvoj kadrov in vodenje zaposlenih k doseganju ciljev*. Ljubljana: GV Založba.
34. Marolt, J., in Gomišček, B. (2005). *Management kakovosti*. Kranj: Moderna organizacija.
35. Marušič, D. (2010). *Priročnik o kazalnikih kakovosti*. V Pribaković Brinovec, R., Masten-Cuznar, O., Ivanuša, M., Leskošek, B., Pajntar, M., Poldrugovac, M., in drugi. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
36. Merkač Skok, M. (2005). *Osnove managementa zaposlenih*. Koper: Fakulteta za management.
37. Meško Štok, Z. (2009). *Management znanja v sodobnih organizacijah*. Koper: Fakulteta za management.

38. Mihalič, R. (2010). *Kako upravljam znanja: 30 minut za vodenje*. Škofja Loka: Mihalič in partner.
39. Milekšič, V. (2000). Kakovost izobraževalnega procesa in/ali kakovost izobraževalnih rezultatov (ciljev). V Trnavčevič, A., Trtnik-Herlec, A., in Roncelli-Vaupot, S. *Raznolikost kakovosti* (str. 43-51). Ljubljana: Šola za ravnatelje.
40. *Ministrstvo za zdravje*. (b. 1.). Pridobljeno s http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost_in_varnost_sistema_zdravstvenega_varstva/sodelovanje_pacientov/
41. Možina, S. (2006). Vloga menedžmenta znanja v organizaciji. V Možina, S., in Kovač, J. *Menedžment znanja: znanje kot temelj razvoja na poti k učečemu se podjetju* (str. 127-146). Maribor: Založba Pivec.
42. Možina, T. (2003). *Kakovost v izobraževanju odraslih*. Pridobljeno s <http://kakovost.acs.si/doc/N-650-1.pdf>
43. Nonaka, I., Toyama, R., in Hirata, T. (2008). *Managing Flow. A process Theory of the Knowledge-Based Firm*. New York: Palgrave Macmillan.
44. Peček, P. (2000). Z razvojem zaposlenih do boljše kakovosti. V Trnavčevič, A., Trtnik-Herlec, A., in Roncelli-Vaupot, S. *Raznolikost kakovosti* (str. 83-99). Ljubljana: Šola za ravnatelje.
45. Piskar, F., in Dolinšek, S. (2006). *Učinki standarda kakovosti ISO: od managementa kakovosti do poslovnega modela*. Koper: Fakulteta za management.
46. Potočnik, V. (2000). *Trženje storitev*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
47. Pribaković Brinovec, R., Masten-Cuznar, O., Ivanuša, M., Leskošek, B., Pajntar, M., Poldrugovac, M., in drugi. (2010). *Priročnik o kazalnikih kakovosti*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
48. Rant, Ž. (2005). *Vrednost znanja*. Pridobljeno s <http://organizacija.fov.uni-mb.si/index.php/organizacija/article/viewFile/43/86>
49. Rant, Ž. (2008). *Prenos znanja kot dilema znanjskih delavcev in učeče se organizacije*. Pridobljeno s <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-VTNDKQCD/>
50. Rems, M. (2008). Kam nas usmerjajo kazalniki kakovosti. V Kramar, Z. in Kraigher, A. *Dejstvo za kakovost: 2. strokovni seminar: zbornik predavanj/Dnevi Angele Boškin, Bled, 10. in 11. april 2008* (str. 29-35). Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice.
51. Ribiere, V. M., in Khorramshahgol, R. (2004). *Integrating Total Quality Management and Knowledge Management*. Pridobljeno s http://www.aom-iaom.org/pdfs/jms/JMS-16-04_ribiere3.pdf
52. Robida, A. (2004). *Program za samoocenjevanje in zunanjo presojo-akreditacijo zdravstvenih zavodov*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
53. Robida, A. (2005). Aktivnosti Ministrstva za zdravje na področju kakovosti. V Strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu. *Kakovost v zdravstvu/12. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev* (str. 12-14). Otočec ob Krki: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
54. Robida, A. (2006). *Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje—Oddelek za kakovost v zdravstvu.

55. Robida, A. (2009). *Pot do odlične zdravstvene prakse: vodnik za izboljševanje kakovosti in presojo lastne zdravstvene prakse*. Ljubljana: Planet GV.
56. Rodica, B. (2012). *Raziskovalno delo v zdravstveni negi. Učno gradivo*. Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo Novo mesto.
57. Rojc, E., in Bahun, D. (2006). *Človeški viri–kapital podjetja*. Velenje: Pozoj.
58. Sheahan, K. (b. 1.). *What Is Quality Management in Health Care?* Pridobljeno s http://www.ehow.com/about_6570409_quality-management-health-care_.html
59. Simčič, B. (2005). Celovita kakovost v zdravstvu. V *Strokovno srečanje ekonomistov in poslovodnih delavcev v zdravstvu. Kakovost v zdravstvu/12. strokovno srečanje ekonomistov in poslovodnih delavcev v zdravstvu* (str. 24-27). Otočec ob Krki: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
60. Simčič, B., in Retelj, M. (2007). *Poslovna odličnost kot dialog med poslovnim in strokovnim managementom*. Pridobljeno s http://szko.si/uploads/revija_kakovost/Q-2007-01.pdf
61. Simčič, B., Poldrugovac, M., in Marušič, D. (2011a). *Kazalniki kakovosti in akreditacija kot orodja za vodenje*. *Bilt – Ekon Organ Inform Zdrav*; 27(1): 29-49. Pridobljeno s <http://temena.famnit.upr.si/files/files/Simcic.pdf>
62. Simčič, B., Ceglar, J., in Marušič, D. (2011b). *Akreditacija-zunanja presoja kakovosti in varnosti zdravstvenih obravnav v zdravstvenih ustanovah*. *Bilt – Ekon Organ Inform Zdrav*; 27(2):113-122. Pridobljeno s <http://versita.metapress.com/content/h5270526226g65m4/fulltext.pdf>
63. SIST. (b. 1.). *Sistem vodenja kakovosti in Slovenski standard sist en iso 9001:2008*. Slovenski inštitut za standardizacijo. Pridobljeno s http://www.sist.si/index.php?option=com_content&view=article&id=112&catid=39&Itemid=161&lang=sl
64. Sitar, A. S. (2006). Oblike in razsežnosti znanja v organizaciji. V Možina, S., in Kovač, J. *Menedžment znanja: znanje kot temelj razvoja: na poti k učečemu se podjetju* (str. 55-69). Maribor: Založba Pivec.
65. Skela Savič, B. (2011). Znanje zaposlenih in nekateri drugi dejavniki povezani s kakovostjo zdravstvene obravnave. V Kramar, Z., Skela Savič, B., Hvalič Touzery, S., Kraigher, A., in Skinder Savič, K. *Varnost-redča nit celostne obravnave pacientov strokovno srečanje: zbornik prispevkov* (str. 20-25). Gozd Martuljek: Jesenice: Splošna bolnišnica: Visoka šola za zdravstveno nego.
66. Snoj, B. (1998). *Management storitev*. Koper: Visoka šola za management.
67. Sobočan, B. (2003). Obvladovanje poslovnih procesov. *Kakovost–revija slovenskega združenja za kakovost*, 8-13.
68. Šostar, A. (2000). *Management kakovosti*. Maribor: Fakulteta za strojništvo.
69. Štandeker, N. (2012). *Certifikati kakovosti v bolnišnicah*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede. Magistrsko delo.
70. Štebe, V. (1989). Želeni standardi zdravstvene nege dojenčka z respiratornim infektom. *Zdrav Obzor*; 23, 135-142.

71. Štern, B. (b. l.). *Pomen systemskega pristopa k vrednotenju kakovosti v zdravstvenem sistemu*. Pridobljeno s http://szd.si/user_files/vsebina/Zdravniski_Vestnik/vestnik/st6-5/st6-5-303-308.htm
72. Tavčar, M. (2006). *Strateški menedžmet znanja*. V Možina, S., in Kovač, J. *Menedžment znanja: znanje kot temelj razvoja: na poti k učečemu se podjetju* (str. 25-40). Maribor: Založba Pivec.
73. Trebar, A. (2012). *Možnosti nadaljnjega razvoja na področju vodenja kakovosti*. Pridobljeno s http://szko.si/uploads/revija_kakovost/Q-2012-02.pdf
74. Trnavčevič, A., Trtnik-Herlec, A., in Roncelli-Vaupot, S. (2000). *Raznolikost kakovosti*. Ljubljana: Šola za ravnatelje.
75. Tušar, S. (2011). Kaj nam je pokazala DNV-NIAHO akreditacija bolnišnice. *Bolje*, str. 6-7.
76. Verbič, B., Koren, M., in Gunčar, U. (1994). *Dobrodošli med najboljšimi: pot do kakovosti v storitveni dejavnosti*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
77. Vogrinc, J. (2008). *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
78. Vujoševič, N. (1996). *Vodilo za standarde kakovosti ISO 9000*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
79. Vujoševič, N. (2000). *1800 vprašanj o kakovosti*. Ljubljana: Podjetnikova zbirka.
80. WHO. (2006). *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. Pridobljeno s http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_BDef.pdf
81. Zupanc Grom, R. (2000). Uvajanje kakovosti v šole. V Trnavčevič, A., Trtnik-Herlec, A., in Roncelli-Vaupot, S. *Raznolikost kakovosti* (str. 25-43). Ljubljana: Šola za ravnatelje.
82. ZZDej-1. (2013). *Ministrstvo za zdravje*. Pridobljeno s http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna_razprava_2013/ZZDej_21_6_13.pdf
83. Žargi, D. (2003). *S kompetentnostjo do osebne kakovosti*. Pridobljeno s http://szko.si/uploads/revija_kakovost/Q-2003-03.pdf

9 PRILOGE

Priloga A: Področja in zahteve mednarodnega standarda kakovosti DNV-NIAHO–povzetek

Priloga B: Sklopi (področja) zagotavljanja kakovosti in varnosti v bolnišnici

Priloga C: Procesi MZ, potrebni za zagotavljanje zahtev kazalnikov kakovosti in mednarodnih standardov kakovosti

Priloga D: Primer baze znanja s ključnimi znanji in nosilci znanja

Sistem vodenja kakovosti

Je odgovornost vrhnjega vodstva/upravnega organa, medicinskega in administrativnega osebja. Ta sistem mora zagotoviti izvajanje, merjenje in nadzorovanje preventivnih in korektivnih ukrepov, ki jih sprejme bolnišnica. Bolnišnica mora razvijati, izvajati in vzdrževati kontinuiran sistem za vodenje kakovosti in varnosti pacientov. Zagotoviti mora ustrezna sredstva za merjenje, ocenjevanje, izboljševanje in vzdrževanje učinkovitosti ter zmanjšanje tveganja za paciente. Sistemu vodenja kakovosti v poglavjih obsega opis/načrt kakovosti, predstavnik vodstva, dokumentacija in revizije vodenja, sistemske zahteve, merjenje, nadzor in analiza (za kar je potrebno vzpostaviti merila, s katerimi je mogoče zaznati spremembe, prepoznati problematične procese, opredeliti pozitivne in negativne posledice ter oceniti uspešnost ukrepov). Kriteriji, ki jih je treba meriti, morajo zajemati tveganja za varnost pacientov-padci, identifikacija pacientov, poškodbe; terapijo z zdravili/rabo zdravil, uporabo prisilnih sredstev, sisteme za obvladovanje okužb, težave v zvezi s pretokom pacientov, zadovoljstvo strank, nepričakovane smrti, nevarne dogodke, neželene dogodke, skorajšnje neželene dogodke, druge nevarne dogodke, popolnost in točnost zdravstvene dokumentacije, sisteme za upravljanje fizičnega okolja.

Upravljanje s tveganji

Z načrtom aktivnosti, oceno tveganja ter upravljanje in poročanje. Bolnišnica mora zagotoviti sistem upravljanja s tveganji, ki se nanaša na varnost pacientov in zajema tudi ostala tveganja, ki lahko vplivajo na paciente, osebje ali ostale obiskovalce bolnišnice. Organizacija mora zagotoviti, da je ocena tveganja definirana ob upoštevanju obsega, narave in časovnih dejavnikov tveganja ter da je proaktivna. Prepoznati in dokumentirati je treba nevarnosti, povezane s predvidenim delom ter zagotoviti izvajanje ustrezne metodologije za vrednotenje in evidentiranje tveganj in sprejemanje ukrepov. Bolnišnica mora dokumentirati postopke za definiranje, evidentiranje, analizo in učenje na osnovi dogodkov, ki vplivajo na varnost (zdravniške napake in neželeni dogodki).

Upravni organ

Opredeljena je pravna odgovornost, institucionalni načrt in proračun, pogodbene storitve.

Direktor in odgovornosti

Definirano je, da morajo upravni organ ali pravno odgovorna oseba imenovati direktorja, ki je s svojo izobrazbo in izkušnjami usposobljen za odgovorno vodenje bolnišnice, opredeljena je njegova odgovornost.

Medicinsko osebje

Po standardu ga sestavljajo zdravniki z ustrežno licenco ali ostali strokovnjaki, ki imajo licenco za opravljanje dejavnosti brez nadzora in za paciente izvajajo preventivne, kurativne, kirurške, rehabilitacijske ali druge zdravstvene storitve. Opredeljena je odgovornost, strokovni svet področja oziroma dejavnosti sodelovanja (nadzor nad upravljanjem z zdravili, nadzor nad preprečevanjem in obvladovanjem okužb, revizija zdravstvene dokumentacije, sistem vodenja kakovosti, sistem upravljanja s tveganji, priprava poročil), podatki o uspešnosti, nadaljnje izobraževanje, klinična pooblastila začasna klinična pooblastila, disciplinski ali rehabilitacijski ukrepi, vodenje zdravstvene dokumentacije, definirana je anamneza in zdravniški pregled. Bolnišnica mora opredeliti okoliščine in kriterije, po katerih je potreben posvet z zdravnikom oziroma njegova pomoč. Poudarjeno je, da si mora medicinsko osebje prizadevati, da se opravijo obdukcije v vseh primerih neobičajnih smrti, vzpostavljen mora biti sistem za obveščanje medicinskega osebja po obdukciji, še posebej lečečega zdravnika.

Negovalne storitve

Bolnišnica mora imeti dobro organizirane negovalne storitve z načrtom in opisom administrativne pristojnosti in opisom odgovornosti pri zagotavljanju zdravstvene nege pacientom:

- Negovalne storitve morajo biti na voljo 24 ur; zdravstveno nego vsakega pacienta nadzira in ocenjuje diplomirana medicinska sestra.
- Diplomirana medicinska sestra mora biti vedno na voljo, negovalno osebje, za katerega se zahteva licenciranje mora imeti veljavno licenco.
- Negovalne storitve mora nuditi ali nadzirati diplomirana medicinska sestra. Ustrezno usposobljena medicinska sestra mora biti nemudoma na voljo ob vsakem pacientu. Diplomirana medicinska sestra mora sprejemati vse odločitve glede delegiranja zdravstvene nege ostalemu negovalnemu osebju, in sicer na osnovi potreb posameznega pacienta in kvalifikacij osebja.
- Glavna medicinska sestra mora biti licencirana diplomirana medicinska sestra. Odgovorna je za delovanje negovalne dejavnosti, vključno z določanjem vrste in števila osebja, potrebnega za zagotavljanje zdravstvene nege za vsa področja oskrbe pacientov bolnišnice in v skladu s standardi negovalne prakse. Odgovorna je za razvoj, odobritev in izvajanje politike in postopkov vseh storitev zdravstvene nege.
- Negovalno osebje mora za vsakega pacienta v roku 24 ur od sprejema pripraviti in pričeti izvajati ustrezen načrt nege, in sicer na osnovi ugotovitev celostne ocene glede nege in zahtev ostalih disciplin.
- Za vsakega pacienta mora biti narejena ocena stanja pacienta v roku 24 ur po sprejemu v ustanovo, ki mora biti poleg specifične skladna tudi s politiko bolnišnične nege, ob spremembi pacientovega stanja se mora spremeniti tudi načrt zdravstvene nege.

Upravljanje s kadri

Bolnišnica mora izvajati ustrezno politiko in v praksi preverjati, ali ima vsak član osebja veljavno in posodobljeno licenco, registracijo ali certifikat. Vsak odderek, klinični ali podporni, in vsaka enota mora razpolagati s pisnim opisom obsega storitev (delovni čas, populacija pacientov, zahtevan nivo znanja/usposobljenosti osebja, za vse osebje morajo biti na voljo opisi aktualnih delovnih mest, vključno s pogodbenim osebjem, študenti, prostovoljci), vse osebje mora opraviti uvajanje glede specificiranih delovnih dolžnosti in odgovornosti in posameznik mora uvajanje opraviti, da lahko prične z delom in vključuje splošno varnost, postopke v sili, obvladovanje okužb, zaupnost in druge ustrezne teme, ki jih določi bolnišnica. Standard opredeljuje vrednotenje osebja; to je vrednotenje uspešnosti/usposobljenosti, ki mora vsebovati kazalnike, s katerimi je mogoče objektivno meriti sposobnost osebja, da opravlja delovne dolžnosti skladno z opisom delovnega mesta. Vrednotenje se mora opravljati enkrat v koledarskem letu.

Poleg tega mora bolnišnica zahtevati od vseh članov osebja, vključno s pogodbenim osebjem, da sodeluje pri nadaljnjem izobraževanju, kot zahteva posamezni izdajatelj licence, zakonodaja ali predpisi. Skladnost s tem standardom je potrebno poročati nadzornemu organu za vodenje kakovosti.

Upravljanje z zdravili

Bolnišnica mora razpolagati z lekarniško dejavnostjo za zadovoljevanje potreb pacientov, dejavnost vodi registrirani farmacevt. Vsa zdravila morajo biti dana s strani ali pod nadzorom negovalnega ali drugega usposobljenega osebja po predpisu lečečega zdravnika v skladu s politiko in postopki, ki jih je odobrila bolnišnica, ter sprejetimi strokovnimi standardi. Vsa zdravila in biološka zdravila je treba kontrolirati, varovati in razdeljevati v skladu z veljavnimi standardi (dostop do zaklenjenih prostorov ima lahko samo pooblaščen osebje). Bolnišnica mora imeti seznam zdravil, ki morajo biti v bolnišnici; ta mora biti na voljo vsemu relevantnemu osebju. Predpisovanje zdravil mora biti v skladu s predpisi, telefonsko ali ustno predpisovanje se uporablja redko, s strani pooblaščenega medicinskega osebja, ustnemu predpisovanju mora v roku 48 ur slediti podpis ali začetnice zdravnika, ki je zdravilo predpisal. Napake pri pripravi, uporabi in predpisovanju zdravil, neželene reakcije na zdravila ter nezdružljivost je treba nemudoma sporočiti lečečemu zdravniku in pristojnemu organu za vodenje kakovosti v bolnišnici. Točne in aktualne informacije o interakciji zdravil in o zdravljenju z zdravili, stranskih učinkih, toksikologiji, odmerkih, indikacijah za uporabo in načinu uporabe morajo biti na voljo vsem vpletenim, ki so vključeni v upravljanje z zdravili.

Operacijske dvorane, anestezijske storitve, porodničarstvo, preskrba in upravljanje s krvjo, radiologija, storitve nuklearne medicine, rehabilitacija) in laboratorijske storitve-Aktualno za izvajalce, ki to dejavnost opravljajo.

Urgenca

Bolnišnica mora zadovoljevati potrebe pacientov skladno s sprejetimi strokovnimi standardi, kot jih opredeljuje sama. Urgentne storitve morajo biti organizirane in integrirane z drugimi oddelki pod vodstvom in nadzorom usposobljenega člana medicinskega osebja. Bolnišnica mora biti odgovorna za razvoj in izvajanje politike in postopkov upravljanja ponujene oskrbe. Urgenca mora vedno razpolagati z ustreznim medicinskim in negovalnim osebjem za urgentno oskrbo. Če bolnišnica ne zagotavlja urgentne oskrbe, ima pisno politiko in postopke za vrednotenje urgentnih primerov, začetnega zdravljenja in ustrezne napotitve. Bolnišnica mora imeti pisno politiko in postopke za vrednotenje in napotitev urgentnih primerov, do katerih pride v dislociranih enotah, kjer urgentna oskrba ni na voljo.

Prehranske storitve

Bolnišnica mora zagotoviti ustrezno upravljanje in podporo za te storitve. Za upravljanje in vodenje prehranskih storitev mora biti odgovorna oseba, zaposlena za poln delovni čas, ki je kvalificirana, izkušena in usposobljena, kot opredeljuje bolnišnica, ki mora imeti ustrezno usposobljenega dietetika, in je na voljo po potrebi ter je zaposlen za poln ali skrajšan delovni čas ali pogodbeno kot svetovalc. Prehranske storitve in meniji/diete morajo biti v skladu s potrebami pacientov, vsi meniji/diete v ponudbi morajo ustrezati potrebam pacientov. Vse terapevtske diete mora predpisati lečeči zdravnik. Vsem prehranskim potrebam pacienta je treba ustreči v skladu z uveljavljenimi prehranskimi načeli, ki so skladni z naročilom lečečega zdravnika. Bolnišnica mora imeti prehranski priročnik (v papirni ali elektronski obliki), ki opredeljuje aktualne terapevtske diete v bolnišnici. Prehranski priročnik morata odobriti dietetik (zaposlen za poln ali skrajšan delovni čas ali pogodbeno) in bolnišnica. Prehranski priročnik mora biti dokument, ki je posredovan, nadzorovan in razpoložljiv vsemu osebju in zdravnikom, ki so neposredno ali posredno odgovorni za zagotavljanje ustreznih prehranskih storitev.

Pacientove pravice

Bolnišnica mora vse paciente in/ali pravne zastopnike po možnosti vedno seznaniti s pacientovimi pravicami pred zagotavljanjem ali prekinitvijo oskrbe v jeziku ali obliki, ki jo pacient in/ali pravni zastopnik razume. Bolnišnica mora razviti in izvajati postopek za uradne pritožbe, ki zagotavlja seznam kontaktnih oseb, obravnavo pritožb, opredelitev razumnih časovnih okvirov za odgovor na pritožbe ter rešitev pritožbe v pisni obliki (s kontaktno osebo v bolnišnici, sprejete ukrepe, izid pritožbe, datum zaključka).

Bolnišnica mora razviti politiko glede prisilnih sredstev in osamitve, ki velja za celotno bolnišnico. V primeru uporabe prisilnih sredstev ali osamitve mora bolnišnica ščititi pacienta in njegove pravice ter zagotoviti naslednje:

- Izvajati je treba postopke, skladne s politiko uporabe prisilnih sredstev ali osamitve; zasnovani morajo biti tako, da ščitijo pacientove pravice in dostojanstvo ter da zagotavljajo varnost pacienta, osebja in ostalih.
- Prisilno sredstvo ali osamitev se uporabi le za zagotavljanje neposredne fizične varnosti pacienta, osebja ali ostalih; z uporabo se preneha takoj, ko je možno.
- Prisilno sredstvo ali osamitev se uporabi samo v primeru, da manj omejujoče intervencije za zaščito pacienta ali ostalih niso bile učinkovite. Uporabljena vrsta ali tehnika prisilnega sredstva ali osamitve mora biti najmanj omejevalen ukrep, ki še zagotavlja zaščito pacienta ali ostalih.
- Uporaba prisilnih sredstev ali osamitve mora biti v skladu s pisno spremembo pacientovega načrta nege in izvedena v skladu z varnimi in ustreznimi tehnikami prisilnih sredstev in osamitve.
- Prisilnega sredstva se ne sme uporabljati hkrati z osamitvijo, razen če je pacient pod stalnim osebnim nadzorom s strani pristojnega ustrezno usposobljenega člana osebja oziroma je pod stalnim nadzorom ustrezno usposobljenega osebja s pomočjo video in avdio opreme. Ta nadzor je treba izvajati v neposredni bližini pacienta.
- Odredbo je treba pridobiti pred uporabo prisilnih sredstev, razen v urgentnih primerih, ko se potreba po ukrepanju lahko pojavi hitro.
- Odredbo mora predpisati lečeči zdravnik.
- Odredbe za uporabo prisilnih sredstev ali osamitev nikoli ni dovoljeno napisati kot trajno oziroma za uporabo »po potrebi«.
- V primeru da uporabe prisilnih sredstev ali osamitve ne odredi pacientov lečeči zdravnik, je treba slednjega čim prej kontaktirati.
- Odredba za uporabo prisilnega sredstva ali osamitve mora biti omejena na največ 4 ure za odrasle, lahko se podaljša samo v skladu z zgoraj navedenimi omejitvami, in sicer do skupno največ 24 ur.
- Zdravnik mora pacienta pregledati in oceniti po 24 urah in pred pisanjem nove odredbe za uporabo prisilnih sredstev ali osamitve.
- Če se uporaba prisilnih sredstev ali osamitve prekine pred prenehanjem veljavnosti odredbe, je treba pred ponovno uporabo prisilnih sredstev ali osamitve pridobiti novo odredbo. Vsako odredbo za uporabo prisilnih sredstev za zagotavljanje fizične varnosti ali osamitve pridobiti novo odredbo. Vsako odredbo za uporabo prisilnih sredstev za zagotavljanje fizične varnosti ali pacienta, ki ni nasilen ali samouničevalen, je dovoljeno obnoviti v skladu z določili bolnišnične politike.

⁸Prisilna sredstva (omejevanje) je specifična v psihiatrični obravnavi pacienta, še posebej za izvajalce zdravstvene nege, zato so obravnavani bolj obširno. V psihiatrični zdravstveni oskrbi so imenovana Posebni varovalni ukrepi, ki se izvajajo na varovanih oddelkih psihiatrične bolnišnice.

- Bolnišnica mora pisno definirati pogostost ocenjevanja in parametre vrednotenja (npr. vitalne znake, preverjanje krvnega pritiska, potrebe po hidraciji, potrebe po izločanju, raven stiske in vznemirjenosti, duševno stanje, kognitivne funkcije, nepoškodovanost kože). Ustrezen interval za ocenjevanje in nadziranje mora temeljiti na pacientovih individualnih potrebah, pacientovem stanju in vrsti uporabljenih prisilnih sredstev.
- Uporabo prisilnih sredstev ali osamitve je treba stalno nadzirati in ocenjevati kot del sistema vodenja kakovosti v okviru bolnišnice, dokaze o podaljšani uporabi prisilnih sredstev, kot določa bolnišnica, in po možnosti o ukrepih za omejitev ali odpravo uporabe prisilnih sredstev mora analizirati terapevtska ekipa, vse podatke glede uporabe prisilnih sredstev je treba zbirati in analizirati z namenom prepoznavanja vzorcev in trendov.
- V primeru poškodbe pacienta zaradi uporabe prisilnih sredstev ali če se zaradi aplikacije prisilnih sredstev poškoduje član osebja, je treba opraviti analizo.
- Osebje, ki skrbi za paciente, pri katerih se uporabljajo prisilna sredstva oz. so v osamitvi, mora biti usposobljeno in sposobno izkazati ustrezno usposobljenost pri uporabi prisilnih sredstev, izvajanju osamitve, nadzora, ocenjevanja in zagotavljanju nege pacienta v prisilnih sredstvih oz. osamitvi. Usposabljanje je treba kot del uvajanja opraviti pred izvajanjem kateregakoli od omenjenih ukrepov; nato pa v rednih časovnih presledkih v skladu z bolnišnično politiko. Bolnišnica mora od ustreznega osebja zahtevati ustrezno izobrazbo in usposobljenost; poleg tega mora osebje izkazati znanje, ki temelji na specifičnih potrebah pacientov.
- Posamezniki, ki usposabljujejo osebje, morajo biti ustrezno kvalificirani, kar izkazujejo njihova izobrazba, usposobljenost in izkušnje glede tehnik, ki se uporabljajo za nadzor vedenja pacientov. Bolnišnica mora v personalnih mapah zabeležiti, da je osebje uspešno opravilo usposabljanje in dokazalo usposobljenost.

Preprečevanje in obvladovanje okužb

Bolnišnica mora izvajati proces za vzdrževanje higiennega okolja za bolnišnične paciente, osebje in ostale. Ta proces mora zagotavljati sredstva za preprečevanje in ukrepe proti prenašanju okužb in nalezljivih bolezni. Bolnišnica mora imeti dokumentirani proces, politiko in postopke, ki določajo, kako v bolnišnici poteka preprečevanje, obvladovanje in preiskovanje okužb oziroma nalezljivih bolezni. Sistem za preprečevanje in obvladovanje okužb je treba ovrednotiti vsaj enkrat letno. To oceno je treba posredovati pristojnemu organu za nadzor sistema vodenja kakovosti. Bolnišnica mora zagotoviti, da je sistem obvladovanja okužb povezan z ustreznimi ukrepi za odpravljanje problemov, zaznanih v bolnišnici, zagotoviti mora tudi ustrezne programe preprečevanja, korigiranja, izboljšav in usposabljanja.

Vodenje zdravstvene dokumentacije

Bolnišnica mora voditi točno napisano, nemudoma izpolnjeno zdravstveno dokumentacijo za vsakega bolnišničnega in ambulantnega pacienta:

- Zaupnost zdravstvene dokumentacije mora biti zagotovljena.
- Zdravstvena dokumentacija mora vsebovati informacije, ki upravičujejo sprejem in nadaljnjo hospitalizacijo, podpirajo diagnozo, opisujejo pacientov napredek in odziv na zdravila in oskrbo. Vsi vnosi morajo biti čitljivi, popolni, označeni z datumom in s časom, podpisani s strani osebe, odgovorne za zagotavljanje oskrbe pacienta skladno z bolnišnično politiko. Ustne odredbe je treba overiti v roku osemindeset (48) ur.
- Bolnica mora imeti sistem za identifikacijo avtorjev posameznih vnosov v zdravstveno dokumentacijo.

Načrtovanje odpusta

Izvajati je treba pisno politiko z namenom vzpostavitve sistema za načrtovanje odpusta, ki velja za vse paciente. V zgodnjem obdobju hospitalizacije je treba pričeti z načrtovanjem odpusta za vse paciente.

Revizija izrabe zmogljivosti in fizično okolje

Objekt mora biti zgrajen, urejen in vzdrževan tako, da zagotavlja varnost pacientov ter prostore za diagnostiko, zdravljenje in posebne storitve bolnišnice, skladne s potrebami skupnosti. Bolnišnica mora zagotoviti pisni požarni red, ki določa ukrepe za takojšnje poročanje o požaru, gašenje požara, zaščito pacientov, osebja in obiskovalcev, evakuacijo in sodelovanje z gasilskimi enotami. Opredeljene so še zahteve za sistem upravljanja, varnost, sistem varovanja, sistem upravljanja z nevarnimi snovmi, sistem upravljanja v sili, sistem upravljanja z medicinsko opremo, sistem upravljanja z infrastrukturo (DNV-standard za bolnišnice, 2011).

Priloga B: Sklopi (področja) zagotavljanja kakovosti in varnosti v bolnišnici

Sodelovanje pacientov in nacionalna anketa o izkušnjah pacientov

Sistematično vodenje kakovosti zahteva, da se organizacija osredotoča na svoje uporabnike. V primeru bolnišnic so uporabniki pacienti in njihovi svojci. V skladu s tem je eno izmed šestih načel kakovosti, prepoznanih s strani ameriškega Institute of Medicine in, ki danes veljajo za splošno sprejeta, osredotočenost na pacienta. Izkušnje pacientov se vrednotijo z anketami (Ministrstvo za zdravje, b. l.).

Varnost pacientov

Evropska komisija ocenjuje, da se varnostni zapleti zgodijo pri 8 % do 14 % vseh hospitalizacij v Evropi. Mednarodno priznane organizacije so oblikovale številna priporočila o načinih, kako povečati varnost zdravstvene obravnave. Prispeva lahko vsakdo, ki je udeležen v sistemu zdravstvenega varstva (Ministrstvo za zdravje, b. l.).

Poročanje o zapletih

Ministrstvo za zdravje je oblikovalo le specifične zaplete, o katerih jih morajo zavodi obveščati in poročati: nepričakovana smrt, večja stalna izguba telesne funkcije, samomor bolnika v zdravstveni ustanovi, zamenjava novorojenčka, hemolitična transfuzijska reakcija po transfuziji krvi ali krvnih produktov zaradi neskladja glavnih krvnih skupin, kirurški poseg na napačnem bolniku ali napačnem delu telesa, sum kaznivega dejanja. Predloge drugih varnostnih zapletov oblikujejo same bolnišnice, za kar tudi same pripravijo preventivne in kurativne ukrepe (Ministrstvo za zdravje, b. l.).

Kazalniki kakovosti

Kazalniki kakovosti predstavljajo mero kakovosti zdravstvenega varstva, ki jih izvajalci zdravstvene oskrbe izračunavajo zato, da imajo sami pregled in nadzor nad kakovostjo zdravstvenih obravnav v lastnih ustanovah. Ob tem pa kazalniki kakovosti nudijo pacientom informacije o varnosti in kakovosti obravnave po posameznih ustanovah. Tako izvajalce kot paciente zanimajo absolutne vrednosti kazalnikov, še bolj pomembna pa je njihova primerjava v času in med ustanovami (Marušič, 2010, str. 8).

Klinične poti

Klinične poti so orodje, s pomočjo katerega integriramo različne vidike obravnave pacienta. Obenem s kliničnimi potmi konkretiziramo klinične smernice v plan oskrbe posameznega pacienta. Z uporabo kliničnih poti je tudi omogočena boljša sledljivost oskrbe pacienta, kar

omogoča boljše planiranje, upravljanje in vodenje klinično/strokovnih elementov, pa tudi administrativnih elementov zdravstvene organizacije. Klinične poti so predvsem lokalno orodje, prilagojeno specifičnim okoliščinam in delovni kulturi posamezne zdravstvene ustanove (Ministrstvo za zdravje, b. l.).

Klinične smernice

Klinične smernice so priporočila o najboljši oskrbi določenih zdravstvenih stanj, ob upoštevanju razpoložljivih dokazov o najuspešnejših pristopih. Klinične smernice ne nadomestijo znanj in izkušenj zdravnika, temveč so pripomoček za sprejemanje odločitev o najprimernejših ukrepih, v specifičnih okoliščinah posameznega pacienta. Smernice lahko pomembno prispevajo k oblikovanju kliničnih poti, izobraževanju in usposabljanju zdravstvenih delavcev ter informiranju pacientov o predvidenem poteku zdravstvene oskrbe (Ministrstvo za zdravje, b. l.).

Vodenje kakovosti in akreditacije

Osnova za izboljševanje kakovosti in varnosti je merjenje in dokumentiranje kakovosti. V literaturi je poudarjeno, da merjenje in spremljanje kakovosti, povratna informacija, strokovna presoja, samoocenjevanje in akreditacija ter javna objava kazalnikov kakovosti vodi k izboljševanju zdravstvene oskrbe. Slovenija je dejavno pristopila k aktivnostim za izpolnitev zahtev direktive, ki določa pravice bolnikov čezmejnega zdravstvenega varstva (sprejeta 28. 2. 2011). Poenoten je 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 bila imenovana delovna skupina strokovnjakov s področja vodenja kakovosti v sistemu zdravstvenega varstva, v katero so bili vključeni tudi predstavniki sekcije za kakovost v zdravstvu, svetovalci in predstavniki ZZSS, nege in izvajalcev zdravstvenih storitev. Skupina je 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. Izbora posameznih standardov, ki so podlaga za mednarodno akreditacijo zdravstvenih ustanov, Ministrstvo za zdravje ne predpisuje, temveč prepušča odločitev managementu posamezne zdravstvene organizacije, vendar mora biti ta mednarodno priznana (Ministrstvo za zdravje, b. l.).

Čakalne dobe

Od 3. 9. 2010 je v uporabi Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov, ki izvajalcem zdravstvenih storitev nalaga, da na svojih spletnih straneh objavijo čakalne dobe, odgovorno osebo za vodenje čakalnih knjig, podatke o čakalnih dobah pa morajo na IVZ. Čakalne dobe za

posamezne zdravstvene storitve so objavljene na spletnih straneh izvajalcev zdravstvenih storitev in v čakalnicah izvajalcev, na spletnih straneh IVZ RS pa so objavljene Nacionalne čakalne dobe, najkrajše čakalne dobe za posamezno zdravstveno storitev na nivoju države. Pacienti lahko tako na podlagi pravice do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev izbere tistega, ki ima najkrajšo čakalno dobo (Ministrstvo za zdravje, b. l.).

Zdravstvo ob množičnih nesrečah in kriznih razmerah

Pomemben vidik kakovosti in varnosti sistema zdravstvenega varstva predstavlja tudi delovanje in ukrepanje v primeru naravnih in drugih nesreč ter v kriznih razmerah. Pomemben del varstva pred naravnimi in drugimi nesrečami je pripravljenost na te nesreče, saj s tem zmanjšujemo število žrtev. Pomemben del pripravljenosti je načrtovanje, saj s tem zagotovimo primerno organiziranost za take razmere in predvidimo potrebne ukrepe za zmanjšanje posledic nesreče. Vsebina državnih načrtov je dostopna na spletni strani Uprave RS za zaščito in reševanje. Poleg omenjenih državnih načrtov zaščite in reševanja je bil izdelan tudi Načrt pripravljenosti na pandemijo gripe (Ministrstvo za zdravje, b. l.).

Sistem nujne medicinske pomoči

Država Slovenija zagotavlja 24-urno zdravstveno varstvo vsem prebivalcem. V letu 1996 je bila prvič oblikovana mreža enot nujne medicinske pomoči, s katero je bila ta dostopnost tudi zagotovljena. Razvoj medicinskih strok, tehnologije, opreme, predvsem pa znanja ekip je bistveno spremenil pogoje dela ekip, možnosti preživetja življenjsko ogroženih pacientov in s tem povezano boljšo kakovost življenja. V letu 2008 je na Ministrstvu za zdravje objavljen Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči, na podlagi katerega je bilo v sodelovanju z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije doseženo soglasje o financiranju sistema v celoti (Ministrstvo za zdravje, b. l.).

Priloga C: Procesi MZ, potrebni za zagotavljanje zahtev kazalnikov kakovosti in mednarodnih standardov kakovosti

PRIDOBIVANJE, USTVARJANJE, ZAJEMANJE ZNANJA

Za kakovostno opravljanje svojih nalog ter za zagotavljanje kakovostne in varne zdravstvene nege morajo izvajalci imeti dovolj splošnega in specifičnega znanja:

- Pridobivajo ga v okviru izobraževanj obveznih vsebin, ki jih določi Zbornica-zveza medicinskih sester.
- DMS/dipl. zn. morajo pridobivati poleg tega še ustrezna znanja za pridobitev in ohranjanje licence, ki jo podeljuje Ministrstvo za zdravje.
- Znanje za potrebe zagotavljanja kakovostne in varne zdravstvene oskrbe pridobivajo zunaj organizacije na različnih izobraževanjih in usposabljanjih pod okriljem ZZBNS, področnih društev, sekcij posameznega strokovnega področja ter na različnih delavnicah v okviru vzgojno-izobraževalnih ustanov, zdravstvenih fakultet in drugih.
- Znotraj delovnega okolja znanje pridobivajo ob izkušnjah pri delu s pacienti na podlagi ugotavljanja potreb pacientov, izkušenj in anketiranja pacientov, študentov, obiskovalcev, prebiranjem delovnih navodil in priročnikov.
- Poleg tega znanje zajemajo iz izkušenj in opazovanja sodelavcev.

SHRANJEVANJE ZNANJA

Izkušnje in pridobljeno znanje izvajalci zdravstvene nege znanje ohranjajo z:

- Dokumentiranjem zdravstvene nege v dokumentacijo zdravstvene nege pacienta.
- Oblikovanjem standardov zdravstvene nege, ki so dostopni v papirni obliki kot tudi v zbirniku dokumentov v informacijsko-tehnični obliki.
- Oblikovanjem negovalnih diagnoz, ki so dostopne v papirni obliki kot tudi v informacijsko-tehnični obliki na vsakem oddelku.
- Pripravo individualnega načrta zdravstvene nege pacienta za 24 ur, ki je shranjena v negovalni dokumentaciji vsakega pacienta ter v računalniški obliki.
- Organizacijskimi navodili.
- Pravilniki, ki olajšajo delo in omogočajo kakovostno zdravstveno obravnavo.
- Obveznimi obdobjimi in letnimi poročili spremljanja kazalnikov kakovosti, neželenih dogodkov ter notranjimi nadzori.
- Ocenjo tveganja za neželene dogodke z analizami, poročili.
- Navodili za izvajanje kazalnikov kakovosti.
- Zloženke za paciente, oglasne deske s pomembnimi informacijami za paciente in druge obiskovalce.

UPORABA ZNANJA

Izvajalci zdravstvene nege obvladajo vrsto posameznih področij, te drugi sodelavci nato uporabljajo z njihovo pomočjo in nasveti, ter vodenjem in usmerjanjem:

- Izpolnjevanje, vodenje, oblikovanje specifične dokumentacije.
- Oskrba rane.
- Obvladovanje priprave, aplikacije novega zdravila ali specifične medikamentozne terapije.
- Prehransko-dietetična podpora.
- Uporaba informacijsko-tehničnih orodij in programov.
- Poleg tega izvajalci ZN poiščejo pomoč in nasvet pri drugih izvajalcih v bolnišnici.
- Prav tako se za uporabo znanja uporabljajo rutine v obliki pravil in norm, standardov, ki so vnaprej pripravljene oziroma jih oblikujejo sami izvajalci zdravstvene nege.
- Navodila za izvajanje kazalnikov kakovosti.
- 24-urni individualni načrt, na podlagi katerega se uporablja znanje za izvajanje aktivnosti ZN, iz katerih se oblikujejo nova znanja.

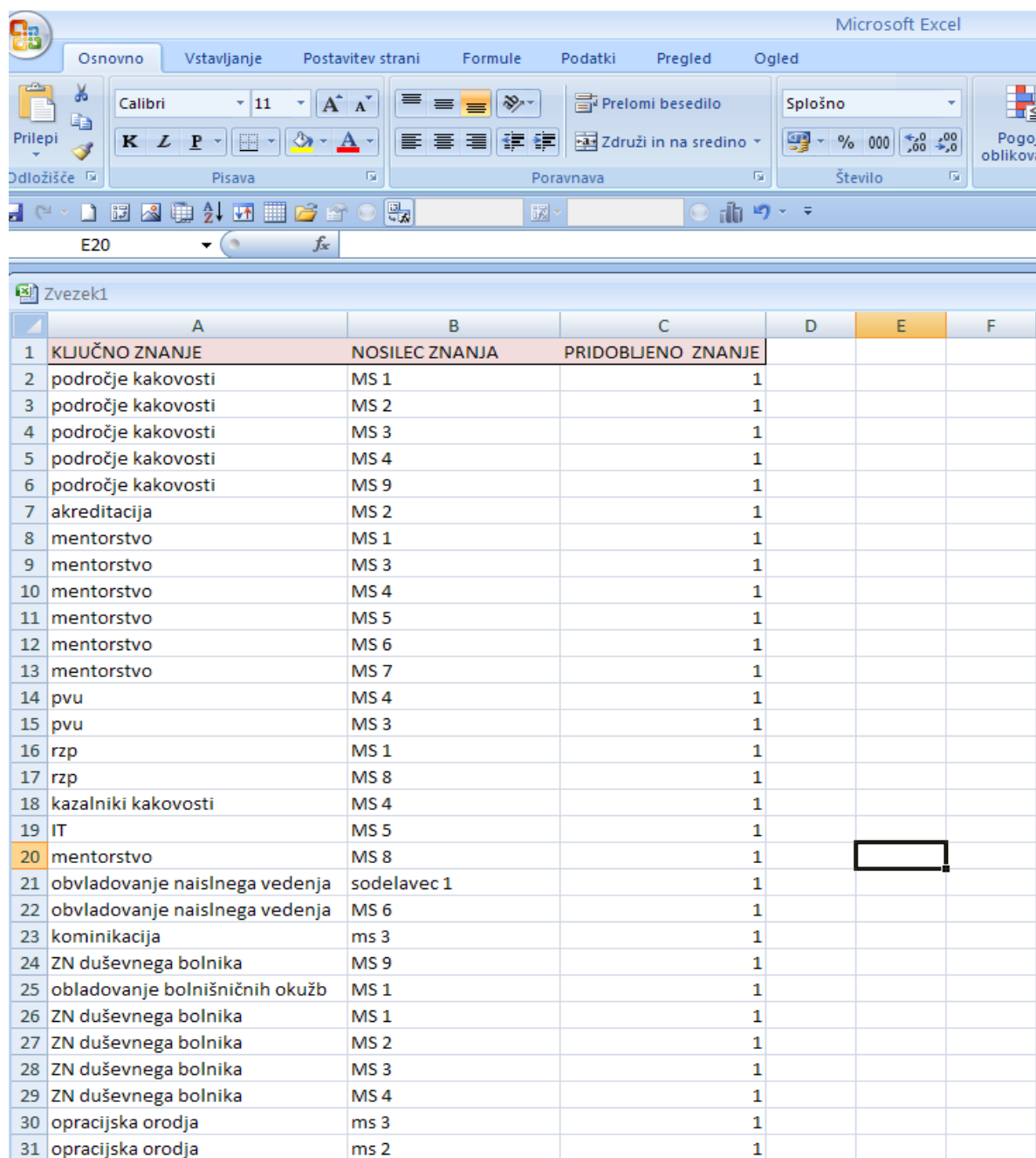
PRENOS IN IZMENJAVA ZNANJA

V zdravstveni negi je prenos znanja kontinuirana dejavnost. Znanje in informacije izvajalci zdravstvene nege izmenjujejo:

- *Med pogovori ob predaji službe.*
- *Z zapisi o zdravstvenem stanju pacienta v dokumentaciji pacienta, oskrba RZP, ocena tveganja za padec ter zapisi preventivnih in korektivnih ukrepov.*
- *S pomočjo informacijsko-tehničnih orodij (individualen načrt zdravstvene nege, ki je tudi v papirni obliki, računalniška naročila).*
- *Na timskih sestankih, kolegijih zdravstvene nege, jutranji raporti vodilnih MS.*
- *Kategorizacija zahtevnosti ZN pacienta v računalniško-informacijski tehnologiji.*
- *Ob notranjih usposabljanjih (na primer usposabljanje in delavnica za uporabo posebnih varovalnih ukrepov, prikaz aspiracije pacienta, snemanje EKG, specifična aplikacija parenteralne terapije, obvladovanje fizično in verbalno agresivnega pacienta, preprečevanje prenosa bolnišničnih okužb in higiena rok) ter drugih neformalnih druženjih, druženje na pavzi ob kavici in podobno.*
- *Prenos znanja, pridobljenega znotraj organizacije poteka v obliki analiz, poročil in v drugih objavljenih dokumentih, ki so del obveznih poročil.*
- *Redni sestanki in zapisniki le-teh.*
- *Zaposleni občasno opravljajo službo na drugih oddelkih znotraj bolnišnice.*
- *Obvestila na oglasni deski.*
- *Neformalen prenos tehnik in pristopov za ravnanje v nepredvidenih situacijah.*

Priloga D: Primer baze znanja s ključnimi znanji in nosilci znanja

Dokumentiranje ključnega znanja in nosilcev ključnega znanja



The screenshot shows a Microsoft Excel spreadsheet titled 'Zvezek1'. The spreadsheet contains a table with the following data:

	A	B	C	D	E	F
1	KLJUČNO ZNANJE	NOSILEC ZNANJA	PRIDOBLEJENO ZNANJE			
2	področje kakovosti	MS 1		1		
3	področje kakovosti	MS 2		1		
4	področje kakovosti	MS 3		1		
5	področje kakovosti	MS 4		1		
6	področje kakovosti	MS 9		1		
7	akreditacija	MS 2		1		
8	mentorstvo	MS 1		1		
9	mentorstvo	MS 3		1		
10	mentorstvo	MS 4		1		
11	mentorstvo	MS 5		1		
12	mentorstvo	MS 6		1		
13	mentorstvo	MS 7		1		
14	pvu	MS 4		1		
15	pvu	MS 3		1		
16	rzp	MS 1		1		
17	rzp	MS 8		1		
18	kazalniki kakovosti	MS 4		1		
19	IT	MS 5		1		
20	mentorstvo	MS 8		1		
21	obvladovanje naislnega vedenja	sodelavec 1		1		
22	obvladovanje naislnega vedenja	MS 6		1		
23	kominikacija	ms 3		1		
24	ZN duševnega bolnika	MS 9		1		
25	obladovanje bolnišničnih okužb	MS 1		1		
26	ZN duševnega bolnika	MS 1		1		
27	ZN duševnega bolnika	MS 2		1		
28	ZN duševnega bolnika	MS 3		1		
29	ZN duševnega bolnika	MS 4		1		
30	opracijska orodja	ms 3		1		
31	opracijska orodja	ms 2		1		

Iskanje ključnega znanja glede na nosilca znanja

Microsoft Excel - Orodja za vrtilne tabele

Osnovno Vstavljanje Postavitev strani Formule Podatki Pregled Ogled Možnosti Načrt

Calibri 11 Splošno Pogojno oblikovanje Oblikuj kot tabelo Stogi celic Vstavi Izbriši Oblika

Prilepi Odložišče Pisava Poravnava Združi in na sredino Število

Σ Samodejna vsota Polnilo Počisti Razvrsti in filtriraj Poišči in izberi Urejanje

Vrtilna tabela1 NOSILEC ZNANJ

A3 Oznake vrstic

Zvezek1

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
4	MS 1		6							
5	mentorstvo		1							
6	obladovanje bolnišničnih okužb		1							
7	opracijska orodja		1							
8	področje kakovosti		1							
9	rzp		1							
10	ZN duševnega bolnika		1							
11	MS 2		4							
12	akreditacija		1							
13	opracijska orodja		1							
14	področje kakovosti		1							
15	ZN duševnega bolnika		1							
16	MS 3		7							
17	kategorizacija		1							
18	kominikacija		1							
19	mentorstvo		1							
20	opracijska orodja		1							
21	področje kakovosti		1							
22	pvu		1							
23	ZN duševnega bolnika		1							
24	MS 4		5							
25	kazalniki kakovosti		1							
26	mentorstvo		1							
27	področje kakovosti		1							
28	pvu		1							
29	ZN duševnega bolnika		1							
30	MS 5		2							
31	IT		1							
32	mentorstvo		1							
33	MS 6		3							
34	kategorizacija		1							
35	mentorstvo		1							
36	obvladovanje najslnega vedenja		1							

Seznam polj vrtilne tabele

Izberite polja, ki jih želite dodati poročilu:

- KLJUČNO ZNANJE
- NOSILEC ZNANJA
- PRIDOBLENJO ZNANJE

Povlecite polja med spodnji območji:

Filter poročila Oznake stolpcev

Oznake vrstic Vrednosti

NOSILEC ZNA... Vrednosti
KLJUČNO ZN...

Odloži posodobitev pos... Posodobi

Priljubljen 100%

Iskanje nosilcev znanja glede na ključno znanje

The screenshot shows Microsoft Excel with a PivotTable named 'Zvezek1'. The PivotTable is structured as follows:

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
4	akreditacija		1								
5	MS 2		1								
6	IT		1								
7	MS 5		1								
8	kategorizacija		2								
9	MS 3		1								
10	MS 6		1								
11	kazalniki kakovosti		1								
12	MS 4		1								
13	kominikacija		1								
14	MS 3		1								
15	mentorstvo		7								
16	MS 1		1								
17	MS 3		1								
18	MS 4		1								
19	MS 5		1								
20	MS 6		1								
21	MS 7		1								
22	MS 8		1								
23	obladovanje bolnišničnih okužb		1								
24	MS 1		1								
25	obvladovanje najslnega vedenja		2								
26	MS 6		1								
27	sodelavec 1		1								
28	opracijska orodja		3								
29	MS 1		1								
30	MS 2		1								
31	MS 3		1								
32	področje kakovosti		5								
33	MS 1		1								
34	MS 2		1								
35	MS 3		1								
36	MS 4		1								

The PivotTable Field List on the right shows the following configuration:

- Seznam polj vrtilne tabele:**
 - KLJUČNO ZNANJE
 - NOSILEC ZNANJA
 - PRIDOBILJENO ZNANJE
- Povlecite polja med spodnjimi območji:**
 - Filter poročila:** (Empty)
 - Oznake stolpcev:** (Empty)
 - Oznake vrstic:** KLJUČNO ZNANJE, NOSILEC ZNANJA
 - Vrednosti:** Vsota od PRI...