

A scenic landscape featuring a church with a steeple in the foreground, surrounded by a forest. In the background, there are rolling mountains under a clear blue sky. Tall reeds are visible in the lower right corner.

AKADEMIJA

PROSUNT

DOBRODOŠLI

www.prosunt.si

Info@prosunt.si

**Kompetence za
izboljševanje kakovosti,
varnosti in osredotočenja
na pacienta ter svojce**

Kompetence za izboljševanje kakovosti, varnosti in osredotočenja na pacienta ter svoje

Izr. prof. dr. Andrej Robida, Biserka Simčič, dr. Zalika Klemenc Ketiš, Zdenka Kramar, doc. dr. Jasmina Primožič, izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, Jelka Mlakar, prim. asist. Daniel Grabar

Uvod

Izboljševanje kakovosti in varnosti v zdravstvu je dolžnost in odgovornost vseh deležnikov in se osredotoča na izboljšanje izidov za posameznika in populacijo, povečanje uspešnosti zdravstvenega sistema, izboljšanje vrednosti zdravstvene obravnave, boljši razvoj strokovnjakov in izboljšanje izkušenj pacientov in izvajalcev (Batalden & Davidoff, 2007).



Izobraževalni sistemi igrajo ključno vlogo pri oblikovanju kulture na področju kakovosti in varnosti v zdravstvu, na področjih poklicne komunikacije, dejavnosti in procesov po meri. So osrednja področja, kjer se oblikuje poklicna kompetenca, ki je del vgrajene študentske poklicne kulture in je bolj ali manj izražena in zagovršana v različnih poklicnih programih in izobraževalnih ustanovah. Izobraževanje v zdravstvu je povezano s pridobitvijo licence, certifikata in naziva, ki ustreza vstopu v poklic. Študent je odvisen od certificiranja ali licenciranja. Nanj vplivajo njegovi izobraževalni programi in priložnosti, ki jih ti programi proizvedejo (Almas & Odegard, 2010, p.144; Hall, 2005, p. 191).

Nacionalna anketa o izobraževanju za pridobivanje kompetenc s področja kakovosti v zdravstvu in varnost pacientov v letu 2016 je pokazala, da je potrebno poenotiti študijske programe in kompetence za kakovost in varnost v sistemu zdravstvenega varstva na ravni države, saj te potekajo zelo različno, na medicinskih fakultetah pa sploh ne ali v zelo majhnem obsegu (Robida, et al., 2016).

Splošno sprejeta definicija kompetenc ni dogovorjena. Najpreprostejše bi bilo kompetence definirati kot zmožnost posameznika, da pravilno opravi delo (White, 1959). Zavod RS za šolstvo kompetenco definira kot »zmožnost opraviti neko nalogo, nekompetenco pa nasprotno. Kompetence vključujejo: obvladovanje pojmov, znanj, spretnosti, veščin, socialnih odnosov, stališč, ravnanj, odnosa do samega sebe«. Ko govorimo o kompetencah na delovnem mestu, mislimo na strokovne, specialne in osebne kompetence ter vrednote, kot sestavni del kompetenc zaposlenih. V okviru Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) projekta Definition and Selection of Competencies (DeSeCo, 2005) kompetence definirajo več kot le znanje in veščine, poimenujejo jih kot večdimenzionalni pojem, ki vključuje kombinacijo znanj, spoznanj, spretnosti in odnosov.

Raziskave poklicev poudarjajo dejstvo, da kompetenca vsebuje tako znanje, spretnosti in odnose potrebne za delo v določenem poklicu, kot tudi sposobnost dojemanja vsebine del. Svetovna zdravstvena organizacija poklicno kompetenco opisuje kot sposobnost

opravljanja določene poklicne funkcije, ki je sestavljena iz repertoarja poklicne prakse (Areskog, et al., 1988).

Kompetenca zahteva znanje, primerne usposobljenosti in vidne mehanske intelektualne spretnosti, ki omogočajo opravljanje določene poklicne storitve (Gračner, 2014, p.33).

Kompetence lahko razdelimo na intelektualne, medosebne, prilagoditvene in usmerjene k ciljem. Kompetenten zdravstveni strokovnjak izvaja zdravstveno prakso z osredotočenjem na pacienta, največkrat v več-poklicnem zdravstvenem timu. Deluje v skladu z etičnimi načeli in uporablja z dokazi podprto izvajanje zdravstvene oskrbe ter metode in orodja za izboljševanje kakovosti s pomočjo informacijske tehnologije. Ključne kompetence za izboljševanje kakovosti, varnosti in osredotočenja na paciente so: sistemsko razmišljanje, zdravstvena obravnava osredotočena na pacienta in svojce, z dokazi podprta zdravstvena obravnava, timsko delo in sodelovanje, nenehno izboljševanje varnosti in kakovosti ter uporaba informacij (Odell, 2011; Frank & Brien, 2008; International Hospital Federation, 2015; Epstein & Street, 2011; World Health Organization (WHO), 2011; Robida, 2009; Robida, 2011).

Pomembno je tudi, kako razumemo pojma kompetence in sposobnosti. Fraser in Greenhalgh (2001) navajata, da so sposobnosti več kot kompetence.

Kompetence definirata kot kaj posameznik zna, kaj je zmožen narediti v okviru znanja, veščin, odnosa in drže, ki jo ima. Sposobnosti definirata kot obseg do katerega se posameznik lahko prilagodi spremembam, generira novo znanje, izboljšuje svoje delo. Sposobnosti se pridobijo preko povratnih informacij za opravljeno delo, v iskanju izzivov ter z uporabo metod, kot so poročanje o dobrih praksah, delo v manjših skupinah, problemsko učenje, idr.

Kompetence se merijo in obravnavajo glede na specifično delovno nalogo v določenem kliničnem ali ne-kliničnem okolju. Opredelimo jih na splošno kot znanje, veščine in vedenjske vzorce. Glede na raven kompetenc za določeno delo, poznamo kompetence (prirejeno po Dreyfus, et al., 1980):

1. **Začetnika** (po Dreyfusu 'novice'): vedenje je na ravni pravil in navodil, ki jih dobi. Čuti se odgovornega samo za sledenje pravilom in navodilom. Svoje obnašanje prilagodi pravilom in navodilom (poznavanje terminologije in osnovnih načel in konceptov in osebnih projektov za izboljšave in varnost pacientov).
2. **Napredovalega začetnika** (Dreyfusu advanced beginner): Dobiva izkušnje pri delu in razumevanja okolja z njegovim kontekstom. Čuti se odgovornega samo za sledenje pravilom in navodilom (Praktična uporaba znanja s sodelovanjem pri projektih za izboljšave kakovosti na delovnem).
3. **Usposobljenega posameznika** (po Dreyfusu 'competent'): vedenje je na ravni pravil in hkratnega razumevanja konteksta, okolja; sposoben je ravnati glede na smernice v določenih okoliščinah. Zna uporabljati najboljša orodja za izboljševanje kakovosti in varnosti glede na situacijo. (Aktivno uvajanje in delo na izboljšavah kakovosti in varnosti pacientov v svoji delovni enoti od začetka do konca projekta in ocena njihovega projekta s strani strokovnjaka ali izvedenca).
4. **Strokovnjaka** (po Dreyfusu 'proficient'): vedenje v določenih okoliščinah je na podlagi znanja in pridobljenih izkušenj in veščin. Ravnanje glede na smernice v določenih okoliščinah postane bolj ali manj pomembno glede na pridobljene izkušnje; ima sposobnost proučevanja problema iz več različnih perspektiv (vključeni v projekte izboljševanja kakovosti in varnosti pacientov, ne samo v svoji enoti, pač pa tudi v drugih enotah zdravstvene ustanove in deluje tudi v skupini, ki skrbi za

sistemski razvoj kakovosti v zdravstveni ustanovi).

5. **Izvedenca** (po Dreyfusu 'expert' in »master«): vedenje je na ravni 'intuicije', ki je odraz globljega razumevanja področja (ne samo pravil in smernic) in pridobljenih izkušenj; slednje so tolikšne, da omogočajo intuitivno odločanje na podlagi z izkušnjami pridobljenih asociacij v določenih okoliščinah (širjenje znanja s treningom osebja in širjenje izboljšav kakovosti in varnosti v celotni zdravstveni ustanovi ter učitelji izboljševanja in varnosti pacientov vključno z objavljanim raziskav s področja kakovosti in varnosti ter pomoč pri zapletenih problemih v lastni ali izven lastne organizacije).



V tem trenutku v Sloveniji nimamo dovolj usposobljenih strokovnjakov - učiteljev za izvajanje programov izboljševanja sistema kakovosti in varnosti pacientov. S pomanjkanjem se srečujemo tako v srednjih šolah kot na fakultetah, visokih zdravstvenih šolah in v zdravstvenih ustanovah. To je tudi eden izmed vzrokov, zaradi katerega je nerealno pričakovati, da bomo v razmeroma kratkem času dosegli izboljšave. Prednostna naloga je usposabljanje učiteljev za sistem kakovosti in varnost zdravstvene obravnave. Kompetence kliničnih mentorjev zahtevajo najmanj raven strokovnjaka za usposabljanje zaposlenih v zdravstvu. Klinični mentor je strokovnjak, ki praktično

uporablja metode, tehnike in orodja za izboljševanje sistema kakovosti in varnosti pacientov pri svojem vsakdanjem delu. Kompetence učiteljev na visokih šolah in fakultetah pa morajo biti na ravni izvedenca za formalno učenje študentov. Poleg strokovne ravni dosegajo tudi raziskovalno prepoznavnost s področja kakovosti zdravstvene obravnave in varnosti pacientov.

Kompetenc za izboljševanje sistema kakovosti in varnosti pacientov se ne da naučiti samo s prisostvovanjem predavanj, seminarjev, delavnic v živo ali prek internetnih e-učilnic, čeprav je to osnova. Potrebujemo izkustveno učenje s sodelovanjem pri projektih za izboljšave, ki morajo biti strukturirani po načelih znanosti o izboljšavah in varnosti pacientov (Armstrong, et al., 2012).

Vsi ki delajo v zdravstvu morajo imeti kompetence za nenehno izboljševanje kakovosti, varnosti pacientov in osredotočenja na paciente in bližnje.

Večina kompetenc za izvajanje visoko kakovostne in varne zdravstvene obravnave ima skupno osnovo. Za določena delovna mesta v zdravstvenem zavodu ali drugačno obliko zdravstvene dejavnosti in posameznih specialnostih pa so potrebne poglobljene in tudi specifične kompetence.

Za izboljševanje kakovosti, varnosti ter osredotočenja na paciente in bližnje predlagamo **5 ravni** glede na odgovornosti zdravstvenih delavcev, sodelavcev in nezdravstvenih delavcev:

- **Prva raven** - za vse zdravstvene delavce, sodelavce in nezdravstvene delavce - zahteva znanja, veščine, profesionalno obnašanje in odnose,
- **Druga raven** za zdravstvene delavce in sodelavce, ki izvajajo neposredno zdravstveno oskrbo pacientov in delajo pod nadzorom,

- **Tretja raven** za mentorje, vodje in strokovnjake z odgovornostjo za delovanje enot in oddelkov in izkušene zdravstvene strokovnjake,
- **Četrta raven** ali organizacijska raven - znanje, veščine profesionalno obnašanje in odnos - vodje z odgovornostmi za celotno izvajanje zdravstvene dejavnosti na področjih ki jih vodijo, **vključno s skrbjo za celotno pot pacienta skozi zdravstveni sistem,**
- **Peta raven** je raven učiteljev kakovosti in varnosti v zdravstvu in zahteva kompetence izvedenca.

Področja za izboljševanje kakovosti in varnosti so naslednja: zdravstvena obravnava kot sistem in proces, variabilnost in merjenje, osredotočenje na paciente/bližnje in druge uporabnike, vodenje izboljševanja zdravstvene obravnave in varnosti pacientov, sodelovanje, timsko delo in komunikacija, koordinacija zdravstvene obravnave z osredotočenjem na pot pacienta skozi zdravstveni sistem in odgovornost (Armstrong, et al., 2012; Nolte, et al., 2015).

Usposabljanje na dodiplomski ravni za osnovne kompetence za spremljanje in izboljševanje kakovosti, varnosti pacientov in osredotočenje na paciente in bližnje veljajo za vse fakultete/visoke šole za zdravstvo, medicinski fakulteti in fakulteto za farmacijo ter za vse, ki delajo v zdravstvu.



V nadaljevanju sledijo primeri opredelitve nekaterih znanj in izhodišč za posamezne

deležnike v sistemu zdravstvenega varstva. Podrobnejše opredelitve bodo zajemali izvedbeni programi izobraževanja in usposabljanja za vse skupine, hkrati pa bodo opisane tudi v akcijskem načrtu Nacionalne strategije kakovosti in varnosti v zdravstvu 2017-2022.

Osnovna znanja in izhodišča za izboljševanje sistema kakovosti in varnosti

1. Sistem kakovosti in varnosti (Sistemsko razmišljanje, splošno o sistemu, zdravstvo kot kompleksen prilagodljiv sistem). Bistvo vodenja kakovosti je sistematično izboljševanje znanja izvajalcev, organiziranosti procesa zdravstvene obravnave, delovnega okolja in vodenja. Kaže se v dvigu uspešnosti zdravljenja, povečani dostopnosti do zdravljenja, boljših delovnih pogojih, predvsem pa v večji varnosti zdravstvene obravnave (Simčič, 2010).
2. Mikrosistem v zdravstvu. Mikrosistem v zdravstvu je kompleksen prilagodljiv sistem, ki ga sestavlja majhna skupina ljudi, ki vsakodnevno delajo skupaj in skrbijo za majhno populacijo pacientov. Ima skupne cilje obravnave pacientov, povezane procese, skupne informacije, skupno okolje v katerem deluje, vzorce vedenja in izide uspešnosti svojega delovanja. Gre za kompleksen prilagodljiv sistem, ki ima svoj namen, paciente, zaposlene, procese, izide in vzorce vedenja (Nelson, et al. 2002).
3. Z dokazi podprta zdravstvena obravnava. Z dokazi podprta zdravstvena obravnava (DPZO) je integracija najboljših znanstvenih dokazov z dejavniki v okolju delovanja, kot so klinično znanje, pacientove potrebe in okoliščine, zavedanje kliničnega okolja o pomenu DPZO, dosegljivost virov, idr. Ključna sestavina DPZO je posamezniku prilagojena uporaba dokazov za spoprijemanje s

specifičnimi potrebami pacienta in kliničnimi okoliščinami. DPZO ne vključuje samo z dokazi podprto strokovno/klinično delo temveč gre za sistemski pristop, ki ga je potrebno podpreti z dokazi podprto ureditvijo zdravstvenega sistema dela, izobraževanjem in politiko (Salisbury, et al. 2007).

4. Praktične metode in orodja za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave (Robida, 2009), kot npr. varnostna vizita, varnostni pogovor, sistematična analiza globljih vzrokov za napake, konferenca o izidih in zapletih zdravljenja (mortalitetna in morbiditetna konferenca; redni notranje presoje, notranje izredne presoje (v primeru suma na namerno povzročeno škodo), zunanje presoje in nadzori.
5. Timsko delo in komunikacija. Brez timskega dela v zdravstvu ne moremo doseči optimalnih izidov zdravstvene obravnave. Za timsko delo je potreben trening, ki se osredotoča na vzajemno odvisnost članov tima drug od drugega. Člani tima vidijo sami sebe kot sodelujoče člane pri oskrbi pacienta, koristijo drug drugemu pri oskrbi pacienta in izmenjavajo informacije, ki lahko vodijo do skupnih odločitev. Uspešen tim ima naslednje lastnosti: skupen namen, merljive cilje, uspešno voditeljstvo in reševanje konfliktov, dobro komunikacijo, vzajemno spoštovanje, spremljanje situacije, spremljanje samega sebe in prožnost (WHO, 2011). Slaba komunikacija je najpomembnejši vzrok napakam. Tu ne gre samo za komunikacijo s pacientom, ampak večinoma za neurejeno komunikacijo znotraj zdravstvenih timov, znotraj zdravstvenih ustanov in med različnimi ravnmi zdravstvenega varstva. (Joint Commission, 2005; Nolte, et al., 2015). Komunikacija je prenos informacij od sporočevalca k

prejemniku prek komunikacijskega kanala in razumevanja komunikacije s strani prejemnika s povratno potrditvijo sporočevalca o pravilnosti razumevanja.

Komunikacijo je moč strukturirati in standardizirati, zlasti v kritičnih situacijah (WHO, 2011).

Osnovna znanja in izhodišča zaganjanja kulture varnosti *pacientov in bližnjih*:

Vzpostavitev in nenehno izboljševanje kulture varnosti pacientov (kultura sporočanja varnostnih zapletov (varnostni zaplet je izraz, ki je v Sloveniji v uporabi in je blažji izraz za napako) in drugih odklonov, kultura učenja, prožna kultura, pravična kultura in kultura odgovornosti):

- Procesni in sistemski pristop ter uvajanje sistema izboljšav pri uvajanju kulture varnosti pacientov z integracijo v celotno zdravstveno oskrbo pacientov na vseh nivojih (Yates, et al., 2005, Robida, 2013a).
- Ustvarjanje in vzdrževanje varnega okolja za nudenje varne zdravstvene oskrbe ob uporabi strategij za zagotavljanje varnosti in obvladovanje tveganj ter uporaba primernih instrumentov presoje za identificiranje dejanskih in potencialnih tveganj (Institute of Medicine, 2000).
- Obvladovanje prepoznavanje, ugotavljanje, poročanje in analiziranje varnostnih zapletov in odklonov, (opozorilni nevarni dogodki, varnostni zapleti, ki so dosegli pacienta in so mu povzročili škodo, varnostni zapleti, ki so dosegli pacienta, a mu niso škodovale, skorajšnje napake)ter na osnovi tako pridobljenih spoznanj, poučevanju zdravstvenih delavcev in predlaganje izboljšav, da bi se izognili ponavljanju podobnih zapletov (Robida, 2013b).
- Komunikacija - strukturirana, jasna in odprta e) in timsko delo sta

ključnega pomena za zagotavljanje varnosti pacientov in visoke kakovosti zdravstvene oskrbe (Weinstock, 2007; Pronovost, et al., 2006).

- Celovito in profesionalno komuniciranje in sodelovanje s predstavniki drugih poklicev v zdravstvenem sistemu na področju zagotavljanja varnosti pacienta (WHO, 2011).

Osnovne znanja in izhodišča za osredotočenje in opolnomočenje na paciente in svojce

Osredotočenost na pacienta (spoštovanje in upoštevanje pacientovih pravic, vrednot in odziv na njegove potrebe, možnost izbire, usklajevanje, povezovanje dostopnost in nepretrganost zdravstvene obravnave, sodelovanje in partnerski odnos pri načrtovanju zdravljenja, obveščenost, fizično udobje, stiki s svojcem in prijatelji in drugimi izbranimi osebami, prostovoljna navzočnost izbrane osebe) (Robida, 2009).

1. Opolnomočeni pacient sodeluje in sprejme odločitve o lastnem zdravljenju in oskrbi potem ko je dobil ustrezne informacije od zdravnika in drugi zdravstvenih strokovnjakov, zelo dober odnos z zdravstvenimi delavci, upoštevanje navodil za lastno zdravljenje, so pripravljene in sposobne prevzeti večjo odgovornost za lastno oskrbo ter se udeležujejo preventivnih pregledov ter stremijo k zgodnjemu prepoznavanju bolezni, kar posledično zmanjšuje potrebo po hospitalizacijah in urgentnih pregledih (Sammer, et al., 2010).

Osnovna znanja in izhodišča Sveta zavoda za:

1. Vzpostavitev in nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti v zdravstvenih ustanovah.

2. Strategija razvoja in vzpostavitev strateških ciljev kakovosti in varnosti.
3. Kultura varnosti (poročanje varnostnih zapletov, uporaba orodij za preprečevanje varnostnih zapletov, nekaznovalni pristop, spremljanje preventivnih in korektivnih ukrepov, varnostnih pogovorov/vizit).
4. Celovito in profesionalno komuniciranje in sodelovanje s predstavniki drugih poklicev v zdravstvenem sistemu na področju zagotavljanja varnosti pacientov.
6. Nadzor nad porabo namenskih finančnih in človeških virov za infrastrukturo kakovosti in varnosti ter usposabljanje osebja.
7. Prepoznavanje in spremljanje odgovornosti vodstva za kakovost in varnost pacientov (Kroch, et al., 2006).

Osnovna znanja in izhodišča vrhnjega vodstva za:

1. Razvoj strategije, organizacijske kulture, kulture varnosti.
2. Oblikovanje in udejanjanje kulture kakovosti in varnosti.
3. Zagotovitev virov za izvajanje in spremljanje na dokazih podprte zdravstvene obravnave, ki omogoča udejanjanje kulture kakovosti in varnosti.
4. Procesni pristop.
5. Upravljanje s tveganji.
6. Odgovornost za opolnomočenje srednjega managementa za uresničevanje KV.

Osnovna znanja in izhodišča srednjega vodstva za:

1. Odgovornost za opolnomočenje zaposlenih.
2. Izvajanje in spremljanje kulture kakovosti in varnosti (neprestano izboljševanje. določanje izhodišč vodenja kakovosti - kazalniki, KP, izmenjava informacij...).
3. Dajanje pobud, predlogov in uvajanje sprememb.

4. Izvajanje in poročanje o uresničevanju strategije in strateških ciljev kakovosti in varnosti.
5. Uvajanje in spremljanje implementacije akreditacijskih standardov ter zagotavljanje skladnosti izvajanja oskrbe.
6. Management usposabljanja in informacij.
7. Timsko delo in medpoklicno sodelovanje.
8. Ravnanje z viri (človeški, finančni, okoljski in materialni) (Reinertsen, et al., 2008).

2. vodenje in spremljanje implementacije standardov kakovosti v zdravstveni ustanovi ter načrtovanje, podpora in nadzor nad projekti za izboljšave.
3. Timsko delo in celovito in profesionalno komuniciranje in sodelovanje s predstavniki drugih poklicev v zdravstvenem sistemu na področju zagotavljanja varnosti pacienta.
4. Prenos dobrih praks in izmenjava izkušenj (Reinertsen, et al., 2008).

Osnovna znanja in izhodiščavodij in članov komisij kakovosti za:

1. Vzpostavitev in nenehno izboljševanje sistema kakovosti in varnosti.

Tabela prikazuje relativno pomembnost kompetenc nenehnega izboljševanja kakovost, varnosti pacientov in osredotočenja na paciente.

Tabela 1:kompetence kakovosti, in varnosti v zdravstvu in osredotočenju na paciente

Kompetence	Vsi	Vrhnje vodstvo	Srednje vodstvo	Vodje in komisije za kakovost	Svet Zavoda
Osnovne kompetence za izboljševanje kakovosti	+++	++	+++	+++	+
Kompetence za varnost pacientov	+++	++	+++	+++	+
Kompetence za osredotočenje na paciente in svojce	+++	++	+++	+++	+
Kompetence vrhnjega vodstva	-	+++	+	+	+
Kompetence srednjega vodstva	-	-	+++	+	+
Kompetence vodij in komisije kakovosti	-	-	-	+++	++
Kompetence Sveta zavoda		++	+	+	+++

Legenda znakov: - pozna, + razume, kako narediti, ++ ve, kako narediti, +++, izvede

Zaključek

Kompetence za izboljševanje kakovosti, varnosti in osredotočenja na pacienta so predpogoj za izboljševanje zdravstvene prakse. Tehnična znanja in veščine niso dovolj, da bi dosegali izboljševanje izidov za paciente, boljši razvoj strokovnjakov, boljši razvoj zdravstvenega sistema in zmanjševanje razsipavanja virov. Za

vzpostavitev znanja za pridobivanje opisanih kompetenc je prvi korak usposabljanje učiteljev, ki izhajajo iz zdravstva, da bodo lahko prenesli znanja, veščine in vzorce vedenja na vse zdravstvene in nezdravstvene strokovnjake. Priložnosti in načinov za usposabljanje je veliko. Pomembno je, da začnemo nemudoma s poenotenimi ključnimi vsebinami v vseh zdravstvenih

šolah in fakultetah ter v ostalih zdravstvenih organizacijah, vključno z Ministrstvom za zdravje. Usposabljanje mora biti neprestano, zato je pomembno nadaljevanje slednjega, ko študentje vstopijo v resnično okolje zdravstvenega sistema in morajo sodelovati pri projektih za izboljšave. Trenutno obstaja tudi vrzel v kompetencah za izboljševanje kakovosti, varnosti in osredotočenja na paciente in bližnje tudi pri zaposlenih v zdravstvu ter pri mnogih

učiteljih praktičnih veščin. Nujno potrebno je sodelovanje vseh vpletenih v sistem zdravstvenega varstva. Zlasti bo potrebno vložiti delo in napor tako obstoječih strokovnjakov kot tudi odločevalcev oz. politike na področju zdravstva, da se bo stanje izboljšalo. Tako kot za druge kompetence, velja tudi za kompetence o katerih govorimo, nenehno spremljanje razvoja znanosti o izboljšavah in varnosti pacientov.

Literatura

- Almas, S.H. & Odegard, A., 2010. Impact of professional cultures on students' perceptions of interprofessionalism. Some Norwegian experiences. *Journal of Allied Health*, 39(3), 143 -149.
- Areskog N-H et al., 1988. *Learning together to work together for health, Report of a WHO Study Group on Multiprofessional Education of Health Personnel: the Team Approach*. Geneva: World Health Organization, p. 6.
- Armstrong, G., Headrick, L., Madigosky, W. & Ogrinc, G., 2012. Designing education to improve care. *Joint Commission journal on quality and patient safety*, 38(1), pp. 5-14.
- Batalden, P.B. & Davidoff, F., 2007. What is "quality improvement" and how can it transform health care? *Quality & safety in health care*, 16(1), pp. 2-3.
- Canadian Patient Safety Institute, 2008. *Safety competencies: enhancing patient safety across the health professions*. Ottawa: Canadian Patient Safety Institute.
- DeSeCo Publications, 2005. *The definition and selection of key competencies: executive summary*. Available at: <http://deseco.ch/bfs/deseco/en/index/02.html> [Accessed 1 March 2017].
- Dreyfus, S. & Dreyfus, H., 1980. *A five stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition*. Sacramento: California University Berkeley, Operations Research Center. Available at: <http://www.dtic.mil/dtic/index> [Accessed 1 November 2016].
- Epstein, R.M. & Street, R.L., 2011. The values and value of patient-centered care. *Annals of family medicine*, 9(2), pp. 100-103.
- Frank, J.R. & Brien, S., eds. 2008. *The safety competencies: enhancing patient safety across the health professions*. Ottawa, ON: Canadian Patient Safety Institute.
- Fraser, S.W. & Greenhalgh, T., 2001. Coping with complexity: educating for capability. *British Medical Journal*, 323(7316), pp. 799-803.
- Gračner, A., 2014. *Management sprememb in uspešno uvajanje kulture varnosti bolnikov: Študija primera slovenske bolnišnice: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.

Hall, P., 2005. Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, Supplement 1, pp. 188 -196.

Institute of Medicine, 2000. *To err is human: building a safer health system*. Washington DC: National Academy Press.

International Hospital Federation, 2015. *Leadership competencies for health services managers*. Bernex: International Hospital Federation.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2005. *Sentinel events statistics. Root causes of sentinel Events*. Available at: www.jointcommission.org/sentinel_event.aspx [Accessed 1 February 2017].

Kroch, E., Vaughn, T., Koepke, M., Roman, S., Foster, D., Sinha, S. & Levey, S., 2006. Hospital boards and quality dashboards. *Journal of Patient Safety*, 2(1), pp. 10-19.

Nelson, E.C., Batalden, P.B., Huber, T.P., Mohr, J.J., Godfrey M.M., Headrick, L.A. & Wasson J.H. 2002. Microsystems in health care: Part 1. Learning from high-performing front-line clinical units. *The Joint Commission journal on quality improvement*, 28(9), pp. 472-493.

Nolte, E., Zaletel, J., Robida, A., Gabrovec, B., Horvat, M., Jazbinšek, S., Oprešnik, D., Buzeti, T., Pribaković Brinovec, R., Albreht, T., Vračko, P. & Kerstin Petrič, V., 2015. *Optimizing service delivery: analysis of the health system in Slovenia : final report*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.

Odell, M., 2011. Human factors and patient safety: changing roles in critical care. *Australian Critical Care*, 24(4), pp. 215–217.

Pronovost, P.J., Berenholtz, S.M., Goeschel, C.A., Needham, D.M., Sexton, J.B., Thompson, D.A., Lubomski, L.H., Marsteller, J.A. & Hunt, E., 2006. Creating high reliability in health care organizations. *Health Services Research*, 41(4 Pt 2). pp. 1599–1617.

Reinertsen, J.L., Bisognano, M. & Pugh, M.D., 2008. *Seven leadership leverage points for organization-level improvement in health care*. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement.

Robida, A., 2009. *Pot do odlične zdravstvene prakse*. Ljubljana: Planet GV.

Robida, A., 2011. Kako priti do večje varnosti pacientov v zdravstvu. In: Bregar, B., ed. *Varnostni zaplet pri pacientu - priložnost za učenje: zbornik predavanj z recenzijo, Seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, Maribor, 12. oktober 2011*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, p. 1-8.

[Robida, A., 2013a](#). Zaznavanje kulture varnosti pacientov v slovenskih akutnih bolnišnicah. *Zdravniški vestnik*, 82(10), pp. 648–660.

Robida, A., 2013b. *Napake pri zdravstveni obravnavi pacientov - sistematična analiza globljih vzrokov za napake in njihovo preprečevanje*. Bled: Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave – Prosunt.

Robida, A., Simčič, B., Skela-Savič, B. & Klemenc Ketiš, Z., 2016. *Nacionalna anketa o izobraževanju za pridobivanje kompetenc s področja kakovosti v zdravstvu in varnosti pacientov*. *ISIS*, 25(11), pp. 38-40.

Salisbury, J., Glasziou, P. & Del Mar, C., 2007. *Evidence-based practice work book: bridging the gap between health care research and practice / concept development and writing*. Oxford: Blackwell.

Sammer C., Lykens K., Singh K. & Mains D., 2010. What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*; 42, 2; 156-165.

Simčič, B., 2010. *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010 – 2015)*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Weinstock, M., 2007. Can your nurses stop a surgeon? *Hospital and Health Networks*, 81(9), pp. 38–48.

White, R.W., 1959. *Motivation reconsidered: the concept of competence*. *Psychological Review*, (5), pp. 297–33. [doi:10.1037/h0040934](https://doi.org/10.1037/h0040934)

World Health Organization (WHO), 2011. *WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition*. Geneva: World Health Organization.

Yates, G.R., Bernd, D.L., Sayles, S.M., Stockmeier, C.A., Burke, G. & Merti, G.E., 2005. Building and sustaining a systemwide culture of safety. *Joint Commission journal on quality and patient safety*, 31(12), pp. 684–689.