

Ārstniecības iestāžu visaptverošas kvalitātes vadības sistēmas metodika

Daiga Behmane, Igors Trofimovs, Dzintars Putnis



ieguldījums Tavā nākotnē!

Šis materiāls ir veidots ar Eiropas Savienības Eiropas Sociālā fonda finansiālu atbalstu projekta „Latvijas Veselības ekonomikas asociācijas un partnera administratīvās kapacitātes stiprināšana līdzdalībai lēmumu pieņemšanā veselības aprūpes jomā un inovatīva pakalpojuma ieviešana” (līg.Nr. 1DP/1.5.2.2.2/12/APIA/SIF/049/116) ietvaros.

Par „Visaptverošas kvalitātes vadības sistēmas metodikas” saturu atbild „Latvijas Veselības ekonomikas asociācija”.

92,07% no Projekta finansē Eiropas Savienība ar Eiropas Sociālā fonda starpniecību. Apakšaktivitāti administrē Valsts kanceleja sadarbībā ar Sabiedrības integrācijas fondu.

Satura rādītājs

1. Ievads.....	3
2. Kvalitātes vadība veselības aprūpē.....	4
2.1. Kvalitātes dimensijas.....	4
2.2. Kvalitāte kā stratēģiskā iespēja	5
2.3. Izmaiņas un kvalitāte.....	5
2.4. Izpratnes maiņa: no pacientiem uz klientiem	6
2.5. Orientācija uz procesu, kā pārmaiņu prasība.....	7
2.6. Kvalitātes plānošana.....	7
2.7. Kvalitātes kontrole.....	8
2.8. Kvalitātes mērīšana	9
2.9. Kvalitātes uzlabošana	9
2.10. Kvalitātes politika.....	11
2.11. Visaptverošā kvalitātes vadības sistēma (VKVS)	11
2.12. Kvalitātes uzlabošana veselības aprūpē.....	12
2.13. Pacientu drošība.....	13
2.14. Kvalitātes uzlabošanas instrumenti	16
2.15. Kvalitātes vadības sistēmas veselības aprūpē.....	18
3. Projekta izstrādātā Ārstniecības iestāžu visaptverošas kvalitātes vadības sistēma.....	20
3.1. Ārstniecības iestāžu visaptverošas kvalitātes vadības sistēma	20
3.2. Veselības aprūpes kvalitātes un pacientu drošības novērtēšanas kritēriji.....	22
4. Pielikumi	36
4.1. Pašnovērtējuma anketa	37
4.2. Paskaidrojuma raksts	38
4.3. Kvalitātes vadība: metodiskais palīgmateriāls	39
4.4. Kvalitātes vadība: prezentācija projekta seminārā 30.10.2012.	40

1. Ievads

Biedrība „Latvijas Veselības ekonomikas asociācija” (turpmāk tekstā – biedrība) partnerībā ar Latvijas Kvalitātes biedrību 2012.-2013.gadā īstenoja projektu „Latvijas Veselības ekonomikas asociācijas un partnera administratīvās kapacitātes stiprināšana līdzdalībai lēmumu pieņemšanā veselības aprūpes jomā un inovatīva pakalpojuma ieviešana” (līg.Nr. 1DP/1.5.2.2.2/12/APIA/SIF/049/116). Projekta mērķis - pielāgot Visaptverošas kvalitātes vadības modeli ieviešanai Latvijas ārstniecības iestādēs, lai sekmētu sabiedrības līdzekļu racionālu un izmaksu efektīvu izlietojumu sabiedrības veselības mērķu realizācijai.

Projekta ietvaros izstrādāti pacientu drošības un kvalitātes vadības novērtēšanas kritēriji un metodika, kas balstās uz starptautiski aprobētu programmu, kas ļauj ārstniecības iestādēm ieviest visaptverošu kvalitātes un drošības vadības modeli. Minētā modeļa ieviešana ir viens no veidiem, kā izpildīt normatīvajos aktos noteiktās prasības ārstniecības iestādes kvalitātes vadības sistēmai. Metodika paredz, ka iestādes darbība tiek vērtēta 5 jomās: 1) Vadības procesi un atbildība; 2) Darbinieku kompetence; 3) Pacientiem un darbiniekiem droša vide; 4) Pacientu klīniskā aprūpe; 5) Kvalitātes un drošības pilnveidošana.

Projekta ietvaros 11 ārstniecības iestādes brīvprātīgi pieteicās ārējai novērtēšanai pēc izstrādātās metodikas. Pēc ekspertu novērtēšanas rezultātiem ir noteikti Kvalitātes balvas ieguvēji šādās nominācijās:

1. Internā profila nodaļa
2. Ķirurģiskā profila nodaļa
3. Dzemdību nodaļa
4. Psihiatriskā profila nodaļa
5. Veselības centrs.

Šis materiāls apkopo projekta laikā izstrādāto metodiku, metodikas pielietošanas skaidrojumu, palīgmateriālus kvalitātes vadībai ārstniecības iestādēs un projekta laikā notikušo semināru materiālus. Vairāk informācijas par projektu LVEA mājas lapā internetā www.lvea.lv.

2. Kvalitātes vadība veselības aprūpē

2.1. Kvalitātes dimensijas

Lai optimizētu kvalitāti veselības aprūpes iestādēs, vispirms ir jāizprot kvalitātes dažādās nozīmes jeb definīcijas. Pēc klasiskās Avedisa Donabediana (*Avedis Donabedian*) 1980. gadā piedāvātās definīcijas, kas attiecas uz veselības aprūpi, kvalitāte tiek sadalīta trīs dimensijās: struktūras, procesa un iznākuma kvalitātes.

Struktūras kvalitāte ir līdzvērtīga izmantoto resursu kvalitātei. Piemēram, darbinieku izglītības līmenis, gultasvietu skaits palātā, slimnīcas telpas un iekārtu pieejamība. Procesa kvalitātē Donabedians uzsver darba un pakalpojumu plūsmas nozīmi. Tajā ietilpst ārstniecības un aprūpes kvalitāte, kā arī iestādes darbu procesu kvalitāte. Iznākuma kvalitāte raksturo galīgā produkta kvalitāti ražošanas vai pakalpojumu ķēdes beigās. Nepieciešams norādīt, ka produktu vai pakalpojumu kvalitāti var noteikt tikai ražošanas ķēdes beigās. Iznākuma kvalitātes piemēri ir: pacientu veselības stāvoklis, dzīves kvalitāte, komplikāciju un mirstības rādītājs, kā arī pacientu apmierinātība ar ārstniecību vai finanšu rezultātiem.

Arī aplūkojot kvalitāti no dažādām pusēm, var nonākt pie dažādām definīcijām. No vienas puses, slimnīca var nodrošināt visu ražošanas prasību izpildi. Šī ražošanas perspektīva koncentrējas uz procesa kvalitāti. Tālāk slimnīcas var censties īstenot visas produktu īpašības. Šīs produktu perspektīvas mērķis ir iznākuma kvalitāte. Visbeidzot slimnīcas var censties piepildīt klientu cerības. Šī perspektīva ir visvairāk orientēta uz pacientiem.

Bieži vien iznākuma kvalitāte ir jāsalīdzina ar izmantotajiem resursiem. Ja tiek piepildītas klientu cerības, kvalitāti var izteikt kā kopējā ieguldījuma un sasniegtā iznākuma proporciju. Tā rezultātā produktiem vai pakalpojumiem ir jāpiepilda gala lietotāju (pacientu) un speciālistu (ārstu, citu veselības aprūpes profesionāļu) cerības vai tehniskās prasības.

Donabediana klasiskā kvalitātes definīcija veselības aprūpē mainīja līdz šim esošo korelāciju starp struktūras, procesa un iznākuma kvalitāti. Tika pierādīts, ka pieņemtā cēloņsakarība starp struktūras un iznākuma kvalitāti ir ļoti ierobežota vai pat neeksistējoša. Koncentrējoties tikai uz struktūras kvalitāti – ieguldījumu – un neievērojot priekšrocības, pakalpojumu efektivitātes aspekti tiktu pamesti novārtā. Tāpat vienkārša iznākumu noteikšana neļaus izdarīt pareizos secinājumus par šo iznākumu izcelsmi. To iespējams panākt, vien ietverot procesa kvalitāti. Vēl viens būtisks atklājums bija, ka pacientu apmierinātība kļuvis par galveno iemeslu lielākai konkurētspējai. Līdz tam iznākuma kvalitāte galvenokārt tika vērtēta, pamatojoties

tikai uz speciālistu subjektīvajiem spriedumiem. Tagad pacientiem ir ievērojami lielāka nozīme.

2.2. Kvalitāte kā stratēģiskā iespēja

Pēdējās desmitgadēs vide, kas aptver veselības aprūpes iestādes, ir ievērojami mainījusies. Valdības atbalsts ir samazinājies, toties pacientu prasības un cerības ir pieaugušas. Veselības aprūpes iestādēm, kas vēlas šajos apstākļos izdzīvot, ir jāpiemērojas jaunajai situācijai.

Lai slimnīcas būtu ekonomiski un kvalitatīvi veiksmīgas, nepieciešams sasniegt augstu specializācijas un diferenciacijas līmeni. To iespējams panākt, nodrošinot organizatorisku struktūru ar lielu daudzumu autonomu un specializētu vienību, kam ir īpaši pienākumi. Tomēr specializācija un diferenciacija var garantēt labus rezultātus vienīgi kopā ar augsta līmeņa integrāciju un koordināciju. Diemžēl slimnīcas ikdienas darbs rāda, ka tā nebūt nenotiek.

No otras puses, šie trūkumi, komunikācijas, integrācijas un koordinācijas neesamība slimnīcas apstākļos sniedz milzīgas iespējas uzlabot ikdienas pakalpojumu sniegumu, kvalitāti un efektivitāti. Tāpat šie uzlabojumi tieši ietekmēs pacientu apmierinātību, darbinieku motivāciju un iesaistīgumu.

Kvalitātes vadības jēdzienu ienākšana veselības aprūpes iestādēs ir šo procesa un organizācijas trūkumu sekas. Kvalitātes vadība palīdz uzlabot pacientu ārstniecības rezultātus, ražošanas procesu kvalitāti, vadības un organizācijas kvalitāti, kā arī organizatoriskās kultūras kvalitāti, kas ir ne mazāk svarīga. Galvenajos stratēģijas principos ietilpst orientācija uz klientiem, efektivitāti un personālu.

2.3. Izmaiņas un kvalitāte

„Visi uzlabojumi ir izmaiņas, bet ne visas izmaiņas ir uzlabojumi!” (Dž. Džurans.)

Agrāk pacienta vēlmes un vajadzības parasti tika pamestas novārtā, sniedzot pakalpojumus. Pacienti bieži vien tika uzskatīti par nenozīmīgu, pasīvu ārstniecības procesa sastāvdaļu. Turklāt, pacienti paši šo situāciju pastiprināja, visu savu problēmu risināšanu uzticot speciālistiem. Tāpēc bezpeļņas organizācijas visbiežāk rīkojās, vadoties pēc saviem ieskatiem, kas ir vislabāk klientam, un arī interpretēja izrietošos rezultātus. Viena no galvenajām rīcības principu izmaiņām ir ļaut gala lietotājam spriest par iznākuma kvalitāti. Tomēr pakalpojumu sniedzēja slēdzienam joprojām ir jābūt būtiskākajam komponentam visaptverošajā un personīgajā terapijā.

Pirmais jautājums, ko ārsti un speciālisti veselības aprūpes iestādēs sev bieži uzdod, ir: kādas iekārtas iestādei ir nepieciešamas (pirmais posms: struktūras kvalitātes uzlabošana). Pēc šo iekārtu iegādes ārsti un speciālisti apsver, ko slimnīca ar šīm iekārtām var darīt (otrais posms: procesa kvalitātes uzlabošana). Visbeidzot, speciālistus interesē uzlabotie rezultāti, ko viņi var panākt ar šīm jaunajām iekārtām (trešais posms: iznākuma kvalitāte ārstu skatījumā). Tādējādi, iznākuma kvalitāte praktiski netiek aplūkota pacientu skatījumā. Pat ja tā tiek aplūkota, tā atrodas ķēdes beigās.

Pirmajam jautājumam, ko uzdod veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji, kas orientējas uz pacientiem, ir jābūt šādam: „Kas nepieciešams/ko vēlas mans pacients?” Šajā gadījumā pacienta cerības nosaka galveno darbības punktu (pirmais solis: iznākuma kvalitātes apstiprināšana klientu skatījumā). Otrajā posmā veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji šīs vēlmes pārvērš prasītajos rezultātos no speciālistu skatu punkta. Trešais posms ir vērsts uz to procesu novērtēšanu, kas nodrošina šos rezultātus (trešais posms: procesa kvalitātes izpratne). Visbeidzot tiek novērtēti nepieciešamie resursi (pēdējais posms: nepieciešamā personāla un iekārtu noteikšana, tas ir, struktūras kvalitāte).

Ņemot vērā pieticīgos resursus pašreizējā un nākotnes veselības aprūpes sistēmā, apdomīga resursu izmantošana un piešķiršana kļūst aizvien nozīmīgāka. Agrāk par augstāko aprūpes standartu liecināja vien jaunāko iekārtu vai prestižāko (un dārgāko) ārstu klātbūtne – maksimizācijas princips. Pa to laiku ieguldījuma un iznākuma proporcija ir kļuvusi par galveno kvalitātes definīcijas elementu. Lielākās priekšrocības kopā ar nemainīgiem centieniem vai pastāvīgs iznākums kopā ar mazāku ieguldījumu nozīmē kvalitātes uzlabojumu – optimizācijas princips.

2.4. Izpratnes maiņa: no pacientiem uz klientiem

Būtiskākais jauninājums pašreizējo veselības aprūpes pakalpojumu attīstībā ir uztvert pacientu kā klientu. Tas nozīmē orientācijas pāreju no produkta uz klientu. Piešķirot pacientiem lielāku autonomiju, pacienti veselības aprūpes iestādēs iegūst spēcīgāku pozīciju. Taču šie ārējie klienti nav vienīgie, kas tieši ietekmē veselības aprūpes iestādes. Nedrīkst aizmirst, ka ārstniecības iznākums ir daudzu dažādu veselības aprūpes pakalpojumu produkts. Šo vienkāršo apakšpakalpojumu sniedzēji arī ir klienti veselības aprūpes sistēmā – iekšējie klienti. Kvalitātes vadība cenšas īpaši noteikt visus veselības aprūpes vides klientus – gan ārējos, gan iekšējos.

Ārējie klienti ir visi pakalpojumu saņēmēji, kā arī veselības aprūpes iestāžu pakalpojumos ieinteresētās personas. Šajā definīcijā ir jāiekļauj slimnīcas, privāti praktizējoši ārsti, veselības centri un citi partneri, kā arī valsts/privātā veselības apdrošināšana, valsts administrācija un politiķi. Par iekšējiem klientiem tiek uzskatīti

visi iestādes darbinieki, kas piedalās pakalpojumu nodrošināšanā. Tas ir viss personāls, kas sniedz pakalpojumus klientiem, kamēr viņi atrodas slimnīcā. Būtiski ir tas, ka atsevišķi speciālisti pārmaiņus ir gan pakalpojumu sniedzēji, gan saņēmēji. Piemēram, ķirurgs-ortopēds ir radiologa klients pirms ķirurģiskās operācijas; viņš ir atkarīgs no radiologa pakalpojumiem. Tālāk, fizioterapeits ir atkarīgs no veiktās ķirurģiskās operācijas kvalitātes. Tikai kopā viņi var nodrošināt labu iznākuma kvalitāti.

Ir svarīgi saprast, ka neatkarīgi no hierarhijas līmeņa vai darba grupas, skaidra identificēšana un nosaukšana viennozīmīgi veicina iekšējo klientu attiecības. Tālāk ir jānoskaidro iekšējo klientu vajadzības un cerības. Visiem darba procesiem ir pakalpojumu saņēmējs, un šis pakalpojumu saņēmējs (vai iekšējais klients) var spriest par sniegto pakalpojumu kvalitāti.

Tāpēc nepieciešams uzsvērt, ka kvalitāte attiecas uz katru darbinieku, kas to saskata un saprot. Kvalitāti nav iespējams deleģēt. Augsta produktu vai pakalpojumu kvalitāte nav atdalāma no darba procesiem, kas norisinās fonā. Lai paaugstinātu iekšējo kvalitāti, jānosaka un jānovērtē arī iekšējā pakalpojumu apmaiņa. Tas nozīmē, ka ikviens darbinieks ir atbildīgs par savu darbu ar iekšējo klientu un tādējādi par veselības aprūpes iestādes darbu kopumā.

2.5. Orientācija uz procesu, kā pārmaiņu prasība

Kvalitātes vadība ir noteikusi vienu būtisku līdzekli orientācijas uz pacientu un maksimālās efektivitātes sasniegšanai, un tas ir snieguma process. Process raksturo saistītās darba plūsmas, kas sastāv no daudzām saistītām procedūrām. Snieguma procesi tiek iedalīti primārajos procesos jeb galvenajos procesos (pacientu ārstniecība) un atbalsta procesos: sekundārajos (terapijas kontrole, medikamentu izsniegšana) un terciārajos procesos (loģistika, IT, stratēģiskā plānošana, finanses un kontrole).

Galvenās izmaiņas ir tādas, ka darba procedūras netiek veiktas pēc konkrētas darba vai profesijas grupas, bet gan kopā ar snieguma procesu pieprasījumu, kas nosaka pakalpojumu vērtību. Orientācijas uz procesu pamatpriekšrocība veselības aprūpes kvalitātes vadībā nozīmē lielāku organizatorisko mērķu prioritātes noteikšanu, salīdzinot ar atsevišķu specialitāšu zemākiem mērķiem.

2.6. Kvalitātes plānošana

Orientācijas uz klientu galveno daļu nosaka kvalitātes plānošana. Svarīgākais kvalitātes plānošanas mērķis ir noskaidrot pacientu vajadzības un cerības, lai šo informāciju pārnestu pakalpojumu un procesu plānošanā un izstrādē. Vienkārši sakot, kvalitātes plānošana nosaka norādīto mērķi.

Plānojot kvalitāti, jāņem vērā sešas pamatdarbības:

- kvalitātes mērķu noteikšana: produkta un procesu noteikšana, kā arī vairāku uz produktu attiecināmo kvalitātes īpašību noteikšana;
- klientu identificēšana: visu ārējo un iekšējo klientu uzskaitīšana un prioritātes noteikšana;
- klientu vajadzību un cerību novērtēšana: novērtēšanas resursu un metožu plānošana, klientu cerību izteikšana klientiem un speciālistiem saprotamā valodā, klientu vajadzību pārbaudīšana un klasificēšana, instrumentu un vērtēšanas vērtību ieviešana;
- produktu un pakalpojumu īpašību dedukcija no klientu vērtējuma: līdzīgu klientu vajadzību apvienošana, produktu un pakalpojumu identificēšanas metožu noteikšana, augstākās kategorijas pakalpojumu īpašību izvēle, detalizētu pakalpojumu mērķu un produktu īpašību (kvalitātes prasības) izstrāde, visas iestādes informēšana par sīki izstrādātu pakalpojumu/produktu iespējām;
- atbilstīgo procesu dedukcija: procesa prasību analīze, datu un alternatīvu procesu apkopošana, procesa plāna izvēle, augstākās kategorijas un detalizētu procesa īpašību un mērķu izstrāde, kritisko faktoru un cilvēka kļūdu aplūkošana, visas iestādes informēšana par sīki izstrādātu procesa plānu;
- procesa regulēšanas pasākumu izstrāde un īstenošana: regulēšanas pasākumu definēšana, atgriezeniskās saites cilpas plānošana, pašregulēšanas un paškontroles optimizēšana, ārējās pārbaudes ieviešana, sekmīgas pārbaudes demonstrēšana, īstenošanas plānošana reālos apstākļos, īstenošana un novērtēšana.

2.7. Kvalitātes kontrole

Kvalitātes kontroles mērķis ir nodrošināt procesu uzticamību, padarot tos pēc iespējas stabilākus un īstenojot atgriezeniskās saites mehānismu pašregulēšanai. Kvalitātes kontroles atbildības lokā ietilpst noteiktā mērķa aizsargāšana, kas noteikts kvalitātes plānošanas ietvaros iepriekšējā posmā, ražošanas laikā. Instrumentu un statistikas metožu analīze dod iespēju procesos izmantot strukturētu pieeju, ļaujot procesu sniegumu ietekmēt tiešaistē – reāllaikā. Šajā punktā joprojām netiek apdraudēta galīgā produkta kvalitāte. Procesu mainīgums ir pamats datu interpretācijai. Ražošanas pilnveidošana samazinātu defektu izplatību. Tāpēc koncepcija ir samazināt produktu un pakalpojumu mainīgumu. Kvalitātes kontroles atbildības lokā neietilpst paša noteiktā produkta vai pakalpojuma kvalitātes uzlabošana.

Kvalitātes kontrolē ietilpst šādas darbības:

- kvalitātes prasību izstrāde konkrētiem procesiem;
- standartizētas procedūras izveide konkrētiem procesiem;
- konkrētu procesu snieguma novērtēšana;
- snieguma salīdzināšana un procesa mainīguma demonstrēšana;
- procesa regulēšana sistemātiskas novirzes gadījumā.

2.8. Kvalitātes mērīšana

Faktisko pakalpojuma/produkta un procesu kvalitāti pārbauda, veicot kvalitātes mērīšanu. Kvalitātes mērīšanas mērķis ir salīdzināt pakalpojumu pašreizējo stāvokli ar noteikto mērķi. Tādējādi, mērīšana ir būtisks pamats kvalitātes uzlabošanai un kvalitātes mērījumu novērtēšanai.

Pirmā fāze – mērīšanas indikatoru izstrāde:

- uzraudzības zonas definēšana, piem., iznākums pēc dārgas diagnostikas, pamatprocesa rezultāts (piem., gaidīšanas laiks reģistratūrā);
- mērķa dimensijas definēšana, piem., kāds ir ārstniecības mērķis pacientiem ar sirdslēkmi;
- secinājuma kvalitātes kritēriji (reālas īpašības, kas nozīmē laba rezultāta kvalitāti);
- izmērāmu mērīšanas indikatoru definēšana;
- mērīšanas instrumentu definēšana.

Otrā fāze – datu apkopošana un analīze:

- datu apkopošanas plānošana, apkopošanas metožu un klientu paraugu definēšana;
- datu apkopošana;
- datu dokumentēšana;
- datu analīze;
- rezultātu interpretēšana un prezentēšana;
- atbilstīgo pasākumu dedukcija kvalitātes uzlabošanai.

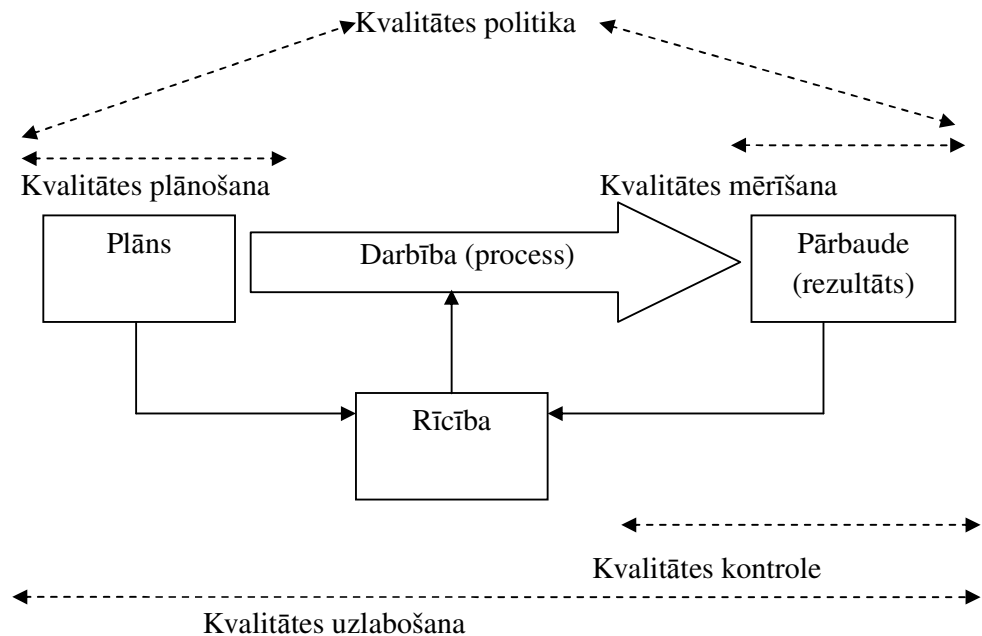
2.9. Kvalitātes uzlabošana

„Apkopoti dati var sniegt tikai vērtējumu, nevis uzlabojumu.” (V. Ī. Demings.)

Tiklīdz kvalitātes mērīšanā ir noteikti pakalpojumu vājie punkti, kvalitātes uzlabošanā tiek mēģināts identificēt trūkumu cēloņus un potenciālo risinājumu koncepcijas. Mērķis ir nepārtrauktas pilnveides principa īstenošana. Kvalitātes mērīšana un kvalitātes uzlabošana acīmredzami ir ļoti līdzīgi vadības uzdevumi. Turklāt, kvalitātes uzlabošana iniciē pašreizējā procesa optimizāciju vai jauna procesa attīstību. Tādējādi, noteiktais mērķis vienmēr ir noklusējums.

Ī.Demings 1986. gadā ieviesa sistemātisku pamatu nepārtrauktas kvalitātes uzlabošanai, ko nodēvēja par plāna-darbības-pārbaudes-rīcības ciklu (PDPR). Atbilstība PDPR ciklam samazina produktu un pakalpojumu trūkumus. PDPR cikla sākumpunkts ir orientācija uz problēmu, atšķirība starp faktisko un noteikto mērķi. Lai padarītu ciklu noderīgu, ir būtiski vizualizēt cēloņu un seku sakarību.

Plāns	<ul style="list-style-type: none"> ■ Problēmāfāze: problēmas definēšana (potenciālo problēmu uzskaitīšana un klasificēšana), projekta un projekta komandas definēšana. ■ Mērīšanas fāze: pareizo mērīšanas indikatoru definēšana, mērīšanas plānošana un mērīšanas īstenošana, cēloņu identificēšana. ■ Terapijas fāze: kvalitātes mērķu definēšana, alternatīvu risinājumu izstrāde, procesa piemērošanas izstrādāšana.
Darbība	<ul style="list-style-type: none"> ■ Izmaiņu sagatavotības atbalstīšana, risinājuma īstenošana.
Pārbaude	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sasniegto mērķu mērīšana, uzraudzības sistēmas izveide.
Rīcība	<ul style="list-style-type: none"> ■ No mērījumiem iegūto zināšanu piemērošana. ■ Uzlabojuma kultūras atbalstīšana. ■ Izmaiņu izplatīšana citās vietās.



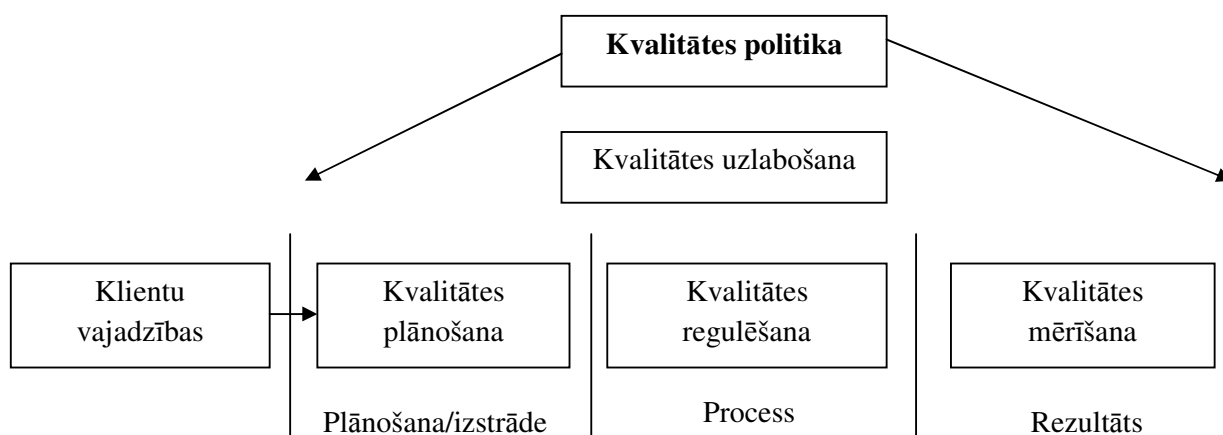
1. attēls. Plāna-darbības-pārbaudes-rīcības cikls.

2.10. Kvalitātes politika

Kvalitātes politika nosaka kopējo stratēģijas virzienu attiecībā uz iestādes fundamentālajām kvalitātes idejām. Kvalitātes pamatstratēģija ļauj precizēt noteiktos mērķus, plānojot kvalitāti.

Kvalitātes politiku var iedalīt trīs galvenajās sfērās, kas ir šādas:

- kvalitātes vadības koncepciju un ideoloģiju pieņemšana kopējā iestādes stratēģijā (ISO 9000 un/vai VKVS modelis);
- kvalitātes vadlīniju izstrāde kā orientācija klientiem un simbols organizatoriskajai videi (SVID analīze: stipro pušu, vājo pušu, iespēju un draudu analīze);
- kvalitātes stratēģijas izstrāde: kvalitātes attīstības galveno jomu prioritātes noteikšana ierobežotam laika periodam.



2. attēls. Kvalitātes funkcijas, pārskats

2.11. Visaptverošā kvalitātes vadības sistēma (VKVS)

VKVS raksturo metožu un instrumentu mijiedarbību kvalitātes jautājumu risināšanai dažādos līmeņos. Piemēram, VKVS veicina aktīvu un nepārtrauktu kvalitātes vadību, kā arī koncentrēšanos uz starpsektoru procesiem un komandas darba funkcionēšanu. Pacienti pamatā tiek uzskatīti par klientiem. Vadības stratēģijas ir orientētas uz pacientiem, procesiem, personālu un efektivitāti.

VKVS kā daļa no uzņēmuma stratēģijas ietilpst iestādes augstākā vadības līmeņa pienākumos. Līderiem ir jārīkojas kā paraugam un personīgi jāveicina kvalitātes centieni. Nepieciešams obligāti vienoties par kvalitātes idejām un kvalitātes gada mērķiem. Šo mērķu sasniegšanai ir jāpiešķir atbilstīgi resursi.

Kvalitātes vadības pamatā ir starpprofesionāla, starpfunkcionāla un starphiearhiska pieeja. Tās mērķis ir iestādes pārorientācija uz faktisko uzdevumu. Dažādās zināšanas iegūst nozīmi, tiekot nopietni integrētas snieguma procesos. Komunikācija un koordinācija ir fundamentāli faktori panākumiem un mērķu sasniegšanai. Galveno vadītāju uzdevums ir nodrošināt struktūru, kas ļauj snieguma procesiem noritēt savstarpējā saiknē un pēc iespējas gludāk.

Kvalitātes uzlabošanā ir jāiesaista visi darbinieki, jo atsevišķi darbinieki ir speciālisti jebkuram dotajam procesam. Snieguma kvalitāte kļūs efektīva un iedarbīga, tiklīdz viss personāls savā ikdienas darbā centīsies panākt kvalitātes uzlabošanu. Tāpēc veselības aprūpes iestādēm darbinieki ir jānovērtē kā nozīmīgākais resurss, kāds viņiem ir. Visu darbinieku iesaistīšana problēmu risināšanas procesos viņiem palīdzēs vieglāk pieņemt izmaiņas.

Kvalitātes plānošanas mērķis ir pareiza procesu veikšana jau kopš to ieviešanas brīža. Kļūdas ir jāuztver kā pilnveidošanās iespēja. Kamēr vien kļūdas tiek atklātas, pastāv iespēja tās novērst. Kļūdu analīze nedrīkst novest pie personīgiem apvainojumiem. Gluži pretēji, neveiksmes cēloņi ir jāmeklē praktiski optimālu procesu līmenī. VKVS akcentē nepārtrauktas uzlabošanas, nevis kontroles nepieciešamību. Uzlabot iespējams pat labas kvalitātes pakalpojumus.

Kā minēts iepriekš, kvalitātes vadības pamatā ir procesa (īpaši primāro jeb galveno procesu) kvalitātes uzlabošana. Tādējādi, kvalitātes vadība ir jānodrošina sistemātiski, tas ir, plānošana, veikšana un novērtēšana ir jā dara mērķtiecīgi. Visām darbībām ir jābūt saprotamām un skaidrām visiem darbiniekiem.

Pieņemot lēmumu, vai pakalpojuma kvalitāte ir laba vai slikta, iespējams, vien izmērot rezultātus. Lēmumu pamatu veido dati un fakti no šiem mērījumiem. Mērījumu indikatoriem un kritērijiem ir jābūt iepriekš definētiem, ņemot vērā kvalitātes pretenzijas. Salīdzinot ar medicīnas pētniecību, kas notiek slimnīcās, kvalitātes vadības datu analīzes mērķis nav zinātniskās tiesības.

Tātad, pakalpojuma salīdzinājums nav iespējams bez datiem, bet bez pienācīga salīdzinājuma nav iespējama panākumu noteikšana. Visbeidzot, kvalitātes uzlabošanas pasākumus nav iespējams īstenot bez pienācīgas snieguma novērtēšanas.

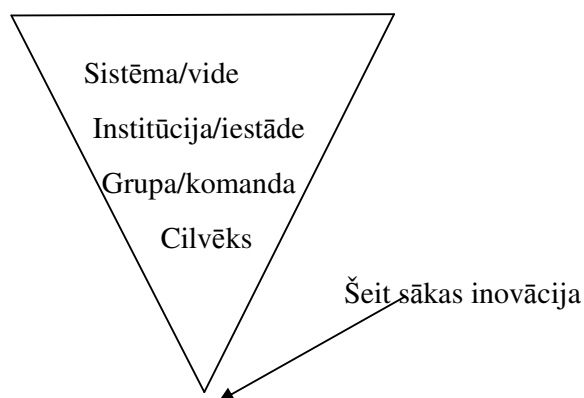
2.12. *Kvalitātes uzlabošana veselības aprūpē*

„Ikvienu sistēmu ir ideāli izstrādāta, lai sasniegtu tieši tos rezultātus, kurus tā panāk.” (Donalds Berviks).

Kā jau minēts iepriekš, visi uzlabojumi ir izmaiņas. Lielākā daļa veselības aprūpes iestāžu darbinieku zina, ka kvalitātes uzlabošanas projektus slimnīcās ir grūti ieviest, īpaši, ja tie tiek plānoti visai slimnīcai uzreiz. Tāpēc darba paradumu un organizatoriskās struktūras izmaiņas vislabāk īstenot mazākā mērogā. Šos projektus var realizēt vienlaikus ar esošo sistēmu. Nelielu pilotprojektu priekšrocības ir neliela procesa grupas, laika ierobežojums, kā arī prognozējama un labi definēta resursu

piešķiršana. Tāpat projekta personāls ir integrēts gan esošajā sistēmā, gan pilotsistēmā, ļaujot projekta pieredzi pārnest galvenajā iestādē.

Jāuzsver, ka liela nozīme kvalitātes uzlabošanā ir cilvēkiem, kā arī fakts, ka autoritatīvie līderi, kam nav obligāti jābūt oficiālajiem līderiem, var veicināt kvalitātes uzlabošanas pasākumu pieņemšanu. Izmaiņām vienmēr ir jāsākas ar atsevišķiem cilvēkiem, nevis visu sistēmu. Tomēr arī jāapzinās, ka cilvēki, īpaši ārsti, pretosies izmaiņām. Nākamais integrācijas līmenis ir grupa vai komanda, kam seko mazāka organizatoriskā vienība, piemēram, visa nodaļa. Tikai tagad, pēc sekmīgas izmaiņu ieviešanas konkrētās slimnīcas nodaļās, var sākt izmaiņas visā sistēmā.



3. attēls. Iejaukšanās līmeņi.

Vēl viens izmaiņu virzītājs slimnīcas apstākļos ir inovācijas. Taču vispirms vadībai un slimnīcas videi ir jāveicina un jāatbalsta novatori. Lai inovācijas tiktu pieņemtas, tām ir jāuzrāda vēlamās īpašības, piemēram, relatīvas priekšrocības, konkurētspēja, minimālā sarežģītība, izmēģināšanas iespēja, novērošanas iespēja un atkārtotas iejaukšanās spēja.

2.13. *Pacientu drošība*

Amerikas Savienotajās Valstīs medicīnisko traumu skaits ir apmēram 1,3 miljoni gadā. Pacientam ir 50 reižu lielāka iespēja gūt traumu slimnīcā, nekā vadot automobili, un 10 000 reižu lielāka iespēja, nekā braucot ar vilcienu vai lidojot.

Amerikas Medicīnas institūts (AMI) 2001. gadā kvalitatīvu aprūpi definēja kā „pakāpi, kurā veselības aprūpes pakalpojumi cilvēkiem un iedzīvotājiem kopumā palielina vēlamu veselības iznākumu iespējamību un atbilst pašreizējām profesionālajām zināšanām.” Papildus AMI izvirzīja sešus mērķus kvalitātes uzlabošanai:

- drošība – veselības aprūpes iestādē jābūt tikpat droši kā mājās jeb „nejaušu traumu neesamība”;

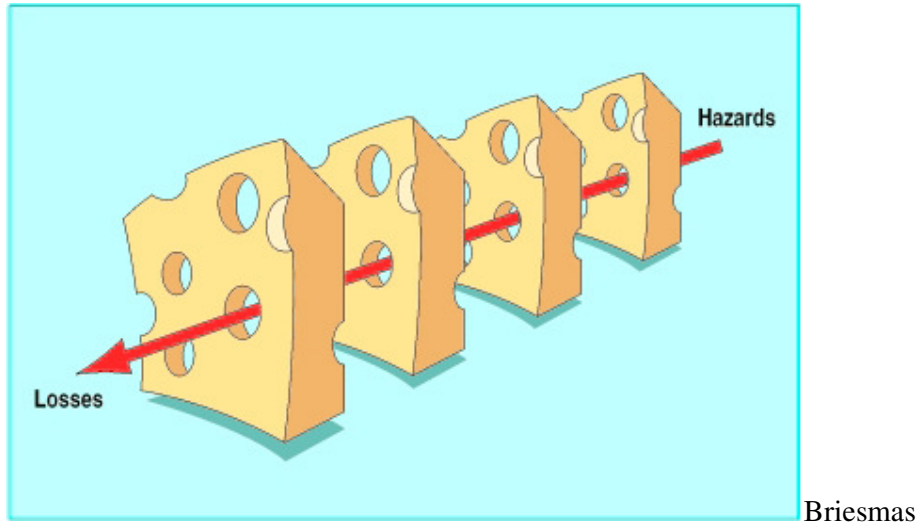
- efektivitāte – aprūpei jāatbilst zinātnei; izvairīšanās no pārāk lielas neefektīvas aprūpes un pārāk mazas efektīvas aprūpes;
- orientācija uz klientu – katra cilvēka cienīšana un izvēles respektēšana;
- savlaicīgums – mazāk gaidīšanas gan pacientiem, gan tiem, kas sniedz aprūpes pakalpojumus;
- lietderība – atkritumu samazināšana;
- taisnīgums – rasu un etnisko nesaskaņu izlīdzināšana veselības stāvoklī.

Svarīgi ir paskaidrot, ka (cilvēka) kļūdu un sarežģītumu samazināšana, kā arī pacientu drošība ir iekļauta kvalitātes uzlabošanas ideoloģijā tikpat daudz kā procesa efektivitātes paaugstināšana. Kļūdas tiek definētas kā „nespēja pabeigt plānoto darbību kā iecerēts, vai nepareiza plāna izmantošana mērķa sasniegšanai”, turpretim sarežģītumi ir „medicīnas vadības radīta trauma, nevis pacienta faktiskais pamatstāvoklis.”

Kļūdām ir daudz cēloņu, piemēram, ieradumi, pārtraukumi, steiga, nogurums, nepareiza interpretācija, zināšanu trūkums, vides faktori, darba grafiks, darba slodze, apmācība, izklaidība, kā arī apslēptas kļūdas, piemēram, darba/aprīkojuma plāns un stāvoklis. Vēl pavisam nesen medicīniskas kļūdas gandrīz vienmēr tika uzskatītas par cilvēka kļūdu sekām. Tāpēc darbiniekiem pastāvīgi draudēja apsūdzības. Tomēr šis priekšstats mainās. Ideja, ka medicīniskas kļūdas izraisa sliktas sistēmas nevis cilvēku vājības, ir jaunā koncepcija. Taču vispirms ir jāpieņem, ka slimnīcās ir iespējams darbs bez defektiem. Kļūdas var novērst, plānojot uzdevumus un procesus tā, lai minimizētu atkarību no tādām vājām kognitīvajām funkcijām kā augstāk minētās.

Ārstniecība slimnīcā parasti nav viena posma process. Gandrīz visos gadījumos pacienta terapijā ir iesaistīti vairāki cilvēki un posmi. Pat tad, ja kļūdas iespējamība vienam posmam ir tikai 0,1 %, šī iespējamība ar katru nākamo posmu pakāpeniski pieaug (20 posmi ir līdzvērtīgi 2 % kļūdas iespējamības, 40 posmi ir līdzvērtīgi 4 % kļūdas iespējamības, un 100 posmi ir līdzvērtīgi 10 %). Tāpēc īstenotajos procesos ir:

- jāizvairās no paļaušanās uz atmiņu;
- maksimāli jānodrošina vienkāršība;
- jānodrošina standartizācija;
- jāizmanto ierobežojumi un piespiedošās funkcijas;
- prātīgi jāizmanto protokoli un kontrolesaraksti.



Zaudējumi

4. attēls. Sistēmas negadījumu Šveices siera modelis (Dž. Rīzons, BMJ 2000; 320: 768-770).

Viens no lielākajiem veselības aprūpes paraugiem drošības ziņā ir aviācijas nozare. Pēdējo 50 gadu laikā lidošana ir kļuvusi par vienu no drošākajiem pārvietošanās veidiem vispār. 20. gadsimta 50. gados uz 100 000 lidojuma stundām bija 800 lidmašīnu katastrofu, taču šis skaitlis pēdējo 50 gadu laikā ir dramatiski mainījies. 1996. gadā bija tikai 2 lidmašīnu katastrofas uz 100 000 lidojuma stundām. Lielākā daļa veselības aprūpes sektorā pieļauto kļūdu notiek, pieaugot ikdienas darbu sarežģītībai. Sarežģīti procesi palielina kļūdu pieļaušanas iespējamību, kas savukārt nozīmē, ka nevainojama ārstniecība ir praktiski neiespējama. Starp daudzajām aviācijas nozarē ieviestajām inovācijām viena ir īpaši nozīmīga veselības aprūpei: kontrolsaraksts. Kontrolsaraksti ir rakstiski ceļveži, kas vada ārstus pa galvenajiem posmiem jebkurā sarežģītā procedūrā. Šādi kontrolsaraksti ar aprīņojamiem panākumiem jau ir ieviesti attīstītajās un attīstības valstīs.

Sekojošā atskārsmēm, galvenajai vadībai ir jāsaprot, ka cilvēka stāvokli nav iespējams mainīt, taču vadība var mainīt apstākļus, kādos cilvēki strādā. Tāpēc slimnīcas vadībai drošība ir jānosaka par vadības prioritāti. Iestādē, kas gatava mācīties, tiks atbalstīts caurspīdīgums, savstarpēja cieņa un bezsodu pieeja attiecībā uz kļūdām, un tajā par šīm kļūdām var droši runāt. Pacientu, darbinieku un iestādes drošībai tāpat kā kvalitātes uzlabošanai ir jāklūst par katra darbinieka atbildību.

2.14. Kvalitātes uzlabošanas instrumenti

„Var teikt, ka fenomens tiek kontrolēts, ja, izmantojot iepriekšējo pieredzi, mēs vismaz iespēju robežās varam paredzēt, kā šis fenomens var mainīties nākotnē.” (V. A. Šūharts.)

„Lai saprastu kvalitātes rādītāju, ir jāsaprot pārmaiņas laika gaitā, nevis jāgatavo datu sakopojumi un jānodarbojas ar apkopojumu statistiku.” (V. A. Šūharts.)

Uzlabošana prasa laiku un darbu. Lai noteiktu, vai veikti paliekoši uzlabojumi, slimnīcām jānovēro modeļu izmaiņas laika gaitā. Ir dažādi kvalitātes attīstības un uzlabošanas instrumenti. Daži instrumenti, kurus parasti izmanto vadītāji veselības aprūpes vidē, tiks apkopot nākamajās lapās.

■ Apkopošanas un lēmumu instrumenti

Prāta vētra – mērķis ir apkopot pēc iespējas vairāk ideju īsā laika periodā. Tāpēc visu dalībnieku idejas tiek novērtētas līdzvērtīgi.

Strukturēta problēmu apkopšana – mērķis ir apkopot problēmas atbilstīgi noteiktajiem kritērijiem un uzskaitīt būtisku, papildu informāciju.

Metaplāna metode – šā instrumenta mērķis ir atšķirīgu zināšanu iegūšana no atsevišķiem dalībniekiem un šo zināšanu sadalīšana grupās.

Problēmu komplekta diagramma – šīs diagrammas mērķis ir parādīt cēloņseku ķēdi, kas saistīta ar konkrētu tēmu. Problēma un attiecīgie cēloņi, kā arī sekas ir parādītas atbilstīgajos hierarhijas līmeņos.

Nominālā grupas metode – ieviešot un klasificējot problēmu risinājumu alternatīvas, šīs metodes mērķis ir paātrināt lēmumus, kas tiek deducēti no visas grupas viedokļiem.

Prioritātes matrica – šā instrumenta mērķis ir sistemātiski salīdzināt alternatīvas, kas tika sarindotas pēc iepriekš definētu lēmumu iespējām.

■ Kvalitatīvie analīzes instrumenti

Plūsmas diagramma – plūsmas diagramma sekmē procesa ķēdes vizualizēšanu. Tādējādi tā palīdz atrast trūkumus šajā procesa ķēdē, kuru pēc tam iespējams uzlabot vai izveidot no jauna.

Līdzības diagramma – šā instrumenta mērķis ir ideju, paziņojumu un domu kopas klasificēšana augstāka līmeņa grupās, par kurām pēc tam kopumā var pieņemt lēmumus.

Cēloņseku diagramma – šīs diagrammas mērķis ir noteikt cēloņseku pieņēmumus, lai saprastu problēmas potenciālo sakni. Šī metode ir pazīstama arī kā Išika jeb asakas diagramma.

Spēka un lauka analīze – šī spēka un lauka analīze nodrošina struktūru situāciju ietekmējošo faktoru (spēku) aplūkošanai. Faktori ir sadalīti tādos, kas virza pretī mērķim (palīgspēki) vai bloķē mērķi (kavējošie spēki).

Neveiksmju režīma un seku analīze (NRSA) – NRSA ir potenciālo neveiksmju režīmu analīzes procedūra attiecībā uz iepriekšējo pieredzi. Neveiksmju režīmi ir procesa vai plāna defekti, īpaši tie, kas sistēmā ietekmē klientu. Neveiksmes tiek klasificētas pēc smaguma un iespējamības. Sekmīga NRSA ļauj komandai šīs neveiksmes novērst ar minimālām pūlēm un resursiem, tādējādi samazinot attīstības laiku un izmaksas.

Koka diagramma – galvenais koka diagrammas mērķis ir ienest kārtību un struktūru sarežģītā situācijā. Koka diagrammai ir daudz dažādu pielietojumu. Vadītāji veselības aprūpes sektorā izmanto lēmumu koku.

Procesa kontroles grafiks – šis instruments palīdz izveidot, standartizēt un dokumentēt procesa regulēšanu. Tas kalpo kā datu apkopošanas sagatavošana un nodrošināšana.

- Datu apkopošanas un analīzes instrumenti

Uzskaites zīmes (jeb jaucējzīmes) – uzskaites zīmes ir vienkāršākais veids, kā uzskaitīt un apkopot datus. Pateicoties savai vienkāršībai, uzskaites zīmes rada skaidru priekšstatu par faktiem, nepievēršot uzmanību dalībnieku viedoklim.

Norises diagramma – biežāk izmantotais veids, lai veiktu pārmaiņu analīzi un noskaidrotu, vai īstenotās stratēģijas ir nesušas vēlamu rezultātu, ir norises un kontroles diagrammas. Norises diagramma parāda procesa vai mērīšanas modeļu izmaiņas laika gaitā. Šādu diagrammu izmantošanai ir vairākas priekšrocības:

- tās palīdz vizualizēt, cik labi vai slikti darbojas process;
- tās nosaka, kad izmaiņas tiešām ir uzlabojumi, parādot datu modeli, ko iespējams novērot, veicot izmaiņas;
- tās parāda virzienu un informāciju par konkrēto izmaiņu vērtību laika gaitā.

Kontroles diagramma – kontroles diagramma ir ļoti līdzīga norises diagrammai. Kontroles diagrammai ir dažas priekšrocības, tāpēc to izvēlas labāk nekā norises diagrammu:

- lielāka jutība nekā norises diagrammām. Tā kā kontroles diagrammā tiek izmantots līdzeklis centrālajai līnijai, tā var uztvert īpašus cēloņus, kuru iemesls ir pārmaiņas no punkta uz punktu (mediāna pret vidējo centrālo līniju);
- kontroles robežu iespējas iekļaušana, kas ļauj noteikt, vai process ir stabils vai nestabils;
- iespējams izmantot procesa spējas noteikšanai;
- ļauj daudz precīzāk paredzēt procesa uzvedību un nākotnes sniegumu.

Joslu diagramma – joslu diagramma ir taisnstūra joslu apkopojums ar garumu, kas proporcionāls atainojamām vērtībām. Tas ir viens no vienkāršākajiem un sprotamākajiem veidiem, kā parādīt šo konkrēto vērtību stiprās un vājās puses.

Izkaisītā diagramma – izkaisītā diagramma parāda datu pāru apkopojumu. Viena mainīgā vērtība nosaka pozīciju uz horizontālās ass, bet otra mainīgā vērtība nosaka pozīciju uz vertikālās ass. Šīs diagrammas mērķis ir analizēt statistiskās attiecības starp šiem diviem mainīgajiem.

Pareto diagramma – šī diagramma satur gan joslas, gan līnijas. Joslas ataino atsevišķas vērtības dilstošā secībā, bet līnija ataino kopējo vērtību. Pareto diagramma palīdz atšķirt augstāk un zemāk klasificētu seku cēloņus.

Histogramma – histogramma ir grafisks atainojums, kas parāda datu sadali. Tādējādi, tā palīdz novērtēt un interpretēt datu mainību.

2.15. *Kvalitātes vadības sistēmas veselības aprūpē*

Pasaules un Eiropas ārstniecības iestādēs izplatītākie ir šādi kvalitātes vadības sistēmu modeļi:

1. ISO 9001 standarta prasībām atbilstošas kvalitātes sistēmas izveide;
2. Uz EFQM (European Foundation for Quality Management) Izcilības modeli balstīto sistēmu ieviešana (t.sk., kvalitātes balvas izcīņa);
3. Ārstniecības iestāžu akreditācijas standartiem atbilstošu sistēmu ieviešana;
4. Citos normatīvos aktos un standartos noteiktajiem kritērijiem atbilstošu sistēmu un aktivitāšu ieviešana.

ISO 9001 standarta prasībām atbilstošas kvalitātes sistēmas ieviešana, kā arī EFQM modelim atbilstošu darbību veikšana pārsvarā vērsta uz organizāciju/uzņēmumu vispārējo vadības procesu sakārtošanu, optimizāciju, pilnveidošanu.

Ārstniecības iestāžu akreditācijas standartos vai citos dokumentos tiek izvirzītas prasības un noteikti novērtēšanas kritēriji, kas ir vērsti uz ārstnieciskā procesa kvalitātes pilnveidošanu.

Labākā prakse ārstniecības iestāžu darbības kvalitātes novērtēšanā paredz šādus novērtēšanas principus:

- Novērtēšanas kritērijiem ir jābūt skaidri definētiem, izpildāmiem un vērsti uz ārstniecības procesa kvalitātes pilnveidošanu;
- Notiek regulārs pašnovērtēšanas process ārstniecības iestādē, uz pašnovērtēšanas rezultātiem balstās kvalitātes sistēmas un ārstniecības procesu pilnveidošana;
- Regulāra neatkarīgas trešās puses veikta novērtēšana, panākot lielāku novērtēšanas objektivitāti, sistēmisku kļūdu novēršanu un labākās prakses izplatīšanu.

Visbiežāk par akreditācijas (**ārstniecības iestāžu novērtēšanas**) sistēmu pamatu ir izmantotas šādas ārzemju programmas (izstrādātie kritēriji un novērtēšanas metodika):

- Joint Commission on Hospital Accreditation (JCHA, USA)
- Canadian Council on Hospital Accreditation
- Health Quality Service (HQS, UK)
- ISO 9001 standarts
- Australian Council on Health Care Accreditation

Aktīvākie un atpazīstamākie akreditācijas veicēji:

- Joint Commission International
- Accreditation Canada International
- CHKS (Caspian Healthcare Knowledge Systems, UK), iepriekš Health Quality Service (HQS), iepriekš – Kings Fund Organizational Audit)

Aktuālās prasības Latvijā

Ministru kabineta 2009.gada 20.janvāra noteikumi Nr.60 "Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām", spēkā no 2009.gada 12.februāra:

- P.17. Lai nodrošinātu sniegto ārstniecības pakalpojumu kvalitātes vadību, ārstniecības iestādē ir izstrādāta, vadītāja apstiprināta un ieviesta kvalitātes vadības sistēma. Kvalitātes vadības sistēma ietver vismaz šādus pasākumus:
 - 17.1. regulāra sniegto ārstniecības pakalpojumu kvalitātes kontrole;
 - 17.2. pacientu sūdzību un ieteikumu izskatīšana;
 - 17.3. ārstniecības rezultātu analīze;
 - 17.4. ārstniecības pakalpojumu kvalitātes pilnveidošana.

Ieguvumi no akreditācijas (ārstniecības iestāžu novērtēšanas)

- Akreditācijas procesā organizācijā tiek veidota kvalitātes un drošības kultūra, kas palīdz nepārtrauktai pacienta aprūpes procesu un rezultātu pilnveidošanai.
- Ieviešot akreditācijas standartu, slimnīca:
 - palielina sabiedrības ticību par to, ka slimnīca rūpējas par pacientu drošību un aprūpes kvalitāti;
 - izveido drošu un efektīvu darba vidi, apmierinot darbinieku vajadzības;
 - pamato sniegto pakalpojumu kvalitāti sarunās ar pakalpojumu finansētājiem;
 - iesaista pacientus un viņu piederīgos aprūpes procesā kā partnerus, respektējot viņu tiesības;
 - izveido pamatu laicīgai ziņošanai par blakusefektiem un komplikācijām;
 - izveido kvalitātes un pacientu drošības vadītāju komandu visos līmeņos.

3. Projekta izstrādātā Ārstniecības iestāžu visaptverošas kvalitātes vadības sistēma

3.1. Ārstniecības iestāžu visaptverošas kvalitātes vadības sistēma

Projekta gaitā tika izstrādāts Ārstniecības iestāžu visaptverošas kvalitātes vadības modelis. Modeļa ieviešanas mērķis: sekmēt sabiedrības līdzekļu racionālu un izmaksu efektīvu izlietojumu sabiedrības veselības mērķu realizācijai. Modelis tika izstrādāts, apkopojot ārvalstu un vietējo sadarbības partneru pieredzi un pielāgojot starptautiski atzītas sistēmas Latvijas specifiskiem apstākļiem. Modeļa novērtēšanas kritēriji ir balstīti uz Joint Commission International izveidotu programmu «International Essentials of Health Care Quality and Patient Safety» («Veselības aprūpes kvalitātes un pacientu drošības starptautiskās pamatnostādņēm»):

- vērstu uz pacienta veselības aprūpes risku novērtēšanu ārstniecības iestādē vai nacionālās veselības aprūpes sistēmas līmenī
- risku novērtēšanas rezultāti var tikt izmantoti procesu pilnveidošanai, stratēģiju izstrādei, risku samazinājumu apzināšanai ārstniecības iestādēs u.c.
- programma radīta, lai ieviestu ar veselības aprūpes drošības kvalitātes pilnveidošanu saistītās aktivitātes plašākā sektorā, nesaistītā ar akreditāciju
- programma rada bāzi citu ar kvalitāti, drošību, izglītību saistīto mehānismu ieviešanai
- identificētas 5 riska jomas, katrā jomā noteikti 10 kritēriji, izmērāmi un novērtējami:
 - Vadības procesi un atbildība
 - Darbinieku kompetence
 - Pacientiem un darbiniekiem droša vide
 - Pacientu klīniskā aprūpe
 - Kvalitātes un drošības pilnveidošana

Minētā modeļa ieviešana ir viens no veidiem, kā izpildīt normatīvajos aktos noteiktās prasības ārstniecības iestādes kvalitātes vadības sistēmai. Projektā izveidotā darba grupa veikusi pēc brīvprātības principa iesaistīto ārstniecības iestāžu pašnovērtēšanu un novērtēšanas metodikas verificēšanu.

Ārstniecības iestāde var novērtēt savu atbilstību noteiktajiem Veselības aprūpes kvalitātes un pacientu drošības novērtēšanas kritērijiem, izmantojot šādu novērtējumu skalu (sasnieguma līmeņus):

0 - nepieciešamie pasākumi netiek veikti, vai arī tiek īstenoti atsevišķi, gadījuma rakstura pasākumi

1 - sāk veidoties struktūra noteiktu, pastāvīgu pasākumu veikšanai (ir noteiktas atbildīgās personas)

2 - ir noteikti procesi pastāvīgu un efektīvu pasākumu īstenošanai (ir dokumentētas instrukcijas, procesu apraksti utml.)

3 - ir pieejami dati, kas apliecina veiksmīgu kvalitātes pilnveidošanas un risku mazināšanas stratēģijas pielietojumu un pastāvīgu tās pilnveidošanu

NA – dotais kritērijs nav attiecināms uz novērtējamās iestādes/struktūrvienības darbu

Katra kritērija novērtēšanas pamatošanai nepieciešams norādīt atsauci uz ārstniecības iestādē esošajiem dokumentiem, kas apliecina izvēlēto sasnieguma līmeni (iekšējie normatīvie akti, rīkojumi, amata apraksti, instrukcijas, procesu apraksti, rezultātu izvērtējumi). Šī darbība kalpo par instrumentu iestādes kvalitātes un drošības vadības sistēmas pilnveidošanai.

Projektā gaitā, balstoties uz minētajiem novērtēšanas kritērijiem un metodiku, tika organizēta pirmā Ārstniecības iestāžu kvalitātes balvas izcīņa (vairāk informācijas: www.lvea.lv).

3.2. Veselības aprūpes kvalitātes un pacientu drošības novērtēšanas kritēriji

Novērtēšanas kritērijs (Vērtējums no 0 līdz 3)	Vērtējuma līmeņi
1. VADĪBAS PROCESI UN ATBILDĪBA	
<p>1.1. Identificēta vadības atbildība Organizācijas vadības struktūra ir noteikta organizācijas struktūras shēmā vai citā rakstiskajā dokumentā, kas nosaka katra vadītāja pienākumus, pēc kuriem viņš tiks novērtēts.</p>	<p>0. līmenis – vadības struktūra ir neskaidra vai nav noteikta. 1. līmenis – ir rakstisks spēkā esošs dokuments, kurā identificēti atbildīgie vadītāji pēc vārda, amata un pienākumiem. 2. līmenis – atbildīgās personas pilda savus pienākumus. 3. līmenis – atbildīgo personu pienākumu pildīšana ir izvērtēta, un ir pieņemti lēmumi šo personu darbības rezultātu pilnveidošanai</p>
<p>1.2. Kvalitātes un drošības vadība Par pacientu aprūpes kvalitāti un pacientu un personāla drošību atbildīgās personas ir skaidri identificējamās pēc vārda, amata un pienākumiem organizācijas struktūras shēmā vai citā rakstiskajā dokumentā. Vadītāji ir izglītoti kvalitātes jautājumos un aktīvi piedalās kvalitātes un drošības prioritāšu noteikšanā.</p>	<p>0. līmenis – par kvalitāti un pacientu drošību atbildīgās personas nav identificētas. 1. līmenis – par kvalitāti un pacientu drošību atbildīgās personas ir identificētas organizācijas ietvaros un ārpus tās. 2. līmenis – atbildīgās personas ir izglītotas kvalitātes jautājumos. 3. līmenis – atbildīgās personas vismaz reizi gadā nosaka kvalitātes pilnveidošanas prioritātes</p>
<p>1.3. Sadarbības vadība Organizācijas vadība un struktūrvienību vadītāji, ieskaitot daļu, nodaļu un/vai dienestu vadītājus, izvēlas sadarbības mehānismu, nosaka rīcības plānus un procedūras kvalitātes un pacientu drošības atbalstam un ikdienas sadarbībai. Šie vadītāji reizi gadā ziņo augstākajai vadībai par veiktajām aktivitātēm kvalitātes un pacientu drošības jomā.</p>	<p>0. līmenis – vadībai un struktūrvienību vadītājiem nav sadarbības mehānisma kvalitātes un pacientu drošības jomā. 1. līmenis – vadība un struktūrvienību vadītāji izveido vai vienojas par organizācijas struktūru vai citu mehānismu sadarbības stiprināšanai. 2. līmenis – vadība un struktūrvienību vadītāji izmanto šo struktūru kvalitātes un pacientu drošības stratēģiju un plānu noteikšanai 3. līmenis – vadība un struktūrvienību vadītāji reizi gadā izstrādā ziņojumu augstākajai vadībai par veiktajām aktivitātēm kvalitātes un pacientu drošības jomā un to rezultātiem organizācijā</p>
<p>1.4. Līgumu vadība Kvalitātes nosacījumi ir visu līgumu vai vienošanos, kas tiek noslēgti par klīnisko vai atbalsta pakalpojumu sniegšanu ar trešajām pusēm, sastāvdaļa. Līgumi tiek uzraudzīti un atjaunoti, ņemot vērā kvalitātes prasības.</p>	<p>0. līmenis – nav skaidra un uz sadarbību balstīta procesa līgumu ar ārpalpojuma sniedzējiem vadībai. 1. līmenis – ir līgumu apspriešanas un apstiprināšanas mehānisms. 2. līmenis – ja nepieciešams, līgumos ir iekļautas kvalitātes prasības. 3. līmenis – līgumi tiek atjaunoti tikai gadījumos, ja tiek ievērotas kvalitātes prasības</p>

<p>1.5. Kvalitātes un riska vadības integrācija Organizācija veic visu kvalitātes un risku vadības aktivitāšu integrēšanu, lai paaugstinātu pilnveidošanas un mērījumu aktivitāšu lietderību un efektivitāti. Integrēšana ietver datu vākšanu, analīzi un pilnveidošanu.</p>	<p>0.līmenis – organizācija neveic vienu vai vairākas no šādām funkcijām: kvalitātes pilnveidošana, risku vadība, pacientu drošība, klīniskie iznākumi vai iekārtu drošība.</p> <p>1.līmenis – starp struktūrvienībām, kas ir atbildīgas par kvalitāti un pacientu drošību, nav saskaņotas rīcības un komunikācijas.</p> <p>2.līmenis – par kvalitāti un pacientu drošību atbildīgās struktūrvienības ir integrētas un koordinētas, datu vākšanas un analīzes procesi ir integrēti, ja tas ir nepieciešams un iespējams.</p> <p>3.līmenis – īstenotās pilnveidošanas aktivitātes ir ietekmējušas kvalitātes, drošības un risku vadības jomas</p>
<p>1.6. Atbilstība likumdošanai un normatīviem aktiem Organizācijā ir nozīmētas personas, kuras ir atbildīgas par to, ka organizācija pārzina tai saistošos likumus un normatīvos aktus, kā arī, ka organizācija ievēro šo likumu un normatīvo aktu prasības. Reaģēšana uz atbilstības pārbauzu aktivitātēm ir pilnīga, savlaicīga un paziņota augstākajai vadībai.</p>	<p>0. līmenis – nav noteikts process vai atbildīgā persona, kas nodrošina atbilstību likumiem un normatīvajiem aktiem.</p> <p>1.līmenis – ir nozīmētās personas, kuras atbild par atbilstību likumiem un normatīvajiem aktiem.</p> <p>2.līmenis – ir izveidots mehānisms, lai nodrošinātu saistošās likumdošanas un normatīvo aktu pārzināšanu, kā arī reaģētu uz atbilstības pārbauzu aktivitātēm un ziņotu par tām.</p> <p>3.līmenis – augstākā vadība ir informēta par gadījumiem, kad organizācija neatbilst likumdošanas un normatīvo aktu prasībām, kā arī par to, kā tika novērsti pārbauzu laikā konstatētie pārkāpumi</p>
<p>1.7. Pacientu un ģimenes tiesību ievērošana Vadība un struktūrvienību vadītāji identificē pacientu tiesības. Veselības aprūpes sniegšanas laikā personāls ievēro un aizsargā pacientu un piederīgo tiesības, kā arī cenšas izziņāt pacientu apmierinātību ar procesiem, lai ievērotu viņu tiesības.</p>	<p>0. līmenis – organizācijā nav formulētas pacientu tiesības.</p> <p>1.līmenis – organizācijā ir formulētas pacientu tiesības.</p> <p>2.līmenis – personāls ievēro un aizsargā pacientu un piederīgo tiesības.</p> <p>3.līmenis – organizācija veic pacientu aptaujas par pacientu tiesību ievērošanu un izmanto šo informāciju personāla izglītošanai un darbības pilnveidošanai</p>
<p>1.8. Augsta riska pacientu aprūpes vadība Organizācija identificē augsta riska ārstnieciskās darbības un pacientus un izstrādā rīcības plānus un procedūras šo pacientu aprūpes vai ārstniecisko darbību vadīšanai. Organizācija uzrauga rīcības plānu un procedūru ievērošanu, lai iegūtu informāciju personāla apmācības, rīcības plānu un procedūru pilnveidošanai.</p>	<p>0.līmenis – nav identificēti rīcības plāni un procedūras augsta riska pacientu aprūpei un augsta riska ārstniecisko darbību veikšanai, lai gan var būt daži rīcības plāni noteiktām pacientu grupām.</p> <p>1.līmenis – organizācijā ir augsta riska pacientu grupu un ārstniecisko darbību (klīnisko procedūru) saraksts.</p> <p>2.līmenis – kompetents personāls ir izstrādājis rīcības plānus un procedūras visu identificēto augsta riska pacientu aprūpei un ārstniecisko darbību veikšanai, personāls pārzina šos rīcības plānus un procedūras.</p>

	<p>3.līmenis – rīcības plānu un procedūru pielietojums tiek uzraudzīts, un šī informācija tiek izmantota, lai veicinātu personāla apmācību un pilnveidotu procedūru pielietojumu</p>
<p>1.9. Pētījumu pārraudzība Visas ar cilvēka organismu saistītās pētniecības aktivitātes tiek uzraudzītas. Šī uzraudzība ietver skaidru mehānismu, kas balstās uz pacientu tiesību ievērošanu, drošību un datu pielietošanu pētniecības programmas pilnveidošanai un stiprināšanai.</p>	<p>0.līmenis – organizācijā nenotiek ar cilvēka organismu saistīto pētniecības aktivitāšu uzraudzība.</p> <p>1.līmenis – ir izveidota komiteja vai cits mehānisms, lai nodrošinātu visu ar cilvēka organismu saistīto pētniecības aktivitāšu uzraudzību.</p> <p>2.līmenis – ir veikta visu pētniecības aktivitāšu pārbaude, kas aizsargā pacientu tiesības un drošību.</p> <p>3.līmenis – ir pieejami dati, kas liecina par programmas efektivitāti, un kas veicina pētījumu uzraudzības programmas pilnveidošanu</p>
<p>1.10. Orgānu un asins piegāde, donācija un transplantācija, ieskaitot transfuzioloģiju Ir noteikts process orgānu un asins iegūšanai un transplantācijai. Process tiek vadīts saskaņā ar rīcības plāniem un procedūrām, kas atbilst likumdošanai un ētikas praksei. Personāls ir apmācīts rīcības plānu un procedūru pielietošanā. Dati ir savākti, analizēti un izmantoti programmas pilnveidošanai.</p>	<p>0.līmenis – organizācijai nav orgānu un asins donācijas un transplantācijas pārraudzības programmas.</p> <p>1.līmenis – orgānu un asins donācijas un transplantācijas procesu vadība notiek saskaņā ar rīcības plāniem un procedūrām, kas atbilst attiecīgajai likumdošanai un ētikas praksei.</p> <p>2.līmenis – attiecīgs personāls ir apmācīts rīcības plānu un procedūru pielietošanā.</p> <p>3.līmenis – ir pieejami dati, kas norāda, ka orgānu un asins donācijas un transplantācijas pārraudzības programma ir efektīva, un programmas pilnveidošana notiek balstoties uz iegūtajiem datiem</p>
<p>2. DARBINIEKU KOMPETENCE</p>	
<p>2.1. Personāla lietas un amata apraksti strādājošajiem Katram darbiniekam ir sava personāla lieta, kas ietver amata aprakstu vai citus ārstniecības personu darbību reglamentējošus dokumentus. Personāla lietā ietilpst kvalifikāciju (izglītību, apmācības un sertifikāciju) apliecinājošu dokumentu kopijas, informācija par darba pieredzi un novērtēšanas rezultātiem.</p>	<p>0.līmenis – personālam nav amata aprakstu vai personāla lietu.</p> <p>1.līmenis – personālam ir amata apraksti, kas attiecas uz viņu darba uzdevumiem.</p> <p>2.līmenis – ir personāla lietas, kas ietver sertifikātu, licenču, pabeigto apmācību apliecinājošu dokumentu kopijas un citus pierādījumus par personāla izglītību un darba pieredzi.</p> <p>3.līmenis – personāla lietas satur arī informāciju par ikgadējas novērtēšanas rezultātiem</p>

<p>2.2. Ārstu kvalifikācijas pārskats Noteikts process, kādā notiek ārstu piesaistīšana, pārbaude, novērtēšana un sekojoša pilnvarošana sniegt pacientiem pakalpojumus, kas atbilst ārstu kvalifikācijai, izglītībai, apmācībai un kompetencei.</p>	<p>0.līmenis – nav noteikts process ārstu kvalifikāciju apliecināšanas informācijas savākšanai un pārbaudei. 1.līmenis – ir noteikts process ārstu kvalifikāciju apliecināšanas informācijas savākšanai, taču tas ietver tikai informāciju par sertifikātiem un licencēm, bez to pārbaudes un novērtēšanas. 2.līmenis – ir noteikts process ārstu kvalifikāciju apliecināšanas informācijas savākšanai un izvērtēšanai, kā arī ārstu pilnvarošanai. 3.līmenis – process pirms ārstu pilnvarošanas paredz kvalifikācijas pārbaudi, izmantojot primāros informācijas avotus</p>
<p>2.3. Māsu kvalifikācijas pārskats Noteikts process, kādā notiek māsu piesaistīšana, pārbaude, novērtēšana un darba uzdevuma noteikšana pacientu aprūpes pakalpojumu sniegšanai, kas atbilst māsu kvalifikācijai, izglītībai, apmācībai un kompetencei.</p>	<p>0.līmenis – nav noteikts process māsu kvalifikāciju apliecināšanas informācijas savākšanai un pārbaudei. 1.līmenis – ir noteikts process māsu kvalifikāciju apliecināšanas informācijas savākšanai, taču tas ietver tikai informāciju par sertifikātiem un licencēm, bez to pārbaudes un novērtēšanas. 2.līmenis – ir noteikts process māsu kvalifikāciju apliecināšanas informācijas savākšanai un izvērtēšanai, kā arī māsu atbildības un darba uzdevumu noteikšanai balstoties uz kvalifikācijas apliecinājumiem. 3.līmenis – process pirms māsu darba uzdevumu un atbildības noteikšanas paredz kvalifikācijas pārbaudi, izmantojot primāros informācijas avotus</p>
<p>2.4. Cita veselības aprūpes personāla kvalifikācijas pārskats Noteikts process, kādā notiek citu ārstniecības personu piesaistīšana, pārbaude, novērtēšana un darba uzdevuma noteikšana pacientu aprūpes pakalpojumu sniegšanai, kas atbilst viņu kvalifikācijai, izglītībai, apmācībai un kompetencei.</p>	<p>0.līmenis – nav noteikts process citu ārstniecības personu kvalifikāciju apliecināšanas informācijas savākšanai un pārbaudei. 1.līmenis – ir noteikts process citu ārstniecības personu kvalifikāciju apliecināšanas informācijas savākšanai, taču tas ietver tikai ierobežotu informāciju bez tās pārbaudes. 2.līmenis – ir noteikts process citu ārstniecības personu kvalifikāciju apliecināšanas informācijas savākšanai un izvērtēšanai, kā arī viņu atbildības un darba uzdevumu noteikšanai balstoties uz kvalifikācijas apliecinājumiem.. 3.līmenis – process pirms darba uzdevumu un atbildības noteikšanas paredz kvalifikācijas pārbaudi, izmantojot primāros informācijas avotus</p>
<p>2.5. Personāla izglītošana Personāls ir orientēts uz darba pienākumu veikšanu, darba uzdevumu izpildi un darbavietu.</p>	<p>0.līmenis – personāls nav orientēts uz darba pienākumu veikšanu. 1.līmenis – daži darbinieki ir orientēti uz darba vietu, taču orientēšana nav bijusi visaptveroša.</p>

	<p>2.līmenis – visi darbinieki ir orientēti uz darba vietu, orientēšana ir bijusi visaptveroša.</p> <p>3.līmenis – darba orientēšana aptver arī pagaidu darbiniekus, līguma darbiniekus un brīvprātīgos</p>
<p>2.6. Studentu un citu praktikanu darbības uzraudzība</p> <p>Gadījumā, ja organizācijā tiek veikta veselības aprūpes studentu apmācība, notiek atbilstoša studentu un apmācāmo uzraudzība, kas nodrošina to, ka viņus pazīst personāls, viņu esošā kompetence atbilst veicamajiem pacientu aprūpes uzdevumiem, tiek nodrošināta atbilstoša viņu darbības uzraudzība, programma ir integrēta ar kvalitātes un pacientu drošības programmu.</p>	<p>0.līmenis – organizācijā netiek veikta apmācāmo uzraudzība.</p> <p>1.līmenis –ir zināms apmācāmo daudzums un viņiem dotie uzdevumi.</p> <p>2.līmenis – ir zināma katra apmācāmā esošā kompetence (profesionālās sagatavotības līmenis), un tā tiek izmantota darba uzdevumu un nepieciešamās uzraudzības noteikšanai.</p> <p>3.līmenis – apmācības vispārējās aktivitātes ir labi koordinētas, vadītas un ir integrētas organizācijas kvalitātes un pacientu drošības programmā</p>
<p>2.7. Apmācība reanimācijas pasākumiem</p> <p>Pacientu aprūpē iesaistītie darbinieki ir apguvuši atdzīvināšanas metodes, viņiem ir apliecinājumi par veiksmīgi apgūtu papildus vai pamatkursu, un ir pieejamas atkārtotas apmācības iespējas reizi divos gados. Šādu apmācību ietekme uz izdzīvošanas līmeni pēc kardiopulmonālās reanimācijas, tiek apzināta un izmantota programmas pilnveidošanai.</p>	<p>0.līmenis – pacientu aprūpē iesaistītie darbinieki nav apmācīti atdzīvināšanas metožu veikšanā.</p> <p>1.līmenis – neliels darbinieku skaits ir apmācīts atdzīvināšanas metožu veikšanā, taču ir maz dokumentācijas, kas apliecina apmācību kursu pabeigšanu vai atkārtotu apmācību.</p> <p>2.līmenis – ir pieejama dokumentācija, kas apliecina, ka pacientu aprūpē iesaistīto darbinieku lielākā daļa ir veiksmīgi pabeigusi apmācību un ir saņēmusi atkārtotu apmācību pēdējo divu gadu laikā.</p> <p>3.līmenis – ir pieejami dati, kas raksturo apmācību efektivitāti un tiek izmantoti programmas pilnveidošanai</p>
<p>2.8. Personāla apmācība infekciju kontrolē un profilaksē</p> <p>Visi darbinieki ir izglītoti infekciju profilakses un kontroles jautājumos atbilstoši viņu darba pienākumiem un kontaktiem ar pacientu. Izglītošana ietver zināšanas par roku higiēnas vadlīnijām, izplatītākajām ar veselības aprūpi saistītajām infekcijām, asu priekšmetu un medicīnas atkritumu atbilstošu utilizāciju.</p>	<p>0.līmenis – netiek veikta personāla apmācība par infekciju profilakses un kontroles principiem un praksi.</p> <p>1.līmenis – tiek veikta personāla apmācība par infekciju profilakses un kontroles principiem un praksi, taču apmācīto darbinieku skaits ir mazs, un apmācību saturs nav aktualizēts un visaptverošs.</p> <p>2.līmenis – tiek realizēta laba darbinieku apmācības programma, kas ietver informāciju par roku higiēnu, atbilstošu piesardzības pasākumu veikšanu (aizsarglīdzekļu lietošanu), atbilstošu asu priekšmetu un medicīnas atkritumu utilizāciju.</p> <p>3.līmenis – ir dati, kas parāda izglītošanas infekciju profilakses un kontroles jautājumos ietekmi uz infekciju izplatības līmeni organizācijā</p>
<p>2.9. Komunikācija starp aprūpes sniedzējiem</p> <p>Starp aprūpes sniedzējiem notiek svarīgas informācijas par pacientu aprūpi,</p>	<p>0.līmenis – pacienta informācija nav standartizēta un neseko pacientam aprūpes nepārtrauktības nodrošināšanai. 1.līmenis – pacienta</p>

<p>izmantojot standartizētus pierakstus (medicīnisko dokumentāciju), nodrošinot informācijas apmaiņu starp mūsu maiņām un pārvedot pacientu no vienas slimnīcas nodaļas uz citu. Periodiska pacientu pierakstu uzraudzība ir to pilnības, skaidrības un precizitātes pamatā.</p>	<p>medicīniskā dokumentācija ir pieejama visiem, kas sniedz aprūpes pakalpojumus pacientam. 2. līmenis – pacienta medicīniskā dokumentācija pieejama visiem, kas sniedz aprūpes pakalpojumus pacientam, un tās saturs ir standartizēts, ieskaitot sāsinājumu, zīmju un simbolu izmantošanu, kā arī nozīmējamo zāļu devu norādīšanai. 3. līmenis – ir noteikts process periodiskai pacientu medicīniskās dokumentācijas izlases veida pārbaudei, un šī informācija tiek izmantota, lai uzlabotu visas pacientu medicīniskās dokumentācijas satura pilnību, skaidrību un precizitāti</p>
<p>2.10. Personāla veselības un drošības programma Ir noteikta programma personāla veselības apdraudējumu samazināšanai un drošu darba apstākļu nodrošināšanai, kas ietver bīstamo materiālu kontroli, traumu novēršanu no neatbilstoši uzturētā aprīkojuma, imunizācijas pasākumus vai citas aktivitātes darbinieku aizsardzībai pret infekcijas slimībām, tuberkulozes un citu slimību skrīningu, adatu dūrienu un citu ievainojumu aprūpi.</p>	<p>0. līmenis – netiek pievērsta nemaz vai tiek pievērsta ļoti maza uzmanība personāla veselībai un drošībai. 1. līmenis – slimnīca reaģē uz personāla veselības jautājumiem un traumām tikai tad, kad incidents jau ir noticis. 2. līmenis – slimnīcai ir preventīvo pasākumu programma personāla drošības risku noteikšanai un samazināšanai. 3. līmenis – slimnīca vāc un analizē datus par personāla riskiem un ievainojumiem un var parādīt drošības pilnveidošanu un veselības incidentu samazināšanu</p>
<p>3. PACIENTIEM UN DARBINIEKIEM DROŠA VIDE</p>	
<p>3.1. Regulāra ēku inspicēšana Visas veselības aprūpes organizācijas sastāvā esošās ēkas ir rūpīgi pārbaudītas, lai nodrošinātu risku apzināšanu, kuriem var tikt pakļauti pacienti, personāls un apmeklētāji, kā arī lai plānotu pasākumus pastāvīgai risku mazināšanai un vides drošības pilnveidošanai.</p>	<p>0. līmenis – atsevišķi darbinieki zina par vides riskiem, taču nav noteikts process pilnīgai vides pārbaudei. 1. līmenis – noteikts process visu veidu veselības aprūpes vides risku identificēšanai un uzskaitēi. 2. līmenis – reģistrētie riski ir identificēti, ņemot vērā to nopietnību un prioritāti. 3. līmenis – identificētie riski tiek sistemātiski mazināti un novērsti, risku reģistrs tiek aktualizēts, periodiski veicot pārbaudes</p>
<p>3.2. Bīstamo materiālu kontrole Organizācijā ir bīstamo vielu reģistrs un plāns to drošai pārvietošanai, glabāšanai un lietošanai. Bīstamās vielas ir atbilstoši marķētas, un ir noteikts process, kādā veidā tiek paziņoti un izmeklēti to noplūdes, kontakta un citi ar tām saistītie incidenti.</p>	<p>0. līmenis – daudzi darbinieki zina bīstamo vielu atrašanās vietu, taču organizācijā nav bīstamo vielu reģistra. 1. līmenis – ir reģistrs, kas satur informāciju par bīstamo vielu atrašanās vietu, veidu, un daudzumu. 2. līmenis – balstoties uz reģistru, ir izstrādāts plāns drošai un atbilstoši bīstamo vielu marķēšanai, uzglabāšanai un lietošanai. 3. līmenis – bīstamo vielu noplūdes, kontakta un citi gadījumi ir</p>

	izmeklēti, veikti pasākumi turpmāku noplūdes gadījumu novēršanai un reaģēšanas pilnveidošanai šādos gadījumos
<p>3.3. Ugunsdrošības programma Ir noteikta programma, kura nodrošina to, ka visas personas, kuras atrodas ārstniecības iestādes ēkās, ir aizsargātas no uguns, dūmiem un citām ārkārtas situācijām. Tā ietver profilaksi, agrīnu noteikšanu, pārvarēšanu, novēršanu un drošas evakuācijas izejas. Programma ir notestēta, ieskaitot gan attiecīgā aprīkojuma, gan darbinieku zināšanu par pacientu evakuāciju un pārvietošanu uz drošām telpām, pārbaudi.</p>	<p>0.līmenis – nav izstrādāta ugunsdrošības programma. 1.līmenis – ir daži ugunsdrošības programmas elementi, bet programma neattiecas uz visu organizāciju un nav notestēta. 2.līmenis – ir ugunsdrošības programma, kas ietver profilaksi, agrīnu noteikšanu, pārvarēšanu, novēršanu, kā arī pacientu un personāla drošu evakuāciju. Programma tiek testēta vismaz reizi gadā. 3.līmenis – ugunsdrošības programma tiek pastāvīgi pilnveidota, veicot personāla izglītošanu un programmas testēšanu</p>
<p>3.4. Medicīnas iekārtu drošība Tiek veikta visu medicīnas iekārtu inventarizācija, un kvalificētas personas veic atbilstošas iekārtu pārbaudes, testēšanu un preventīvu uzturēšanu.</p>	<p>0.līmenis – netiek veikta medicīnas iekārtu inventarizācija, nav programmas iekārtu pārbaudei, testēšanai un uzturēšanai. 1.līmenis – tiek veikta medicīnas iekārtu inventarizācija, bet tikai dažas iekārtas tiek atbilstoši pārbaudītas, testētas un uzturētas. 2.līmenis – tiek veikta iekārtu inventarizācija un ir ieviesta visaptveroša programma iekārtu pārbaudei, testēšanai un uzturēšanai, ko veic kvalificētas personas. 3.līmenis – ar programmu saistītie dati tiek izmantoti, lai samazinātu negadījumu iespējamību un riskus pacientiem, personālam un apmeklētājiem</p>
<p>3.5. Ūdens un elektrības padeves drošība Atbilstoši pacientu aprūpes vajadzībām, drošs dzeramais ūdens un elektrības padeve ir pieejami 24 stundas dienā, septiņas dienas nedēļā, no pastāvīgiem vai alternatīviem avotiem.</p>	<p>0.līmenis – droša dzeramā ūdens un elektrības padeve ir neprognozējama, un/vai alternatīvie avoti nav pieejami. 1.līmenis – droša dzeramā ūdens un elektrības padeves avoti ir stabili, un alternatīvie avoti ir pieejami. 2.līmenis – ir noteikta programma pacientu aprūpei svarīgāko procesu un aprīkojuma identificēšanai, kā arī nepārtrauktas tīra ūdens un elektrības padeves nodrošināšanai šādiem procesiem un aprīkojumam. 3.līmenis – organizācija testē programmu un izmanto informāciju, lai nodrošinātu pacientu drošību droša dzeramā ūdens un elektrības padeves traucējumu gadījumos</p>
<p>3.6. Infekciju profilakses un kontroles programma Viena vai vairākas personas uzrauga un koordinē visas infekciju profilakses un kontroles aktivitātes. Personām ir atbilstoša kvalifikācija infekciju profilaksē un kontrolē, iegūstot attiecīgu izglītību, apmācību, pieredzi vai sertifikāciju.</p>	<p>0.līmenis – nav organizēta infekciju profilakses un kontroles programma. 1.līmenis – ir organizēta infekciju profilakses un kontroles programma, bet tās īstenošanai ir pieejami ierobežoti cilvēku un citi resursi. 2.līmenis – ir kvalificētas personas ar skaidri noteiktiem pienākumiem</p>

	<p>efektīvai infekciju profilakses un kontroles programmas darbībai.</p> <p>3.līmenis – infekciju profilakses un kontroles dati tiek izmantoti nepārtrauktai programmas pilnveidošanai</p>
<p>3.7. Ar veselības aprūpi saistīto infekciju samazināšana</p> <p>Ir izstrādāta roku higiēnas programma, kas balstās uz apstiprinātām vadlīnijām. Programma ir efektīva ar veselības aprūpi saistīto infekciju izplatības un saskrīpības (prevalences un incidences) samazināšanai.</p>	<p>0.līmenis – nav izstrādāta roku higiēnas programma, roku mazgāšana notiek pēc pašu darbinieku iniciatīvas.</p> <p>1.līmenis – roku higiēna tiek uzsvēta, tomēr tā netiek uzraudzīta saskaņā ar atzītajām vadlīnijām.</p> <p>2.līmenis – ir ieviesta konsekventa un efektīva roku higiēnas programma.</p> <p>3.līmenis – infekciju profilakses un kontroles dati un roku higiēnas uzraudzības dati tiek izmantoti programmas pilnveidošanai</p>
<p>3.8. Aizsarglīdzekļu lietošana</p> <p>Cimdi, maskas, acu aizsardzības un citi aizsarglīdzekļi tiek pareizi izmantoti nepieciešamības gadījumā.</p>	<p>0.līmenis – aizsarglīdzekļi tiek izmantoti pēc darbinieka ieskatiem, vai kad tie ir pieejami.</p> <p>1.līmenis – situācijas, kurās aizsarglīdzekļi būtu jāizmanto, ir noteiktas un zināmas personālam.</p> <p>2.līmenis – aizsardzības līdzekļi tiek izmantoti noteiktajās situācijās, aizsarglīdzekļi ir derīgi, pieejami un tiek pareizi pielietoti.</p> <p>3.līmenis – ir dati par aizsarglīdzekļu izmantošanu, kas veicina pastāvīgu aizsarglīdzekļu pareizas izmantošanas pilnveidošanu</p>
<p>3.9. Adatu un asu priekšmetu utilizācija</p> <p>Darbinieki saņem skaidrus norādījumus par visa veida asu priekšmetu un adatu atbilstošu utilizāciju. Asi priekšmeti un adatas netiek atkārtoti izmantoti un tiek regulāri savākti tiem paredzētajos necaurduramajos konteineros. Organizācija veic šo konteineru drošu utilizāciju atbilstoši normatīvo aktu prasībām.</p>	<p>0.līmenis – asu priekšmetu un adatu utilizācija tiek veikta pēc darbinieku ieskatiem, ar dažiem norādījumiem no organizācijas puses.</p> <p>1.līmenis – personāls saņem noteiktus norādījumus atbilstoši asu priekšmetu un adatu utilizācijai.</p> <p>2.līmenis – asu priekšmetu un adatu utilizācija ir labi organizēta un unificēta, konteineri tiek regulāri savākti un atbilstoši utilizēti.</p> <p>3.līmenis – ir pieejami dati par ievainojumiem un negadījumiem, kas saistīti ar asiem priekšmetiem un adatām; šie dati tiek izmantoti programmas pastāvīgai pilnveidošanai</p>
<p>3.10. Infekciozu medicīnas atkritumu utilizācija</p> <p>Personāls saņem skaidrus norādījumus atbilstoši visa veida infekciozo medicīnas atkritumu utilizācijai. Tie ir: ķermeņa izdalījumi, ar izdalījumiem, asinīm un asins komponentiem piesārņotie materiāli, atkritumi no operāciju zālēm, klīniskajām laboratorijām, morgiem un autopsiju telpām. Ir izstrādāts unificēts atkritumu savākšanas process, un atkritumi tiek utilizēti droši un</p>	<p>0.līmenis – personāls nesaņem nemaz, vai saņem necīgus norādījumus atbilstoši infekciozo medicīnas atkritumu utilizācijai.</p> <p>1.līmenis – personāls saņem norādījumus atbilstoši infekciozo medicīnas atkritumu utilizācijai, bet process nav unificēts visā organizācijā.</p> <p>2.līmenis – ir unificēts utilizācijas process, kas ietver visa veida</p>

atbilstoši normatīvo aktu prasībām.	infekciozo medicīnas atkritumu savākšanu un atbilstošu utilizāciju. 3.līmenis – infekciozo medicīnas atkritumu utilizācijas process ir organizācijas infekciju profilakses un kontroles procesa daļa, process tiek regulāri novērtēts un, ja nepieciešams, pilnveidots
4. PACIENTU KLĪNISKĀ APRŪPE	
4.1. Korekta pacientu identifikācija Tiek veikta korekta pacientu identificēšana pirms zāļu, asins un asins produktu nozīmēšanas, pirms asins un citu paraugu noņemšanas klīniskajai izmeklēšanai, kā arī pirms ārstniecisko darbību veikšanas. Lai korekti identificētu pacientu, katru reizi tiek izmantoti divi pacienta identifikatori.	0.līmenis – veselības aprūpes sniedzēji neizmanto konsekvētu procesu pacientu identifikācijai. 1.līmenis – ir vienošanās par rīcību un procedūra, kad un kā pacienti tiek korekti identificēti. 2.līmenis – identifikācijas process ir pilnībā ieviests, ievērots un uzraudzīts. 3.līmenis – uzraudzības dati tiek izmantoti pastāvīgai identifikācijas procesa pilnveidošanai
4.2. Pacienta informētība Pirms ķirurģiskās operācijas, anestēzijas, asins un asins produktu izmantošanas un pirms citām augsta riska ārstnieciskām darbībām tiek saņemta pacienta apzināta piekrišana. Piekrišanas saņemšanas procesa ietvaros pacienti tiek izglītoti par ārstēšanas un manipulāciju riskiem, priekšrocībām un alternatīvām iespējām.	0.līmenis – pacientu piekrišanas iegūšanas process notiek pēc katra aprūpes sniedzēja ieskatiem. 1.līmenis – ir noteikts process pacientu izglītošanai un apzinātas piekrišanas saņemšanai. 2.līmenis – pacientu apzināta piekrišana tiek saņemta pirms ķirurģiskas operācijas, anestēzijas, asins un asins produktu izmantošanas un pirms citām augsta riska ārstnieciskām darbībām. 3.līmenis – pacientu informētības un piekrišanas saņemšanas process tiek novērtēts un pilnveidots, pamatojoties uz pacientu un personāla datiem un uz tā efektivitāti, atbalstot pacientu tiesības piedalīties aprūpes procesā
4.3. Visu pacientu klīniskā un aprūpes novērtēšana Tiek veikta visu ārstniecības iestādē uzņemto pacientu ārstnieciskā novērtēšana, ieskaitot fizikālo izmeklēšanu un slimības vēstures izvērtēšanu, kā arī aprūpes novērtēšana. Apskates rezultāti tiek dokumentēti pacienta medicīniskajā dokumentācijā iestādes noteiktajā laikā, kas ļauj pēc iespējas ātrāk uzsākt pacienta aprūpes plānošanu un ārstēšanu.	0.līmenis – ārstnieciskā un aprūpes novērtēšana nav standartizēta vai netiek savlaicīgi veikta. 1.līmenis – ārstnieciskās un aprūpes novērtēšanas saturs ir standartizēts. 2.līmenis – ārstnieciskā un aprūpes novērtēšana ir standartizēta un tiek savlaicīgi veikta, lai atbilstu pacientu vajadzībām. 3.līmenis – ārstnieciskās un aprūpes novērtēšana un to veikšanas laiks tiek uzraudzīti, lai uzlabotu novērtēšanas procesu, apmierinot pacientu vajadzības
4.4. Laboratorijas pakalpojumu pieejamība un uzticamība Laboratorijas pakalpojumi ir nepārtraukti pieejami, lai apmierinātu pacientu vajadzības; pakalpojumus sniedz kvalificētas personas, rezultātu ziņošanai	0.līmenis – medicīnas laboratorijas pakalpojumi nav nepārtraukti pieejami, lai apmierinātu pacientu vajadzības. 1.līmenis – medicīnas laboratorijas pakalpojumi ir nepārtraukti pieejami,

<p>izmantojot standartizētas normas; rezultāti ir ticami un tiek savlaicīgi paziņoti.</p>	<p>bet tie ne vienmēr ir ticami, savlaicīgi paziņoti standartizētā formā vai kvalificētu personu sniegti.</p> <p>2.līmenis – medicīnas laboratorijas pakalpojumi ir nepārtraukti pieejami, lai apmierinātu pacientu vajadzības; pakalpojumus sniedz kvalificētas personas, rezultātu ziņošanai izmantojot standartizētas formas un noteiktas normas; rezultāti ir ticami un savlaicīgi paziņoti.</p> <p>3.līmenis – medicīnas laboratorijas kvalitātes kontroles datus izmanto pakalpojumu pilnveidošanai</p>
<p>4.5. Attēldiagnostikas pakalpojumu pieejamība, drošība un uzticamība Attēldiagnostikas pakalpojumi ir nepārtraukti pieejami, lai apmierinātu pacientu vajadzības; pakalpojumi ir droši, tos sniedz kvalificētas personas; rezultāti ir ticami un tiek savlaicīgi paziņoti.</p>	<p>0.līmenis – attēldiagnostikas pakalpojumi nav nepārtraukti pieejami, lai apmierinātu pacientu vajadzības, vai arī pakalpojumi ir pieejami, bet organizācijā nav ieviesta radiācijas drošības programma.</p> <p>1.līmenis – attēldiagnostikas pakalpojumi ir nepārtraukti pieejami, ir ieviesta radiācijas drošības programma, tomēr rezultāti nav ticami un netiek savlaicīgi paziņoti, vai tos nav veikušas kvalificētas personas.</p> <p>2.līmenis – attēldiagnostikas pakalpojumi ir nepārtraukti pieejami, lai apmierinātu pacientu vajadzības; ir ieviesta normatīvo aktu prasībām atbilstoša radiācijas drošības programma; izmeklējumus veic un to rezultātus savlaicīgi paziņo kvalificētas personas.</p> <p>3.līmenis – attēldiagnostikas kvalitātes kontroles datus izmanto pakalpojumu pilnveidošanai</p>
<p>4.6. Plānotās un sniegtās aprūpes dokumentēšana Pacientam plānotā un sniegtā aprūpe tiek dokumentēta pacienta medicīniskajā dokumentācijā. Ieraksti tiek veikti savlaicīgi un pilnīgi, un pacienta medicīniskā dokumentācija ir pieejama visiem, kas ir iesaistīti pacienta aprūpē.</p>	<p>0.līmenis – pacientiem plānotā un sniegtā aprūpe tiek dokumentēta tikai atsevišķos gadījumos.</p> <p>1.līmenis – veselības aprūpes organizācija sniedz norādījumus pacientiem plānotās un sniegtās aprūpes dokumentēšanai, tomēr šie norādījumi ne vienmēr tiek ievēroti, un pacientu medicīniskā dokumentācija ne vienmēr ir pieejama aprūpē iesaistītajiem speciālistiem nepieciešamības gadījumā.</p> <p>2.līmenis – dokumentēšanas procesi ir unificēti, tie tiek ievēroti un dokumentācija ir savlaicīgi pieejama aprūpē iesaistītajiem speciālistiem nepieciešamības gadījumā.</p> <p>3.līmenis – uzraudzības dati tiek izmantoti aprūpes plānošanas un dokumentēšanas nepārtrauktai pilnveidošanai</p> <p>Vērtēšanas</p>
<p>4.7. Atbilstoša anestēzijas un sedācijas lietošana Anestēzijas un sedācijas pakalpojumi balstās uz iepriekšējo pacienta</p>	<p>0.līmenis – anestēzija un/vai vidēja vai dziļa sedācija tiek veikta atsevišķos gadījumos, improvizēti, lietojot dažus vienkāršus procesus.</p>

<p>novērtēšanu, ko veic kvalificēts ārsts, un kas ietver pacienta fizioloģiskā stāvokļa novērtēšanu anestēzijas laikā un pēcanestēzijas (atmošanās) periodā.</p>	<p>1.līmenis – rīcības plāni un rakstiskas procedūras nosaka procesus pirms anestēzijas un sedācijas, pacienta uzraudzību anestēzijas vai vidējas vai dziļas sedācijas laikā un pēcanestēzijas (atmošanās) periodā. 2.līmenis – vidējas vai dziļas sedācijas vai jebkura veida anestēzijas lietošanas laikā tiek konsekventi pielietoti piemēroti rīcības plāni, procedūras un protokoli. 3.līmenis – tiek vākti dati par komplikācijām un negadījumiem, kas saistīti ar anestēzijas un vidējas vai dziļas sedācijas lietošanu, un šie dati tiek izmantoti anestēzijas un sedācijas lietošanas pilnveidošanai</p>
<p>4.8. Ķirurģisku pakalpojumu sniegšana atbilstoši pacienta vajadzībām</p> <p>Ķirurģiskie pakalpojumi tiek plānoti, balstoties uz pacienta novērtēšanu; pirmsoperācijas diagnoze tiek dokumentēta. Ķirurģiskās operācijas laikā tiek novērots pacienta fizioloģiskais stāvoklis. Operācijas protokolā tiek dokumentēta pēcoperācijas diagnoze, nepieciešamā pacienta pēcoperācijas māsu aprūpe un citas pacienta pēcoperācijas vajadzības.</p>	<p>0.līmenis – ķirurģiskie pakalpojumi tiek veikti atsevišķos gadījumos, improvizēti, lietojot dažus vienkāršus procesus. 1.līmenis – ir rīcības plāni, procedūras un protokoli pirmsoperācijas diagnozes dokumentēšanai, kas balstās uz pacienta stāvokļa novērtēšanas informāciju, atbilstoši pacientu novērošanai ķirurģisko operāciju laikā un operāciju protokola saturam. 2.līmenis – rīcības plāni, procedūras un protokoli tiek konsekventi izmantoti visa veida ķirurģiskajām operācijām un manipulācijām. 3.līmenis – tiek vākti dati par ar ķirurģiskiem pakalpojumiem saistītām komplikācijām un negadījumiem, un šie dati tiek izmantoti ķirurģisko pakalpojumu drošības pilnveidošanai</p>
<p>4.9. Zāļu lietošanas vadība</p> <p>Zāļu lietošana atbilst attiecīgajai likumdošanai un normatīvajiem aktiem, to pārbauga personas, kuru kvalifikāciju apliecina licencēšana, apmācības un pieredze. Organizācija nosaka, kurš var nozīmēt un administrēt medikamentus un kā medikamenti pirms administrēšanas tiek pārbaudīti.</p>	<p>0.līmenis – zāļu lietošana tiek vadīta improvizēti, nevis kā kompleksa procesu sistēma. 1.līmenis – zāļu lietošana atbilst likumdošanai un normatīvajiem aktiem, un to pārbauga kvalificēta persona. 2.līmenis – ir izstrādātas procedūras vai vadlīnijas, kurās noteikts, kurš var nozīmēt zāles, kurš var administrēt zāles, un kā medikamenti pirms administrēšanas tiek pārbaudīti. Procedūras vai vadlīnijas tiek ievērotas. 3.līmenis – uzraudzības dati ietver informāciju par zāļu lietošanas kļūdām un blakus parādībām, un šie dati tiek izmantoti zāļu lietošanas pilnveidošanai</p>
<p>4.10. Pacientu izglītošana līdzdalībai viņu aprūpē</p> <p>Pacienti un viņu piederīgie tiek izglītoti viņiem saprotamā veidā, lai atbalstītu viņu līdzdalību aprūpē (piemēram, piekrišanas došana) hospitalizācijas laikā un pēc izrakstīšanās no slimnīcas.</p>	<p>0.līmenis – pacientu izglītošana netiek sniegta vai nav standartizēta. 1.līmenis – ir ieteikumi par pacientu izglītošanas svarīgumu un izglītošanas veidiem, kas jāsniedz visiem pacientiem. 2.līmenis – pacientam, izrakstoties no slimnīcas, tiek konsekventi veikta izglītošana par zāļu lietošanu, pēcslimnīcas aprūpi un turpmākajām</p>

	uzraudzības pārbaudēm. 3.līmenis – ir ieviests process, lai izvērtētu pakāpi, kādā pacients ir sapratis viņam sniegto izglītojošo informāciju; šie dati tiek izmantoti pacientu izglītošanas procesa pilnveidošanai
5. KVALITĀTES UN DROŠĪBAS PILNVEIDOŠANA	
5.1. Ziņošanas sistēma par negadījumiem Ir izveidota sistēma ziņošanai par negadījumiem, kas ir brīva no sodīšanas, kurā ir skaidri noteikts, par ko jāziņo, un kas ir efektīva.	0.līmenis – ziņošana par komplikācijām netiek veikta vai tiek veikta tikai retos gadījumos. 1.līmenis – augstākā vadība ir iesaistīta ziņošanas procesā; gadījumi, par kuriem jāziņo, ir skaidri noteikti, un ir izstrādāts rīcības plāns vai procedūra ziņošanas procesam. 2.līmenis – ziņošanas process ir ieviests, tiek vākti dati par noteiktajiem gadījumiem. 3.līmenis – dati tiek izmantoti personāla izglītošanai un ziņošanas procesa pilnveidošanai
5.2. Negadījumu analīze Organizācija veic gan atsevišķu būtisku negadījumu, gan apkopoto datu par negadījumiem analīzi. Analīzes mērķis ir noteikt negadījumu pamata cēloni un veikt izmaiņas aprūpes procesos, lai novērstu negadījumu atkārtošanos.	0.līmenis – nav noteikts process ikdienas datu analīzei vai pat tā netiek gaidīta. 1.līmenis – ir izveidots datu analīzes process. 2.līmenis – izveidotais process tiek konsekventi izmantots pieredzes gūšanai no komplikācijām. 3.līmenis – datu analīzes rezultātā tiek veiktas izmaiņas procesos līdzīgu gadījumu riska mazināšanai
5.3. Augsta riska procedūru un augsta riska pacientu uzraudzība Vadība nosaka augsta riska aprūpes procesus un augsta riska pacientu grupas, un izstrādā indikatorus vai citus mehānismus, lai uzraudzītu un vāktu datus par šiem procesiem un pacientiem.	0.līmenis – nav izveidoti procesi augsta riska aprūpes procesu vai augsta riska pacientu uzraudzībai. 1.līmenis – augsta riska pacienti un augsta riska aprūpes procesi ir identificēti un ir uzsākta to uzraudzība. 2.līmenis – tiek analizētas uzraudzības datu tendences un atšķirības. 3.līmenis – datu uzraudzības rezultātā tiek veiktas izmaiņas riska mazināšanai procesos un pacientos, kas tiek uzraudzīti
5.4. Pacientu apmierinātības monitorings Ir izveidots pacientu apmierinātības ar aprūpes procesu, aprūpes vidi un organizācijas personālu uzraudzības process.	0.līmenis – nav izveidots organizēts process informācijas vākšanai par pacientu apmierinātību. 1.līmenis – ir pieejams instruments un atbalsta procedūra pacientu apmierinātības uzraudzībai. 2.līmenis – pacientu apmierinātība tiek regulāri uzraudzīta un dati tiek

	<p>analizēti.</p> <p>3.līmenis – informācija par izmaiņām pacientu apmierinātībā tiek izmantota pilnveidošanas prioritāšu noteikšanai vai dziļākai izpētei</p>
<p>5.5. Personāla apmierinātības monitorings</p> <p>Ir izveidots process personāla apmierinātības ar aprūpes procesu, aprūpes vidi, pieejamām izglītības iespējām un pacientu aprūpes un citu darba pienākumu veikšanai nepieciešamo tehnisko atbalstu uzraudzībai.</p>	<p>0.līmenis – nav organizēta procesa informācijas vākšanai par personāla apmierinātību.</p> <p>1.līmenis – ir pieejams instruments un atbalsta procedūra personāla apmierinātības uzraudzībai.</p> <p>2.līmenis – personāla apmierinātība tiek regulāri uzraudzīta un dati tiek analizēti.</p> <p>3.līmenis – informācija par izmaiņām personāla apmierinātībā tiek izmantota pilnveidošanas prioritāšu noteikšanai vai dziļākai izpētei</p>
<p>5.6. Sūdzību izskatīšanas sistēma</p> <p>Ir nodrošināts pacientu, piederīgo un citu personu sūdzību saņemšanas un ar tām saistītās rīcības process.</p>	<p>0.līmenis – nav ieviests organizēts sūdzību vadības process.</p> <p>1.līmenis – ir rīcības plāns vai procedūra sūdzību saņemšanai, bet tas tiek pielietots laiku pa laikam; tomēr nav standartizēta sūdzību izskatīšanas un problēmu risināšanas procesa.</p> <p>2.līmenis – ir sūdzību vadības process, kā rezultātā tiek veikta sūdzības izmeklēšana, izskatīšana un risināšana.</p> <p>3.līmenis – dati par sūdzībām tiek izmantoti pilnveidošanas prioritāšu noteikšanā</p>
<p>5.7. Klīnisko vadlīniju un protokolu pieejamība un lietošana</p> <p>Ir noteikts process, kādā veidā tiek identificētas ar pacientu kopu un klīniskajiem pakalpojumiem saistītās vadlīnijas, adaptētas vai pārņemtas piemērotas vadlīnijas un nodrošināta to pieejamība lietošanai.</p>	<p>0.līmenis – nav procesa atbilstošo vadlīniju identificēšanai.</p> <p>1.līmenis – vadlīnijas ir noteiktas dažām pacientu grupām un pakalpojumiem.</p> <p>2.līmenis – vadlīnijas tiek pielietotas attiecībā uz dažām pacientu grupām un pakalpojumiem.</p> <p>3.līmenis – dati par vadlīniju pielietošanu palīdz saprast un laika gaitā samazināt šķēršļus to lietošanai</p>
<p>5.8. Personāla iesaistīšana procesu uzlabošanā</p> <p>Darbinieki ir izglītoti kvalitātes pilnveidošanas jautājumos, atbilstoši viņu līdzdalībai kvalitātes pilnveidošanas aktivitātēs.</p>	<p>0.līmenis – personālam nav apmācības iespēju kvalitātes pilnveidošanas jautājumos.</p> <p>1.līmenis – apmācību iespējas ir ierobežotas.</p> <p>2.līmenis – ir organizēta apmācību programma personālam, kas ir iesaistīts kvalitātes pilnveidošanas un pacientu drošības aktivitātēs.</p> <p>3.līmenis – apmācību programmas ietekme un efektivitāte tiek dokumentēta un laika gaitā izmantota programmas satura un darbības</p>

	lauka pilnveidošanai
<p>5.9. Klīnisko rezultātu monitorings Slimnīca uzrauga pacientu ar izplatītākajām diagnozēm aprūpes rezultātus un visizplatītāko operāciju iznākumus, kā arī veic pasākumus rezultātu pilnveidošanai.</p>	<p>0.līmenis – nav pieejama informācija par biežāko slimnīcas sniegto pakalpojumu iznākumiem. 1.līmenis – dažus aprūpes iznākumus uzrauga speciālisti, tomēr rezultāti netiek izplatīti. 2.līmenis – iznākumu dati tiek salīdzināti ar iepriekšējo periodu datiem un publicētām normām, jā tādās ir, kā arī ar līdzīgām organizācijām, ja šādi dati ir pieejami. 3.līmenis – slimnīca sistemātiski un aktīvi cenšas iegūt datus no citām līdzīgām organizācijām un publicētām normām un salīdzināt ar tiem savu veikumu</p>
<p>5.10. Personāla iepazīstināšana ar kvalitātes un drošības informāciju Personāls tiek informēts par organizācijas aktivitātēm kvalitātes un pacientu drošības jomā ar periodisku ziņojumu, informatīvo izdevumu, plakātu un citu līdzekļu palīdzību.</p>	<p>0.līmenis – darbinieku informēšana par kvalitāti un pacientu drošību nav regulāra. 1.līmenis – informēšana par kvalitāti un pacientu drošību ir sporādiska. 2.līmenis – personāla informēšana par kvalitāti un pacientu drošību ir regulāra. 3.līmenis – lai pilnveidotu informēšanas aktivitāšu saistību ar personāla darbu, tiek izvērtēts, kā personāls izmanto iegūto informāciju</p>

4. Pielikumi

4.1. Pašnovērtējuma anketa

4.2. Paskaidrojuma raksts

4.3. Kvalitātes vadība: metodiskais palīgmateriāls

4.4. Kvalitātes vadība: prezentācija projekta seminārā 30.10.2012.