



REPUBLIKA SLOVENIJA  
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE



# **1. Dan kakovosti BT PRETEKLOST- SEDANJOST - PRIHODNOST V ZDRAVSTVU**

7. junij 2019  
Terme Topolšica, Topolšica

**1. Dan kakovosti BT  
PRETEKLOST- SEDANJOST - PRIHODNOST V ZDRAVSTVU  
Zbornik predavanj z recenzijo**

*Izdala in založila: Bolnišnica Topolšica, Topolšica 64, Topolšica*

*Urednica: mag. Brigita Putar*

*Recenzentki: doc. dr. Saša Kadivec, mag. Brigita Putar*

*Častni pokrovitelj dogodka: Ministrstvo za zdravje*

*Organizacijski in strokovni odbor: mag. Brigita Putar,  
Jurij Šorli, mag. Lucija Gabršček Parežnik, mag. Darja Kramar.*

*Oblikovanje in tisk: Papirna galanterija Ferlež, Šentjur*

*Naklada: 70 izvodov*

*Topolšica, junij 2019*

CIP - Kataložni zapis o publikaciji  
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

614.2:005.336.3(082)

DAN kakovosti BT (1 ; 2019 ; Topolšica)

Preteklost - sedanost - prihodnost v zdravstvu : 100 let Bolnišnice Topolšica / 1. dan kakovosti BT,  
Topolšica, 7. 6. 2019 ; [urednica Brigita Putar]. - Topolšica : Bolnišnica Topolšica, 2019

ISBN 978-961-91504-2-9

1. Gl. stv. nasl. 2. Putar, Brigita

COBISS.SI-ID 300258048

# 1. DAN KAKOVOSTI BT

## PRETEKLOST- SEDANJOST - PRIHODNOST V ZDRAVSTVU

### PROGRAM

8.30 – 9.00	Registracija
9.00 – 9.05	Otvoritev 1. Dneva kakovosti BT
9.05 – 9.15	Pozdravni nagovor ministra za zdravje, Aleš Šabeder
9.15 – 9.30	Jurij ŠORLI – B Topolšica Predstavitev zgodovine-razvoja BT
Moderatorka: Brigita Putar, Lucija Gabršček Parežnik	
9.30 – 9.45	mag. Brigita Putar – B Topolšica Pregled izvajanja sistema vodenja kakovosti v BT
9.45 – 10.00	mag. Jernej Tomšič – KAKOVOST 2000 Razvoj kakovosti s procesnim pristopom v BT
10.00 – 10.15	Sandra Jerebic, Zorica Panič – SB Jesenice Kultura varnosti – kje smo v SB Jesenice?
10.15 – 10.30	Robertina Benkovič – ZD Ljubljana Razvoj kakovosti v ZDL
10.30 – 10.40	Razprava
10.40 – 11.00	Odmor
Moderatorka: Brigita Putar, Lucija Gabršček Parežnik	
11.00 – 11.15	dr. Vesna Zupančič - Ministrstvo za zdravje Kultura kakovosti in varnosti v preteklosti, sedanjosti in prihodnosti
11.15 – 11.30	mag. Zdenka GOMBOC, Alenka KOVAČIČ – SB Murska Sobota Ustrezna priprava in aplikacija zdravil je pogoj za varno in učinkovito zdravljenje z zdravili
11.30 – 11.45	Petra Svetina, dr. med.- Klinika Golnik Obvladovanje odklonov s področja ravnanja z zdravili
11.45 – 12.00	doc. dr. Saša Kadivec – Klinika Golnik Pogovori o varnosti v sistemu izboljševanja kakovosti
12.00 – 12.15	Mojca Strgar Ravnik, Nada Macura Višič – SB Jesenice Varnostne vizite in varnostni pogovori – osnovno orodje kakovosti.
12.15 – 12.30	mag. Lucija Gabršček Parežnik, Fredi Tajnšek – B Topolšica Vloga kakovosti pri bronhoskopijah

<b>12.30 – 12.45</b>	<b>Barbara Sfiligoj, Nina Trifoni, Sabina Oblak- SB Jesenice</b> Babice v SB Jesenice, kot avtonomne sodelavke pri obravnavi nosečnic, porodnic in otročnic
<b>12.45 – 12.55</b>	<b>Razprava</b>
<b>12.55 – 14.30</b>	<b>KOSILO</b>
<b>Moderatorka: Brigita Putar, Darja Kramar</b>	
<b>14.30-14.45</b>	<b>mag. Darja Kramar - B Topolšica</b> Kako motivirati zaposlene?
<b>14.45 – 15.00</b>	<b>doc. dr. Bojana Filej, doc. dr. Boris Miha Kaučič, Visoka zdravstvena šola v Celju</b> Koncept večkulturnosti za zagotavljanje kakovostne zdravstvene obravnave
<b>15.00-15.15</b>	<b>Razprava</b>
<b>15.15 –15.30</b>	<b>Odmor</b>
<b>15.30-16.15</b>	<b>Okrogla miza – Kaj nam je sistem kakovosti in varnosti doprinesel v naših okoljih v zadnjih 10 letih ?</b>
<b>16.15 - 16.30</b>	<b>Zaključek srečanja</b>
<b>16.30 – 17.00</b>	<b>Ogled Bolnišnice Topolšica</b>

## KAZALO

Brigita Putar PREGLED IZVAJANJA SISTEMA VODENJA KAKOVOSTI V BOLNIŠNICI TOPOLŠICA .....	9
Jernej Tomšič RAZVOJ KAKOVOSTI S PROCESNIM PRISTOPOM V BOLNIŠNICI TOPOLŠICA .....	13
Sandra Jerebic, Zorica Panič KULTURA VARNOSTI – KJE SMO V SPLOŠNI BOLNIŠNICI JESENICE? .....	18
Robertina Benkovič RAZVOJ KAKOVOSTI V ZDRAVSTVENEM DOMU LJUBLJANA .....	23
Vesna Zupančič KULTURA KAKOVOSTI IN VARNOSTI V PRETEKLOSTI, SEDANJOSTI IN PRIHODNOSTI .....	30
Zdenka Gomboc, Alenka Kovačič UKREPI ZA VEČJO VARNOST NA PODROČJU PREDPISOVANJA IN APLIKACIJE ZDRAVIL Z VIDIKA SISTEMA VODENJA KAKOVOSTI .....	38
Petra Svetina OBVLADOVANJE ODKLONOV S PODROČJA RAVNANJA Z ZDRAVILI .....	41
Saša Kadivec POGOVORI O VARNOSTI V SISTEMU IZBOLJŠEVANJA KAKOVOSTI .....	44
Mojca Strgar Ravnik, Nada Macura Višič VARNOSTNE VIZITE IN VARNOSTNI POGOVORI – OSNOVNO ORODJE KAKOVOSTI? .....	49
Lucija Gabršček Parežnik, Fredi Tajnšek VLOGA KAKOVOSTI PRI BRONHOSKOPIJAH .....	54
Barbara Sfiligoj, Nina Trifoni, Sabina Oblak BABICE V SPLOŠNI BOLNIŠNICI JESENICE, KOT AVTONOMNE SODELAVKE PRI OBRAVNAVI NOSEČNIC, PORODNIC IN OTROČNIC .....	57
Darja Kramar KAKO MOTIVIRATI ZAPOSLENE? .....	64
Bojana Filej, Boris Miha Kaučič KONCEPT VEČKULTURNOSTI ZA ZAGOTAVLJANJE KAKOVOSTNE ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE .....	71

## UVODNIK MINISTRA – 1. dan kakovosti BT

*Aleš ŠABEDER*  
*Minister za zdravje*

Doseganje kakovostnega in varnega javnega zdravstva za paciente in zaposlene je poleg finančne stabilnosti zdravstvenega sistema glavno vodilo Ministrstva za zdravje. In vsak od nas, vsi zaposleni v zdravstvu, se s svojim delom, aktivnostmi in voljo trudimo za izboljšanje kakovosti slovenskega zdravstva.

Tudi v Bolnišnici Topolšica se zavezujete k skrbi za kakovostno zdravstveno obravnavo vsakega posameznika in zadovoljstvo pacienta. Že z vašim sloganom »v objemu ljudi in narave« nakazujete, da so ljudje in lokalno okolje vaša prva skrb.

Podobno kot na ministrstvu sledite cilju, da vsi skupaj nimamo zadosti denarja, da bi si lahko privoščili nekakovostno obravnavo. Vaša Bolnišnica Topolšica je že dosegla velik preboj z optimizacijo procesov in digitalni preobrazbi. To je namreč edini način, da na vsakem nivoju dosežemo cilj pozitivnega poslovanja, ki je končni cilj vsakega javnega zavoda in celotnega sistema. Izziv omejenih virov in naraščajočih potreb namreč lahko uspešno razrešimo le na način, da izvajamo kakovostno in varno obravnavo in da izboljševanje kakovosti postane naše vodilo pri vsaki odločitvi.

Na Ministrstvu za zdravje skupaj z ostalimi deležniki seveda nadaljujemo aktivnosti za izboljševanje kakovosti. Pred nami je evalvacija politike obstoječih prizadevanj za kakovost v slovenskem zdravstvu, priprava nove strategije za kakovost in varnost v zdravstvu, uvedba integriranega sistema upravljanja z varnostnimi odkloni na nacionalni ravni in proučitev možnosti za vzpostavitev sistema ne-krivdne odškodnine v slovenskem zdravstvu.

Našo pot naprej za kakovost v zdravstvu lahko začrtamo samo skupaj. Učimo se lahko na primerih dobre prakse. Skupaj lahko poiščemo priložnosti za izboljšanje. Veseli me, da smo na tej poti sopotniki, ki se lahko zanesemo drug na drugega.

Spoštovane sodelavke in sodelavci, podporniki in prijatelji Bolnišnice Topolšica. Ob tej priložnosti vam čestitam za dobro in srčno delo. Verjamem, da boste tako delali tudi naprej in upam, da bomo dobro sodelovali. Čestitam in srečno.

## UVODNE BESEDE

*Jurij ŠORLI,*

*v. d. direktorja Bolnišnice Topolšica*

Težko si predstavljamo, kako dolga doba je 100 let. V življenju človeka je pomemben mejnik, tako imenovani Abraham, ki predstavlja 50 - to obletnico rojstva. Takrat naj bi bil človek zrel in izkušen. Kdaj postane neka ustanova zrela in izkušena? Ali to določa tudi njena starost? Ali starost ustanove odraža tudi njeno kakovost?

Če pogledamo malo naokoli, vidimo, da se številna podjetja oglašujejo s svojo dolgoživostjo. Pogosto se srečamo z zapisi, kot je sinca in letnica, kar naj bi podkrepilo zaupanje v podjetje. Tudi razni dogodki, kot so festivali, športne prireditve in podobno, se oglašujejo skozi obletnice. V Planici so smučarski skoki letos praznovali 50 let, kar je bilo poudarjeno na vsakem koraku. Iz zapisanega bi lahko skleпали, da starost predstavlja neko garancijo za kakovost, nekaj, čemur velja zaupati. Iz navedenega, bi lahko enostavno zaključili, da je Bolnišnica Topolšica vsaj dvakrat tako dobra kot člana prireditev pod Poncami, saj je dvakrat starejša. Žal ima taka trditev preveč lukenj. Vsi poznamo pohvalo, ki jo občasno izrečemo, da je nekdo kot vino, z leti je vse boljši. Vendar je staro vino pogosto, po kakovosti, bližje kisu kot pa vinu. Zato, da je vino z leti vse boljše, je potrebno zadostiti veliko dejavnikom. Začne se pri izbiri sorte grozdja in nato celotnega procesa predelave, do skladiščenja v ustreznih sodih, preko pravilnega stekleničenja, do ustreznega zračenja preden ga nalijemo v kozarec in okusimo. Žal se pogosto zgodi, da se kljub izpolnitvi vseh pogojev nekje zalomi in iz steklenice priteče povsem neužitna brozga. Da do tega ne pride, mora vinar procese natančno poznati, jih spremljati in beležiti odklone, jih analizirati in uvajati korektivne ukrepe. Le tako ne bo trepetal, ko bo odpiral novo steklenico pred zahtevno stranko. Samo vinarji, ki delujejo po teh principih preživijo, saj ostale trg izloči.

Podobno vidim tudi staranje bolnišnice. Bolnišnica Topolšica je najstarejša pljučna bolnišnica na območju bivše Jugoslavije. V svoji dolgi zgodovini je šla skozi številne spremembe, ki so omogočale njeno preživetje. Prilagajala se je potrebam prebivalstva, a so jo, žal, prepogosto definirale skromne kadrovske možnosti in oddaljenost od pomembnejših centrov moči. Nekaj pa jo je držalo pokonci. To je tesna povezanost z lokalnim prebivalstvom. Pomemben del zaposlenih še vedno predstavljajo ljudje, ki živijo v neposredni bližini bolnišnice, tudi več članov iste družine je hkrati zaposlenih v bolnišnici, tako iz iste, kakor tudi iz različnih generacij. Bolnišnico vidijo, kot del družine, kar ji daje posebno moč preživetja v na videz nemogočih situacijah. Z leti si je bolnišnica pridobila izkušnje, ki jih ni mogoče prebrati v knjigah in potrebno je preživeti nekaj časa v njej, da jih začutiš. Žal danes čas teče hitreje kot pred 100 leti. Zgolj izkušnje niso dovolj. Potrebno je aktivno nadzorovati dogajanja, se hitro odzivati in prilagajati. To je mogoče le ob skrbnem vodenju procesov, zaradi česar jih je pomembno prepoznati in natančno definirati. Napredek na področju informacijskih tehnologij nam je pri tem v veliko pomoč. Ker želimo s ponosom pod ime bolnišnice zapisati sinca 1919 in starost predstaviti kot zanesljivost in zaupanje vredno lastnost, gradimo bolnišnico v smeri preverljive kakovosti v vsakem trenutku na vseh področjih delovanja in iz tega črpamo moč za prihodnost.

Na koncu bi rad izrekel posebno zahvalo vsem zaposlenim, ki so me sprejeli v svojo družino-bolnišnico in so kljub številnim spremembam pripravljeni slediti ciljem in te prepoznati tudi kot svoje.

## UVODNE BESEDE

*mag. Brigita PUTAR, univ. dipl. org., viš. med. ses.*

*Predstavnica vodstva za kakovost*

Bolnišnica Topolšica ima na področju medicine in zdravstvene nege bogato zgodovino. Začetki segajo v leto 1919. V času 2.svetovne vojne je bila Bolnišnica vir sanitetnega materiala in zbirališče hrane za partizanske ranjence. Takrat je bolnišnico vodila nemška uprava, vendar je vso osebje delilo usodo naših ljudi in bilo enotno, da so se v bolnici ilegalno zdravili partizanski ranjenci. Povojni razvoj bolnišnice je zaznamovala uvedba kirurških načinov zdravljenja tuberkuloze ter širitev kapacitet bolnišnice z izgradnjo Smrečine in kasneje še Planike. Nadaljnji pomemben mejnik je bila priključitev bolnišnice Zdravstvenemu centru Velenje. Leta 1993 pa je ponovno bolnišnica postala samostojna in se preoblikovala v samostojen javni zdravstveni zavod. Do konca tisočletja je bolnišnica doživljala lep razcvet. V strokovni javnosti je bila bolnišnica aktivna in prepoznavna.

Ravno v času krize smo v bolnišnici našli toliko energije, da smo v težkih pogojih uspeli večji del bolnišnice obnoviti in jo funkcionalno prilagoditi sodobnim zahtevam. V tem času smo pričeli s projektom uvedbe sistema vodenja kakovosti in v letu 2014 - ob 95 letnici bolnišnice, pridobili ISO 9001:2008 certifikat sistema vodenja kakovosti.

Uspešen razvoj in dobro medsebojno sodelovanje vseh zaposlenih ob podpori vodstva je Bolnišnico Topolšica v letu 2016 pripeljalo do pridobitve mednarodnega akreditacijskega standarda, ki ga uspešno obnavljamo in z vsakim letom dosegamo višjo skladnost s standardom.

Bolnišnica Topolšica letos praznuje 100 let obstoja in delovanja. Sistem vodenja kakovosti v bolnišnici, pa le dobrih 5 let. Čeprav je sistem kakovosti Bolnišnice Topolšica mlad, pa z nenehnimi izboljšavami, prepoznanimi dobrimi praksami uspešno sledi trendom in izpolnjuje zahteve in smernice Ministrstva za zdravje. Ponosni smo na vse kar smo dosegli na področju kakovosti in kulture varnosti. Za uspehe in dosežke sistema vodenja kakovosti v Bolnišnici Topolšica so zaslužni vsi zaposleni, ki s svojim delom in zavzetostjo izboljšujejo kakovost storitev v bolnišnici in s tem dvigujejo zadovoljstvo pacientov.

Letošnje teme 1. Dneva kakovosti so namenjene pregledu preteklosti – sedanjosti - prihodnosti kakovosti v zdravstvu. Pri pripravi programa smo se osredotočili na teme, ki govorijo o pregledu vzpostavitve, uvajanja sistema kakovosti, na primere dobrih praks, teme s področja varnosti pacientov - varnostni pogovori, varnostne vizite, ter pogled v prihodnost kakovosti v zdravstvu.

V Bolnišnici Topolšica se zahvaljujemo Ministrstvu za zdravje, ki je prevzelo častno pokroviteljstvo ob Dnevu kakovosti in vsem, ki ste z nami delili svoja znanja, izkušnje in sodelovali na okrogli mizi. Naša želja je nadaljevati z dnevi kakovosti tudi v bodoče. Zahvala gre tudi vodstvu Bolnišnice Topolšica.



# PREGLED IZVAJANJA SISTEMA VODENJA KAKOVOSTI V BOLNIŠNICI TOPOLŠICA

mag. Brigita PUTAR, viš. med. ses., univ. dipl. org.  
Bolnišnica Topolšica  
brigita.putar@b-topolsica.si

## **Izveček:**

Zagotavljanje kakovosti je stalen proces, ki zahteva stalno izboljševanje storitev. Bistvo sistema kakovosti je, da vse dejavnosti v organizaciji, ki vplivajo na kakovost, planiramo, izvajamo, nadzorujemo in dokumentiramo. Kakovost zaposleni v Bolnišnici Topolšica umeščamo v vsakdanje delo tako, da nam postaja del rutine, delovne dolžnosti in odgovornosti vsakega posameznega delavca. Izboljševanje sistema vodenja kakovosti, doseganje visoke varnosti zdravstvenih storitev in udejanjanje kulture nenehnega izboljševanja in sistematičnega povezovanja vseh deležnikov je smer, ki Bolnišnico Topolšica pelje do poslovne odličnosti.

**Ključne besede:** sistem vodenja kakovosti, sistem izboljševanja kakovosti.

## **1 Uvod**

Prvi zametki kakovosti so se pojavili v Bolnišnici Topolšica z letom 2004, ko je Ministrstvo za zdravje podalo prve smernice in navodila za spremljanje kazalnikov kakovosti, katerih rezultate je bolnišnica obdobjno poročala na Ministrstvo za zdravje. BT je bila dolžna v skladu s smernicami Ministrstva za zdravje o uvajanju kakovosti v slovenske bolnišnice skrbeti za nenehno izboljševanje zdravstvene oskrbe v bolnišnici. Za realizacijo uvajanja kakovosti smo leta 2004 imenovali Odbor za kakovost in varnost pacientov in Komisijo za kakovost in varnost pacientov. V letu 2009 smo ustanovili tudi dva krožka za kakovost.

Bolnišnica Topolšica je v letu 2011 ob predlagani Strategiji razvoja kakovosti Ministrstva za zdravje in potrebam bolnišnice po vzpostavitvi sistema pristopila k Projektu ISO 9001 : 2008.

V juniju leta 2012 smo se v bolnišnici odločili izvesti pred akreditacijski postopek po mednarodnem akreditacijskem standardu Det Norsk Veritas, ki je v postopku akreditacije združeval dva standarda sistemov vodenja kakovosti, in sicer še splošnega ISO 9001.

V februarju 2014 se je Bolnišnica Topolšica certificirala po standardu ISO 9001:2008. Uvajanje kakovosti v Bolnišnici Topolšica s pridobitvijo ISO 9001:2008 je bil korak k uresničitvi strateških usmeritev, ki smo jih zapisali v Politiko kakovosti.

Konec leta 2016 je bolnišnica pridobila akreditacijsko listino Ameriškega sveta za akreditacijo AACI, na katero smo bili zelo ponosni. AACI standard je mednarodni akreditacijski standard za zdravstvene organizacije. Poslanstvo AACI je razvoj na posameznika usmerjenih zdravstvenih storitev ter izboljšanje varnosti, dobrega počutja in kakovost življenja ter kakovost zdravstvenega varstva po vsem svetu. Standardi AACI so oblikovani tako, da se jih lahko izvaja na področju vseh zdravstvenih storitev in v vseh okoljih, obravnava pa tudi varnost zaposlenih, pacientov in obiskovalcev. ( AACI,2017)

Hkrati z akreditacijo je v letu 2016 v bolnišnici potekala tudi recertifikacija sistema vodenja kakovosti po standardu ISO 9001: 2008, ki je sestavni del sistema vodenja kakovosti.

V letu 2017 je Bolnišnica Topolšica imela ponovno zunanjo presojo in bila skladna z zahtevami, ter je podaljšala mednarodni akreditacijski certifikat AACI in se certificirala po ISO 9001:2015. Oba certifikata je bolnišnica v letu 2018 obnovila.

## **2 Aktivnosti sistema vodenja kakovosti v Bolnišnici Topolšica**

V obdobju uvajanja sistema vodenja kakovosti, je v bolnišnici bilo potrebno popisati vse delujoče procese in opredeliti določene nove procese. V vodstvu smo se zavedali, da je izgradnja sistema kakovosti projekt, ki bo trajal več let. V projekt je bilo vključenih veliko nalog in tudi veliko izvajalcev-skrbnikov, vključeval je praktično vse zaposlene v smislu izobraževanja in usposabljanja, ter uvajanja sprememb.

V Bolnišnici Topolšica je bilo potrebno pripraviti Poslovnik kakovosti, izdelati potrebne predpise, pravilnike, zbrati navodila in postopke za izvajanje sistema kakovosti. Za administrativnim delom je sledila uvedba poslovnika kakovosti in vseh izvedbenih dokumentov v delovne procese. Preveriti je bilo potrebno vse organizacijske predpise v bolnišnici, interne standarde zdravstvene nege, navodila za različna dela in dokumente uskladiti v skladu z zahtevami standardov. Sistem vodenja kakovosti je bilo potrebno podpreti s programskim orodjem - za podporo sistema kakovosti. Vpogled v sistem so dobili vsi zaposleni- na intranetu Dokumentacija sistema kakovosti.

Na področju sistema vodenja kakovosti smo v letu 2012 pripravili večino predvidenih dokumentov, ki so nastali na podlagi popisanih procesov v bolnišnici pri sistemu vodenja kakovosti in pri projektu uvajanja standarda ISO 9001.

Sistem vodenja kakovosti in varnosti smo v letu 2012 nadgradili s pridobitvijo certifikata HPH - Bolnišnica za promocijo zdravja.

V letu 2012 smo vzpostavili Register tveganj Bolnišnice Topolšica. Pravilnik Registra tveganj smo integrirali v sistem kakovosti in za prihodnje leto zapisali tveganja z najvišjimi ocenami in ukrepe s skrbniki in roki (Bolnišnica Topolšica, 2012). V mesecu avgustu 2012 smo v bolnišnici izdali prve Boltop novice v namen boljše informiranosti zaposlenih in izboljšane notranjega komuniciranja. Uredniški odbor si je zastavil cilj, da v mesecu septembru na prvi jesenski dan izda glasilo BT, ki je informativne, strokovne in družabne narave. V letu 2012 je bilo izdano 7 Boltop novic in 2 številki glasila Bolnišnice Topolšica z imenom Topličnik.

V bolnišnici imamo v okviru vodenja sistema kakovosti vzpostavljenih 33 procesov (Tabela1). Proces potekajo skladno z opredeljenimi aktivnostmi. Za posamezne procese smo določili kazalnike kakovosti. S spremljanjem kazalnikov kakovosti v zdravstvu primerjamo raven kakovosti med posameznimi enotami. V pomoč so nam pri odkrivanju problemov, analiziranju njihovih vzrokov, na podlagi dobljenih rezultatov pa se ob nedoseganju merila uvedejo ustrezni korektivni ukrepi.

Tabela 1: Bolnišnica Topolšica izvaja naslednje procese (Poslovník kakovosti, 2017):

Skupina procesov	Proces
PROCESI VODENJA, SVK	Vodenje politike kakovosti
	Obvladovanje procesa zunanjega komuniciranja
	Obvladovanje procesa notranjega komuniciranja
	Sistem vodenja kakovosti (SVK)
	Notranja presoja kakovosti
GLAVNI PROCESI	Bolnišnična obravnava pacienta
	Ambulantna obravnava pacienta
	Proces dela v Endoskopskem centru
	Obvladovanje procesa oskrbe z zdravili in medicinskimi pripomočki
	Obvladovanje procesa v enoti RTG
	Proces izvajanja fizioterapije in delovne terapije
	Proces organizacije zdravstvene nege
	Proces dela v biokemičnem laboratoriju
PODPORNI PROCESI	Proces obvladovanja človeških virov
	Podpora storitvam IT
	Zagotavljanje storitev IT
	Proces izdelave finančnega načrta
	Proces izdelave letnega poročila
	Vzdrževanje medicinske in ostale opreme
	Obvladovanje varnosti in zdravja pri delu
	Proces obvladovanja bolnišničnih okužb
	Ravnanje z odpadki
	Obvladovanje prevzema, vročanja in oddaje poštnih pošiljk
	Ocenjevanje dobaviteljev
	Obvladovanje procesa oskrbe kuhinje z živili
	Obvladovanje procesa oskrbe tekstilij
	Obvladovanje procesa oskrbe v kuhinji
	Obvladovanje procesa čiščenja
ZUNANJI PROCESI	Proces izvajanja sterilizacije (delno)
	Reševalni prevozi
	Laboratorijske preiskave
	Obvladovanje varnosti in zdravja pri delu (delno)

Vodstvo bolnišnice zagotavlja, da izvaja planiranje sistema kakovosti z namenom, da se izpolnjujejo tako zahteve sistema vodenja kakovosti kot cilji kakovosti in ohranja celovitost kakovosti pri planiranju in izvajanju sprememb.

Planiranje sistema vodenja kakovosti v BT se izvaja z naslednjimi dokumenti oziroma aktivnostmi:

- s finančnim načrtom,
- z dokumentirano Politiko kakovosti in cilji kakovosti,
- z letnim planom ciljev kazalnikov kakovosti za procese,
- z letnim planom usposabljanja in izobraževanja,
- z letnim planom in urnikom notranjih presoj,
- z vodstvenimi pregledi,
- z izdelavo zapisov o kakovosti,
- z izdelavo dokumentov.

Nenehno izboljševanje sistema vodenja kakovosti dosegamo s sistematičnim planiranjem posameznih aktivnosti, izvajanjem teh aktivnosti, preverjanjem učinkovitosti, izvajanjem teh aktivnosti, preverjanjem učinkovitosti, izvajanjem korektivnih ukrepov ter vpeljavo izboljšav. Po modelu kroga izboljšav oz. PDCA ( Bolnišnica Topolšica, 2017).

### 3 Razprava

Mednarodni standard in akreditacija omogoča objektivno ocenjevanje in mednarodno primerjavo z organizacijami/zavodi, kar ima pozitiven učinek na področju kakovosti in varnosti ter vodi bolnišnico po poti stalnih izboljšav. Pri izboljševanju procesov zdravstvene oskrbe sodelujejo vsi zaposleni, ki se pri svojem delu srečujejo z aktivnostmi v procesu.

Definiranje kliničnih in podpornih procesov, ter definiranje njihove medsebojne povezanosti in vplivov omogoča, da zaposleni spoznajo strukturo in delovanje celotne organizacije. Določitev skrbnikov in skrbništvo nad procesi omogoča nadzorovanje, merjenje in analiziranje delovanja prepoznanih procesov v bolnišnici, kar omogoča njihovo neprestano izboljševanje, na osnovi kazalcev učinkovitosti in uspešnosti. Prepoznani procesi so podprti z ustrežno dokumentacijo in vse bolj z informacijsko tehnologijo. Izboljševanje procesov dela, zmanjšanje nepreglednosti dokumentacije, odprava odvečne birokracije, poenotenje zdravstvene dokumentacije in procesov dela na bolniških oddelkih. Izboljšanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave pacientov.

Zagotavljanje primerljive kakovostne in varne zdravstvene obravnave vsem pacientom.

### 4 Zaključek

Politika kakovosti s sistemom vodenja kakovosti, ki smo si ga zastavili v Bolnišnici Topolšica je primerna. Seveda ostaja potreba vsakdanjega vzdrževanja in prilaganja same politike in procesov, zaradi hitrosti sprememb na zdravstvenem področju tako strokovnem kot na organizacijskem.

Ob primerni uporabi standarda kakovosti, ter certificiranja se doseže pozitivne učinke, ki pripomorejo k boljši organiziranosti, kjer so zaposleni zadovoljni in svojim uporabnikom/pacientom, nudijo kakovostne ter varne storitve. Mednarodna akreditacija bolnišnice ni končni cilj, ampak koristen okvir, znotraj katerega je potrebno kakovost in varnost pacientov neprestano negovati, nadgrajevati in usmerjati bolnišnico s sistemom kakovosti po poti odličnosti.

### Literatura

- 1 *Bolnišnica Topolšica, Letno poročilo 2018.*
- 2 *Bolnišnica Topolšica, Poslovnik kakovosti, izdaja 5;Topolšica, 2017.*
- 3 *Bolnišnica Topolšica, Letno poročilo 2012.*
- 4 *Mednarodni akreditacijski standardi za zdravstvene organizacije AACI, verzija 4.3, Ljubljana,2017.*

# RAZVOJ KAKOVOSTI S PROCESNIM PRISTOPOM V BOLNIŠNICI TOPOLŠICA

mag. Jernej TOMŠIČ

Kakovost 2000 d.o.o., Tavčarjeva ulica 2, 8000 Novo mesto

jernej.tomsic@kakovost2000.si

www.kakovost2000.si

## **Izvleček:**

Poslovna okolja postajajo, vse bolj dinamična in narašča intenziteta njegovega spreminjanja. Razvoj novih tehnologij, predvsem informacijske tehnologije, omogoča organizacijam, da v okviru svojih zmožnosti učinkovito razvijajo svoje potenciale. Sodobni pogoji poslovanja zahtevajo procesno razumevanje in obravnavo organiziranosti, ki upošteva horizontalni tok dela in informacij čez več poslovnih funkcij in tako tvori celovite procese v organizaciji. Procese v organizaciji se običajno razdeli v tri oz. štiri osnovne skupine in sicer procesi vodenja, glavni procesi in podporni proces ter (če obstajajo) zunanji procesi. Nadzor oziroma spremljanje delovanja sistema vodenja kakovosti poslovanja je potrebno izvajati že ob samem uvajanju posameznih delov sistema oziroma pripadajočih procesov. Bistvo izgradnje sistema vodenja kakovosti poslovanja, ki temelji na procesnem pristopu je ravno v tem, da se na osnovi definiranih procesov, ki vsak zase imajo točno določeno (največkrat tudi časovno) zaporedju izvajanja aktivnosti z ustreznimi nosilci tega izvajanja, zagotovi jasen in nedvoumen vpogled v delovanje organizacije.

**Ključne besede:** poslovno okolje, proces, sistem vodenja kakovosti.

## **1 Uvod**

Živimo v času, ko postajajo poslovna okolja, ne oziraje se na to ali gre za profitne ali neprofitne organizacije, vse bolj dinamična in narašča intenziteta njegovega spreminjanja. Globalizacija je obdobje, ko vse bolj izginjajo meje med posameznimi pokrajinami, državami, grupacijami držav in kontinenti ter s tem odpirajo poslovnim subjektom oziroma organizacijam nove priložnosti, hkrati pa se zaradi rastoče konkurence pojavljajo nove nevarnosti. Odjemalci (kupci, naročniki, uporabniki storitev, investitorji,..) s svojimi specifičnimi zahtevami in pričakovanji prevzemajo iniciativo na trgu proizvodov in storitev. Njihova pričakovanja narekujejo spremembe v razvoju, strukturi, kakovosti, ceni ter distribuciji teh proizvodov in storitev. Tudi razvoj novih tehnologij, predvsem informacijske tehnologije, omogoča organizacijam, da v okviru svojih zmožnosti učinkovito razvijajo svoje potenciale. Če hoče biti organizacija v turbulentnem okolju učinkovita in uspešna mora te spremembe pravočasno zaznati ter se jim prilagajati. Pomembno je, da management (vodstvo) spozna in razume nujnost prilagajanja in s tem potrebo po uvajanju najrazličnejših sprememb potrebnih za uresničevanje strateških ciljev organizacije. Če želimo spremembe obvladovati, jih moramo načrtovati in izkoristiti za snovanje svojih konkurenčnih prednosti. Pri tem ni pomembno samo prilagajanje temveč tudi hitrost prilagoditve. Vsega tega ni mogoče doseči brez jasne usmeritve, ki jo organizacija izrazi z vizijo bodočega poslovanja, razvojno naravnanimi strategijami, opredelitvijo konkretnih ciljev ter postavitvijo časovnega okvirja za njihovo uresničevanje. Obvladovanje organiziranosti in njenega spreminjanja predstavlja osnovni pogoj za učinkovito in uspešno uresničitev idej sodobnih organizacijskih in managerskih (upravljaljskih) konceptov, ki pomagajo organizaciji pri izgrajevanju dolgoročnih konkurenčnih prednosti. Ugotavljamo lahko, da so bile organizacije v preteklosti pod velikim vplivom strukturnih razsežnosti. Njihovo delovanje je temeljilo na posameznih področjih, organizacijskih enotah in oddelkih. V ospredju so bila vprašanja povezana s hierarhijo, močjo in usmeritvijo v organizacijsko strukturo z utrjevanjem organizacijskih enot. Povezovanje med organizacijskimi enotami in posameznimi nivoji je bilo

zapostavljeno, zaradi česar je prihajalo do filtriranja informacij, funkcijskih pregrad, kakor tudi težav pri koordiniranju delovanja med posameznimi enotami oziroma upravljanju organizacije na vseh nivojih. Ravno ti prehodi med nivoji in organizacijskimi enotami (sektorji, službe, oddelki) povzročajo izgubo časa, povečujejo stroške in zmanjšujejo preglednost poslovanja, kar lahko neposredno ali posredno vpliva na kakovost poslovanja. V nasprotju s tem nam procesni pristop omogoča organizacijo razumeti kot dinamično kategorijo, ki poleg razmerij vključuje tudi aktivnosti, ki omogočajo njihovo spreminjanje. S tem procesi postajajo izhodišče oblikovanja za ustrezno organiziranost organizacije.

Sodobni pogoji poslovanja zahtevajo procesno razumevanje in obravnavo organiziranosti, ki upošteva horizontalni tok dela in informacij čez več poslovnih funkcij in tako tvori celovite procese v organizaciji. Proces lahko razumemo kot niz logično medsebojno povezanih aktivnosti, ki »vhode« pretvarjajo v »izhode« (ISO 9000,2015) oziroma rezultate in v načelu ustvarja dodano vrednost.

Prejemnik rezultata (izhoda) celotne procesne verige je vedno določen ali znan odjemalec, notranji ali zunanji. V procesno zasnovani organizaciji potekajo procesi nepretrgoma skozi celotno organizacijsko strukturo in meje med posameznimi organizacijskimi enotami ne morejo in ne smejo biti ovira.

Procese v organizaciji se običajno razdeli v tri oz. štiri osnovne skupine in sicer procesi vodenja, glavni procesi in podporni proces ter (če obstajajo) zunanji procesi. Ključni sta skupini procesov: procesi vodenja in glavni procesi, ki neposredno ustvarjajo dodano vrednost ter so odločilni za učinkovitost oziroma uspešnost organizacije. Ostali skupine procesov običajno neposredno ne prispevajo k povečanju dodane vrednosti, so pa prav tako pomembne in potrebne za izvajanje procesov realizacije proizvoda/storitve. Navedene skupine procesov so predstavljene v nadaljevanju tega članka.

## 2 Problematika kakovosti

Problematika kakovosti zdravstvenih storitev je na samo pri nas ampak tudi v tujini toliko stara kot samo zdravstvo.

V Sloveniji smo se začeli intenzivneje ukvarjati z kakovostjo zdravstvenih storitev v začetku 90. let, na kar so vplivale tudi nove družbene razmere in določena kriza, ki se je v tem obdobju pojavila v zdravstvu. Pripombe so prihajale tako od »zgoraj« (plačnik zdravstvenih storitev) kot od »spodaj« (neposredni uporabniki: pacienti).

Prvo večjo spremembo v načinu poslovanja v zdravstva je prinesla nova zdravstvena zakonodaja leta 1992, s katero so bili postavljeni tudi temelji za ustanovitev samostojnega Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Z ustanovitvijo omejenega zavoda so bili tudi postavljeni temelji za preoblikovanje sistema zdravstvenega varstva.

Nacionalni program kakovosti, ki ga je pripravila široka skupina ekspertov za kakovost ki je zajemal med drugimi področji tudi zdravstvo, je bil predstavljen slovenski javnosti konec leta 1993. Tega leta je Ministrstvo za zdravstvo v okviru svoje dejavnosti ustanovilo Odbor za zagotavljanje kakovosti storitev v zdravstvu. To je prav gotovo predstavljalo velik korak naprej pri sistematičnem zagotavljanju kakovosti zdravstvenih storitev v Sloveniji, če ne v operativnem pa vsaj v strateškem smislu. Začelo se sistematično govoriti o problematiki kakovosti v zdravstvu tudi na najvišjih nivojih.

Leta 1998 je v okviru Zdravniške zbornice Slovenije (ZZS) stekel pomemben in obsežen projekt »Kakovost v zdravstvu Slovenije«. Ta projekt med drugim omogočal tudi zbiranje podatkov na številnih področjih v zdravstvu, jih primerjal med različnimi ustanovami oziroma zavodi v zdravstvu, iskanje strokovnih in ostalih razlik in trendov v določenem časovnem obdobju in podobno.

V letu 1999 so stekli tudi prvi pilotni projekti »Priznanje Republike Slovenije (RS) za poslovno odličnost v zdravstvu«, ki še danes potekajo v določenih zdravstvenih organizacijah.

Sistem kakovosti po zahtevah standardov družine ISO 9000 oziroma nosilnega standarda ISO 9001 se je začeli uvajati pri najpogumnejših zdravstvenih organizacijah že drugi polovici devetdesetih let oziroma na prelomu v novo tisočletje in še z večjo intenziteto v novem tisočletju, med njimi tudi že pri prvih zdravstvenih domovih (Železničarski zdravstveni dom Ljubljana, Zdravstveni dom Maribor, Zdravstveni dom Novo mesto, Zdravstveni dom Slovenska Bistrica, Zdravstveni dom Radeče, Zdravstveni dom Kočevje, Zdravstveni dom Ptuj,..) in prvih bolnišnicah (Klinika Golnik, Splošna bolnišnica Novo mesto,

Splošna bolnišnica Maribor (Oddelek za transfuziologijo in imunohematologijo), Splošna bolnišnica Celje (Transfuzijski oddelek,...). Ta moderen in sistematičen pristop k urejanju kakovosti poslovanja celotne zdravstvene organizacije oziroma zavoda lahko danes zasledimo tudi že tudi pri kliničnih centrih (Univerzitetni klinični center Maribor).

V začetku leta 2005 pa je Ministrstvo za zdravje (Oddelek za kakovost v zdravstvu) objavilo na internetu osnutek »Sistema kakovosti v zdravstvu v RS«. Javna razprava je potekala do konca februarja tega leta. Na osnovi predhodnih izkušenj doma in v tujini ter izvedene javne razprave predhodno navedenega dokumenta je bil pripravljen model tega sistema za zdravstvo v tako imenovanih »beli, rjavi in modri knjigi (modri knjigi že leta 2004)« (Robida,2006).

V letu 2008 je Ministrstvo za zdravje po javni razpravi izdalo dokument s katerim se naj bi v naslednjem srednjeročnem obdobju zagotavljalo stalno izboljševanje kakovosti dela v zdravstvenih organizacijah, vključno s koncesionarji (»Nacionalni plan zdravstvenega varstva 2008-2013«).

V letu 2010 je Ministrstvo za zdravje izdalo nov dokument Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010 – 2015), ki je spodbudil bolnišnice k uvajanju sistema vodenja kakovosti in pristopu k presojam po tako imenovanih akreditacijskih standardih.

Pomemben korak naprej k dvigovanju pomena kakovosti v zdravstvu pomeni tudi ustanovitev »Sekcije za kakovost v zdravstvu«, ki že leta deluje v okviru Slovenskega združenja za kakovost.

### 3 Izhodišča in pogoji za postavitve sistema

Izhodišča vsakega projekta, posebej pa še tako zahtevnega kot je postavitve »Sistema kakovosti poslovanja v bolnišnicah«, morajo biti jasno in nedvoumno definirani cilji z odgovornimi nosilci in roki. Cilji so praviloma naslednji :

- opredeliti namen projekta,
- opredeliti vire za realizacijo projekta,
- določiti termin realizacije projekta,
- določiti projektno skupino in vodjo projekta,
- validirati realizacijo projekta (npr.: postavljen sistem kakovosti poslovanja).

V namenu projekta je potrebno dovolj natančno določiti vsebino projekta, v našem primeru elemente sistema kakovosti poslovanja oziroma procese, ki se odvijajo oziroma bi se morali odvijati v organizaciji oziroma zavodu (bolnišnici) ter seveda vse ostale postopke oziroma aktivnosti, ki so vezane na posamezne procese.

Za vsak projekt je potrebno določiti stroške oziroma predvideti potrebna sredstva za realizacijo projekta, kadrovske potencialne, ki bodo občasno na razpolago pri izvedbi projekta, materialna sredstva (prostori, računalniška in ostala oprema) in informacijska podpora oziroma možnost vključevanja v baze podatkov oziroma v informacijski sistem.

Pomembna je tudi ustrezna izbira projektne skupine (ustrezna zastopanost vseh področij, ki so vključena v projekt), predvsem pa ustrezna izbira projektne vodje.

Ko je projekt izpeljan, v našem primeru postavljen sistem kakovosti poslovanja, je potrebno sistem validirati, kar pomeni preveriti učinkovitost in uspešnost delovanje v praksi. To se najučinkoviteje izvede z notranjo, predvsem pa zunanjo presojo (pridobitev certifikata kakovosti).

Osnovni pogoj za uspešno realizacijo kakršnega koli projekta, posebno pa še tako zahtevnega kot izgradnja sistema kakovosti poslovanja, je jasna in nedvoumna podpora vodstva organizacije, sicer se ne more pričakovati uspešnega zaključka projekta. **Vodstvo ne more in ne sme le deklarativno podpirati projekt**, ampak mora biti tudi samo aktivno vključeno v potek projekta tako, da sistematično spremlja njegov potek, daje potrebne smernice v kritičnih fazah projekta in spodbuja projektno skupino ob kriznih trenutkih.

Drug pomemben pogoj za uspešen potek projektne je ustrezen izbor projektne vodje.

Vodja projekta mora izpolnjevati ali se vsaj v veliki meri približevati določenim pogojem, da bi lahko uspešno vodil projekt in projektno skupino in sicer mora biti:

- ugleden in spoštovan v okolju v katerem deluje,
- dober poznavalec področja na katerega se projekt nanaša (poznavalec procesov v zavodu),
- dober organizator in animator,

- sposoben primernega komuniciranja v projektni skupini in izven nje,
- sistematičen, dosleden, strokoven in korekten (profesionalen) pri vodenju projekta,
- gospodaren pri trošenju sredstev predvidenih za projekt,
- pripravljen prevzeti, če je to potrebno, tudi naloge oziroma aktivnosti ostalih članov projektne skupine, da bi se projekt uspešno zaključil.

Tretji pomemben pogoj za uspešen potek projekta kakovosti je seveda tudi animacija srednjega vodstva, strokovnega kadra in vseh ostalih zaposlenih. Izvajanje aktivnosti v okviru procesov največkrat vodijo neposredni vodje strokovnih in ostalih delavcev in če ti niso ustrezno animirani oziroma zainteresirani za izvedbo, vsi predhodni napori ne dajejo ustreznih rezultatov ali so lahko celo zaman.

Četrti in ne pomemben pogoj oziroma faktor je tudi primerna klima v organizaciji. Vsekakor ni primerno pričeti realizacijo takega projekta, če v organizaciji obstajajo močna trenja in nesoglasja v samem vodstvu, med vodstvom in zaposlenimi, ali pa je organizacija je v hudih finančnih težavah (primanjkuje sredstev za najbolj osnovne pogoje poslovanja, neredne plače,..) in podobno.

#### 4 Postavitev sistema vodenja kakovosti poslovanja

Program, ki opredeljuje vsebino projekta, služi kot vodilo pri izvedbi projekta tako vodi projekta in članom projektne skupine kot vodstvu pri spremljanju realizacije projekta. V okviru poteka projekta se dokončno opredelijo procesi vodenja, glavni procesi (proces realizacije storitve - procesi zdravstvenih storitev,..) kot vsi ostali podporni procesi (proces vodenja virov, proces obvladovanja dokumentacije, proces razvoja storitev, proces nabave, proces povezan z naročniki storitev in proces merjenja, analiziranja ter izboljševanja,..) zdravstvenega zavoda oziroma bolnišnice. Sočasno z opredelitvijo oziroma določitvijo procesov je potrebno določili tudi **skrbnike procesov**.

Druga pomembna stvar pri definiranju procesov je določitev ustreznih **kazalnikov kakovosti (kazalci uspešnosti in učinkovitosti)** s katerimi se praviloma meri učinkovitost posameznega procesa. V načelu so tudi vsi procesi podprti z ustrežno sistemsko dokumentacijo), ki predstavlja dokumentacijo sistema vodenja kakovosti poslovanja.

#### 5 Razprava

Nadzor oziroma spremljanje delovanja sistema vodenja kakovosti poslovanja je potrebno izvajati že ob samem uvajanju posameznih delov sistema oziroma pripadajočih procesov. Osnovni nadzor naj vršijo že sami izvajalci posameznih aktivnosti v obliki samokontrole. Ta nadzor je prav gotovo med najbolj učinkovitimi, saj omogoča običajno takojšnje ukrepanje že samega izvajalca. Pomembno je, da že pri uvajanju posameznih procesov uspemo navdušiti in pridobiti za to tudi neposredne izvajalce.

Skrbniki procesov se morajo zavedati, da njihovo delo ni končano potem ko so proces s pomočjo sodelavcev opredelili in ga uvedli v prakso, ampak je njihova dolžnost, da ga spremljajo oziroma nadzirajo v smislu, če se :

- aktivnosti izvajajo tako kot so opredeljene,
- obvladujejo tveganja,
- uporabljajo dogovorjeni dokumenti, vključno s pripadajočimi obrazci,
- vodijo predvideni zapisi in kar je verjetno najpomembnejše,
- dosegajo zastavljeni cilji za posamezne kazalnike kakovosti procesa.

Samo preko tako sistematičnega spremljanja in zunanjih informacij lahko zagotavljajo stalno izboljševanje procesov.

Predstavniki vodstva za kakovost oziroma oseba, odgovorna za delovanje sistema vodenja kakovosti, je oseba, ki je kot neposredni pooblaščenec direktorja, ki je na najvišji ravni vodenja operativno odgovoren za uvedbo vseh prepoznanih procesov v prakso, njihovo izvajanje, vzdrževanje in stalno izboljševanje, kar posledično pomeni, da je zadolžen tudi za delovanje sistema kakovosti in preko procesov tudi za izboljševanje tega sistema. Zato mora občasno nadzirati posamezne procese, kar pa najbolj učinkovito izvaja preko spremljanja kazalnikov kakovosti, ter z notranjimi presojami kakovosti. Notranje presoje so do danes spoznane kot najbolj učinkovito orodje za stalno izboljševanje procesov in s tem tudi sistema vodenja kakovosti poslovanja. Seveda pa jih potrebno izvajati z vso potrebno resnostjo in odgovornostjo, skratka profesionalno, kjer se presojevalec in presojanec na ta dogodek



ustrezno pripravita in komunicirata kot partnerja ter skupaj iščeta šibke točke delovanja posameznih procesov oziroma sistema in ukrepe za odpravo neskladnosti oziroma izboljšave. (Putar&Tomšič, 2013) Vodstveni pregled, ki ga izvaja direktor zavoda z ostalimi člani vodstva, predstavlja krono notranjega nadzora nad delovanjem sistema vodenja kakovosti poslovanja.

## 6 Zaključek

Uvajanje procesnega poslovanja je zelo obsežen in zahteven način prehoda na procesno organiziranost, ki zahteva uporabo projektnega pristopa, saj je povezana z reševanjem mnogih medsebojno prepletenih in soodvisnih kadrovskih, organizacijskih in socioloških ter finančnih vprašanj oziroma problemov. Na podlagi projektnega pristopa, kjer je ena glavnih dejavnosti ravno določitev procesov, je pomembna aktivnost tudi izbor ustrezne metodologije za določitev posameznega procesa. Za posamezne dejavnosti oziroma aktivnosti v procesu je poleg skrbnika procesa potrebno tudi določiti odgovorne nosilce in izvajalce aktivnosti ter pripadajočo dokumentacijo. Ob tem bi želel poudariti, da ko se lotevamo takšnega projekta, ni nepomembna tudi začetna faza projekta, to je analiza obstoječega stanja, saj ta faza predstavlja izhodišče za analizo neformalnega stanja procesov v organizaciji.

Bistvo izgradnje sistema vodenja kakovosti poslovanja, ki temelji na procesnem pristopu je ravno v tem, da se na osnovi definiranih procesov, ki vsak zase imajo točno določeno (največkrat tudi časovno) zaporedju izvajanja aktivnosti z ustreznimi nosilci tega izvajanja, zagotovi jasen in nedvoumen vpogled v delovanje organizacije. Določitev procesov omogoča preglednost nad izvajanjem pripadajočih aktivnostmi ter glede na izbrane kontrolne točke omogoča identifikacijo šibkih mest v procesu ter nakazovanje možnih izboljšav. Opisovanje procesov s pomočjo ustrezne metodologije je ključno, tako da lahko določene procese opisujejo tudi ostali zaposleni, ki sicer nimajo nekega programerskega znanja, imajo pa praktično znanje o dejanskem poteku procesov. Procesni pristop opredeljuje procese tako, da so sposobni sprejemati vhode, ki so sproženi z določenimi dogodki in jih pretvarjajo v izhode oziroma rezultate, največkrat z neposredno merljivo dodano vrednostjo (kazalniki kakovosti). Vsak proces omogoča preglednost nad aktivnostmi, ki sestavljajo proces, identifikacijo šibkih točk, kar predstavlja stalno izhodišče za nadaljnjo izboljšavo procesa.

Namen oziroma cilj postavitve sistema vodenja kakovosti oziroma poslovanja v organizaciji je stalno dvigovati zadovoljstvo pacientov (odjemalcev, uporabnikov storitev), ustanoviteljev, zaposlenih, dobaviteljev in okolja ter ustvarjati čim večjo dodano vrednost pri poslovanju, ki temelji na dinamičnem spreminjanju ter prilagajanju procesov vodenja, glavnih procesov in ostalih procesov. Vsaka organizacija, zdravstveni zavodi (bolnišnice,..) niso pri tem nobena izjema, je vpeta v določeno okolje in zato ne more delovati kot osamljen otok, saj so njeni procesi pomembno povezani in soodvisni od številnih subjektov zunanjega okolja, (npr: odjemalci, dobavitelji, ustanovitelji, družbeno-socialno okolje itd.) ki nanj pomembno vplivajo in sooblikujejo njegovo delovanje. Zato mora organizacija, tako zaradi zunanjih kot tudi notranjih vplivov (zaposleni), če želi dosegati dolgoročno učinkovitost in uspešnost, stalno prenavljati, izboljševati in prilagajati svoje procese oziroma sistem kakovosti poslovanja zunanjim in notranjim vplivom. To je ena ključnih aktivnost, ki se ne sme nikoli končati.

## Lietratura

- 1 Koubek A. (ur.): *Priročnik ISO 9001:2015 - Razumevanje in izvajanje novih zahtev*, Carl Hanser Verlag München, München, 2015.
- 2 *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu 2010 – 2015*, Ministrstvo za zdravje, Ljubljana, 2010
- 3 *Nacionalni plan zdravstvenega varstva 2008-2013*, Ministrstvo za zdravje, Ljubljana, 2008
- 4 Putar B., Tomšič J.: *Razvoj in rast varnostne kulture v bolnišnici Topolšica po letu 2012*, Bernardin, 2018
- 5 Robida A. : *Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnici*, Ministrstvo za zdravje, Ljubljana, 2006
- 6 Tomšič J., Putar B.: *Integration and control of implemented quality measures, risks and objectives*, Bled, 2017
- 7 Tomšič J., Putar B.: *Od funkcijske do procesne organiziranosti bolnišnice*, Bernardin, 2013
- 8 *SIST EN ISO 9001:2015*, SIST, Ljubljana, 2015
- 9 *SIST EN ISO 9000:2015*, SIST, Ljubljana, 2015

# KULTURA VARNOSTI – KJE SMO V SPLOŠNI BOLNIŠNICI JESENICE?

Sandra JEREBIC, dipl. m. s., univ. dipl. soc., QSM  
Splošna bolnišnica Jesenice  
sandra.jerebic@sb-je.si

Zorica PANIĆ, dipl. m. s.  
Splošna bolnišnica Jesenice  
zorica.panic@sb-je.si

## **Izvleček**

Uvod: V Splošni bolnišnici (SB) Jesenice smo skozi leta zaznali znaten upad števila sporočenih odklonov, kljub temu, da smo izvajali vrsto aktivnosti za dvig kulture varnosti zaposlenih. Zato smo se v letu 2019 odločili, da zaposlene preko anketnega vprašalnika povprašamo o kulturi varnosti v naši organizaciji. Metoda: Izbrali smo kvantitativno metodo analize preko anonimnega pisnega vprašalnika, ki je vseboval 13 zaprtih in dva odprta vprašanja. Konec meseca februarja in v začetku marca smo anketne vprašalnike razdelili med vse zdravstvene sodelavce in več kot polovica, jih je odgovorila na zastavljena vprašanja. Rezultati: Rezultati ankete, ki so predstavljeni v članku dokazujejo, da se zaposleni zavedajo pomena kulture varnosti, da pa iz različnih vzrokov ne sporočajo odklonov, kar nekaj jih je izpostavilo tudi strah pred posledicami v primeru, da sporočijo odklon.

**Ključne besede:** kultura varnosti, kultura strahu, analiza dogodkov, sporočanje odklonov, ukrep

## **1 Uvod**

Danes varnost pacientov zagotavljamo z nenehnim iskanjem, analiziranjem in obvladovanjem tveganj za pacienta. Namen nenehnega zagotavljanja varnosti je izvajanje varne obravnave in njeno stalno zmanjševanje na najnižjo možno stopnjo škode za pacienta. Varna zdravstvena obravnava izvira iz medsebojne povezanosti posameznih delov sistema (Kristensen, Mainz & Bartels, 2007, cit.po. Kramar, 2014). Zato se pacienti, zaposleni v zdravstvu in politiki vedno bolj zavedajo, da bolnišnice in druge zdravstvene ustanove predstavljajo določeno mesto tveganja (Zuiderent-Jerek, 2009).

Zagotavljanje in izboljševanje kakovosti je dejavnost, ki mora prežemati vse ravni zdravstvenega sistema. Kersnik (2010) meni, da rutinsko delo zdravnika, medicinske sestre ali drugega zaposlenega v zdravstveni službi ne zadošča več. Posamezni pacient se ne srečuje več le z enim, temveč z več izvajalci, in pri tem naleti na kulturo določene ustanove.

Reason (2000) navaja, da je zavedanje, da gre do stvari tudi narobe prvi dejavnik k razvoju kulture varnosti vsake organizacije. Kultura varnosti je del kulture zdravstvene ustanove, oddelka, zdravstvenega tima. Koncept varnostne kulture ne izvira iz zdravstva, temveč iz študij visoko zanesljivih organizacij.

V slovenskih zdravstvenih ustanovah bomo imeli ranljivi sistem, dokler bo prisoten odgovor na napake predvsem v smeri obtoževanja in prikrivanja dejstev, ki so do napake privedli. Napake največkrat niso posledica delovanja zdravstvenih strokovnjakov, ampak do njih prihaja zaradi sistemskih nepravilnosti, ki so del delovanja nekega sistema. Poleg tega je pomembno začeti s poročanjem in z obvladovanjem napak, predvsem v smeri analiziranja in sistematičnega iskanja vzrokov (Kramar, 2014).

## 2 Kultura varnosti in kultura strahu

Prof. Andrej Robida opredeljuje kulturo varnosti ustanove kot proizvod vrednot, stališč, zaznav, usposobljenosti in vzorcev vedenja ter stila posameznikov in skupin. Na obvladovanje varnosti vplivata še zavzetost in strokovnost vseh, ki sodelujejo pri obravnavi pacientov. Varnost pacientov je kritična komponenta kakovosti zdravstvene oskrbe, ki je v zdravstveni ustanovi najbolj odvisna od kulture varnosti. Gre za skupno obnašanje in odnos vodstva ter osebja do varnosti, varnostnih sistemov in postopkov, ki jih ima organizacija (Robida, 2013).

Ko pride do napake z zdravstveno škodo za pacienta, običajno obtožimo posameznika, ki je bil vpleten pri dogodku, ga ožigosamo, odstranimo iz delovnega procesa, velikokrat kaznujemo in pri tem zmotno mislimo, da smo s tem rešili problem. V resnici ga še poslabšamo, ker ustvarjamo kulturo strahu namesto kulture varnosti, in potem se čudimo, zakaj ljudje napak ne sporočajo in zakaj je vedno več tako imenovane defenzivne medicine, pri kateri zdravniki naročajo številne povsem nepotrebne, tudi drage preiskave, samo da jim ne bi kdo kaj "očital" (Robida, 2009).

Velikokrat zaradi prevladujoče kulture strahu škodo za zdravje pripišemo zapletu in ne napaki. Zaplet je nenameravan in neželen izid zdravljenja že prisotne bolezni. V določenih okoliščinah se ga ne da preprečiti. Napaka pa je neuspeh načrtovanih dejanj za doseg cilja. Napaka lahko pri pacientu pripelje do škode za zdravje in se od zapleta razlikuje po tem, da gre sicer spet za nenameravan in nepričakovan dogodek ob prejemanju zdravstvene oskrbe, a ta ne nastane zaradi narave pacientove bolezni. Lahko nastane zaradi izvedbe ali neizvedbe (opustitve) nekega postopka s strani zdravstvenih strokovnjakov in/ali zdravstvenega sistema. Spodrsaljaji, lapsusi, zmote so simptomi napake (Robida, 2011).

### 2.1. Kje smo ?

Leta 2010 smo v sklopu pilotne raziskave Ministrstva za zdravje v SB Jesenice izvedli anketo o zaznavanju kulture varnosti, z vprašalnikom Agencije za raziskave in kakovost zdravstvene obravnave (AHRQ) in jo nato leta 2013 ponovili. Anketne vprašalnike smo razdelili vsem zdravstvenim strokovnjakom, zaposlenim v bolnišnici, ki imajo vsakodnevni stik s pacienti in tudi tistim zaposlenim, ki niso v neposrednem stiku s pacienti, njihovo delo pa lahko vpliva na varnost pacientov. To so zdravstveni sodelavci v bolnišnični lekarni, laboratoriju in centralni sterilizaciji (Kramar, 2014). Skupaj je bilo vključenih 380 zaposlenih. V anketi leta 2010 je bilo skupno zaznavanje varnosti v 52% ocenjeno kot dobro. Diplomirane medicinske sestre bolj zaznavajo pozitivno kulturo varnosti, sledijo drugi sodelavci in tehniki zdravstvene nege, nato zdravniki (Kramar, 2011). Leta 2013 smo ponovili anketo, ki je prikazala, da se je skupno zaznavanje kulture varnosti izboljšalo in sicer na 59,7%. Primerjava obeh raziskav iz leta 2010 in 2013 je pokazala, da se je zaznavanje kulture varnosti v Splošni bolnišnici Jesenice izboljšalo. Statistično boljši rezultati so na področju podpore vrhnjega vodstva za varnost pacientov, učeče se organizacije, podpore vodstva oddelkov za varnost pacientov, povratne informacije o napakah, timskega dela med bolnišničnimi enotami, nekaznovanemu odzivu na napake, ustreznosti števila in kompetenc osebja (Kramar, 2014).

Začeli smo izvajati vrsto aktivnosti za dvig kulture varnost:

- prepoznavna in analiza škodljivih dogodkov in opozorilno nevarnih dogodkov
- razvili smo računalniški program za sporočanje in vodenje vseh odklonov in napak (leta 2011)
- imenovali smo pooblaščenca za varnost pacientov
- redno izvajanje varnostnih vizit in razgovorov skozi celoten zdravstveni tim
- izvajanje morbiditetnih in mortalitetnih konferenc
- na področju zdravstvene nege smo vpeljali negovalne konference o izidih in zapletih, ki smo jih kasneje preimenovali v vzročno posledične konference
- izobraževanje zaposlenih o pomenu kulture varnosti

Prav izobraževanje zaposlenih o pomenu kulture varnosti je ključen ukrep za dvig kulture varnosti v organizaciji. Zato smo v letu 2012 začeli z izvajanjem delavnic o kulturi varnosti za osebje zdravstvene nege in zdravnike, leta 2013 smo izvedli šest (6) takih delavnic, ki se jih je udeležilo dvestoštirideset

(240) udeležencev osebja zdravstvene nege. Od leta 2014 smo vpeljali sistematično izobraževanja o pomenu kulture varnosti za vse novozaposlene, ki smo ga leta 2017 spremenili v e obliko.

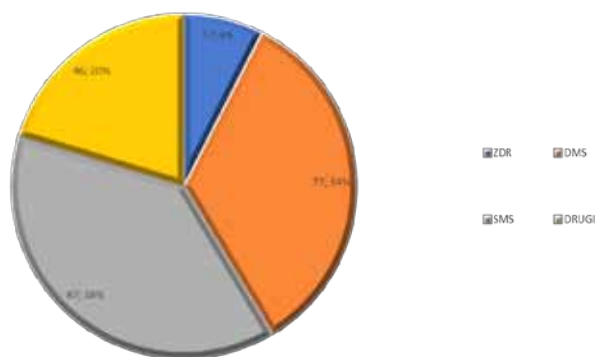
V letu 2016 smo ponovno izvedli tri (3) delavnice za zaposlene v zdravstveni negi, saj smo zaznali upad sporočenih odklonov.

Zaradi znanega upada števila odklonov smo v letu 2016 so izvedli lastno anketo o pomenu kulture varnosti, z poudarkom na procesu sporočanja odklonov. Pripravili smo anketni vprašalnik z 9 zaprtimi vprašanji in 2 odprta vprašanjsma. Zaposlene smo spraševali, če pomislijo, da gre lahko pri delu kdaj tudi kaj narobe, ali se jim zdi smiselno, da o napakah poročajo, ali izvajajo varnostne vizite in varnostne razgovore, se udeležujejo mortalitetnih/morbiditetnih konferenc ter vzročno posledičnih konferenc, ali za sporočanje odklonov uporabljajo računalniški program in če se jim ta zdi uporaben, ter če je se po tem, ko so sporočili odklon, v procesu kaj spremenilo. V oprtih vprašanjih pa smo jih prosili za mnenje, kaj bi morali spremeniti na področju kulture varnosti in kakšno je njihovo mnenje. Spletno anketo, ki je bila dostopna na intranetni strani je izpolnilo 67 zaposlenih, kar pomeni 10.6%. Rezultati ankete so nam je pokazali, da je potrebno zaposlene stalno izobraževati o pomenu kulture varnosti in procesu sporočanja odklonov.

Nadaljevali smo z aktivnostmi za dvig kulture varnosti. Tako smo v letu 2018 izvedli dva celodnevna strokovna srečanja služb, kjer je bila osrednja tema varna in kakovostna zdravstvena obravnava pacientov. Zaposlene smo stalno spodbujali k sporočanju odklonov, a so jih le ti v letu 2018 sporočili samo 54. Zato smo se odločili, da v letu 2019 ponovimo anketo o kulturi varnosti, ki smo jo izvedli v letu 2016, Dodali smo dve vprašanji in sicer: »Ministrstvo za zdravje pripravlja nacionalni program za sporočanje odklonov. V ta program bomo vsi izvajalci zdravstvenih storitev sporočali svoje odklone. Boste uporabljali ta program v primeru, da boste želeli sporočiti odklon? In vprašanje o izobrazbi anketirancev,

### 3 Metoda

Izbrali smo kvantitativno metodo analize preko anonimnega pisnega vprašalnika, ki je vseboval 13 zaprtih in dva odprta vprašanja. Konec meseca februarja in v začetku marca 2019 smo anketne vprašalnike razdelili 415 zdravstvenim sodelavcem, to so zdravniki, vsi profili na področju zdravstvene nege in zaposleni v centralnem in patohistološkem laboratoriju. Več kot polovica, jih je odgovorila na zastavljena vprašanja. V anketi je sodelovalo sedemnajst (17) zdravnikov (7,2%), sedeminsedemdeset (77) diplomiranih medicinskih sester (32,5 %), oseminsedemdeset (87%) tehnikov zdravstvene nege in šestinštirideset (46%) drugih zdravstvenih delavcev.



Graf št. 1: izobrazbena struktura sodelujočih v raziskavi

## 4 Rezultati

Zaposlene smo vprašali: «Ali ste pri svojem delu kdaj pomislili, da gre lahko kaj narobe?» V letu 2016 je 90 – 90 % zaposlenih odgovorilo, da vsak dan in nihče ni odgovoril, da nikoli ne pomisli, da gre lahko kaj narobe. V letu 2019 jih je 189 – 80 % mnenja, da vsak dan pomislijo, da gre lahko kaj narobe, 45 -19 % redko pomisli, da gre lahko kaj narobe, dva (2) zaposlena - 0,8 % pa menita, da ne pomislita, da bi pri delu lahko šlo kaj narobe.

Tako v letu 2016 in 2019 se večini zaposlenih, ki so izpolnili anketni vprašalnik zdi smiselno, da poročajo o napakah, ki sem jim je zgodila, pa tudi, če ni bilo posledic in ni nihče opazil napako. 87 % anketiranih v letu 2016 in 91,1% v letu 2019 jih tako misli.

V letu 2016 jih je 89 % menilo, da varnostne vizite izboljšujejo kulturo varnosti, v letu 2019 pa jih tako meni 67%, 19 % jih ne ve, če izboljšujejo kulturo varnosti, 13,5 % pa jih meni da varnostne vizite ne izboljšujejo kulturo varnosti.

Zanimalo naj se tudi, če so se zaposleni že kdaj udeležili mortalitetnih/morbiditetnih ali vzročno posledičnih konferenc. V letu 2016 se jih je udeležilo 37,4 % anketirancev, v letu 2019 pa 47,3 %, kar potrjuje, da se je zvišalo število zaposlenih, ki se udeležijo konferenc. Povprašali smo jih tudi, če menijo, da so vzročno posledične konference in mortalitetno/morbiditetne konference primerno orodje za analizo odklonov in iskanje priložnosti za izboljšave. V letu 2016 jih je z DA odgovorilo 78,8 %, v letu 2019 pa 52,3 %, kar 36,7 % pa NE VE.

V naši bolnišnici uporabljamo računalniško aplikacijo ART za sporočanje odklonov, ki je vsem zaposlenim dostopna preko intranetne strani. Anketirance smo povprašali, če so že kdaj uporabljali računalniški program za sporočanje odklonov in če se jim zdi uporaben. V letu 2016 je 47,7 % anketirancev odgovorilo, da so program že uporabili in v 78,8 % odgovorili, da je program uporaben. V letu 2019 je 40,4 % anketiranih uporabilo program za sporočanje odklonov in 52 % jih meni, da je le ta uporaben.

V raziskavi nas je zanimalo tudi, če je prišlo v procesu do spremembe, izboljšave potem ko so sporočili odklon. V letu 2016 jih je 55,6 % odgovorilo, da je se spremenilo, v letu 2019 pa jih tako meni samo 36 %.

Ker Ministrstvo za zdravje vpeljuje nacionalni program za sporočanje – Sensys smo anketirance vprašali, če bodo po vpeljavi tega programa odklone sporočili v nacionalni program. 50 % jih je mnenja, da bodo sporočili, 6 % jih je odgovorilo, da v ta program ne bodo sporočali odklone, 40,5 % pa še ne ve.

V anketi smo zaposlene zaprosili, da naj nam napišejo zakaj menijo, da je število odklonov v naši bolnišnici vsako leto nižje?

Na to vprašanje je odgovorilo 102 anketirancev. Odgovori so različni, lahko pa povzamemo, da zaposleni menijo, da se po sporočanju odklona nič ne zgodi, da jih je strah posledic, ki bi jih morebiti občutili, če bi sporočili odklon, da je računalniški program neprimeren ter tudi zato, ker takoj, ko se zgodi odklon izvedemo varnostno vizito.

Na vprašanje o pobudah za dvig kulture varnosti v naši bolnišnici je odgovorilo 46 zaposlenih. Menijo, da bi kulturo varnosti lahko izboljšali z izboljšanjem komunikacije med zaposlenimi, dobro organizacijsko klimo in stalnim izobraževanjem o pomenu sporočanja odklonov in kulturi varnosti.

## 5 Razprava

Rezultati obeh anket potrjujejo, da se zaposleni v velikem številu zavedajo, da gre lahko pri delu vsak dan kaj narobe. Strinjajo se, da je potrebno napako sporočiti, pa čeprav le ta ni imela nobenih posledic ali jo nihče ni opazil. V letu 2016 je več zaposlenih kot leta 2019 menilo, da varnostne vizite izboljšujejo kulturo varnosti. Število zaposlenih, ki so se udeležili vzročno posledičnih konferenc in mortalitetno/morbiditetna konferenc se je v primerjavi z letom 2016 povečalo za 10 %. V letu 2016 je

več zaposlenih menilo, da so take oblike konferenc primerno orodje za analizo odklonov in iskanje priložnosti za izboljšavo, v letu 2019 pa kar 36,7 % ne ve ali so primerne ali ne. Število zaposlenih, ki so že kdaj uporabljali program za odklone se je v treh letih zmanjšalo za 7 %, polovica anketirancih tako v letu 2016 kot tudi 2019 meni, da je program uporaben. V letu 2019 kar 20 % anketirancev manj kot leta 2016 meni, da se je potem, ko so sporočili odklon, kaj spremenilo v procesu dela.

Zaposleni premalo poznajo nacionalni program za sporočanje odklonov, ki ga uvaja Ministrstvo za zdravje, da bi lahko ocenili, ali bodo sporočali odklone v ta program ali ne.

Glede na rezultate ankete bomo izvajali naslednje ukrepe:

- Redno izobraževanje vseh zaposlenih o pomenu sporočanja odklonov in kulturi varnosti.
- Izvedba vsaj 5 celodnevni strokovni srečanj posameznih služb na temo kakovostna in varna zdravstvena služba.
- Poročilo o odklonih bo redna točka na vseh sestankih v bolnišnici

## 6 Zaključek

Kultura varnosti je kultura organizacije. Zavest zaposlenih, kako pomembno je stalno sporočanje, opozarjanje na napake je ključno za dvig kulture varnosti. Zato je potrebno stalno izobraževanje zaposlenih, ustvarjanje pozitivne organizacijske klime in dobre komunikacije v timu. Sporočene odklone mora vodstvo organizacije in neposredno nadrejeni sprejeti kot priložnosti za izboljševanje procesa in proaktivno delovanje. Ne sme biti obtoževanja in zaposleni ob napakah ne smejo občutiti krivdo. Pogosteje moramo izvajati analize vzrokov odklona in se v multidisciplinarnih timih pogovarjati o ukrepih, da do takega odklona ne bo več prišlo.

Če poskušamo odgovoriti na naslov članka, kje smo na področju kulture varnosti? Tečemo tek na dolge proge in s spodbudo vodstva, izobraževanjem zaposlenih bomo uspešno pritekli na cilj z namenom zagotavljanja kakovostne in varne zdravstvene obravnave.

## Literatura

- 1 Kersnik, J., 2010. *Sooblikovalci kakovosti*. In: J. Kersnik, ed. *Kakovost v zdravstvu*. Ljubljana, 2010. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, pp. 61- 71.
- 2 Kramar, Z., 2011. *Uvajanje kulture varnosti – izkušnje Splošne bolnišnice Jesenice, Varnost – rdeča nit celostne obravnave pacientov, zbornik prispevkov. 4. dnevi Angele Boškin 2011. Jesenice: Splošna bolnišnica, pp. 26-27.*
- 3 Kramar, Z., 2014. *Spremembe zaznavanja kulture varnosti pacientov v Splošni bolnišnici Jesenice: magistrsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 67.*
- 4 Reason, J., 2000. *Human error: models and management. British Medical Journal, 2000(320), pp. 768-770.*
- 5 Robida, A., 2013. *Napake pri zdravstveni obravnavi pacientov: sistematična analiza globljih vzrokov napak in njihovo preprečevanje: priročnik. Z znanostjo do večje varnosti pacientov: Root cause analysis RCA. Bled: Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave, Prosunt, pp. 113-114.*
- 6 Robida, A. 2009. *Napake so kot dihanje, ne da se jih preprečiti. Dostopno na (27.4.2019): <https://www.dnevnik.si/1042324417>*
- 7 Zuiderent-Jerek T. et al. *Sociological refigurations of patient safety; ontologies of improvements and »acting with« quality collaboratives in healthcare. Social Science & Medicine. 2009; 69: 1713 - 1721.*

# RAZVOJ KAKOVOSTI V ZDRAVSTVENEM DOMU LJUBLJANA

Robertina BENKOVIČ, dipl. m. s., univ. dipl. org.  
Zdravstveni dom Ljubljana/Služba za razvoj kakovosti v zdravstvu  
robertina.benkovic@zd-lj.si

Liljana KLANČNIK, dipl. m. s.  
Zdravstveni dom Ljubljana/Uprava ZD Bežigrad  
liljana.klancnik@zd-lj.si

Zdravstveni dom Ljubljana (ZDL) je javni zavod, ki opravlja osnovno zdravstveno dejavnost. Je največji javni zavod na področju primarne zdravstvene dejavnosti, kar pomeni, da je cca 1500 zaposlenih na 14. različnih lokacijah, v letu 2018 nudilo zdravstveno oskrbo 2,8 milijona pacientom in da imamo blizu 450 000 opredeljenih pacientov. Da bi zagotovili varno in kvalitetno obravnavo pacientov, smo v letu 2011 pristopili k vpeljavi sistema kakovosti.

Izhajali smo iz usmeritve vodstva, da delamo s tem kar imamo in ne iščemo s kom bomo začeli delati. Naš cilj je bil poenotenje dela, učinkovitost procesov, transparentnost, konkurenčnost, vse z namenom varne in kakovostne obravnave pacientov. Kot vodilo za uvajanje sistema kakovosti, nam je služil standard ISO 9001:2008. Po opravljeni analizi obstoječega stanja, smo sistematično pristopili k urejanju procesov dela, poenotenju in urejanju dokumentacije v skladu z zahtevami standarda ISO 9001:2008 in v skladu s potrebami stroke. Potrebna je bila reorganizacija Službe za razvoj kakovosti v zdravstvu, ustanovitev Komisije za kakovost, ki so ji potem sledili naslednji koraki: ureditev dokumentacije in popis procesov, izobraževanje zaposlenih s področja kakovosti, tako vodstva, kot notranjih presojevalcev, opredelitev temeljnih in podpornih procesov in nato uspešno certificiranje po standardu ISO 9001:2008.

S pridobitvijo tega certifikata, se naša pot ni končala, ampak se je trdo delo na področju kakovosti šele začelo. Kakovost smo nenehno izboljševali, se lotili upravljanja s tveganji in se uspešno akreditirali po DNV standardu ter lani še po ISO 9001:2015 in EN 15224:2016.

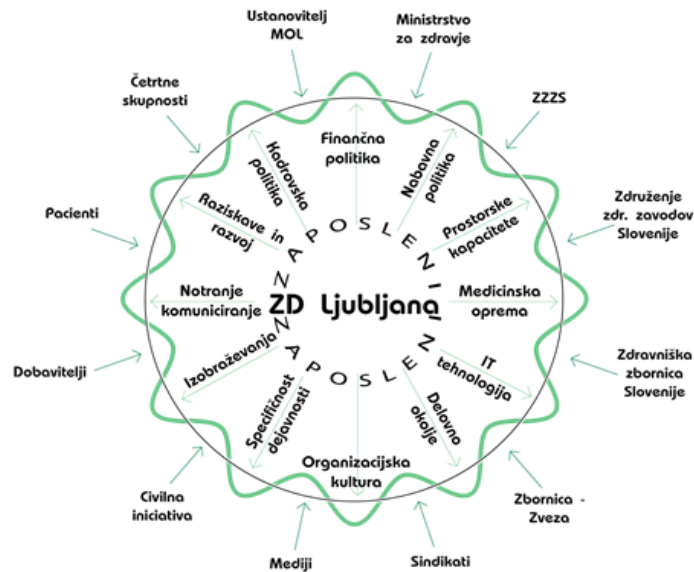
Kakovost je del nas in mi smo del kakovosti. Je naš način razmišljanja in dela. Zato si upamo trditi, da imamo uspešno vpeljan sistem vodenja kakovosti, v katerega smo vpeti vsi zaposleni v ZDL. Zavedamo pa se, da vedno obstajajo priložnosti za izboljšave.

**Ključne besede:** zdravstveni dom, sistem vodenja kakovosti, razvoj kakovosti.

## 1 Uvod

Zdravstveni dom Ljubljana (ZDL) je javni zavod, ki opravlja osnovno zdravstveno dejavnost. Je največji javni zavod na področju primarne zdravstvene dejavnosti in kot tak s svojim delom in rezultati vpliva in prispeva k razvoju in krepitvi te dejavnosti. V ZDL nudimo kakovostno in celovito zdravstveno oskrbo prebivalcem Mestne občine Ljubljana in širše, tako s področja preventive, kurative kot rehabilitacije.

ZDL vodi direktor, ki se skupaj z ostalim vodstvom ZDL prizadeva za čim bolj stabilno poslovanje, učinkovito in transparentno vodenje. Na delovanje ZDL vplivajo tako zunanji kot notranji dejavniki. Najpomembnejši zunanji vplivi so s strani ustanovitelja, to je Mestne občine Ljubljana (MOL) in četrtnih skupnosti, s strani plačnika – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), pacientov, Ministrstva za zdravje, Zdravniške zbornice, Zbornice Zveze, sindikatov, dobaviteljev, civilnih iniciativ in vedno bolj pomembnih medijev. Izredno pomembni so tudi notranji vplivi, kamor uvrščamo kadrovsko politiko, finančno politiko, organizacijsko kulturo, prostorske kapacitete, delovno okolje, informacijsko tehnologijo, nabavno politiko, medicinsko opremo, izobraževanje, raziskave in razvoj, ki neposredno in posredno vplivajo na največjo vrednoto vsake organizacije, to je zaposlene. Zaposleni so tisti, ki ustvarjajo s svojim znanjem in delom dodano vrednost ZDL.



Slika 1: Poslovnik vodenja kakovosti v ZD Ljubljana (2018).

## 2 Kakovost

Obstaja zelo veliko različnih definicij kakovosti. To nam v bistvu pove, da definicija kakovosti, ki bi zadovoljila vsakogar, dejansko sploh ne obstaja, saj ima vsak človek svoje potrebe in pričakovanja. Tako je nekdo s posameznim izdelkom ali opravljeno storitvijo zelo zadovoljen, medtem ko je istočasno nekdo drug zelo nezadovoljen. Sodba o kakovosti je odvisna od posameznikove osveščenosti, izkušenj in pričakovanj.

Vodenje neke organizacije in zagotavljanje kakovosti zato ne smeta biti dva ločena procesa, ampak mora biti zagotavljanje kakovosti del / način vodenja. Vodstveni kader pa mora poskrbeti, da zaposleni sprejmejo kakovost kot način svojega dela, da kakovost ponotranjijo in jo živijo. Ko to dosežemo, lahko govorimo o uspešno vpeljanem sistemu kakovosti.

## 3 Razvoj kakovosti

V ZDL smo z uvajanjem kakovosti pričeli leta 2010. Izhajali smo iz usmeritve vodstva, da delamo s tem kar imamo in ne iščemo s kom bomo začeli delati. Naš cilj je bil poenotenje dela, učinkovitost procesov, transparentnost, konkurenčnost, vse z namenom varne in kakovostne obravnave pacientov. Kot vodilo za uvajanje sistema kakovosti, nam je služil standard ISO 9001:2008. Po opravljeni analizi obstoječega stanja, smo sistematično pristopili k urejanju procesov dela, poenotenju in urejanju dokumentacije v skladu z zahtevami standarda ISO 9001:2008 in v skladu s potrebami stroke.

## 4 Faze uvajanja kakovosti

### I. Faza: Analiza stanja

Direktor in strokovna direktorica sta zavzela aktivno vlogo na področju uvajanja sistema kakovosti, predvsem z načinom motiviranja širšega vodstva ZDL (predstojnikov in glavnih medicinskih sester) in razumevanjem sistema vodenja kakovosti ter sprejetjem usmeritev – načina uvajanja procesov kakovosti. Predstojniki in glavne medicinske sestre pa so idejo o kakovosti prenesli do slehernega zaposlenega.

Analiza stanja na področju kakovosti s pomočjo SWOT analize, je pokazala, da niti med zaposlenimi in niti med širšim vodstvom, ni naklonjenosti ali zaznane potrebe po uvedbi procesov kakovosti. Zaposleni so videli v uvajanju sistema kakovosti dodatno delo, ob že tako veliki preobremenjenosti zaradi pomanjkanja kadra (predvsem splošnih zdravnikov). Kakovost so si razlagali predvsem, kot dodatno administrativno delo, do katerega pa imajo zdravstveni delavci že tako ali tako odklonilen odnos. Vsak je skrbel za svoje delovno mesto in ga ni zanimalo delo izven njegove službe. Isti procesi dela so potekali v



različnih enotah različno, plani so bili večinoma postavljeni, realizacija v večini dosežena, izvajali so se občasni nadzori nad realizacijo planov, ni pa bilo sistematičnega pristopa na področju ukrepanja. Kljub vsemu smo v dani situaciji prepoznali naše prednosti, kot so zagotavljanje kakovostnih in varnih storitev, ugled ZDL zaradi njegove velikosti, koncentracija strokovnjakov in znanja na enem mestu, uspešno finančno poslovanje, ki so bili izhodišče za pristop k uvajanju sistema kakovosti. Priložnosti, ki jih je prinašala uvedba sistema kakovosti, kot so konkurenčnost na trgu, aktivno vključevanje pri oblikovanju politike kakovosti v osnovnem zdravstvu in izmenjevanje dobrih praks doma in v tujini ter postati referenčna institucija na področju kakovosti v Sloveniji v okviru zdravstvenih domov, so bili motivatorji, ki so nas prepričali, da je smiselno pristopiti k uvajanju sistemov kakovosti. Največje grožnje, ki so bile ob tem prepoznane so bile nedorečena politika kakovosti v zdravstvu in neurejeno financiranje sistema vodenja kakovosti v zdravstvu s strani države.

Zaradi velikega števila lokacij ZDL in 21 različnih dejavnosti, je prenos informacij bistvenega pomena. Ko smo se lotili uvajanja kakovosti, je predstavljalo največji izziv vprašanje, kako poenotiti procese na različnih lokacijah in kako prenesti informacije do slehernega zaposlenega. Prenos komunikacije poteka v vertikalni in horizontalni ravni - v obeh smereh. V praksi to pomeni, da se na Upravi ZDL načeloma vsakih 14 dni, zbere ožje vodstvo ZDL in predstojniki posameznih enot, z namenom usklajevanja delovanja zavoda. Predstojniki na kolegiju enot prenesejo informacije vodjem posameznih služb, le ti pa do vsakega zaposlenega. Za vse sestanke vodimo zapisnike, kjer so zapisani sklepi, nosilci in roki za realizacijo. Vsak zaposleni pa v obratni smeri lahko poda svoje mnenje, predloge ipd.

Shema 3: Piramida vertikalnega vodenja in sodelovanja



Slika 2: Piramida vertikalnega vodenja in sodelovanja.

Prenos informacije poteka tudi horizontalno, med isto dejavnostjo v različnih enotah. Predstavniki posamezne dejavnosti iz vsake enote, se združujejo v komisije Strokovnega sveta, ki poskrbijo za usklajevanje stroke v posamezni dejavnosti.

## II. Faza: Reorganizacija Službe za razvoj kakovosti v zdravstvu

V Službi za kakovost smo dodatno angažirali zaposlene iz vrst zdravstvenih delavcev, ki je zelo dobro poznala vsebine in organizacijo dela večine dejavnosti in služb ZDL. Uvajanje potrebnih sprememb na področju kakovosti je tako izhajalo iz obstoječe prakse in je pri zaposlenih naletelo na pozitiven odziv.

### **III. Faza: Ustanovitev Komisije za kakovost**

Komisija za kakovost je bila ustanovljena z namenom prispevati k vsebinskemu delu razvoja kakovosti. Njeni člani so strokovnjaki iz različnih dejavnosti in služb ZDL. Tesno sodeluje s Službo za razvoj kakovosti v zdravstvu in vodstvom. Komisija opravlja naslednje naloge:

- predlaga ukrepe za izboljševanje področja kakovosti,
- pripravlja korektivne predloge,
- sodeluje pri izsledkih presoj,
- spodbuja implementacijo standardov kakovosti v praksi,
- sodeluje z vodstvom in vodjo Službe za razvoj kakovosti v zdravstvu,
- daje predloge za izboljšave,
- opravlja druge naloge za uvajanje sistema kakovosti.

### **IV. Faza: Ureditev dokumentacije in popis procesov**

Zaradi poenotenja procesov dela in varne obravnave pacientov smo pristopili k ureditvi dokumentacije. Prvi korak je bil, da smo popisali vso obstoječo dokumentacijo. Nato smo jo uredili in obvladali v skladu z internim navodilom o obvladovanju dokumentacije, nekatere dokumente smo združili, opustili, dali v skupno rabo in uvedli novo dokumentacijo, kjer je bilo to nujno potrebno. V skladu z zahtevami standarda ISO 9001:2008, smo popisali temeljne procese v našem zavodu in pripravili Poslovnik vodenja kakovosti ZDL, ki služi kot vodilo vsakemu zaposlenemu na področju kakovosti. Uspešno delovanje in obvladovanje procesov zagotavljamo s postopki dela, ki so dokumentirani v Internih navodilih ali pravilnikih in izvajalcem dostopni na intranetni strani ZDL. Za vse procese smo določili lastnika procesa in kazalnike kakovosti. Vsak dokument ima določenega skrbnika, ki skrbi za veljavnost vsebine dokumenta. V oblikovanje dokumentacije so vključeni vsi zaposleni, ki se jih vsebina dotika, bodisi v okviru strokovnih komisij ali preko vodij posameznih služb. Vsak dokument, pred sprejetjem pregleda pravnik, strokovni direktor in po potrebi še vodja gospodarskega področja, sprejme ga direktor.

### **V. Faza: Izobraževanje zaposlenih s področja kakovosti**

#### **V.I. Izobraževanje vodstva**

Za vodstvo ZDL so bila organizirana številna izobraževanja s področja kakovosti, standarda ISO 9001, vodenja, motiviranja, komuniciranja ... Organizirali smo tudi več team buildingov, kjer smo iskali rešitve in načine implementacije standarda vodenja kakovosti ISO 9001:2008 v prakso.

#### **V.II. Izobraževanje notranjih presojevalcev sistemov kakovosti**

Vsako leto sproti izobražujemo notranje presojevalce sistemov kakovosti iz vseh področij dela našega zavoda. Obvezno se morajo udeležiti tega tečaja vsi vodje, saj so notranji presojevalci glasniki kakovosti. Tako imamo danes izobraženih več kot 100 notranjih presojevalcev, s pomočjo katerih izvajamo redne notranje presoje sistema kakovosti.

### **VI. Faza: Uspešno certificiranje po standardu ISO 9001:2008**

S skupnimi prizadevanji, smo leta 2012 uspešno pridobili certifikat ISO 9001:2008. S tem se naše delo na področju kakovosti ni zaključilo, ampak šele dobro začelo.

## **5 Zagotavljanje kakovosti**

Kakovost in varnost naših storitev zagotavljamo z izpolnjevanjem zahtev standardov kakovosti, z motivacijo zaposlenih, da svoje delo opravljajo varno in učinkovito, tako zase, kot za pacienta, kar naj bi posledično vplivalo na zadovoljstvo pacientov in zaposlenih. S pomočjo notranjih presoj kakovosti, preverjamo izvajanje zahtev sistema kakovosti v praksi – med zaposlenimi. Presojo izvedemo najmanj enkrat letno po vseh elementih sistema vodenja kakovosti. Presojo za določene elemente sistema kakovosti po potrebi načrtujemo tudi večkrat letno, glede na kritičnost in ugotovljene šibkosti v izvajanju sistema kakovosti.

Dokaz, da delamo v skladu s predpisanimi standardi kakovosti; varno, kakovostno in učinkovito in da se hkrati trudimo biti družini prijazna organizacija, potrjujejo tudi rezultati zunanjih presoj sistema kakovosti.

## 6 Izboljševanje kakovosti

Nenehno stremimo k izboljšanju kakovosti, zato posebno pozornost namenjamo upravljanju s tveganji (register tveganj), spremljanju zadovoljstva pacientov in zaposlenih, pritožb in pohval, izobraževanju in usposabljanju zaposlenih, analizi rezultatov notranjih presoj in notranjih strokovnih nadzorov ter revizije, vodstvenim pregledom, izvajanju korektivnih in preventivnih ukrepov ter predlogom za izboljšave s strani zaposlenih, uvajanju novosti (SIM center, Mediacijski center, Inštitut za raziskave in razvoj), povezovanju z zunanjimi institucijami v Sloveniji in tujini.

## 7 Upravljanje s tveganji

Zajema prepoznavo in opredelitev tveganj, opredelitev posledic in ukrepov, izvajanje ukrepov in evalvacijo izvedenih ukrepov. V ZDL smo prepoznali in opredelili več vrst tveganj, ki smo jih razdelili na več področij:

- Varnostna tveganja
- Poslovna tveganja
- Tveganja na področju informacijske varnosti
- Zdravstvena ocena tveganja (zaposleni)
- Načrt integritete

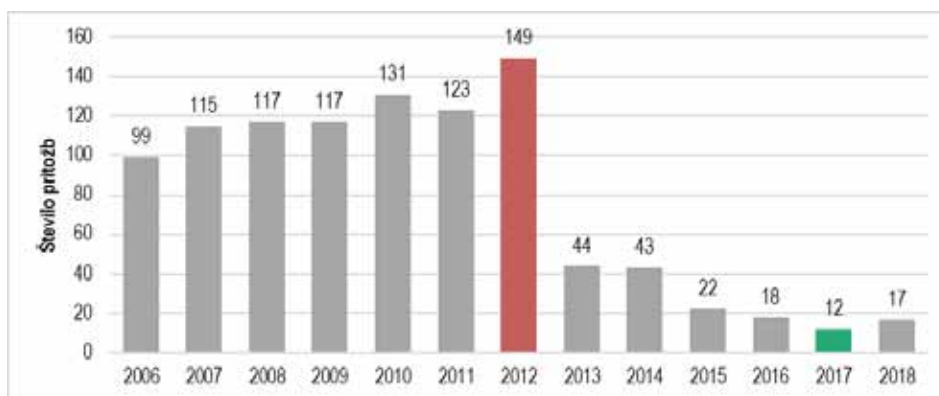
Področje varnostnih tveganj, ki bi lahko vplivala na varnost pacientov, osebja ali ostalih obiskovalcev ZDL ter metodologije za vrednotenje (ocenjevanje) in evidentiranje tveganj smo opredelili v internem navodilu Varnostna tveganja in ukrepi v ZDL. Trenutno imamo opredeljenih 61 najpogostejših varnostnih tveganj. Za vsako tveganje smo opredelili vzroke za nastanek tveganja, kdo je izpostavljen tveganju, ukrepe, ki jih izvajamo za zmanjšanje možnosti nastanka tveganja, nosilce ukrepov, notranjo kontrolo (pogostost / nosilec) ter oceno tveganja, ki jo letno revidiramo v okviru Komisije za kakovost.

Za objektivno oceno varnostnih tveganj in izvajanje ustreznih ukrepov za zmanjševanje tveganj ter izboljšavo procesov dela, so potrebni objektivni – statistični podatki o vrstah in pogostosti določenih dogodkov, ki smo jih opredelili kot tveganja. V ta namen v ZDL, od leta 2013 sistematično zbiramo neželene dogodke, ki predstavljajo tveganje za varnost pacientov in zaposlenih.

## 8 Spremljanje zadovoljstva P/Z, pritožb in pohval

Ankete o zadovoljstvu pacientov so dostopne tako v pisni obliki, kot v elektronski obliki na naši spletni strani. V primeru, da nas pacienti želijo opozoriti na kakšno pomanjkljivost ali izraziti svoje zadovoljstvo, lahko to storijo preko obrazca Pohvala / pritožba. V ta namen so po enotah nameščeni nabiralniki, v katere pacienti lahko oddajo pohvalo ali pritožbo, ki jih zadržena oseba zbere in odda v tajništvo enote, ki nato obrazce pošlje v Službo za razvoj kakovosti v zdravstvu. Pritožbe pacientov obravnavamo v skladu z zakonom o pacientovih pravicah. Vse zbrane podatke analiziramo in na osnovi njih sprejemamo ustrezne ukrepe.

Trendi v zadnjih letih kažejo upad pritožb in porast števila pohval. Pritožbe, ki jih obravnavamo se večinoma nanašajo na odnos zaposlenih in ne na strokovnost.



Slika 3: Primerjava prejetih pritožb v obdobju 2006–2018.

## 9 Izobraževanje in usposabljanje zaposlenih

ZDL je izobraževalna institucija in učna ustanova, zato redno izvajamo mentorstva in številna interna strokovna izobraževanja v okviru SIM centra (specialna znanja za zdravstvene tehnike v ZVO – zdravstveno varstvo odraslih...) ali v okviru organizacije posamezne strokovne komisije (mesečna izobraževanja za zaposlene v ZVO, idr...). Za vsa interna izobraževanja prejmejo zdravniki in medicinske sestre licenčne točke. Izobraževanja planiramo na letnem nivoju v okviru Rednega ocenjevalnega letnega pogovora (ROLP), ki vsebuje tudi Osebni plan izobraževanja. Naloga zdravstvenih delavcev je stalno – kontinuirano izobraževanje, kar je pogoj za kakovostno izvajanje storitev. Ugotovljeno je, da izbor izobraževanja samo na osnovi lastnih želja, ne pripomore vedno h kakovosti dela. Želje zaposlenega se lahko razlikujejo od potreb zavoda, tako v strokovnem kot tudi v finančnem smislu. Zato je ZDL začel v letu 2012 s projektom »Osebni plan izobraževanj«. Osebni plan izobraževanj (OPI) je vnaprej načrtovan in voden pristop k načrtovanju izobraževanj posameznika, kar pomeni spremljanje in evalvacijo izobraževanja skupaj z mentorjem. V skladu s prepoznanimi lastnimi pomanjkljivostmi in analizo lastnega dela, posameznik in mentor skupaj določita prioritete na področju izobraževanja za prihodnje leto, v smislu doseganja zastavljenih ciljev v osebni planu izobraževanj (Kovač, 2012 in Švab, 2012). Zastavljena cilja na področju osebnih planov izobraževanj sta: 80% zaposlenih opravi Osebni plan izobraževanj in 70 % zaposlenih (ki so opravili razgovor / OPI) doseže vsaj 1 cilj. V zadnjih dveh letih so vsi zaposleni, ki so opravili OPI, dosegli vsaj 1 zastavljen cilj. Zaposleni se udeležujejo tudi izobraževanj izven ZDL.

## 10 SIM center

Zaradi vse kompleksnejšega dela v zdravstvu je nujno potrebno kontinuirano izobraževanje. Dnevno namreč ugotavljamo, da velikokrat za kakovostno in profesionalno oskrbo uporabnikov ni dovolj pridobljena formalna izobrazba in znanje. V ZD Ljubljana smo k temu pristopili sistematično, z ustanovitvijo SIM (simulacijskega) centra, kjer uporabljamo sodobne oblike pridobivanja znanja, predvsem simulacijsko učenje, hkrati pa tržimo lastna znanja in skrbimo za pridobivanje in obnavljanje kompetenc lastnih zaposlenih (in drugih) z razvijanjem veščin, spretnosti in permanentnim razvijanjem znanj, predvsem na področjih, ki so bistvenega pomena za varno in kakovostno obravnavo pacientov. Dve pomembni pridobitvi za ZDL v okviru SIM centra sta: vzpostavitev Rdečega alarma – protokola ukrepanja v primeru nujnega stanja in izdelava Barvnega traku za hiter izbor pravih odmerkov zdravil in velikosti opreme za otroke v primeru nujnih stanj.



Slika 4: Barvni trak – pediatrični.

## 11 Mediacijski center

Leta 2015 smo ustanovili tudi Mediacijski center, ki nudi miren in varen prostor za reševanje nesporazumov in sporov v zdravstvu v ljubljanski regiji. Mediacijski center je ustanovljen z namenom, da zaposlenim, bolnikom in drugim udeležencem v zdravstvu nudi nevtralno okolje in zaupen prostor za reševanje sporov s pomočjo mediacije. Rešujejo se tako spori med zaposlenimi, spori s pacienti, med zaposlenimi in ZD Ljubljana kot delodajalcem ter tudi med poslovnimi partnerji.

## 12 Inštitut za raziskave in razvoj osnovnega zdravstva

Raziskave in razvoj primarnega zdravstvenega varstva ter vodenje projektov poteka znotraj na novo ustanovljenega Inštituta za raziskave in razvoj. Zaradi tega je nujno potrebno sodelovanje z zunanjimi institucijami v Sloveniji in tujini (EQuIP, EFPC, Sezam, ZPS, MZ, Zbornica Zveza, ZZS, Zdravniško društvo, zdravstvene in medicinska fakulteta...).

## 13 Razprava

V zadnjem času se veliko govori o kakovosti v zdravstvu, kar pomeni da je ni, oziroma smo šele v fazi njenega uvajanja in razvijanja. Razvijanje sistema kakovosti in njegova implementacija v prakso je dolgotrajen proces, saj ne gre samo za spremembo procesov dela, ampak za spreminjanje organizacijske kulture in s tem razumevanja kakovosti s strani slehernega zaposlenega. Pri tem ima ključno vlogo vodstvo organizacije, ki mora s svojo integriteto in profesionalno komunikacijo motivirati zaposlene za doseganje strateških ciljev.

## 14 Zaključek

V ZDL je kakovost način vodenja (naše) organizacije. Politika vodenja sistemov kakovosti je vpeta v politiko vodenja zavoda in v strateške cilje ZDL.

Kakovost je del nas in mi smo del kakovosti. Je naš način razmišljanja in dela. Zato si upamo trditi, da imamo uspešno vpeljan sistem vodenja kakovosti, v katerega smo vpeti vsi zaposleni v ZDL. Zavedamo pa se, da vedno obstajajo priložnosti za izboljšave.

## Literatura

1. Benkovič, R., 2017. *Varnostna tveganja in ukrepi v ZD Ljubljana*. Neobjavljeno delo.
2. Benkovič, R., 2018. *Poslovnik vodenja kakovosti v ZD Ljubljana*. Neobjavljeno delo.
3. DNV., 2012. *Standard DNV za ponudnike osnovne zdravstvene dejavnosti*. Hovik: DNV.
4. Dolšak, R., 2017. *Letno poročilo Zdravstvenega Doma Ljubljana za leto 2018, ZD Ljubljana*.
5. Grabar, D., 2013. *Upravljanje s tveganji*. Ljubljana. SIQ.
6. Košnik, M., 2012. *Standarda NIAHO in ISO9001 kot orodji vodenja*. Zbornik predavanj: NIAHO in ISO v bolnišnicah: predstavitev izkušenj v Kliniki Golnik. p.1 Golnik, 2012.
7. Kovač, B., 2012. *Uvajanje osebnega plana izobraževanja: vsebine in časovni koraki*. Neobjavljeno delo.
8. Kramar Zupan, M. *Menedžment vs. Vodenje*. Novo mesto: Fakulteta za poslovne in upravne vede.
9. Kramar Zupan, M., 2017. *Strateški menedžment*. Neobjavljeno delo.
10. *National patient safety agency, 2008. A risk matrix for risk managers*. London: NPSA.
11. Robida, A., 2012. *Odkloni, napake, kultura obtoževanja in pravična kultura*. In: 5. dnevi Angele Boškin: *Trajnostni razvoj na področju kakovosti in varnosti – povezava med akreditacijo in varno ter kakovostno obravnavo pacientov -*, Splošna bolnišnica Jesenice. Kranjska gora: Visoka šola za zdravstveno nego.
12. *SIST EN ISO 9001:2008, 2008. Sistemi vodenja kakovosti – Zahteve*.
13. Sokovič, M. & Pavletič, D., 2007. *Izboljšanje kakovosti - krog PDCA v primerjavi z DMAIC in DFSS*. *Strojniški vestnik*, (53), 369-378.
14. Švab, I., 2012. *Osební načrt izobraževanja*. Neobjavljeno delo.
15. Zafošnik, U., 2017. *Polletno poročilo o delu SIM centra Zdravstvenega Doma Ljubljana, Ljubljana*.
16. Žagar, T., 2011. *Od kakovosti do poslovne odličnosti*. Neobjavljeno gradivo.

# KULTURA KAKOVOSTI IN VARNOSTI V PRETEKLOSTI, SEDANJOSTI IN PRIHODNOSTI

doc. dr. Vesna ZUPANČIČ  
Ministrstvo za zdravje  
vesna.zupancic@gov.si

## **Izvleček**

Kultura je lastnost, značilnost - tvorjena iz skupnih vrednot (kaj je pomembno), prepričanj (kako stvari delujejo), in usklajenega sodelujočega delovanja in vedenja v skladu z etičnimi načeli, smernicami, standardi, protokoli (način, kako to delamo). Torej merjenje te lastnosti, kje smo bili, kje smo in kam želimo, predstavlja objektivno informacijo o značilnosti zdravstva, ki razkriva odvisne in neodvisne spremenljivke ter konstante iz časovne perspektive in v soodvisnosti z ostalimi domenami, ki vplivajo na dinamičen proces razvoj kulture kakovosti in varnosti v zdravstvu. V Sloveniji vzpostavljamo sistem upravljanja z varnostnimi odkloni in tveganji za varnost v zdravstvu, zato je zaradi izboljšanja sporočanja varnostnih odklonov vprašanje glede razvoja kulture kakovosti in varnosti še kako aktualno. V prispevku je predstavljen razvoj kulture varnosti v kontekstu kakovosti s pogledom za nazaj, načrti za sedanost in kakšne so možnosti za doseg integriranega generativnega pristopa pri zagotavljanju varnosti pacientov na mikro, mezo in makro ravni - za kakovost v zdravstvu.

**Ključne besede:** kakovost v zdravstvu, varnost pacientov, stoletje, sistem upravljanja z varnostnimi odkloni in tveganji, vrednotenje, razvoj

## **1 Uvod**

Kultura (lat. *colere*, kar pomeni »gojiti«) se na splošno nanaša na oblike človeške dejavnosti in simbolične strukture, ki dajejo taki aktivnosti pomen. Z njo velikokrat mislimo na različne oblike umetniškega ustvarjanja: glasbene, literarne, likovne ter druge človekove estetske in idejne dosežke. O kulturi govorimo tudi v normativnem smislu: kulturno razlikujemo od nekulturnega (govorimo o kulturi pitja, govorni kulturi, kulturi oblačenja, (ne)kulturnem vedenju, itd.). V sociološkem (in antropološkem) pomenu pa s kulturo razumemo vse človekove materialne in duhovne stvaritve: vrednote, moralno presojanje, pravila, razlage sveta in človeka, umetnost, običaje in navade, simboliziranje in rabo jezikovnih znakov, pa tudi materialne objekte. Vse to skupaj določa način življenja v človeški skupnosti: človekovo mišljenje, presojanje, delovanje in bivanje. Je tudi lastnost, značilnost - tvorjena iz skupnih vrednot (kaj je pomembno), prepričanj (kako stvari delujejo), in usklajenega sodelujočega delovanja in vedenja v skladu z etičnimi načeli, smernicami, standardi, protokoli (način, kako to delamo) (Šterk, bd; Jenks, 2005; Sammer, et al., 2010).

Vpliv na kulturo je osrednjega pomena in metoda za izboljšanje kakovosti v zdravstvu. Mannion and Davies (2018) opisujeta, da so zdravstvene organizacije precej raznolike zaradi številnih specialnosti, poklicnih skupin, poklicnih hierarhij in storitvenih procesov. Najbolje jih je obravnavati kot kulturni mozaik, sestavljen iz več subkultur, ki so lahko tako gonilna sila kot ovira v izboljšanju kakovosti. V širšem smislu Janks (2005) definira predpono *sub*, ki se nanaša na kategorijo kulture in del celote. Zamisel o več ravneh ali slojih kulturnih manifestacij (Ostroff, et al., 2003) in zlasti osnovna razlika med globinskimi (osebno doživljanje) in površinskimi sloji (vedenje, ravnanje) (Zohar & Hofmann, 2012) je skupna značilnost organizacijske kulture (Schneider, et al., 2013). Skratka, Mannion in Davies (2018) ugotavljata, da so posebne subkulture lahko močni katalizatorji za inovacije in izboljševanje, postanejo lahko zagovorniki statusa quo (za dobro ali slabo), lahko so koristne varovalke pred tveganji ali prikritimi protikulturami, ki tiho spodkopavajo potrebne reforme, itd. Razumevanje te subkulturne raznolikosti mora biti bistveni del vsake kulturne „diagnoze“ pri iskanju izboljšanja kakovosti in varnosti.

Dve izmen poklicnih skupin, ki se ukvarjajo z izboljšanjem kakovosti - zdravniki in menedžerji - se lahko na primer razlikujejo na več pomembnih načinov. Zdravniki se lahko osredotočijo na paciente kot

posameznike in ne na skupine in si ogledajo dokaze s pozitivističnim objektivom iz naravoslovja. Menedžerji/vodje so lahko bolj pazljivi na paciente kot skupine in vrednotijo izkustveno perspektivo na podlagi družboslovnih ved. Te kulturne razlike imajo pomembne posledice za skupno delo, zlasti za ljudi v dvojnih vlogah, ki lahko ohranijo kulturno pripadnost svoji osnovni skupini, ali si prizadevajo sprejeti kulturne usmeritve svoje nove vloge. Prav tako so pomemben cilj za namensko kulturno reformo (Mannion & Davies, 2018). Pri tem pa ne smemo prezreti še najštevilčnejšo skupino izvajalcev zdravstvene nege, ki ima na področju kakovosti in varnosti v zdravstvu posebno pomemben status. Varnostna kultura se tako nanaša na kulturo, v kateri je varnost najpomembnejša (Milligan, 2007). Zdravstvene organizacije morajo med zaposlenimi razviti kulturo varnosti pacientov skupaj z različnimi strukturnimi ukrepi za izboljšanje kakovosti varnosti pacientov (Aranaz & Agra, 2010). Danes je postala običajna praksa v zdravstvenih zavodih merjenje kakovosti kulture pacientove varnosti, da bi ugotovili prepoznali in naslovili še neodkrita problema na tem področju (Alsaleh et al, 2019). Namen prispevka je predstaviti razvoj kulture varnosti v kontekstu kakovosti s pogledom za nazaj, načrti za sedanost in kakšne so možnosti za doseg integriranega generativnega pristopa pri zagotavljanju varnosti pacientov na mikro, mezo in makro ravni - za kakovost v zdravstvu.

## 2 Kultura varnosti v zdravstvu in pogled nazaj

Kultura je postopno ustvarjen človekov umeten simbolni svet. Po nekaterih ocenah segajo njeni zametki vsaj 40 000 let nazaj. Pri človeku to pomeni postopno prevladovanje naučenega vedenja nad nagonskim. Razumemo jo lahko kot nakopičeno tradicijo, katere nosilke so bile različne človeške skupnosti naših prednikov. Človek se mora od rojstva naprej vključevati v kulturne okvire neke družbe. Ta proces imenujemo inkulturacija. Skrb za varnost se je sicer intenzivno uveljavila kot t. i. industrijska varnost v času industrijske revolucije v 18. stoletju. Povečala se je predvsem zavest o možnostih preprečevanja nezgod pri delu. Kot rezultat so se v 20. stoletju začele različne pobude, povezane z varnostjo, med drugim ustanovitev nacionalnega sveta za varnost v Združenih državah leta 1912 (National Safety Council, 1974; Swuste et al., 2010). Koncept kulture varnosti je bil prvič uporabljen leta 1986 kot odgovor na črnobilsko katastrofo (EU-OSHA, 2011). Od takrat naprej lahko opazimo večjo pozornost na raziskovalnem področju varnostne kulture.

Aranaza in Agra (2010) glede razvoja varnosti v zdravstvu opredelita štiri obdobja: pre-Hipokratovo obdobje, Hipokratovo obdobje in post-Hipokratovo obdobje ter t.i. četrto obdobje. Pre-Hipokratovo obdobje povezujeta z dokazi. O skrbi za varnost v zdravstvu namreč priča že Hamurabijev zakonik iz Mezopotamije (Babilonije) iz 18. stol. pr. n. št., ki je z 282 členi ena prvih zbirk zakonov. 11 od njih je bilo namenjeno medicini. Iz Hipokratove faze (460. pr. n. št.) ne poudarjata zgolj njegovega znanega aforizma "Najprej ne škodi" (*primum non nocere*), temveč tudi, da ni dovolj, da se zdravnik pokaže ob pravem času, temveč je nujno, da pacient in tisti okoli njega prispevajo k njegovemu delu. Varnost v zdravstveni oskrbi je namreč povezana tudi s sodelovanjem pacienta in "ostalnih pomočnikov" v zdravstveni oskrbi. V post Hipokratovem obdobju/ tradiciji sta izpostavila štiri vzorne strokovnjake. Ambroise Paré (1509-1590), oče kirurgije, je vedel, kako prepoznati napačno zdravljenje in kako to razkriti. Pierre Charles Alexandre Louis (1787-1872) je leta 1825 predstavil to, kar je imenoval "Méthode numérique /potrebno je štetje" in s tem postavil temelje napredni medicini, ki temelji na dokazih. Florence Nightingale (1820-1910) pionirka zdravstvene nege je vedela, kako prepoznati tveganja za varnost. Z uporabo higienskih ukrepov zmanjša umrljivost v krimski vojni s 40 na 2 %. Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865), madžarski ginekolog, rešitelj mater in oče nadzora nad okužbami, je ugotovil, da se lahko pojavnost poporodne mrzlice drastično zmanjša z izvajanjem dezinfekcije rok v porodniških klinikah. Za izboljšanje varnosti je pripravil celo letake. Ernest Codman (1869-1940), oče kakovosti zdravstvene oskrbe, je izstopal zaradi svojega sistematičnega prizadevanja zaradi vestnega dokumentiranja zdravljenja pacientov. Posebej je bil pozoren na odstopanja, varnostne odklone in izide zdravljenja. Med letoma 1911 in 1916 je zabeležil 123 varnostnih odklonov, ki jih je po lastni ureditvi razvrstil v napake zaradi pomanjkanja znanja ali spretnosti, kirurške presoje, pomanjkanja opreme ali nege in odsotnosti diagnostičnih orodij. Med drugim je izpostavil pomen, da lahko pacienti ocenjujejo kakovost in rezultate zdravstvene oskrbe. V četrtem obdobju, v petdesetih letih prejšnjega stoletja, so bile objavljene prve študije o tveganjih hospitalizacije v povezavi z varnostnimi odkloni. Beecher in Todd (1954) sta poudarila

prispevek anestezirov k opozarjanju na potrebo po oceni metod, ki se uporabljajo za preprečevanje smrti povezane z anestezijo, kar je prispevalo k uveljavitvi varnih praks in drastičnem zmanjšanju smrtnosti zaradi anestezije že v dvajsetem stoletju. Istočasno so k temu prispevale epidemiološke študije. Brennan et al. (1991) se je pričel ukvarjati z metodologijo za proučevanje varnostnih odklonov, itd.

Leta 2004 je Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) poudarila pomen tega vprašanja z ustanovitvijo „Mednarodne zveze za varnost pacientov“. Cilj zaveznitva je bil združiti obsežna mednarodna prizadevanja na področju varnosti pacientov in prehod na varnejše zdravstveno varstvo v državah članicah (World Alliance for Patient Safety, 2008). Aktualno je Poročilo Sveta o varnosti pacientov (2009/ C151/01), in na njegovi podlagi pripravljene dokumenti, npr. "Ključne ugotovitve in priporočila glede sistemov sporočanja in učenja o varnostnih zapletih za paciente po Evropi (Evropska komisija, 2014), ter Zdravstvenega programa Evropske Unije 2014-2020 (2014).

## **2.1 Proučevanje kulture varnosti**

Nunen et al. (2018) so preverili, kako je z znanstvenimi objavami v povezavi z varnostno kulturo v Web of Science med leti 1900 in 2015. Ugotovili so, da je bilo skupno v Web of Science objavljenih 1789 publikacij v 775 različnih revijah. Poudarjajo, da je za raziskave varnostne kulture značilna tudi široka paleta raziskovalnih tem in multidisciplinarnost. V začetnem obdobju je bila majhna skupina raziskovalcev z manjšim številom objav, sledilo je obdobje eksponentne rasti, ustvarjanje poglobljenega znanja z vrhom v letu 2013, nato pa število publikacij prične upadati zaradi znanstvene zasičenosti področja. Na področju varnostne kulture tako lahko ločimo dve glavni raziskovalni področji: (1) kulturo varnosti organizacije in (2) kulturo zdravstvenega varstva in varnosti pacientov. Za merjenje kulture varnosti se sicer uporabljajo različna orodja. Hodgen et al. (2018) so kot potencialno ustrezne za merjenje varnosti pacientov izbrali: Safety, Communication, Operational Reliability and Engagement survey (SCORE), Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Victorian Safety Climate Survey (VSCS), Safety Climate Survey (SCSu), Safety Climate Scale (SCSc), Patient Safety Climate in Healthcare Organisations survey (PSCHO), Modified Stanford Instrument (MSI), Hospital Survey on Patient Safety Culture survey (HSOPSC), Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF). Pri tem ima svoj nabor vprašalnikov/metodologij (SOPS) pripravljen tudi AHRQ (Ameriška agencija za raziskave v zdravstvu in kakovost, bd.). Zagotavlja navodila po korakih za pomoč uporabnikom raziskav pri pripravi akcijskega načrta za izboljšanje kulture varnosti pacientov (Rockville et al., 2016). Vierendeels et al. (2018) so se ukvarjali s proučevanjem modelov merjenja kulture varnosti. Izbrali so štiri ključne modele: P2T model oziroma model varnega upravljanja (Reniers et al., 2011), model vzajemne varnosti (Coper, 2000), popolni model varnostne kulture (Geller 1994) in "TriE's model (National Safety Council, 1974) in proučili dimenzije, ki so jih uporabili pri merjenju, da bi oblikovali enotni model razumevanja in merjenja kulture varnosti. Pri tem omenjajo tudi evolucijski model varnostne kulture (Hudson, 2001) in ciklični integrativni model razvoja kulture varnosti (Flin, 2007). Skupno so prepoznali 12 različnih dimenzij, ki so jih združili na specifičen način v t.i. "Model jajca (The Egg Model) (Vierendeels et al, 2018). V tabeli 1 so predstavljene osnovne domene s ključnimi elementi.



Tabela 1: Domene za merjenje kulture varnosti

Domena	Elementi	Pojasnilo
Tehnološka domena	Postopki	Opazovalna domena, varnostne izide je mogoče spremljati/meriti, varna uporaba materialov, inženiring človeških faktorjev, zaščitna oprema, prilagoditev zasnove opreme, varstvo pri delu, razsežnosti postopkov, poznavanje pravil
	Tehnologija	
	Vedenje ljudi	
	Izobraževanje	
Organizacijska domena	Vodenje	Varnostna/organizacijska klima: merjenje subjektivnih zaznav, ozaveščenost o varnosti
	Zaveza vodstva	
	Zaupanje v organizacijo	
	Transparentnost komunikacije	
Človeški faktorji	Veščine in sposobnosti	osebni psihološki faktorji, namen obnašanja, ohranjanje interesne varnosti, vrsta dejanj, ki omogočajo razvoj spretnosti oseb, proces priprave osebe na dogovorjeni standard, vključuje psihološke elemente, kot so motivacija, čustva, stališča in druge posamezne razlike, vključuje tudi varovanje, vztrajnost, ocenjevanje tveganj in druga obnašanja
	Znanje	
	Osebnostne karakteristike	
	Osebnostni odnos, vedenje	
Okoljski dejavniki	Norme	Kultura varnosti v zavodu je subkultura, ki je povezana s kulturo okolja
	Izjave v medijih	
	Družbeno delovanje in ugled	
	Politične izjave	

V Sloveniji je potekalo proučevanje kulture varnosti v skladu z mednarodnimi dogajanjem. Na podlagi pisnih objav v bibliografski bazi podatkov COBIB.SI je bila z uporabo ključnih besed: "kultura varnosti" in "zdravstvo" zajeto 52 zadetkov 48 avtorjev, od tega jih je 14 dostopno v e-obliki. Najstarejše najdeno delo je iz leta 1980 vendar ni bilo neposredno povezano z zdravstvom, največ objav je bilo v letu 2018. V okviru zaključnih del je bilo zajeto eno doktorsko (Gračner, 2014), 3 magistrska, 11 zbornikov konferenc (2013-2019), itd. Avtor največ del je slovenski ekspert s področja varnosti Robida Andrej. Robida (2013) je izvedel raziskavo o kulturi varnosti pacientov v akutnih splošnih bolnišnicah. Uporabil je HSOPSC vprašalnik (domene: predaja in kontinuiteta, timsko delo, število sporočenih varnostnih odklonov, podpora vodstva za varnost pacientov, splošno zaznavanje pacientove varnosti). Izpolnilo ga je 2932 zaposlenih. Na podlagi te raziskave je možno sklepati, da zaznavanje kulture varnosti pacientov z vidika zaposlenih v slovenskih akutnih splošnih bolnišnicah ni dobro. V zaključku je izpostavil, da je Slovenija za reševanje problemov varnosti pacientov prevzela staro in nevarno smer krivic in sramotenja posameznikov namesto prave in prilagodljive kulture s sistemskim pristopom, ki spodbuja učenje in je namenjen preprečevanju varnostnih odklonov.

Druga izstopajoča raziskava v Sloveniji na področju kulture varnosti je bilo merjenje kulture varnosti v slovenskih dežurnih ambulantah na primarni ravni (Klemenc Ketiš, et al, 2017). Izvedena je bila prečna opazovalna raziskava, ki je bila del mednarodne raziskave z naslovom Patient Safety Culture in European Out-ofHours services (SAFE-EUR OOH).V vzorec je bilo vključenih 250 zaposlenih. Uporabljena je bila slovenska različica lestvice Safety Attitudes Questionnaire – ambulatory version (SAQ – AV). Preverjanje so bile dimenzije dožemanje vodstva, zadovoljstvo z delom, varnostna klima, timsko delo, komunikacija/sporazumevanje. Ugotovljeno je bilo, da kultura varnosti v slovenskih dežurnih ambulantah potrebuje izboljšave, potrebno je zmanjšanje razlik in izboljšanje delovnih pogojev v slovenskih dežurnih ambulantah.

### 3 Kultura kakovosti in varnosti v sedanjosti

Slovenija si stalno prizadeva za napredek na področju spremljanja in uvajanja potrebnih izboljšav za kakovost in varnost zdravstvenih storitev. Osredotočenost na kakovost in varnost zdravstvene oskrbe izhaja iz potrebe po doseganju "trojnega cilja" - hkratnega osredotočanja na izboljšanje izidov zdravstvene obravnave, izboljšanje izkušenj pacientov z zdravstveno obravnavo in zmanjševanje stroškov - za sodoben, odziven in trajnostni zdravstveni sistem. Prizadevanja tečejo v več ravneh. Aktivni so izvajalci zdravstvene dejavnosti, Zbornice, Komisija za kakovost pri Združenju zdravstvenih zavodov, Slovensko združenje za kakovost in odličnost v zdravstvu, itd. Tudi na makro ravni, na Ministrstvu za zdravje, tečejo številne aktivnosti in prizadevanja. S podporo Službe za strukturni razvoj Evropske komisije (SRSS) za podporo strukturnim reformam je bilo izvedeno ocenjevanje uspešnosti sistema zdravstvenega varstva (HSPA), razvito je bilo orodje za merjenje izkušenj pacientov z zdravstveno oskrbo v specialističnih ambulantah (PREMs), pripravljala se še vprašalnik za bolnišnice, išče se možnosti za preverjanje izidov zdravstvenih ukrepov z vidika pacientov (PROMs), pa tudi vzpostavitev sistema upravljanja z varnostnimi odkloni in tveganji za varnost (SenSys).

Prav prizadevanja za vzpostavitev sistema upravljanja z varnostnimi odkloni in tveganji za varnost so najbolj aktualna v sedanjosti v prizadevanjih za razvoj kulture varnosti. Poteka priprava zakonodajne podlage, razvoj spletne aplikacije in aktivnosti za razvoj kulture varnosti. Pri tem zaključujemo prvi sklop dvoletnega projekta v sodelovanju s SRSS in Dansko agencijo za varnost. Vzpostavitev sistema spremljanja varnostnih odklonov in tveganj za varnost je tudi eden izmed predvidenih ukrepov Projekta Šilih. Vlada Republike Slovenije (2017) je potrdila »Projekt Šilih« – ukrepe za zagotavljanje pravice pacienta do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave ter učinkovitega (sodnega) varstva v primeru njene kršitve ter naložila Ministrstvu za pravosodje in Ministrstvu za zdravje, da v predvidenih rokih izvedeta ukrepe iz svoje pristojnosti in poročata o izvedenih ukrepih do 30. 6. 2018 ter o učinkih izvedenih ukrepov do 30. 6. 2019. Ministrstvo za zdravje pri tem izvaja ukrepe s področja pravic pacientov, izvajanja nadzorov, vključevanja vsebin s področja kakovosti in varnosti v okviru priprave zdravstvenih delavcev in sodelavcev na samostojno, kompetentno in odgovorno delo in vključevanja pacientov v procese evalvacije. Merjenje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave je enakovreden del medsebojno povezanih načrtovanih neodvisnih dejavnosti ter ukrepov na vseh ravneh in segmentih zdravstvenega varstva, ki pa sedaj še ne poteka pri vseh izvajalcih zdravstvene dejavnosti na enak način in enako intenzivno. Sicer pa se kakovost najbolj učinkovito kaže in razvija prav skozi samooceno ključnih deležnikov v neposrednem kliničnem okolju in v dejavnem odnosu med pacientom in zdravstvenimi delavci ter sodelavci in pogoji za delo.

### 4 Izzivi za razvoj kulture kakovosti in varnosti v Sloveniji v prihodnosti

Celotna strokovna, politična in splošna javnost se mora zavedati pomena vlaganja v kulturo kakovosti in varnosti. Kultura mora postati sestavni del trajnostnega razvoja, ne kot politična kategorija ali modni preblisk, ampak kot osnovna paradigma družbe, kot generator napredka. Potrebni koraki v prihodnosti so:

- vzpostavitev delovanja sistema upravljanja z varnostnimi odkloni in tveganji za varnost,
- skrb za varnost naj bo pomemben del vizije in temeljna vrednota vseh deležnikov v zdravstvu (v najširšem pomenu besede),
- vzpostavitev medsebojnega zaupanja, spoštovanja in vključevanja tako v zavodih kot med zavodi ne glede na vrsto in raven delovanja,
- vodstvo zavodov mora ustvarjati in podpirati kulturo varnosti in pravičnosti v zavodu,
- ravnanje vseh v povezavi s kulturo kakovosti in varnosti mora biti definirano za vse možne scenarije v povezavi z izidi zdravstvene obravnave,
- proučiti je potrebno možnosti za uvedbo sistema nekrivdne odškodnine,
- naš skupni cilj mora biti integriran generativni pristop pri zagotavljanju varnosti pacientov na mikro, mezo in makro ravni - za kakovost v zdravstvu,
- ukrepati je potrebno v smeri vzpostavitve sistema celovitega integriranega vodenja kakovosti v zdravstvu v Sloveniji (z vsemi potrebnimi elementi), v ključno s podporo v izobraževanju, itd.

Ključno vprašanje za razpravo pa so načrti, "da besede postanejo dejanja".

## 5 Razprava in zaključek

Varnost pacientov je bistveni element kakovosti zdravstvenega varstva, jasno poznavanje kulture kakovosti in varnosti v zdravstvenih organizacijah pa bo pripomoglo k izboljšanju zdravstvenega varstva in varnosti pacientov. Resnična varnostna kultura je tista, v kateri vsaka oseba v organizaciji priznava svojo odgovornost glede varnosti pacientov in si prizadeva izboljšati oskrbo, ki jo zagotavljajo; poleg priznanja, da se lahko zgodijo varnostni odkloni in da zdravstveno varstvo ni brez tveganj. Projektno delo je eden izmed učinkovitih načinov uvajanja inovacij, če je zastavljeno tako, da omogoča trajnost in napredek. V nadaljevanju torej sledijo naslednje aktivnosti:

- pilotsko preverjanje sistema upravljanja z varnostnimi odkloni in tveganji za varnost v zdravstvu
- vključno s spletno aplikacijo VAR-NET in možnostjo sporočanja pacientov, učno platformo in
- akcijskim načrtom za razvoj kulture varnosti,
- analiza možnosti v povezavi z vzpostavitvijo sistema nekrivdne odškodnine,
- priprava potrebnega za na dokazih temelječe odločanje za napredek v smeri vzpostavitve
- sistema celovitega integriranega vodenja kakovosti v zdravstvu v Sloveniji, itd.

Doseg rezultatov pa bo odvisen od nas vseh. Predstavljamo odvisno spremenljivko, neodvisna spremenljivka v tem delu je kakovost in varnost v zdravstvu, ki predstavlja konstanto iz časovne perspektive. Samo zahtevnejši smo postali. Standard kakovostne obravnave je bolj jasen, varnostni odklon ni in ne sme biti sprejemljiva norma, predstavlja naj opozorilo za vse nas, da nismo še dovolj naredili na prepoznavanju tveganj, uvajanju različnih orodij, da nacionalno učenje še ni zadostno. Pri tem imamo vsi deležniki svojo vlogo, ki jo lahko udejanimo v sodelovanju. Če uporabimo zanje iz fizike: sile v isto smer se seštejejo, sile v nasprotno smer izničujejo delovanje. Smiselne se zgolj manjše korekcije smeri - za varnost in kakovost v zdravstvu.

## Literatura:

- 1 Alsaleh, F. M., Abahussain, E. A., Altabaa, H. H., Al-Bazzaz, M.F. & Almandil, N. B., 2019. Assessment of patient safety culture: a nationwide survey of community pharmacists in Kuwait. *BMC Health Services Research*, 18, pp. 884.
- 2 Aranaz, J. M & Agra, Y., 2010. The culture of patient safety: from past to future in four stages. *Medicina Clinica (Barc)*, 135 (Suppl 1), pp. 1–2.
- 3 Beecher, H. K. & Todd, D.P., 1954. A study of the deaths associated with anesthesia and surgery. *Annals of Surgery*, 140, pp. 2-34.
- 4 Brennan, T. A, Leape, L. L., Laird, N. M., Hebert, L., Localio, A. R. Lawthers, A. G., Newhouse, J.P., Weiler P.C., & Hiatt H. H., , 1991. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *The New England Journal of Medicine*, 324, pp. 370-6.
- 5 Coper, M. D. 2000. Towards a model of safety culture. *Safety Science*, 36(2), pp. 111-136.
- 6 Geller, E. S. 1994. Ten principles for achieving a Total Safety culture. *Professional Safety*, (Sept), pp. 18-24.
- 7 EU-OSHA European Agency for Safety and Health at Work, 2011. Occupational safety and health culture assessment –a review of main approaches and selected tools. Working Environment Information Working Paper. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- 8 Flin, R., 2007. Measuring safety culture in healthcare: a case for accurate diagnosis. *Safety Science*, 45(6), pp. 653-667.
- 9 Gračner, A., 2014. Management spremeb in uspešno uvajanje kulture varnosti bolnikov: študija primera slovenske bolnišnice. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
- 10 Hogden, A., Ellis, L., Churruca, K. & Bierbaum, M., 2018 . Safety Culture Assessment in Health Care: A review of the literature on safety culture assessment tools. Australian Institute of Health Innovation. Available at: <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2017/10/Safety-Culture-Assessment-in-Health-Care-A-review-of-the-literature-on-safety-culture-assessment-modes.pdf> [Accessed 13 April 2019].
- 11 Hudson, P., 2001. Safety management and safety culture: The long, hard and winding road. In: W. Pearse, C. Gallagher, I. Bluff, eds. Occupational health and safety management System. Melbourne: Crown Content, pp. 3-32.
- 12 Jenks, C., 2005. Visual Culture. London, New York: Routledge.
- 13 Evropska komisija, 2014. Ključne ugotovitve in priporočila glede sistemov sporočanja in učenja o varnostnih zapletih za paciente po Evropi. Available at: [http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient\\_safety/docs/guidelines\\_psqcwg\\_reporting\\_learning\\_systems\\_sl.pdf](http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/guidelines_psqcwg_reporting_learning_systems_sl.pdf). [Accessed 10 April 2019].
- 14 Klemenc Ketiš, Z., Tvester Deilkas E., Hofoss, D. & Tschudi Bondevik, G., 2017. Kultura varnosti v slovenskih dežurnih ambulantah. *Zdravstveno varstvo*, 56(4), pp. 203-210.
- 15 Mannion, R. & Davies, H., 2018. Understanding organisational culture for healthcare quality improvement. *The BMJ*, 363, k4907.
- 16 Milligan, F. J., 2007. Establishing a culture for patient safety - the role of education. *Nurse Education Today*, 27(2), pp. 95–102.
- 17 National Safety Council, 1974. Accident prevention manual for industrial operations, 7th ed. Chicago, USA: Cornell University.
- 18 Nunen, K., Li, J., Reniers, G. & Ponnet, K., 2018. Bibliometric analysis of safety culture research. *Safety science*, 108, pp. 248-258.
- 19 Ostroff, C., Kincki, A. J. & Tamikins, M. M., 2003. Organizational culture and climate. In: W. C. Borman, D. R. Ilgen,, R. J. Klimonski, eds. *Handbook of Psychology*, Hoboken: John Willey& Sons Inc, pp. 565-593.
- 20 Poročilo Sveta o varnosti pacientov (2009/ C151/01). Available at: [http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient\\_safety/docs/council\\_2009\\_report\\_sl.pdf](http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/council_2009_report_sl.pdf) [Accessed 4 April 2019].
- 21 Reniers, G. L. L., Cremer, K. & Buyteart, J., 2011. Continuously and simultaneously optimizing an organization's safety and security culture and climate: teh improvement diamond for excellence

- achievement and leadership in safety & security (IDEAL S&S) model. *Journal of Cleaner Production*, 19 (11), pp. 1239-1249.
- 22 Robida, A., 2013. Hospital survey on patient safety culture in Slovenia: a psychometric evaluation. *International journal for quality in health care*, 25 (4), pp. 469-47.
- 23 Robida, A., 2013. Zaznavanje kulture varnosti pacientov v slovenskih akutnih bolnišnicah = Perception of patient safety culture in Slovenian acute general hospitals. *Zdravniški vestnik*, 82 (10), pp. 648-660.
- 24 Rockville, M. D., Sorra, J, Gray, L., Franklin, M., Stregale, S., Tesler, R., & Vithidkul, A., 2016. Action Planing tool for teh ARHQ Surveys on Patient safety culture. Available at: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/planningtool.pdf> [Accessed 3 April 2019].
- 25 Swuste, P., van Gulijk, C. & Zwaard, W., 2010. Safety metaphors and theories, a review of the occupational safety literature of the US, UK and The Netherlands, till the first part of the 20th century, *Safety Science*, 48 (8), pp. 1000-1018.
- 26 Šterk, K., bd. Oddelek za kulturologijo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede. Available at: <https://www.fdv.uni-lj.si/studij/oddelki-in-katedre/oddelek-za-kulturologijo> [4 April 2019].
- 27 Sammer, C. E., Lykens, K., Singh, K. P., Mains, D. A., Lackan, N. A., 2010. What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42 (2), pp. 156-65.
- 28 Schneider, B., Ehrhart, M.G. & Macey, W.H., 2013. Organizational climate and culture. *Annual Review of Psychology*, 64, pp. 361-388.
- 29 Vlada Republike Slovenije (2017). Projekt Šilih. Available at: [http://www.mz.gov.si/si/delovna\\_podrocja\\_in\\_prioritete/zdravstveno\\_varstvo/kakovost\\_in\\_varnost/projekt\\_silih/](http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/zdravstveno_varstvo/kakovost_in_varnost/projekt_silih/) [10 April 2019].
- 30 Vierendeelsa, G., Reniers, G., van Nunenef, K. & Ponnet, K., 2018. Integrative Conceptual Framework for Safety Culture: The Egg Aggregated Model (TEAM) of Safety Culture. *Safety Science*, 103, pp. 323-339.
- 31 World Alliance for Patient Safety, 2008. WAPS. Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for research. Geneva: WHO Press, pp. 136.
- 32 Zdravstveni program Evropske Unije 2014-2020., 2014. Available at: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/HTML/?uri=CELEX:32014R0282&from=EN> [4 April 2019].
- 33 Zohar, D. & Hofmann, D. A., 2012. Organizational culture and climate. In: S. W. Kozlovski, ed. *The oxford Handbook of Organizational psychology*. New York: Oxford University Press, pp. 643-666.

# UKREPI ZA VEČJO VARNOST NA PODROČJU PREDPISOVANJA IN APLIKACIJE ZDRAVIL Z VIDIKA SISTEMA VODENJA KAKOVOSTI

Mag. Zdenka GOMBOC, prof.zdr. vzg.  
Splošna bolnišnica Murska Sobota  
zdenka.gomboc@sb-ms.si

asist. dr. Alenka KOVAČIČ, mag.farm., spec. klin. farm.  
Splošna bolnišnica Murska Sobota

## **Izvleček:**

Varno zdravljenje z zdravili je pogoj za uspešno zdravljenje bolnikov v bolnišnicah. Iz številnih opazovalnih študij in randomiziranih raziskav pa vendarle izhaja, da so težave povezane z zdravili med najpogostejšimi medicinskimi napakami, ki vodijo do trajnih posledic ali tudi do smrti bolnikov v bolnišnicah. Napake pri zdravljenju z zdravili se lahko dogajajo v različnih fazah na poti zdravila do bolnika, zato je potrebno spremljanje in nadgrajevanje na več nivojih. Za varno zdravljenje z zdravili so pomembni vsi postopki: ustrezno predpisovanje zdravil, ustrezna priprava zdravil, ustrezno dajanje zdravil in spremljanje učinkovitosti oziroma ustrezno prilagajanje terapije z zdravili. Pomembna so natančna navodila in sledenje navodilom, strokovni nadzori s svetovanjem in nadgrajevanje znanja v vsaki fazi.

Za varnejše zdravljenje z zdravili smo v Splošni bolnišnici Murska Sobota poleg nadzorov nad predpisovanjem, pripravo in apliciranjem zdravil, uvedli tudi redno izobraževanje zdravstvenega osebja glede ustreznega predpisovanja, priprave in aplikacije zdravil. Na podlagi spremljanja in evalvacije predpisovanja smo dorekli ukrepe, ki jih izvajamo. V prihodnosti želimo ustrezno predpisovanje in aplikacijo terapije vključiti tudi med kazalnike kakovosti dela oddelkov.

Prispevek je predstavljen iz pogleda koordinatorja sistema vodenja kakovosti, ki ima pri povezovanju različnih zdravstvenih delavcev v smislu merjenja, spremljanja in analiz varne uporabe zdravil pomembno vlogo v bolnišnici.

**Ključne besede:** predpisovanje, deljenje zdravil, napake pri zdravljenju, varnostni odkloni.

## **1 Uvod**

Spremljanje in evalvacija napak pri zdravljenju z zdravili in neželenih dogodkov pri zdravljenju z zdravili je ključno za izboljšanje zdravstvene oskrbe. Napaka v zdravljenju z zdravili (NZZ) je nenamerna napaka v zdravljenju z zdravili, ki vodi oziroma lahko povzroči značilno škodo za bolnika. V angleščini se za NZZ pogosto uporabljata izraza medication in medical error (NEHI, 2016).

Po podatkih iz raziskav je razširjenost NZZ v Evropi 9.8–25.8 % (Ay, Akici and Harmanc, 2005), (Egger et al., 2006). V sistematičnem pregledu so izračunali, da je razširjenost NZZ v bolnišnicah okoli 7 % (Lewis et al., 2009). Podobno so ugotovili na Škotskem v bolnišnicah, kjer so pregledali predpisana zdravila za 4710 bolnikov. Razširjenost NZZ je bila 7,5 % (Ryan et al., 2014).

Za NZZ so odgovorni vsi zdravstveni delavci in bolniki sami. Čeprav se pogosto napačno prikazuje, da so zdravniki povzročitelji vseh NZZ, rezultati raziskav kažejo drugače. Tako podatki iz leta 1997 kažejo, da je 44 % smrtnim napakam v zdravljenju vzrok tehnična okvara, 17 % napačna diagnoza in ostali dejavniki, kar kaže na dejstvo, da je potrebno za NZZ veliko pozornosti nameniti tudi ostalim dejavnikom (npr. zastarela oprema, pomanjkanje komunikacije med zaposlenimi, neustrezno dajanje terapije z zdravili itd.) (Štuhec, 2017).

Neželeni dogodki pri zdravljenju z zdravili se izražajo v dodatnih hospitalizacijah, podaljšanju hospitalizacij, višji porabi zdravil in medicinsko-potrošnega materiala, bolniških staležih ter slabši kvaliteti življenja bolnikov.

## 2 Napake pri zdravljenju z zdravili

Napake pri zdravljenju z zdravili se lahko pojavljajo na različnih stopnjah. Stopnje so naslednje:

- Predpisovanje zdravil: napačna izbira zdravila (glede na indikacijo, kontraindikacije, znane alergije, obstoječo terapijo in druge dejavnike), jakost, farmacevtska oblika, odmerek, pot aplikacije, koncentracija; neučinkovita komunikacija (nečitljiva pisava, nejasne ničle in decimalne pike, uporaba okrajšav), podobno zvoneča ali podobno zapisana zdravila, nepopolna naročila, prepisovanje, izgubljeni predpisi, napake pri prepisovanju / vnašanju v sistem, zamenjava naročil.
- Razdeljevanje zdravil: napačno zdravilo za »pravega« bolnika.
- Aplikacija zdravil: nezmožnost aplikacije zdravila bolniku, aplikacija ob uri, ki ni predpisana, aplikacija prenizkega/previsokega odmerka glede na predpis, aplikacija drugačne farmacevtske oblike od predpisane, napaka pri pripravi zdravila za aplikacijo, napaka pri poti aplikacije – uporaba nepravilne tehnike ali postopka, aplikacija zdravila s pretečenim rokom uporabe.
- Spremljanje zdravljenja: nesodelovanje pacienta pri zdravljenju (Institute for Safe Medication Practices, 2015).
- Napake lahko ugotovimo z rednim sporočanjem varnostnih odklonov pri predpisovanju ali z retrospektivnimi analizami terapevtskih listov z različnih oddelkov bolnišnic.
- Za ustrezno obvladovanje področja varnosti zdravljenja z zdravili je pomembno, da imajo bolnišnice navodila oz. postopke definirane. To pomeni, da v zavodih obstajajo dokumenti, ki opredeljujejo, kako se morajo zdravila predpisovati, naročati, pripravljati, deliti in aplicirati.
- V Splošni bolnišnici Murska Sobota (SBMS) imamo zato že več let Navodilo za predpisovanje in aplikacijo zdravil v SBMS.
- Terapevtski listi in terapija se tako pregleduje po več kriterijih:
  - čitljivost in pravilnost zapisanega imena zdravila,
  - navedba farmacevtske oblike zdravila,
  - navedba odmerka/odmerjenega intervala za predpisano zdravilo,
  - navedba ure in datuma predpisovanja,
  - zapisana zdravila pod ustrezno alinejo / v pravem razdelku na terapevtskem listu, ali je za predpisano zdravilo iz terapevtskega lista razvidna indikacija,
  - pregled trajanja terapije z namenom ugotovitve ali je bilo zdravilo, ki je bilo predpisano, vmes tudi ukinjeno in ali je po ukinitvi prišlo do ponovnega predpisa istega zdravila,
  - aplikacija zdravila – navedba ure aplikacije, parafe in kljukice.

Rezultati rednega spremljanja in analize varnostnih odklonov tako vodijo do zaključkov, katerim sledijo ukrepi, ki so obveščanje zdravnikov in ostalega zdravstvenega osebja, redno sprotno izobraževanje z evalvacijo (testom na koncu izobraževanja) in poenostavitve postopkov, kjer je to možno.

Med oddelki so prisotna manjša odstopanja, ki jih lahko povežemo z njihovimi karakteristikami. Večje število negativnih odstopanj je pričakovano na oddelkih, ki so večji, oz. na letni ravni sprejmejo večje število bolnikov. Na rezultate pa ne vpliva samo velikost oddelka in število hospitalizacij. Drugi dejavniki, ki vplivajo na rezultate so: delovno okolje, velika obremenitev zdravstvenih delavcev, osredotočenost pri delu, prekinitve med delom in predpisovalčevo poznavanje stalne terapije pacientov. Tudi prisotnost kliničnega farmacevta na oddelku, ki sproti spremlja, nadzira in svetuje na področju predpisovanja in aplikacije terapije ima pomembno vlogo v timu.

## 3 Razprava

Ukrepi na področju varnosti zdravljenja z zdravili so sledili obdobjim analizam skladnosti predpisovanja in aplikacije zdravil z zahtevami mednarodnim standardov sistema vodenja kakovosti in mednarodnim akreditacijskim standardom za zdravstvene organizacije, spremljanju varnostnih odklonov, ugotovitvam oddelčnih vizit ter sprotnega spregledovanja terapij na oddelkih, ki jih je izvajal klinični farmacevt. Osnovni cilj vseh pa je bil podati povrtano informacijo predpisovalcev terapije in negovalnemu osebju, ki aplicira terapijo, da zmanjšamo delež neskladnosti in varnostnih odklonov. Zato smo se odločili, da postane klinični farmacevt stalni član notranjih presojevalcev, ki se vključuje v nadzor procesov varne uporabe zdravil. Zdravnike smo seznanili z najpogostejšimi neskladnostmi oz. rezultati analiz na sestankih in oddelčnih raportih. Za negovalno osebje in fizioterapevte so klinični farmacevti pripravili program usposabljanja na področju: deljenje per os terapije, priprava in dajanje i.v. terapije, dajanje

pripravkov v oko, uho, aplikacija dermalnih pripravkov in pravilna uporaba obližev, krem in mazil. Največji poudarek je pri pravilnem dajanju zdravil per os in pri pravilni pripravi zdravil za i.v. dajanje. Ker pa smo želeli meriti tudi učinke usposabljanja smo se odločili za uporabo testa znanja. Slednjega so udeleženci izvedli ob koncu usposabljanja in dobili povratno informacijo oz. oceno. Že v prvi polovici leta 2016 smo izvedli 7 izobraževanj, ki se jih je udeležilo 274 medicinskih sester in zdravstvenikov (srednje in visoko izobraženih) iz 22 različnih odsekov oz. oddelkov bolnišnice. Ker gre za področje zdravil in to znanje nujno potrebujejo, smo ocenili, da je pozitivno opravljen test, če je vsaj 70% odgovorov pravilnih. Vsi, ki so odgovorili pravilno na več kot 90 % vprašanj, so bili ocenjeni z odliko. Za vse, ki so dosegli manj kot 70% uspešnost, smo ocenili, da je potrebno, da se ponovno udeležijo izobraževanja, saj je nedvoumno znanje s tega področja nujno za ustrezno delo z zdravili na oddelkih.

Do danes je že večina zdravstvene nege uspešno izpolnila teste. V 2017 smo izvedli še štiri dodatne termine izobraževanja, rezultati evalvacijskih testov in pridobljenega znanja so bili primerljivi s prejšnjimi leti. V 2018 smo nadaljevali izobraževanje z novo zaposlenimi in tistimi, ki so neuspešno opravili teste iz lanskega leta.

Predvideno je, da se sistem pridobivanja in osvežitve znanja nadaljuje v 2019.

Eden izmed ukrepov je bil tudi ta, da smo med vsebine uvajalnega seminarja za novozaposlene vključili tudi področje predpisovanja in aplikacija terapije in poročanje o neželenih učinkih zdravil, ki jih izvaja klinični farmacevt. Tako se mlad kader, že na samem začetku seznanjen z navodili oz. zahtevami na področju varnega predpisovanja in aplikacijo terapije ter ukrepanja v kolikor pride do varnostnega odklona ali neželenega učinka zdravil.

#### 4 Zaključek

Rezultati spremljanja, merjenja in analiz predpisovanja zdravil v SBMS kažejo, da kljub natančnim navodilom predpisovanja prihaja do varnostnih odklonov. Odkloni predstavljajo potencialno tveganje za nastanek neželenih dogodkov povezanih z zdravili, vendar so v veliki meri s pravimi ukrepi preprečljivi. Rešitev bi lahko predstavljala vpeljava računalniško podprtega sistema, ki bi omogočil elektronsko predpisovanje, vendar v veliko primerih zaradi stroškovnih omejitev integracija takega sistema v bolnišničnih okoljih ni mogoča. K zmanjšanju odklonov pa lahko prispevajo tudi drugi ukrepi kot so: poročanje potencialnih in izraženih napak povezanih z zdravili, izobraževanje in ozaveščanje predpisovalcev in medicinskih sester, prilagoditev strukture terapevtskih listov in vključitev kliničnega farmacevta v interdisciplinaren tim. Večina ukrepov, ki smo jih uvajali v bolnišnici s ciljem povečati varnost na področju ravnanja z zdravili pa so bili rezultat pristopa, ki je izhajal iz sistema vodenja kakovosti in sledenja korakom Demingovega krogu, kjer sta tako koordinator sistema vodenja kakovosti kot klinični farmacevt poleg ostalih članov v timu zdravnik, medicinska sestra in ob podpori vodstva dobila pomembno vlogo.

#### Literatura

- 1 Egger, S. S. et al. (2006) 'Prevalence of potentially inappropriate medication use in elderly patients: comparison between general medical and geriatric wards.', *Drugs & aging*. doi: 10.2165/00002512-200623100-00005.
- 2 Institute for Safe Medication Practices, n.d. *A call to action: eliminate handwritten prescriptions within 3 years!*. Available at: <https://www.ismp.org/Newsletters/acutecare/articles/Whitepaper.asp> [Accesed 20 September 2017].
- 3 NEHI (2016) *Network for Excellence in Health Innovation USA*, [http://www.nehi.net/bendthecurve/sup/documents/Medication\\_Errors\\_%20Brief.pdf](http://www.nehi.net/bendthecurve/sup/documents/Medication_Errors_%20Brief.pdf).
- 4 Podlessek, S. (2017) *Vrednotenje predpisovanja zdravil v Splošni bolnišnici Murska Sobota v 2015: enoviti magistrski študijski program Farmacija*. UNI Ljubljana, FFA.
- 5 Ryan, C. et al. (2014) 'Prevalence and causes of prescribing errors: The PRescribing Outcomes for Trainee Doctors Engaged in Clinical Training (PROTECT) study', *PLoS ONE*. doi: 10.1371/journal.pone.0079802.
- 6 Stuhec, M. (2017) '(PDF) Medication Errors: Realities and Perspectives', <https://www.researchgate.net/publication/320831344>.



# OBVLADOVANJE ODKLONOV S PODROČJA RAVNANJA Z ZDRAVILI

Petra SVETINA, dr. med.

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

petra.svetina@klinika-golnik.si

## **Izvleček:**

Odkloni s področja ravnanja z zdravili predstavljajo veliko tveganje za bolnika, saj zmanjšajo kakovostno in varno obravnavo bolnika ter predstavljajo veliko ekonomsko breme za zdravstveni sistem. Odkloni oz. neželeni dogodki in skorajšnji dogodki s področja ravnanja z zdravili nastanejo zaradi napačne izbire zdravila, napačne priprave zdravila, napačne izdaje ali dajanja zdravila in lahko povzročijo škodo bolniku. Odklone in skorajšnje dogodke s področja ravnanja z zdravili se da preprečiti in s tem izboljšati raven kakovostne in varne obravnave bolnikov. V Kliniki Golnik imamo vpeljan sistem obvladovanja odklonov, ki vključuje tudi obvladovanje odklonov s področja ravnanja z zdravili.

**Ključne besede:** odkloni, poročanje, preprečevanje odklonov

## **1 Uvod**

Cilj zdravljenja z zdravili je doseganje določenih terapevtskih rezultatov, ki izboljšajo kvaliteto bolnikovega življenja in sočasno predstavljajo čim manjše tveganje za bolnika. Med tveganja zdravljenja z zdravili sodijo škodljivi učinki zdravil (neželeni učinki) in neželeni dogodki oz. odkloni s področja ravnanja z zdravili. Za uspešno preprečevanje teh odklonov so potrebni učinkoviti sistemi kakovosti in osveščenost zdravstvenih delavcev za prepoznavanje medicinskih odklonov s področja ravnanja z zdravili in poročanje o njih (Robida, 2009; Stariha, 2016).

Odkloni s področja ravnanja z zdravili vodijo v nezaupanje bolnikov v zdravstveni sistem in povečujejo stroške zdravljenja. Razlogov za njihovo pojavljanje je več - pomanjkanje znanja, pomanjkanje motivacije, preobremenjenost zdravstvenih delavcev, neustrezni delovni pogoji, slabi sistemi kakovosti, slaba komunikacija, strah pred poročanjem, strah pred posledicami, ...

Pogostost pojavljanja odklonov s področja ravnanja z zdravili ni natančno znana, saj je še vedno veliko odklonov neprepzanih. Po podatkih iz literature naj bi se pojavljali pri več kot 50% vseh sprejemov v bolnišnico oz. pri 9 -15% vseh predpisov zdravil. Pogostost pojavljanja odklonov s področja ravnanja z zdravili je odvisna od učinkovitosti ukrepov za preprečevanje, odkrivanje in odpravljanje odklonov ter od osveščenosti zdravstvenih delavcev, medtem ko izobrazba, starost ter delovna doba zdravstvenih delavcev nimajo pomembnega vpliva na pogostost pojavljanja odklonov (Dean 2000; Dean 2002; Robida 2013; Stariha, 2016).

## **2 Odkloni s področja ravnanja z zdravili**

Odklone s področja ravnanja z zdravili delimo na neželene dogodke oz. odklone in skorajšnje neželene dogodke.

Neželen dogodek oz. odklon pri ravnanju z zdravili je dogodek, ki se zgodi zaradi nepravilne priprave, predpisa, izdaje ali dajanja zdravila.

Skorajšnji neželeni dogodek pri ravnanju z zdravili je dogodek, ko se je med pripravo ali pri predpisu, izdaji ali dajanju zdravila ugotovila napaka, vendar se je napaka odkrila preden je bolnik prejel napačno zdravilo oziroma napačen odmerek zdravila (Robida, 2013; Stariha 2016)

### **2.1. Vzroki, ki pripeljejo do odklonov ali skorajšnji dogodkov**

Pri zdravljenju z zdravili v bolnišnici sodelujejo zdravnik, medicinska sestra in klinični farmacevt, zato lahko prihaja do odklonov ali skorajšnjih dogodkov s področja ravnanja z zdravili zaradi napačne izbire zdravila, napačne priprave zdravila, odklona pri izdaji zdravila in odklona pri dajanju zdravila.

Pogosti vzroki za napačno izbiro zdravila so neupoštevanje izbire zdravila glede na indikacije, kontraindikacije, neupoštevanje znane alergije na zdravila, neupoštevanje dosedanjega izida zdravljenja ali neupoštevanje možnih interakcij med sočasno predpisanimi zdravili. Zaradi nečitljivega zapis zdravila ali neupoštevanja »pravila 5P« pri razdeljevanju zdravil, lahko bolnik prejme napačni odmerek, napačno obliko, napačno koncentracijo zdravila ali prejme zdravilo po napačni poti ali v nepravilnih časovnih intervalih (Stariha, 2016).

### **2.2. Spremljanje in obvladovanje odklonov**

Ob ugotovitvi odklona oz. neželenega dogodka je potrebno vedno oceniti klinično pomembnost odklona. Glede na posledice odklona za bolnika in ukrepanje ločimo tri skupine odklonov oz. neželenih dogodkov:

- a) odklon, ki ima majhno klinično pomembnost – ni posledic za bolnika in ukrepanje ni bilo potrebno, razen opazovanja.
- b) odklon, ki ima srednjo klinično pomembnost – bolnik je utrpel začasno škodo, potrebno je bilo ukrepanje
- c) odklon, ki ima veliko klinično pomembnost – neželen dogodek je povzročil trajno škodo ali smrt, potrebni so bili ukrepi za ohranitev življenja

Odklon oz. neželen dogodek je dolžna prijaviti oseba (npr.: medicinska sestra, zdravnik, klinični farmacevt), ki je dogodek prepoznala (lahko je prijavitelj soudeležen pri tem dogodku ali ga je le prepoznal). Zdravnik, ki bolnika zdravi, mora oceniti posledice odklona oz. neželenega dogodka za bolnika in odrediti ukrepanje (Stariha, 2006).

Bolnišnice z dobrim sistemom kakovosti morajo imeti ustaljene ukrepe za prepoznavo in poročanje odklonov s področja ravnanja z zdravili. Poleg prepoznave odklonov in skorajšnjih dogodkov, je potrebno poleg poročanja o odklonih in skorajšnjih dogodkih, pripraviti in upoštevati ukrepe, ki bodo preprečili pojavljanje istega odklona v prihodnje (Robida, 2006).

## **3 Razprava**

Za dobro obvladovanje odklonov je potrebna osveščenost zdravstvenih delavcev, da prepoznavajo in javljajo odklone in skrbnik sistema, ki spremlja prijavljene odklone in skrbi za oceno klinične pomembnosti odklonov. Na podlagi klinične ocene se pripravijo in izpeljejo korektivni ukrepi, ki preprečujejo ponavljanje istih ali podobnih odklonov v prihodnje.

Na Kliniki Golnik redno spremljamo odklone in skorajšnje dogodke že od leta 2005. Prav spremljanje odklonov in skorajšnjih dogodkov povezanih z zamenjavo zdravil, je bilo prvo kar smo začeli redno spremljati. Vsako leto je prijavljenih več odklonov, v zadnjih letih prepoznajo in prijavijo odklone s področja ravnanja z zdravili tudi drugi zdravstveni delavci, ne le medicinske sestre. Odklone in skorajšnje dogodke redno spremljamo, ocenimo klinično pomembnost odklonov ter jih predstavimo na pogovorih o varnosti. Ob predstavitvi odklonov se predlagajo korektivni ukrepi, s katerimi želimo preprečiti ponovitev odklonov. V zadnjih letih smo pričeli tudi s spremljanjem izvajanja korektivnih ukrepov.

Z obvladovanjem odklonov s področja ravnanja z zdravili na Kliniki Golnik z leti opažamo porast prepoznavanja in javljanja odklonov, kar ne pomeni, da se ti pogosteje pojavljajo, ampak so posledica

boljše prepoznavne in javljanja. V zadnjih letih smo z rednimi predstavitvami odklonov na pogovorih o varnosti in s sprejemanjem in izvajanjem korektivnih ukrepov, dosegli povečano zavzemanjem zdravstvenih delavcev za varno in kakovostno obvladovanje procesov, ki so vezani na ravnanje z zdravili.

#### 4 Zaključek

Če je bilo v preteklosti zdravljenje z zdravili samo v rokah zdravnikov, je sedaj to multidisciplinarni proces, kjer imajo pomembno vlogo poleg zdravnikov tudi medicinske sestre, klinični farmacevti in laboratorijski delavci. V bolnišnicah so pri prepoznavanju, poročanju in odpravljanju napak oz. odklonov s področja ravnanja z zdravili, pomembni: stalen sistem kakovosti in nadzora, stalno izobraževanje in primerne obremenitve zdravstvenih delavcev, ustrezna preskrba z zdravili, dostopnost določenim zdravstvenim delavcem do kliničnih podatkov o bolnikih, ustrezna komunikacija in primerno delovno okolje.

Preprečevanje odklonov s področja ravnanja z zdravili je eden najuspešnejših ukrepov za zmanjšanje tveganja za bolnika in s tem doseganje dobrih terapevtskih rezultatov. Prav zaradi tega želimo na Kliniki Golnik pri obravnavi odklonov s področja ravnanja z zdravili, poleg prepoznavanja, poročanja odklonov in sprejemanja korektivnih ukrepov, v prihodnje še izboljšati redno spremljanje izvajanja korektivnih ukrepov, ter s tem še dodatno izboljšati kakovost in varnost na področju ravnanja z zdravili na kliniki.

#### Literatura

- 1 Robida A. *Napake pri zdravstveni obravnavi pacientov: sistematična analiza globljih vzrokov napak in njihovo preprečevanje: priročnik: z znanostjo do večje varnosti pacientov*. Bled: Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave, Prosunt; 2013.
- 2 Robida A. *Pot do odlične zdravstvene prakse*. Ljubljana, Planet GV, 2009.
- 3 Robida A. *Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnico*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2006.
- 4 Stariha E. *Poročanje neželenih dogodkov pri zdravljenju z zdravili*. *Med Razgl.* 2016;55 Suppl 1:103-8.
- 5 *Obrazec Klinike Golnik: Poročilo o neželenem dogodku pri zdravljenju z zdravili*
- 6 Dean B., Schachter M. et al: *Prescribing errors in hospital inpatients: their incidence and clinical significance*; *Qual Saf Health Care* 2002; 11:340-344
- 7 Dean B., Barber N. et al: *What is a prescribing error?*; *Qual in Health Care* 2000; 9:232-237

# POGOVORI O VARNOSTI V SISTEMU IZBOLJŠEVANJA KAKOVOSTI

Doc. dr. Saša KADIVEC, prof. zdr. vzg.

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

sasa.kadivec@klinika-golnik.si

## **Izvleček:**

Cilj pogovorov o varnosti je zagotavljanje varnosti in izboljševanje sistema kakovosti za bolnika in za zdravstveno osebje. Pogovori o varnosti naj potekajo na ravni bolniških oddelkov ali na ravni cele bolnišnice, vključeni naj bodo zaposleni, ki so vključeni v obravnavani proces. Pogovori o varnosti so priložnost za učenje, saj udeleženci razpravljajo o varnosti in iščejo rešitve zanje. Ključno je spodbujanje kulture varnosti za bolnike in visoko zavedanje o problemih varnosti na vseh ravneh. Namen prispevka je predstaviti umeščenost pogovorov o varnosti v sistem obvladovanja varnosti in zagotavljanja kakovosti v kliničnem okolju.

**Ključne besede:** varnost, sistem izboljševanja kakovosti, pogovor o varnosti

## **1 Uvod**

Zagotavljanje varnosti in sistem izboljševanja kakovosti nista ločeni aktivnosti, pač pa del vsakodnevne prakse. Osnova za izboljševanje kakovosti in zagotavljanje varnosti je merjenje in dokumentiranje kakovosti. Spremembe, ki so potrebne v sistemu zagotavljanja varnosti in izboljševanja kakovosti so povezane s kulturo, ki vlada v določenem okolju bolnišnice (Robida, 2006; Robida, 2013). Kultura varnosti je tista, v kateri se vsakdo nenehno in dejavno zaveda svojega prispevka k delovanju ustanove in možnosti, da gredo stvari lahko narobe. Je kultura odprtosti in pravičnosti, v kateri ljudje zvedo, kaj je šlo narobe, stvari popravijo in nenehno izboljšujejo procese ter iščejo sistem, da postanejo bolj odporni na napake. Velikega pomena je, da vsi zaposleni razumejo, kako se bo njihova ustanova odzvala na sporočanje odklonov in kako jih bo analizirala. Ustanova mora pripraviti strategijo in program varnosti pacientov, kjer je pomemben element sporočanje napak z zdravstveno škodo za paciente, skorajšnjih napak in možna tveganja (Robida, 2013). Namen prispevka je predstaviti pogovore o varnosti v okolju Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik. S poročanjem opozorilnih dogodkov so pričeli reševati probleme iz področja zagotavljanja varnosti pacientov. Pri tem sledijo krogu PDCA in uvedene spremembe tudi vrednotijo. Pogovore o varnosti smatrajo kot metodo učenja in iskanja rešitev s preprečevanjem nastanka podobnih dogodkov v prihodnje.

## **2 Spremljanje odklonov**

V zvezi z obvladovanjem neželenih dogodkov slišimo različne izraze: odkloni, neželeni dogodki, nesrečen dogodek, napaka in še kaj. V Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Klinika Golnik) uporabljamo definicije:

**Odklon** – je vsako odstopanje od pričakovanega, normalnega, gre za zaplete, ki lahko nastanejo pri pacientu, zaposlenem ali drugemu (študenti, dijaki). Vzrok odklonom iščemo v procesu, človeški pomanjkljivosti, v napaki v delovanju opreme, slabi dokumentaciji, komuniciranju med člani tima, predaji službe, nasilju,...

**Neželen dogodek** je nenameren in nepričakovan dogodek, ki je ali bi lahko škodoval pacientu ob prejemanju zdravstvene oskrbe in ne nastane zaradi narave pacientove bolezni. Nastane zaradi izvedbe ali neizvedbe nekega postopka s strani izvajalca in / ali zdravstvenega sistema. Najbolj pogosti neželeni dogodki so: napake pri ravnanju z zdravili, zaplet pri invazivnih posegih, bolnišnične okužbe, pojavnost padcev, razjede zaradi pritiska.

**Skorajšnji dogodek** predstavlja prepoznano tveganje ali okoliščino, ki bi lahko privedla do neželenega dogodka, a se ta ni zgodil zaradi pravočasnega ustreznega ukrepanja. V takem primeru ne pride do škode za pacienta in ni strahu pri vpletenih glede pojava obtožb. Je pa dogodek odlična priložnost za učenje ter povečanje varnosti pacientov. (Robida, 2013)

**Opozorilni nevarni dogodki:** Ministrstvo za zdravje (MZ) spremlja najhujše opozorilne dogodke, o katerih smo s pomočjo na spletu objavljenega obrazca dolžni poročati v časovnih okvirih ([www.mz.gov.si](http://www.mz.gov.si)):

- Nepričakovana smrt pacienta,
- Večja stalna izguba telesne funkcije pacienta,
- Samomor pacienta v zdravstveni ustanovi,
- Zamenjavo novorojenčka,
- Hemolitično transfuzijsko reakcijo po transfuziji krvi ali krvnih produktov zaradi neskladja glavnih krvnih skupin,
- Kirurški poseg na napačnem pacientu ali napačnem delu telesa,
- Sum kaznivega dejanja

## 2.1 Poročanje odklonov

Avtorji (Toyabe, 2016) vidijo poročanje varnostnih zapletov kot eno ključno dejanje v zagotavljanju varnosti v bolnišnicah. Neporočanje zapletov postane resen problem posebno v primeru težjih poškodb ali smrtnega izida in vodi v neučinkovito reševanje strategije varnosti. V raziskavi (Toyabe, 2016) so ugotovili 25% neevidentiranih poročil padcev bolnikov. Razloge za neporočanje so našli v padcih, ki so se zgodili moškemu bolniku, padcih, kjer ni bilo priče ob času padca, padcih, ki so nastali v času praznikov in pojavu prvih padcev pri bolniku. Pomembne prepreke za poročanje so v zdravstvenih delavcih. Raziskava (AbuAlRub et al, 2016) je pokazala, da so medicinske sestre bolj zavedne pri poročanju varnostnih zapletov kot zdravniki in tudi bolj uporabljajo sistem poročanja. Glavne tri ovire za (ne)poročanje so bile: v ustanovi ni bilo ustreznih poudarkov na poročanju, pomanjkanje povratnih informacij in prisotnost strahu pred ukrepi. Sistem poročanja deluje (Polisena et al, 2015), če je vzpostavljen sistem izobraževanja in usposabljanja zdravstvenih delavcev ter vzpostavljeni registri za poročanje varnostnih zapletov.

V Kliniki Golnik spremljamo odklone, ki se zgodijo in jih razdelimo na odklone pri zdravljenju z zdravili, odkloni v zvezi z zdravstveno obravnavo pacienta, odkloni povezani z organizacijo dela in nasilje (nad pacientom ali zdravstvenim delavcem). Odklone razdelimo na nastale odklone in skorajšnje dogodke.

V letih 2005, ko smo pričeli s spremljanjem zamenjave zdravil pri dajanju zdravil do leta 2018 se je na področju zagotavljanja varnosti precej zgodilo. Na novo smo definirali poročanje odklonov z oblikovanjem nove oblike obrazca za poročanje. Obrazec iz leta 2014 zajema vse procese pri zdravljenju z zdravili, v poročanje so vključeni izvajalci zdravstvene nege, klinični farmacevti, zdravniki in tudi drugi. Pričeli smo spremljati skorajšnje dogodke. Dogovor na Kliniki Golnik je, da se identificira poročevalca dogodka (ni nujno, da tisti, ki je bil vpleten v dogodek), ki je lahko vodja oddelka, oz. nekdo, ki o dogodku ve povedati zakaj in kako je do njega prišlo. Razlog za odločitev je v zmanjševanju strahu pred poročanjem. Skorajšnje dogodke lahko poročamo v anonimni obliki.

Vsebine obrazca za poročanje:

- Proces, pri katerem je prišlo do odklona;
- Izbira dogodka: neželen ali skorajšnji dogodek;
- Identifikacijska številka bolnika v primeru neželenega dogodka
- Oddelek, datum in ime poročevalce;
- Opis dogodka;
- Poročilo o zamenjavi zdravil: predpisano in dano zdravilo;
- Čas odkritja odklona;
- Opredelitev klinične pomembnosti odklona (majhna, srednja, velika); opredeli zdravnik;

- Morebitni ukrepi;
- Korektivni ukrepi.

Skrbnik sistema je postal tim v sestavi predstavnikov zdravstvene nege, zdravnikov, kliničnih farmacevtov in skrbnika sistema kakovosti Tim ki skrbi za sistem izvaja tudi notranje nadzore na področju predpisovanja in razdeljevanja zdravil.

V 13 letih (2005-2018) je bilo v Kliniki Golnik skupno zbranih 772 poročil o neželenih in skorajšnjih odklonih pri zdravljenju z zdravili. V 2005 je bilo zbranih 5 odklonov pri zdravljenju z zdravili (pri 5436 hospitalizacijah), v 2014 52 poročil od tega je bilo 15 skorajšnjih dogodkov (6843 hospitalizacij) v 2015 pa 112 poročil, od tega 20 skorajšnjih dogodkov (7271 hospitalizacij). Pretežno so poročale medicinske sestre, v 2015 so nekaj dogodkov sporočili zdravniki. Najbolj pogosti vzroki za odklone pri zdravljenju z zdravili so bili: moteče okolje, nečitljiva pisava/nejasen predpis, preobremenjenost, slaba predaja službe, podoben videz / podobno ime zdravila (Stariha, 2016). V 2016 smo imeli 152 odklonov (9203 hospitalizacij) in v 2017 smo poročali in zbrali 128 odklonov (8844 hospitalizacij). V 2018 smo imeli 197 odklonov (9095 hospitalizacij). V preteklih letih gre pretežno za odklone v zvezi z ravnanji z zdravili. Odklonov je vsako leto več, kar pripisujemo vedno večji zavzetosti pri prepoznavanju odklonov in poročanju. Ker so sodelavci spoznali da preko pogovorov o varnosti in sporočanja odklonov rešujemo probleme, so od 2017 začeli poročati tudi druge odklone (v poteku zdravstvene oskrbe, v organizaciji dela, pojavu nasilja in druge). (Kadivec, 2018).

## 2.2 Doživljanje medicinskih sester ob nastanku odklona

Ob pojavu odklona, poleg pacienta, ki je prva žrtev, smatramo zdravstvenega delavca kot drugo žrtev (second victim). Druga žrtev je zdravstveni delavec, ki je bil vključen v dogodke ob nastanku odklona, vključno z vsemi posledicami, ki so nastale. Zdravstveni delavci ob tem doživljajo stisko, krivdo, sram, jezo, strah, zadrego, lahko dvomijo v svoje poklicne sposobnosti. Pojavijo se tudi telesni znaki, kot so: glavobol, pretirana utrujenost, slabost, mišična napetost, motnje prehranjevanja, težave s spanjem. (Nelson & Beyea, 2009). Mnogi se čutijo osebno odgovorne za nastanek dogodka. Večina drugih žrtev ne dobi ustreznega odziva svojih delodajalcev. Brez podpore delovnega okolja mnogi trpijo posledice, ki vplivajo na njihovo življenje (tesnoba, depresija, motnje koncentracije in podobno) ali se odločijo za odhod iz poklica. Druga žrtev pričakuje pogovor z nadrejenim in njegovo podporo, lahko tudi strokovno pomoč (Scott, 2015).

V raziskavi na Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik, se je negovalno osebje v primeru nastanka odklona v največji meri odločalo za odgovor da jih skrbi, da ne bi dogodka ponovili (37,5%), dogodek je imel vpliv na poklicno uspešnost in samozavest (14,8%), doživljajo občutek negotovosti in dolgo trajajoče čustvene reakcije (7%). Četrtnina negovalnega osebja ne čuti ob tem nič posebnega. Negovalno osebje, ki je obravnavalo opozorilni dogodek na pogovoru o varnosti, je statistično pomembno manjkrat v primerjavi z ostalimi opozorilnimi dogodki podvomilo o svoji poklicni izbiri ( $p=0,032$ ). (Zupanc et al, 2018).

## 3 Razprava

Pogovori o varnosti so priložnost za učenje, saj udeleženci pogovora razpravljajo o varnostnih problemih in zanje iščejo rešitev. So priporočilo za zdravstveno osebje, da se vsakodnevno pogovarja o potencialnih problemih, ki vplivajo na zagotavljanje varnosti bolnikov. Eden od namenov pogovorov o varnosti so tudi kreiranje okolja, v katerem se osebje pogovarja o varnostnih problemih, brez strahu za posledice. Zdravstveni zavod uporablja pogovor o varnosti, da poveča zavedanje med zdravstvenim osebjem, o možnih tveganjih za bolnike, da ustvari okolje, v katerem se osebje pogovarja o varnostnih problemih brez strahu za posledice (Robida, 2009).

Na Kliniki Golnik izvajamo pogovore o varnosti od leta 2013. Za vsak pogovor o varnosti pripravimo dnevni red, kamor uvrstimo primere varnostnih zapletov, ki so se zgodili v procesu dela predvsem pri delu medicinskih sester v povezavi z drugimi zdravstvenimi izvajalci, (npr. predpis in dajanje terapije ). V

prvih pogovorih o varnostnih zapletih so sodelovali pretežno predstavniki zdravstvene nege, kasneje smo med sodelujoče vključili tudi druge: zdravnike, pravno službo, zaposlene iz tehnične službe, klinične farmacevte in druge, ki se lahko aktivno vključujejo v reševanje problema. Z nami sodelujejo tudi koordinatorica sistema kakovosti in vodja komisije za kakovost.

S sistemskimi rešitvami želimo predvsem preprečiti ponavljanje enakih ali podobnih varnostnih zapletov. Pri predstavitvi varnostnih zapletov se v razpravo vključujejo vsi prisotni na pogovorih o varnosti in s tem lažje razjasnimo vzroke dogodkov in v povezavi s tem pridružene varnostne zaplete ali skorajšnje varnostne zaplete.

Praksa je, da posamezen varnostni zaplet predstavi kdorkoli iz bolniškega oddelka ali enote, ki je seznanjen z dogodkom, ki se je pripetil. V večjem krogu zaposlenih poiščemo rešitve in jih preko Kolegija Službe zdravstvene nege, strokovnega sveta in Komisije za kakovost tudi implementiramo v prakso.

Pregled zaključkov in uvedenih korektivnih ukrepov nam pokaže, da smo v pogovorih o varnosti v Kliniki Golnik usmerjeni v iskanje rešitev, ki jih tudi realiziramo in merimo uspešnost.

#### **4 Zaključek**

Cilj poročanja in obvladovanja odklonov na Kliniki Golnik je izdelava analize vzrokov in predlaganje ustreznih korektivnih ukrepov, ki vodijo v preprečevanje nastanka podobnih dogodkov v prihodnje. Praksa na tem področju pokaže, da je potrebno izboljšati poročanje odklonov, sledenje uspešnosti realizacije korektivnih ukrepov in dajanje povratnih informacij poročevalcem, oddelkov/enotam, kjer se je odklon zgodil.

V 2018-19 poskusno vodimo elektronski register poročanja odklonov, s poudarkom na spremljanju analize vzroka in korektivnih ukrepov. Novost je status dogodka: sprejeti ukrepi, realizacija ukrepov in vrednotenje ukrepov. Vsak zadolženi dobiva naloge v elektronski obliki na svojo e – pošto. Predvideno je tudi poročanje o obvladovanju odklonov dvakrat letno na različnih nivojih: strokovni svet, Kolegij službe zdravstvene nege in oskrbe, komisija za kakovost.

S pogovori o varnosti, ki sledijo potrebam prakse, zagotavljamo našo usmeritev v varno in kakovostno zdravstveno oskrbo bolnika. Z aktualnimi vsebinami, ki tekoče sledijo odklonom v praksi je možen stalen razvoj zaposlenih, učenje na konkretnih primerih in iskanje rešitev. Pri tem sledimo krogu PDCA in vrednotimo uspešnost uvedenih sprememb. Zaposleni tako dobijo tudi možnost biti aktivni pri uvajanju potrebnih sprememb. Naš cilj je, da se zaposleni zavedajo, da storiti napako ne pomeni biti kaznovan, ampak ob pravilnem postopanju preprečiti škodo za bolnika ali zdravstveno osebje in preprečiti ponovitev dogodka ter poiskati ustrezno rešitev problema.

## Literatura

- 1 AbuAlRub R, Al-Akour N&Alatari N. 2016. *Perceptions of reporting practices and barriers to reporting incidents among registered nurses and physicians in accredited and nonaccredited Jordanian hospitals. Journal of Clinical Nursing*;24:24, 2973–2982.
- 2 Kadivec S. 2018. *Pogovori o varnosti v Kliniki Golnik. In: Skupaj rastemo s kakovostjo: zbornik referatov. Ljubljana: Slovensko združenje za kakovost in odličnost, str. 131-134*
- 3 Ministrstvo za zdravje. *Poročanje o zapletih. Upravljanje z varnostnimi odkloni in tveganji za varnost v zdravstvu. Dostopno na: [http://www.mz.gov.si/si/delovna\\_podrocja\\_in\\_prioritete/zdravstveno\\_varstvo/kakovost\\_in\\_varnost/porocanje\\_o\\_zapletih/](http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/zdravstveno_varstvo/kakovost_in_varnost/porocanje_o_zapletih/) (datum dostopa: 5.10.2018).*
- 4 Nelson W, Beyea S. 2009. *The role of an ethical culture for prevention and recovery of »second victims«. Qual Saf Health Care. Oct 18;5:323-4.*
- 5 Polisena J, Gagliardi A, & Clifford T. 2015. *How can we improve the recognition, reporting and resolution of medical device-related incidents in hospitals? A qualitative study of physicians and registered nurses. BMC Health Serv Res. Jun 6;15:220.* Dostopno na: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0886-0> (datum dostopa: 12.4.2019).
- 6 Robida A. 2013. *Napake pri zdravstveni obravnavi pacientov: sistematična analiza globljih vzrokov napak in njihovo preprečevanje: priročnik: z znanostjo do večje varnosti pacientov. Bled: Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave, Prosunt.*
- 7 Robida A. 2009. *Pot do odlične zdravstvene prakse. Ljubljana, Planet GV.*
- 8 Robida A. 2006. *Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnico. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.*
- 9 Scott, S., 2015. *the second victim experience: Mitigating the harm. American Nurse Today, 10(9), pp. 8-10.*
- 10 Stariha E. 2016. *Poročanje neželenih dogodkov pri zdravljenju z zdravili. Med Razgl;55 Suppl 1:103-8.*
- 11 Toyabe S. 2016. *Characteristics of Inpatient Falls not Reported in an Incident Reporting System. Global Journal of Health Science; ;8(3): 17-25.*
- 12 Zupanc T., Vrankar K.& Kadivec S., 2018. *Doživljanje medicinskih sester ob pojavu neželenega dogodka. In: S. Kadivec (ed.). Celostna obravnava bolnika s kronično pljučno boleznijo: zbornik predavanj z recenzijo: program za zdravstveno nego. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo.*



# VARNOSTNE VIZITE IN VARNOSTNI POGOVORI – OSNOVNO ORODJE KAKOVOSTI ?

Mojca STRGAR RAVNIK, mag. zdr. neg.  
Splošna bolnišnica Jesenice  
mojca.strgar.ravnik@sb-je.si

Nada MACURA VIŠIČ, dipl. m. s.  
Splošna bolnišnica Jesenice  
nada.macura@sb-je.si

## **Izvleček**

Namen članka je prikazati standardizirane postopke pri izvajanju varnostnih vizit in pogovorov o varnosti v Splošni bolnišnici Jesenice ter razlike med tema dvema oblikama. Z varnostnimi vizitami in pogovori o varnosti poskušamo zagotavljati uvajanje kulture varnosti na vsa področja obravnave pacientov. Ob tem pa zagotoviti poročanje o varnostnih zapletih brez strahu za posledice. Varnostne vizite in pogovori o varnosti se izvajajo po posebnem protokolu. V protokolu so opredeljene aktivnosti izvajanja varnostnih vizit in pogovorov o varnosti. Opredeljena je časovnica izvedbe varnostnih vizit na različnih nivojih. Varnostne vizite in razgovore izvajamo na štirih nivojih.

**Ključne besede:** varnostna vizita, varnostni pogovor.

## **1 Uvod**

Zdravstveno varstvo je kompleksna dejavnost, ki poteka aktivno, neprekinjeno, 24 ur dnevno, vse dni v letu. Razvoj znanosti je pripeljal do zapletenih sklopov aktivnosti na področjih diagnostike, zdravljenja, zdravstvene in babiške nege, preprečevanja bolezni, krepitve zdravja ter na ostalih področjih obravnave pacienta. Zato se, kljub vedno večji uspešnosti zdravljenja, povečuje tveganje za napake, ki prinesejo tako škodo za zdravje pacienta kot tudi nezadovoljivo izrabo virov. Za razvojem zdravstvene tehnologije zaostaja razvoj organizacije zdravstvenih sistemov in procesov ter pomembnih podpornih veščin dela, kot so: komunikacija, timsko delo, urejenost zdravstvene dokumentacije, izobraževanje, strokovno izpopolnjevanje in usposabljanje osebja (Ministrstvo za zdravje, 2010).

Varna in visoko kakovostna zdravstvena obravnava vsakega pacienta je prioriteta vsakega izvajalca zdravstvenih storitev, ne glede na položaj ali poklicno skupino. Zaposleni v zdravstvu morajo pri vsakodnevnem delu prepoznavati možnosti za izboljševanje kakovosti in varnosti pacientov v zdravstveni obravnavi, pri tem pa tudi aktivno sodelovati z namenom zagotavljanja ravni zdravstvene oskrbe, na kateri ne bo prihajalo do nepotrebnih smrti ali škode zaradi napak, izidi zdravstvene obravnave pa bodo skladni s standardi ali najboljšimi praksami (Kiauta, et al., 2010).

Varnost pacientov je kompleksen več dimenzionalni pojav. Pri tem je zelo pomembno, da pridobimo razumevanje vseh, ki sodelujejo v procesu oskrbe pacientov. Za povečanja zavedanja o varnosti oskrbe pacientov je potrebno oblikovati strategijo, katere cilj je izboljšanje varnosti pacientov. Varnost pacientov je velik izziv in bi moral biti najpomembnejši strateški cilj vsake zdravstvene ustanove. Kakovost in varnost pacientov mora postati del profesionalne odgovornosti in mora biti vpeta v vsakodnevno delo vseh, ki sodelujejo pri celostni oskrbi pacientov. Varnost pacientov mora postati vrednota slehernega zaposlenega v bolnišnici (Kramar, 2007). Medicinske sestre so največja poklicna skupina zdravstvenih strokovnjakov in so največ časa s pacienti ter zato v najboljšem položaju za izboljševanje varnosti pacientov (Robida, 2014).

## **2 Varnostne vizite in razgovori o varnosti pacientov**

Model uvedbe varnostnih vizit in pogovorov o varnosti zagotavlja pomemben element pri uvajanja kulture varnosti v bolnišnici.

Ko je pacient sprejet v bolnišnico, je izpostavljen različnim nevarnostim, ki izhajajo iz bolnišničnega okolja, lahko iz samega pacienta, obstajajo pa tudi drugi viri nevarnosti. Naša naloga je, da nevarnosti prepoznamo, jih v največji možni meri zmanjšujemo in morebitno nevarnost za pacienta poskušamo preprečiti. Ena izmed metod preprečevanja nevarnih dogodkov je sigurno tudi izvajanje varnostnih vizit, razgovorov o varnosti in izvajanje anket o zagotavljanju varnosti bolnikov (Kramar, 2009).

### **Definicija varnostne vizite**

Varnostne vizite (VV) so proces, v katerem vodstvo obišče oddelek/enoto in se pogovarja z osebjem, ki neposredno dela s pacienti. Pogovor poteka o varnostnih zapletih, ki so pripeljali do škode za paciente, obiskovalce, osebja, o varnostnih zapletih, ki bi lahko pripeljali do škode, o potencialnih problemih in možnih rešitvah. Vodstvo nato opravi seznam prioritete ter skupaj z osebjem in komisijo za kakovost poišče rešitve (Robida, 2006).

### **Definicija pogovora o varnosti**

Pogovori o varnosti (VR) so priložnosti za učenje, saj udeleženci pogovora razpravljajo o varnostnih problemih in iščejo rešitve zanje. Ključna prvina izboljšanja varnosti za pacienta je spodbujanje kulture varnosti: visoko zavedanje o varnostnih problemih na vseh ravneh.

VR so priporočila, ki ga uporablja osebje, da se vsakodnevno pogovarja o potencialnih problemih varnosti. Zdravstveni zavod uporablja VR, da poveča zavedanje osebja o možnih tveganjih za bolnika, da ustvari pogoje, v katerem se osebje pogovarja o varnostnih problemih brez strahu za posledice (Robida, 2006).

Protokol izvajanja varnostnih vizit in varnostnih razgovorov vsebuje naslednje vsebine:

- opredelitev namena uvajanja VV in VR
- opredelitev ciljev VV in VR
- navodila za izvedbo VV in VR
- poročanje o ugotovitvah in izvedbi ukrepov ter merjenje njihove učinkovitosti (Splošna Bolnišnica Jesenice, 2018)

Namen izvajanja VV in VR:

- je priložnost za izboljšanje varnosti pacienta, kakovosti obravnave in učenje
- vzpostavitev komunikacije o varnosti pacientov med zaposlenimi, vodstvom oddelka/enote in vodstvom bolnišnice
- možnost, da se zaposleni poučijo o varnosti pacientov
- informiranje vseh zaposlenih, ki sodelujejo v celostni oskrbi pacientov (Splošna Bolnišnica Jesenice, 2018)

Cilji VV/VR:

- prepoznati potencialne nevarnosti preprečiti ponovitve nevarnosti za paciente
- povečati poročanje v sistem za sporočanje odklonov
- zaposleni spoznajo, da je evidentiranje varnostnega zapleta priložnost za učenje in izboljševanje, ne pa obtoževanje posameznika
- zmanjšanje števila varnostnih zapletov na osnovi pridobljenih podatkov in njihove analize (Splošna Bolnišnica Jesenice, 2018)

Potek VV in VR

Pred začetkom izvajanja VV/VR je potrebno zaposlene na oddelčnih sestankih seznaniti in informirati o pomenu in poteku VV/VR, poudariti je potrebno politiko ne obtoževanja.

Izvedba VV:

- zaposlene na oddelku obvestimo o izvedbi VV.
- VV potekajo s celotnim timom v izmeni (zaželeno sodelovanje zdravnikov in drugih sodelavcev).

- po opravljeni VV je potrebno predlagane ukrepe dokumentirati, določiti časovnico za izvedbo in določiti odgovorno osebo.
- poročila o opravljenih VV se na 6 mesecev posredujejo pomočnici direktorja za področje zdravstvene nege in oskrbe (ZNO), predstojniku oddelka/enote in strokovnemu direktorju (Splošna Bolnišnica Jesenice, 2018).
- Izvedba VR:
- pri jutranji timski predaji zaposleni identificirajo potencialno nevarnost za pacienta, ki jo bodo opazovali v delovni izmeni (kratek sestanek),
- na koncu delovne izmene se o potencialnem nevarnem dogodku pogovorijo (kolikokrat so se srečali z možnostjo nastanka nevarnega dogodka, na kakšen način so nastanek preprečili in kakšni so predlogi za odstranitev dejavnikov, ki bi lahko varnostni zaplet povzročili...),
- zaključke vodja VR dokumentira in se dogovori o časovnici izvedbe predlaganih ukrepov,
- poročila o opravljenih VR se na 6 mesecev posredujejo pomočnici direktorja za področje ZNO, predstojniku oddelka / enote in strokovnemu direktorju (Splošna bolnišnica Jesenice, 2018).

Za izvajanje VV in VR uporabljamo naslednjo dokumentacijo:

- OBR 101 – Varnostna vizita/varnostni razgovor
- OBR 54 – Pogovor o varnosti po padcu pacienta (Splošna Bolnišnica Jesenice, 2018).

Izvajalci VV in VR:

Glavna medicinska sestra oddelka ali vodja enote, predstojnik oddelka/enote, vsi zaposleni v okviru oddelka/enote, oddelčni zdravniki in vodstvo bolnišnice (direktor, strokovni direktor, pomočnica direktorja za področje ZNO (Priporočilo Rec, 2006).

Časovnica izvedbe VV in VR:

- I. nivo – vodi dipl. m. s. – 2x mesečno + po potrebi
- II. nivo – vodi predstojnik in/ali glavna medicinska sestra oddelka/vodja enote – 1x mesečno na oddelku/enoti
- III. nivo – vodstvo bolnišnice skupaj/posamezni člani vodstva – 3x letno v vseh enotah, odsekih in oddelkih (Priporočilo Rec, 2006).

### 3 Poročilo o izvajanju varnostnih vizit in varnostnih razgovorov

V Tabeli 1 je prikazano število izvedenih varnostnih vizit (VV) na oddelkih in enotah. V tabeli je prikazano število VV, ki so jih izvedle glavne medicinske sestre oddelkov ter vodje zdravstvene nege v enotah. V prikazano število je vključen tudi radiološki oddelek in Služba za fizikalno in rehabilitacijsko medicino (Strgar Ravnik M, 2019).

Tabela 1: Število izvedenih varnostnih vizit in učinkovitost ukrepov v % za leto 2018

Izvajalec	Število	Učinkovitost ukrepov (%)
GMS/vodje enot	130	90,9
Odgovorne MS	137	89,8
Ostali	47	90,4
<b>Skupno število</b>	<b>314</b>	<b>90,4</b>

Število VV kaže, da se glavne medicinske sestre (GMS) oddelkov in vodje enot zavedajo njihovega pomena in izvajanja, prav tako tudi odgovorne medicinske sestre. Pod kriterijem »ostali« so vštete varnostne vizite, ki jih izvaja medicinska sestra za področje bolnišničnih okužb ter namestnica pomočnice direktorja za področje zdravstvene nege in oskrbe. Slednja se z izvajanjem vključuje predvsem na področju kazalnikov preprečevanja padcev ter uporabe prisilnega varovalnega ukrepa. Učinkovitost izvedenih korektivnih ukrepov je še v območju varnega, je pa res, da bo na tem področju potrebno natančno definirati učinkovitost z ustreznimi kriteriji v povezavi z Službo za kakovost (Strgar Ravnik, 2019).

**Tabela 2: Najpogostejša področja izvedenih VV**

	<b>Najpogostejša področja</b>
<b>1.</b>	Bolnišnične okužbe z odpadki
<b>2.</b>	Izpolnjevanje zdravstvene dokumentacije
<b>3.</b>	Razdeljevanje in aplikacija zdravil
<b>4.</b>	Padci pacientov
<b>5.</b>	Preventiva RZP

Izvajanje varnostnih razgovorov (VR) je zelo pomembno, predvsem za prepoznavo in preprečevanje neljubih dogodkov in je pri zaposlenih orodje, s katerim lahko opozorijo na možne dejavnike. Hkrati VR lahko opozorijo na prakse, ki bi potencialno lahko bile nevarne tako za paciente kot tudi zaposlene. Lahko je tudi orodje vrhnjega managementa za lažjo identifikacijo tveganj in kot takšni se po presoji vključujejo v register. V Tabeli 3 je prikazano število izvedenih VR, v nadaljevanju pa najpogostejši opozorilni dejavniki (Strgar Ravnik, 2019).

**Tabela 3: Število izvedenih varnostnih razgovorov in učinkovitost ukrepov v % za leto 2018**

<b>Izvajalec</b>	<b>Število</b>	<b>Učinkovitost ukrepov (%)</b>
GMS/vodje enot	64	95,6
Odgovorne MS	81	91,3
Ostali	19	92,3
<b>Skupno število</b>	<b>164</b>	<b>93,1</b>

Število izvedenih varnostnih razgovorov je prepolovljeno v primerjavi z izvedenimi varnostnimi vizitami. Dejstvo je, da so ti pogovori dodana vrednost in kot takšni so orodje, ki dobro, ustrezno in pravočasno lahko opozorijo na odklene iz področja varnosti in tudi kakovosti. Temu področju bo potrebno v letu 2019 definirati natančno vsebino in aktivnosti, da bo ocena in učinkovitost jasna vsem zaposlenim (Strgar Ravnik, 2019).

**Tabela 4: Najpogostejša področja izvedenih VR**

	<b>Najpogostejša področja</b>
<b>1.</b>	Komunikacija med zaposlenimi
<b>2.</b>	Identifikacija pacienta
<b>3.</b>	Predaja pacientov
<b>4.</b>	Bolnišnične okužbe in ločevanje odpadkov
<b>5.</b>	Seznanitev zaposlenih z novimi SOP-i in njihovimi spremembami in posodobitvami

## **4 Zaključek**

Varnostne vizite in varnostni razgovori so zagotovo tiste aktivnosti, ki lahko povečajo zavedanje o varnosti. In ne samo to, so aktivnosti, ki pomembno pripomorejo k zavzetosti zaposlenih in vodstva zdravstvenih zavodov k varnosti pacientov in posledično zaposlenih. Ne smemo mimo dejstva, da z njihovo pomočjo ustvarjamo pogoje za spremembe na tem področju. Oboje je tudi sredstvo komunikacije med zaposlenimi, vrhnje vodstvo pa mora prav na podlagi tega izdelati ustrezen načrt zagotavljanja in iskanja rešitev in s tem komunikacijsko pot primerno zaključiti. Nikoli pa ne smemo dejstva, da se iščejo sistemske rešitve, to pa pomeni, da se osredotočamo na problem, nikoli na posameznika.

## Literatura

- 1 *Kiauta, M., Poldrugovac, M., Rems, M., Robida, A., Simčič, B. Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010 – 2015) dostopno na:*  
[http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/nacionalna\\_strategija\\_kako\\_v\\_in\\_varn\\_2010-2015/Nacionalna\\_strategija\\_kakovosti\\_in\\_varnosti\\_v\\_zdravstvu\\_2010-2015.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/nacionalna_strategija_kako_v_in_varn_2010-2015/Nacionalna_strategija_kakovosti_in_varnosti_v_zdravstvu_2010-2015.pdf)
- 2 *Kramar, Z. Varnostne vizite in pogovori o varnosti pomemben element pri zagotavljanju varnosti bolnikov, Zbornik predavanj 2. Dnevi Angele Boškin, 2007, Bled.*
- 3 *Kramar, Z. Varnostne vizite, Mednarodna konferenca o kakovosti in varnosti pacientov . Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, Brdo pri Kranju, 2009.*
- 4 *Priporočilo Rec (2006) 7 Odbora ministrov državam članicam o ravnanju z varnostjo pacientov in preprečevanju neželenih dogodkov v zdravstvu Svet Evrope 2007, Stran 17 od 17.*
- 5 *Robida, A. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2006.*
- 6 *Robida, A., 2014. Odnos in znanje kliničnih mentorjev zdravstvene nege o varnosti pacientov. Obzornik zdravstvene nege, 48(3), pp. 220-226.*
- 7 *Strgar Ravnik, M., 2019. Letno poročilo za leto 2018, Splošna bolnišnica Jesenice.*
- 8 *Protokol izvajanja varnostnih vizit in varnostnih razgovorov – SOP, projektna skupina za standarde in protokole, Splošna bolnišnica Jesenice, 2018*

# VLOGA KAKOVOSTI PRI BRONHOSKOPIJAH

Fredi TAJNŠEK, dipl. zdravstvenik  
Bolnišnica Topolšica  
fredi.tajnsek@b-topolsica.si

mag. Lucija GABRŠČEK PAREŽNIK, dr. med., spec. int. med.  
Bolnišnica Topolšica  
lucija.gabrscek@b-topolsica.si

## **Izvleček**

Bronhoskopija je invazivna metoda za pregled dihalnih poti. S pomočjo bronhoskopa opravimo pregled dela grla, glasilk, traheje in bronhialnega vejevja. Sam pregled dihalnih poti je pol invaziven. V večini primerov opravimo preiskavo z namenom odvzema kužnin, odščipa sluznice dihalnih poti ali pljučnega tkiva, v zadnjem letu pa punktiramo bezgavke in lezije tudi s pomočjo endoskopskega ultrazvoka. V teh primerih postane preiskava invazivna. Poveča se tveganje za zaplete. Poleg same preiskave predstavlja tveganje tudi, sicer kratkotrajno, uspavanje pacientov, ki je pod nadzorom anesteziologa. Da se izognemo zapletom mora priti pacient v Endoskopski center (EC) primerno pripravljen, z urejeno dokumentacijo in opravljenimi zahtevanimi preiskavami.

V preteklih letih se nam je prepogosto zgodilo, da smo zavračali paciente, ker niso bili ustrezno pripravljene, tako sami ali pa zdravstvena dokumentacija.

Odločili smo se za uvedbo klinične poti (KP), ki nam služi kot nekakšen varnostni seznam, pacientu pa kaže pot diagnostike. Če je ustrezno izpolnjen sta pacient in njegova dokumentacija urejena in ni kontraindikacij za poseg in posledično manj zapletov. Poleg tega v klinični poti beležimo zaplete in posledične ukrepe.

Analizirali smo podatke izpolnjenih KP bronhoskopija in opredelili priložnosti za izboljšave, tako pri celotnem procesu priprave in izvedbe posega, kot pri izpolnjevanju KP.

**Ključne besede:** bronhoskopija, klinična pot.

## **1 Uvod**

V Bolnišnici Topolšica izvajamo bronhoskopije že več kot 45 let. Aparati in tehnike se spreminjajo, postajamo vedno bolj invazivni tudi pri bronhoskopiji. Je pa poseg tudi bolj varen, ker odvzeme materiala pogosto opravljamo pod ultrazvočno kontrolo. Še vedno je bronhoskopija invaziven poseg, kjer so možni zapleti. Pomembno je, da s postopki pri pripravi povečujemo varnost pacientov in zmanjšujemo možnost zapletov.

V naši bolnišnici letno opravimo okoli 600 bronhoskopij. Zadnja tri leta vse posege opravimo z uspavanjem pacienta. Dobra pol leta izpolnjujemo klinično pot, zadnje pet mesecev z nadzorom izpolnjevanja in analiziranjem podatkov. KP je živa in jo dopolnjujemo s predlogi vključenih v sam proces, da se le ta čim bolj optimizira.

## **2 Predstavitev klinične poti**

Klinična pot je zasnovana, kot ček lista- na osnovi obkroževanja, da se izvajalcu olajša delo in da izpolnjevanje ni zamudno. Odkloni so označeni s krepko pisavo in jih je potrebno pojasniti. Vse vnose potrjujemo s podpisom.

Klinično pot izpolni najprej zdravnik naročnik, ki se odloči, da bo pacienta poslal na preiskavo. Na tej stopnji prejme pacient v podpis tudi soglasji za preiskavo in anestezijo. Z izpolnitvijo tega dela KP zagotovimo, da ima pacient opravljene zahtevane preiskave pred bronhoskopijo, podpisano soglasje in da je naročen na bronhoskopijo.

Ker so pacienti, ki prihajajo na bronhoskopijo v večini ambulantno obravnavani je naslednji člen pri izpolnjevanju sprejemni zdravnik na dan preiskave. Ta preveri še enkrat ali pacient pogoje za preiskavo,

po potrebi le te še donaroči in določi odgovornega zdravnika, ki bo pacienta odpustil iz bolnišnice. Nato je pacient sprejet na oddelek. Medicinska sestra na oddelku pripravi dokumentacijo za bronhoskopijo z izvidi in temperaturnim listom. Naslednjo rubriko izpolni medicinska sestra v EC. Njena naloga je ob prihodu v EC identificirati pacienta. Nato ga prevzame anesteziist, ki ponovno opravi identifikacijo pacienta. Pregleda izvide in izmeri vitalne funkcije. Po posegu zabeleži eventualne zaplete anestezije. Zdravnik izvajalec v EC ponovno preveri ali so vse preiskave opravljene in ali obstajajo kontraindikacije za poseg. Na koncu zabeleži zaplete pri bronhoskopiji, če so bili prisotni. Po bronhoskopiji pacienta pripeljemo nazaj na oddelek, kjer medicinska sestra na oddelku po protokolu izmeri vitalne funkcije in o odstopanjih obvesti zdravnika ter jih zabeleži na KP. Zadnji v verigi izpolnjevanja KP je odpustni zdravnik, ki pregleda pacienta in kontrolno rentgensko sliko in morebitna odstopanja zabeleži. Izpolnjena klinična pot se vloži v Popis bolezni pacienta. V pripravi imamo tudi že elektronsko obliko klinične poti, ki bo dodatno vsebovala še rezultate samih odvzemov kužnin in tkiva. Na ta način bo analiza podatkov mnogo lažja in bomo lahko bolj ažurno spremljali rezultate, zaplete in opravljali korektivne ukrepe.

### 3 Razprava

Analizirali smo prvo tromesečje 2019. V tem obdobju smo opravili 124 bronhoskopij.

*Tabela1: Analiza izpolnjenih KP januar-marec 2019*

	januar	februar	marec	skupaj
Št. bronhoskopij	38	42	44	124
Št.KP	28	21	35	84
% izpolnjenih KP	73%	50%	79,5%	68%
Izpolnjevanje KP	januar	februar	marec	skupaj
Zdravnik naročnik	27	19	34	80
IZN na odd.+UA	23	16	33	82
IZN v EC	28	21	35	84
Anesteziist	28	21	35	84
Bronhoskopist	27	15	34	76
IZN na odd.	25	21	29	75
Odpustni zdravnik	24	10	29	73

Zaradi vse večjih potreb po bronhoskopiji, predvsem v diagnostične namene smo v Bolnišnici Topolšica prepoznali, da se je izkazala potreba po boljši organiziranosti dejavnosti (Vrščaj et al,2009) ki vključuje: sodobno opremljenost bronhoskopskega centra, sodobno medicinsko dokumentacijo, izobraževanje bronhoskopskih timov.

Z uvedbo klinične poti za bronhoskopijo se je izboljšala sledljivost vseh procesov, ki so opravljeni pred bronhoskopijo. Sodobna opremljenost endoskopskega centra pa omogoča kakovostno izvedbo bronhoskopije in posledično dobre rezultate. S tem smo zmanjšali število pacientov, ki so bili nepopolno pripravljene na bronhoskopijo in s tem zmanjšali nepotrebno čakalno vrsto za bronhoskopijo. Klinična pot se izpolni tudi v primeru, ko je pacient obravnavan v urgentni ambulanti in je naročen na bronhoskopijo.

V analizi opravljenih bronhoskopij smo ugotovili, da so KP izpolnjene v povprečno 68%. Še vedno se ena tretjina obrazcev KP ne izpolni. Najslabši odstotek v izpolnjevanju dosegajo odpustni zdravnik in izvajalci zdravstvene nege na bolniških enotah po opravljeni preiskavi. V obdobju od januarja do konec marca 2019 sta bila zabeležena dva zapleta po bronhoskopiji.

Z uvedbo klinične poti za bronhoskopijo se je izboljšala sledljivost vseh postopkov, ki se izvedejo pred samo bronhoskopijo. S tem smo zmanjšali število pacientov, ki so bili nepopolno pripravljene na bronhoskopijo in s tem zmanjšali nepotrebno čakalno vrsto za bronhoskopijo. Klinična pot se izpolni tudi v primeru, ko je pacient obravnavan v urgentni ambulanti in je naročen na bronhoskopijo. Zdravnik, ki naroči pacienta na bronhoskopijo izpolni začetni del klinične poti, v katerem se označijo preiskave, ki jih je pacient opravil in naroči manjkajoče preiskave za preiskavo. Klinična pot spremlja pacienta od naročila na bronhoskopijo do samega odpusta iz bolnišnice.

#### **4 Zaključek**

Bronhoskopija je invazivna metoda, ki zahteva visoko kakovost obravnave v Endoskopskem centru. S tem se poveča varnost pacientov, uspešnost in učinkovitost preiskave. KP predstavlja sodobno medicinsko dokumentacijo posameznega pacienta. KP bronhoskopija je v veliko pomoč, da pacient pred posegom opravi vse zahtevane preiskave in izpolnjuje pogoje za bronhoskopijo. Prav tako pomeni opomnik za izvajanje vseh potrebnih postopkov med preiskavo. Vse aktivnosti bronhoskopije se odvijajo ob pravem času. Na ta način beležimo zaplete, jih analiziramo in podamo ukrepe. Izpolnjevanje klinične poti je še vedno pomanjkljivo. S predvideno uvedbo elektronske klinične poti, bo izpolnitev KP za izvedbo posega obvezna, delo bo olajšano, rezultati pa točni.

#### **Literatura**

- 1 *Bolnišnica Topolšica, 2018. Klinična pot Bronhoskopija (Interni vir); Topolšica, Bolnišnica Topolšica*
- 2 *Vrščaj-Kramer, K, Lalek, N, Dobelšek-Furst, J, Koren, J. 2009 Bronhoskopije v Topolšici. V: Drnovšek Kaljanac, M ed. Poles, J. (ur.). 90 let Bolnišnice Topolšica.*



# BABICE V SPLOŠNI BOLNIŠNICI JESENICE, KOT AVTONOMNE SODELAVKE PRI OBRAVNAVI NOSEČNIC, PORODNIC IN OTROČNIC

Barbara SFILIGOJ, dipl. babica  
Nina TRIFONI, dipl. m. s., spec. org.  
Splošna bolnišnica Jesenice, Slovenija  
barbara.sfiligoj@sb-je.si

## **Izvleček:**

Babica je bila od nekdaj priučena oseba za pomoč pri porodu, danes je izobražena strokovnjakinja, ki s svojim znanjem in kompetencami pridobljenih v času šolanja lahko samostojno vodi kvalitetno babiško oskrbo ženske v vseh obdobjih njenega življenja. Danes imajo babice v Evropi različno stopnjo avtonomije. Babice samostojno vodijo normalno nosečnost, porod in puerperij v Belgiji, na Danskem, v Franciji, na Švedskem, Irskem, Nizozemskem. Avtonomnost babiške prakse namreč omogoča babicam, da družbi zagotavljajo sodobno, z dokazi podprto, visoko kakovostno in etično oskrbo žensk v rodni dobi in njihovim družinam. V Splošni bolnišnici Jesenice so babicam omogočili, da svoje kompetence, kot samostojne in avtonomne strokovnjakinje uporabijo na vseh področjih svojega dela. Primerjali so porodno prakso v drugih porodniško razvitih državah. Ozaveščanje porodnic, ki so v Splošno bolnišnico Jesenice na porodniški oddelek prihajale z željo po drugačni porodniški praksi jih je vodila, da so pred leti začeli z uvajanjem sprememb in tako močno spremenili dolgoletno ukoreninjeno porodniško in babiško prakso. Pri uvajanju sprememb so jim bili v veliko podporo zdravniki, ki so zaupali babicam in pomagali vpeljati spremembe. Dodatna izobraževanja, spreminjanje mišljenja zaposlenih, da je takšna babiška praksa lahko kakovostna in varna je povzročilo, da so babice pri svojem delu postajale vse bolj samostojne in avtonomne zdravstvene sodelavke. V letu 2015 so uspešno vpeljali delovanje babiške ambulante, spremenili delo v porodni sobi in oskrbi novorojenčka. Nato so uvedli delovanje babiškega oddelka in delo se širi na področje dojenja. Spremembe so bile s strani uporabnic tako v babiški ambulanti, kot tudi v porodni sobi in na porodniškem oddelku dobro sprejete. Zadovoljni so tudi zaposleni, saj s svojim znanjem in kompetencami v praksi izvajajo tisto, kar je pravzaprav poslanstvo babiške zdravstvene nege. Zadovoljstvo in pozitivne izkušnje porodnic pa jim daje zagon pri uvajanju sprememb tudi na drugih področjih.

**Ključne besede:** babiška ambulanta, porod, babiški oddelek, posvetovalnica za dojenje

## **1 UVOD**

V Republiki Sloveniji je nosilka babiške zdravstvene nege diplomirana babica. Po definiciji Mednarodne zveze babic (ICM, 2011) je njena naloga, da podpira, neguje in svetuje ženski med nosečnostjo, porodom in v poporodnem obdobju, ter izvaja babiško nego novorojenčka in dojenčka. Ta skrb vključuje preventivne ukrepe, promocijo normalnega poroda, prepoznavanja zapletov pri materi in otroku, dostop do zdravstvenega varstva ali druge ustrezne pomoči, ter izvajanja prve pomoči.

Poslanstvo babiškega poklica in babiške nege je torej obravnava ženske v reproduktivnem delu njenega življenja. Poklic babice se je skozi zgodovino babištva močno spreminjal. Nekdaj so ob porodu pomagale ženske, ki so bile zgolj priučene za pomoč ob porodih. Nato so ob porodih pomagale babice, ki so že imele znanje o porodih in so se učile od zdravnikov porodničarjev. Za opravljanje svojega dela so morale imeti poseben izpit. Leta 1753 je bila v Sloveniji ustanovljena prva babiška šola (Lavrič, 1953). Leta 1996 pa je na Visoki šoli za zdravstvo v Ljubljani v program vstopila prva generacija diplomiranih babic (Kralj, 2004).

Včasih so bile babice porodničarjeve učenke in pomočnice, danes so izobražene strokovnjakinje, ki s svojim znanjem in kompetencami pridobljenih v času šolanja lahko samostojno vodijo kvalitetno babiško zdravstveno nego. Kompetence, ki jih babice pridobijo v času šolanja jim dajo znanje in avtonomnost za

opravljanje njihovega poklica. Kompetence so podroben način opisa znanja, veščin in profesionalnega vedenja, ki so pričakovani za določeno stroko (Železnik, et al., 2008). Kompetence za babice opredeljuje dokument Mednarodne zveze babic, ki določa minimalne standarde za babice vsega sveta (ICM, 2011). V primerjavi s kompetencami drugih poklicev, kompetence babic vsebujejo tudi odnose spretnosti, ki so zahtevane za strokovnjake babištva. Babiška nega je tudi pomemben del zdravstvenega sistema.

Babice imajo v Evropi kljub kompetencam različno stopnjo avtonomije. Normalen potek nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja vodijo v Avstriji, Belgiji, na Danskem, v Franciji, Nemčiji, Irskem, v Italiji, Portugalskem, Španiji, Švedskem in v Angliji izšolane babice (Emons & Luiten, 2001). V Grčiji, na Finskem, v Luksemburgu in tudi v Sloveniji izšolane babice nimajo dovolj avtonomnosti pri izvajanju svojega dela. Babice v Sloveniji imajo pri svojem delu različno stopnjo avtonomije, kljub pridobljeni izobrazbi in kompetencah. Večina babiške prakse temelji na rutinskih postopkih in posegih, ki se izvajajo v porodni sobi. Namen prispevka je prikazati primer dobre prakse, kjer diplomirane babice pri svojem delu uveljavljajo svoje kompetence in so pri delu veliko bolj samostojne, kot so bile včasih. Niso samo pomočnice zdravnikov, ampak opravljajo delo za kar so se izšolale.

## **2 BABIŠKA IN PORODNA OSKRBA**

### **2.1. Porodna soba**

Želja porodnic po drugačni babiški in porodniški oskrbi nas je vodila, da smo v na našem oddelku pričeli razmišljati drugače. Pri svojem delu smo se spraševali, ali so vsi rutinski postopki pri porodu zares potrebni in če je mogoča tudi drugačna babiška oskrba, ki je prav tako varna in kakovostna.

Po pregledu tujih smernic smo naredili načrt za drugačno porodniško in babiško prakso. Pri tem so bili babicam v veliko oporo tudi zdravniki. Vsi skupaj smo pričeli razmišljati drugače. Zavedanje, da je porod naravni dogodek in da ženska lahko rodi normalno tudi ob nemedikaliziranem porodu, nam je pomagalo, da smo lažje vpeljali spremembe v porodni sobi. Opustili smo vse rutinske postopke, za katere ni bilo jasno ali so zares potrebni, ali so morda celo škodljivi. Tako smo opustili britje zunanega spolovila, klistiranje, rutinsko uvajanje venske kanile. Zdravila in ostali postopki pri porodu so bili izvedeni le, če so bili zares potrebni in strokovno utemeljeni.

Babica ni bila več le v vlogi izvajanja zdravnikovih naročil. Njen mesto je ob porodnici, ki je ne zapušča, če to ni zares potrebno. Poleg strokovne babiške oskrbe ji nudi še psihično podporo in pomoč, med njima se vzpostavi zaupen odnos. Poleg partnerjev smo vstop v porodno sobo omogočili tudi drugim spremljevalcem ob porodu. Že vrsto let dovoljujemo, da porodnice in njihove partnerje med porodom spremljajo tudi obporodne spremljevalke – doule.

Rezultati ankete o zadovoljstvu porodnic so pokazali visoko zadovoljstvo porodnic v porodni sobi (interni vir Splošne bolnišnice Jesenice). S spremenjenim načinom dela v porodni sobi smo močno znižali delež induciranih porodov, operativnih dokončanj poroda (vakum, carski rez), epiziotomij infetalnega distresa. Središče dogajanja v porodni sobi je ženska, ki rojeva. Skupaj z babico in porodničarjem sodeluje pri odločitvah o svojem porodu. O vseh postopkih je informirana in zanje sprejme odločitev.

### **2.2. Babiška ambulanta**

Dobro sprejetim spremembam v porodni sobi so sledile še spremembe v obdobju pred porodom in po porodu. Že od leta 2002 obstaja pravna podlaga za vodenje zdrave nizko rizične nosečnice s strani diplomirane babice (UR. L. RS, št 33/2002). Diplomirana babica lahko v okviru svojih kompetenc pri zdravi nizko rizični nosečnici izvede 5 preventivnih pregledov. Ostale preglede izvede zdravnik porodničar. Babiška ambulanta v Splošni bolnišnici Jesenice deluje od leta 2014. Obiskujejo jo nosečnice, ki imajo izbranega ginekologa porodničarja v bolnišnici. V ambulanti je zaposlena babica z več letnimi izkušnjami s področja obporodne oskrbe (porodna soba in porodniški oddelek). Nosečnico v babiško ambulanto napoti izbrani ginekolog porodničar, ko ugotovi nosečnost z nizkim tveganjem. Babica samostojno opravi 5 do 6 pregledov pri zdravi nosečnici. V kolikor ugotovi odstopanja od zdrave nosečnosti, se lahko z ginekologom posvetuje in jo napoti na pregled k specialistu.

Babica vodi nosečnico skozi celo nosečnost, med njima se vzpostavi visoka stopnja zaupanja. Pregled traja povprečno 30 do 40 minut. Nosečnice so z obiski v babiški ambulanti zelo zadovoljne, kar potrjujejo rezultati ankete (Anketa o zadovoljstvu porodnic, 2018). Avtonomnost pri svojem delu daje veliko zadovoljstvo tudi babici, ki izvaja delo za katero je usposobljena.

Prvi pregled v babiški ambulanti je v 16 – 18 tednu nosečnosti in zajema preiskave krvi, pregled urina in po potrebi napotitev nosečnice v diabetološko ambulanto. Babica med pregledom izmeri telesno težo in krvni tlak. Izmeri dolžino simfiza - fundus, ter posluša otrokove srčne utripe. V materinski knjižici pregleda oziroma vpiše izvid pregleda nihalne svetline in druge dodatne preiskave. Z nosečnico se pogovori tudi o zdravstveno vzgojnih vsebinah kot so prehrana, pomen gibanja med nosečnostjo, zdrav življenjski slog in zadostna hidracija. Babica se z nosečnico pogovarja tudi o drugih možnih težavah, kot so krvavitev, vnetja, glavoboli in vrtoglavice, slabost, bruhanje, težave z vidom, dihanjem, želodčne in prebavne težave, koža, krčne žile. Nosečnica se z babico lahko odprto pogovarja, saj se ji babica v celoti posveti. Izkušena babica prepozna odstopanja in nosečnico napoti k ginekologu porodničarju.

Naslednji pregled babica opravi v 26 - 28 tednu nosečnosti. Ponovno izmeri vse meritve (telesna teža, krvni tlak, višino fundusa, plodove srčne utripe), nosečnico napoti v laboratorij za odvzem urina. Rh negativnim nosečnicam po predpisu zdravnika aplicira injekcijo anti D protiteles. Z nosečnico se pogovori o njenem počutju, gibih ploda ter ostalih zdravstveno vzgojnih vsebinah. Nosečnico vzpodbudi k obiskovanju šole za starše in udeležbi predavanj v sklopu Splošne bolnišnice Jesenice (razgovor o porodnem načrtu, epiduralni analgeziji, tečaju dojenja).

Pri tretjem pregledu v 35. tednu nosečnosti se poleg meritev, preiskav krvi (HbsAg, toxoplasma, hemoglobin) in urina ugotavlja lega in vstavo ploda s Leopoldovimi prijemi. Z nosečnico se pogovarjata o počutju, plodovih gibih, otrdevanju trebuha in morebitnih težavah. Zdravstveno vzgojno delo ima tudi poudarek o načinu hranjenja novorojenčka in spodbujanje k odločitvi za dojenje. K nosečnici napotimo patronažno službo na obisk nosečnice pred porodom. Babica na tem pregledu preveri ali ima nosečnica napotnico za porod.

V 37. tednu nosečnosti babica opravi pregled urina, izvede meritve in izvede Leopoldove prijeme. Babica se z nosečnico pogovori o začetkih poroda in kdaj se mora odpraviti v porodnišnico. V materinski knjižici preveri vse potrebne izvide. Z nosečnico se pogovarja o njenih težavah in skrbeh, ter ji pri tem svetuje. Peti pregled poteka isto kot prejšnji. Če je potrebno babica nosečnico napoti na kardiokografijo.

V 39. tednu nosečnosti babica opravi kontrolni kardiokograf in pošlje nosečnico k zdravniku. Približno na termin poroda nosečnico ponovno naročimo k zdravniku, ki spremlja tudi post terminsko nosečnost.

Babica mora v babiški ambulanti poznati vsa odstopanja od normalne nosečnosti. Ne spremlja le fizično, ampak tudi psihično počutje nosečnice. Na voljo ima presejalne teste v obliki vprašalnika za odkrivanje obporodne depresije, psihičnih motenj in odkrivanje nasilja v družini in različne odvisnosti pri nosečnici. Babice so za opravljanje dela v babiški ambulanti izdelale tudi lastno dokumentacijo, ki so jo glede na potrebe dela v babiški ambulanti večkrat spremenile. Dokumentacija »Zdravstveni karton nosečnice« (Slika 1) je izdelan tako, da vsebuje preglede, ki jih opravita babica in zdravnik. V primeru odstopanj v anamnezi in v zdravstvenem stanju nosečnice mora babica nosečnico napotiti k zdravniku.



## ZDRAVSTVENI KARTON NOSEČNICE

Velika nalepka

TELEFON: \_\_\_\_\_

ZDRAVNIK, KI VODI NOSEČNOST: \_\_\_\_\_

ZADNJA MENSTRUACIJA	
TERMIN PORODA	
T.P. PO UZ	
ZAPOREDNA NOSEČNOST	
ZAPOREDNI POROD	

DOSEDANJE NOSEČNOSTI, PORODI, AB, EU, AA				
LETO	VIŠINA NOSEČN.	SPOL	TEŽA	ZAPLETI V NOSEČNOSTI, PRI PORODU, PRI OTROKU

TEŽA PRED ZANOSITVIJO	
VIŠINA	
KAJENJE	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, število: _____
ALKOHOL	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA
DROGE	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA

**DRUGO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ANAMNEZA NOSEČNICE			
DRUŽINSKA ANAMNEZA	GINEKOLOŠKA ANAMNEZA	BOLEZNI PRED NOSEČNOSTJO	ALERGIJE
<input type="checkbox"/> ni posebnosti <input type="checkbox"/> dvojčki v družini <input type="checkbox"/> prirojene anomalije <input type="checkbox"/> hipertenzija v družini <input type="checkbox"/> sladkorna bolezen v družini	<input type="checkbox"/> ni posebnosti <input type="checkbox"/> klasična konizacija <input type="checkbox"/> letz <input type="checkbox"/> laserska vaporizacija <input type="checkbox"/> infertilnost <input type="checkbox"/> anomalija uterusa <input type="checkbox"/> operacije na uterusu-miomektomija <input type="checkbox"/> operacija anomalije uterusa-klasično <input type="checkbox"/> resekcija septuma-histeroskopsko <input type="checkbox"/> operacija na adneksih (cista, ster. operacija) <input type="checkbox"/> predhodni carski rez <input type="checkbox"/> motnje menstrualnega ciklusa (ciklus krajši od 21 dni oz. daljši od 45 dni)	<input type="checkbox"/> ni posebnosti <input type="checkbox"/> hipertenzija <input type="checkbox"/> prirojena srčna napaka <input type="checkbox"/> pridobijena srčna napaka <input type="checkbox"/> kronična pljučna bolezen <input type="checkbox"/> kronična ledvična bolezen <input type="checkbox"/> ledvični kamni <input type="checkbox"/> sladkorna bolezen-tip 1 <input type="checkbox"/> sladkorna bolezen-tip 2 <input type="checkbox"/> bolezni ščitnice <input type="checkbox"/> epilepsija <input type="checkbox"/> ostale nevrološke bolezni <input type="checkbox"/> zdravljena psihična obolenja <input type="checkbox"/> hepatitis B <input type="checkbox"/> hepatitis C <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> neoperirani žolčni kamni <input type="checkbox"/> operirani žolčni kamni <input type="checkbox"/> predhodna globoka venska tromboza <input type="checkbox"/> predhoda pljučna embolija <input type="checkbox"/> prirojene trombofilije <input type="checkbox"/> rakave bolezni <input type="checkbox"/> kronična vnetna črevesna bolezen (Mb Crohn, ulcerozni kolitis)	<b>ALERGIJE</b> _____ _____ _____ <b>OPERACIJE</b> _____ _____ _____ <b>TRANSFUZIJA</b> _____ _____ _____ <b>TERAPIJA</b> _____ _____ _____

Slika 1: Zdravstveni karton nosečnice – prva stran

V naši porodnišnici že vrsto let otročnicam po porodu delimo anketo za ugotavljanje zadovoljstva porodnic. Rezultati anket kaže visok odstotek zadovoljstva nosečnic z obravnavo v babiški ambulanti. Pri obravnavi v babiški ambulanti ne gre zgolj za pregled nosečnice, temveč si babica vzame čas tudi za pogovor o stvareh za katere ginekolog nima časa. Ginekolog se lahko zato bolj posveti rizičnim nosečnicam.

### 2.3. Babiški oddelek

V letu 2015 smo poleg Babiške ambulante vpeljali še delovanje Babiškega oddelka, kjer dnevne vizite pri nizko rizičnih otročnicah opravljajo babice. Otročnice morajo za premestitev na babiški oddelek izpolnjevati določene pogoje, premestitev na babiški oddelek odredi ginekolog v porodni sobi. Otročnice morajo ob premestitvi na babiški oddelek imeti normalni krvni tlak, normalno telesno temperaturo, izguba krvi med porodom mora biti manj kot 500 ml, uterus skrčen, normalno stanje zavesti, indeks telesne mase manj kot 30, zadnji hemoglobin več kot 100mg/l, odsotnost poporodnega hematoma z revizijo, odsotnost bolezni med nosečnostjo, odsotnost sladkorne bolezni na inzulinu med nosečnostjo, odsotnost bolezni jeter, odsotnost trombocitopenije, odsotnost rupture perineja 3. in 4.stopnje in porod ni bil dokončan s carskim rezom.

Klinična pot za obravnavo otročnice »Vodenje zdrave otročnice« (Slika 3) so izdelale babice in je sestavljena za 3 dni.

**POGOJI ZA PREMESTITEV NA BABIŠKO ODDIELEK**

IM s težo manjše 120-130kg (90 mmHg)	Zbija 1 kg z 100 g/l	Odsotnost poporodnega hematoma z revizijo	Odsotnost diabetesa (g ingubna)
Šifra krvne slike 105-100 celic	težja sra z 300ml	Porod ni dokončan s C.S.	Odsotnost bolečih zob
TT > 35-38°C	Krvavitev ob presaji romana	Odsotnost kroničnih bolezni pred nosečnostjo	Odsotnost tromboцитopenije
TT > 30	Uterus skrčen	Odsotnost bolezni med nosečnostjo	
Nosečnost starša oboje	Odsotnost nappan: 10 in IV	Odsotnost prebavnih	

**VODENJE ZDRAVE OTROČNICE**

Ime priimek (prejeto)	Uloga	Sera
		Aravija: DA NE
	Zbirna/Pozna	Gestacijski teden: DA NE

SI: Vredn:	ICEI:	KGI:	OTVOR: vrata:	spot:	188:	Učinka:	Časa:
T: Toba:	HVA:Ag:	Rn:		♂	♀		
TP: Zakaj Ho:	VVA:G:	IgG anti D v nosečnosti:	KGI:				
GIBV: IBC:	Tea IgG:	IgG anti D po porodu:	Rn:				
Datum:							

Lotus:	Das:	Dales:	Ben:	Deus:	Den:	Satus:	Den:		
Kategorija:									
Pravc:	M	Z	V	M	Z	V	M	Z	V

IMM												
TT (°C)												
IM												
P												
Intenzija												
Odravaje												
Hematoid												
Uterus	Vitro											
	Cera											
Čaka	inom.											
	Gitrop.											
Kava	inom.											
	Gitrop.											
Bože	Molča											
	Spota											
Bradav.	Vitro											
	Popala											
Božeje	San.											
	Famot.											
	Na daj.											

**OCENA BOLEČINE**

Ura, IMM												
Jakost												
Jakost po anal.												
analgetika												

**PREDPISANA TERAPIJA**

Ura	IMM ZDR		IMM ZDR		IMM ZDR
		Brufen 100mg 3x/dn ob zmerni bolečini			
		Paracetamol 500mg 3x/dn ob zmern. bol.			
		Levoritalon 3x/dn			
		Diuret. 0,5l			
		Paracet. 1000mg 3x/dn			
		Flugidon JE s 1/24 ur			

REŠEVAJE	Ura	IMM	IMM	Ura	IMM	IMM	Ura	IMM	IMM	Ura	IMM	IMM

Slika 3: Klinična pot Vodenje zdrave otročnice – prva stran

Babice na babiški viziti pregledajo otročnico in si zanjo vzamejo čas. Na voljo so za dodatne razlage, otročnice se z babicami pogovarjajo bolj sproščeno in izvaja se zdravstveno vzgojno delo. Babica je na oddelku prisotna ves čas in na razpolago za dodatna vprašanja. V anketi o zadovoljstvu otročnice, ki jo izpolni vsaka otročnica navajajo, da jim babice nudijo oskrbo kot si jo želijo in da je ta oskrba enakovredna oskrbi, ki bi jo nudil zdravnik.

V svetu obstajajo številne ambulante, kjer babice in zdravniki nudijo doječim materam ustrezno podporo in pomoč pri dojenju. Na ginekološko porodniškem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice ob odpustu doji velik odstotek otročnic. V letu 2018 izvedli anketo o dojenju, da bi izvedeli koliko časa dojijo, zakaj prenehajo z dojenjem in kam se obrnejo po pomoč, ko naletijo na težave pri dojenju. Rezultati so pokazali, da imajo težave z dojenjem, vendar nikogar ne prosijo za pomoč. Vse anketirane otročnice so potrdile, da bi prišle v posvetovalnico za dojenje, če bi obstajala (interni vir Splošne bolnišnice Jesenice). V namen nujenja ustrezne strokovne pomoči pri dojenju je ena babica pridobila tudi naziv International Board of Lactation Consultant Examiners. Tako smo v začetku leta pričeli z uvajanjem posvetovalnice za dojenje, kamor lahko pridejo vse doječe matere ne glede na starost otroka. Zaenkrat ambulanta deluje 2x tedensko po 2 uri. V primeru večjega zanimanja bomo posvetovalnico izvajali pogosteje.

### **3 Razprava**

S pregledom tuje literature smo ugotovili, da babice drugod po svetu opravljajo svoje delo v skladu s svojimi kompetencami. Imajo organizirane babiške oddelke in vodenje zdravih nosečnic (Lee Davis & Walker, 2011). Pri svojem delu so dosti bolj samostojne, ne samo v porodni sobi, ampak tudi v ambulantah in na oddelkih. V raziskavi na Novi Zelandiji se je 75% žensk odločilo za babico, kot odgovorno osebo za njo in njenega novorojenčka (Skinner & Foureur, 2011).

### **4 Zaključek**

Babice smo na oddelku in v porodni sobi dokazale, da lahko svoje znanje in kompetence uspešno uporabimo v praksi in tako ženskam nudimo visoko kakovostno in varno babiško oskrbo. Kompetence, ki smo jih pridobile v času šolanja s pridom uporabljamo v praksi. Izkušnje in znanje, ki ga vsakodnevno pridobivamo, nam povečuje samostojnost in samozavest. Pri svojem delu smo avtonomne, v danih situacijah se znamo pravilno odločati in za svoje delo prevzemamo odgovornost.

Središče dogajanja je nosečnica, porodnica in otročnica. Skupaj z njo načrtujemo, sprejemamo drugačnost, upoštevamo njene želje in odločitve. Zadovoljstvo žensk nam daje zagon za uvajanje drugih sprememb na področju babiške zdravstvene nege. Začeli smo z delovanjem posvetovalnice za dojenje, kjer babice na ustrezen način in na podlagi dobrih praks ženskam po odpustu iz porodnišnice nudijo ustrezno strokovno pomoč in podporo pri težavah z dojenjem.

## Literatura

- 1 Emons, J. K. & Luiten, M. I. J., 2001. *Midwifery in Europe: An inventory in fifteen EU – member states*. Available at: [http://www.deloitte.nl/downloads/documents/website\\_deloitte/GZpublVerloskundeinEuropaRapport.pdf](http://www.deloitte.nl/downloads/documents/website_deloitte/GZpublVerloskundeinEuropaRapport.pdf) [Accessed 14 March 2019].
- 2 International Confederation of Midwives, 2011. *Position Statement: Midwifery: An Autonomous Profession*. Durbane International Council Meeting. ICM.
- 3 Kralj, B., 2004. *Ob 250-letnici babiške šole v Ljubljani – zgodovinski oris*. *Obzornik zdravstvene nege*, 38(1), pp. 7-11.
- 4 Lavrič, V., 1953. *200 let ljubljanske Babiške šole*. Ljubljana: Babiška šola.
- 5 Lee Davis, D., Walker, K., 2011. *Case loading midwifery in New Zeland: bridging the normal/abnormal divide with woman*. *Midwifery*, 27(1), pp. 46-52.
- 6 *Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni*, 2002. *Uradni list Republike Slovenije št. 33*.
- 7 Skinner, J.P., Foureur, M., 2010. *Consultation, referral and collaboration between midwives and obstetricians: lessons from New Zeland*. *Midwifery Womens Health*, 55(1), pp. 28-37.
- 8 Skoberne, M., Skočir, A. P., 2003. *Izobraževanje babic v Evropski uniji evropske in svetovne težnje za kakovost v babištvu*. *Obzornik zdravstvene nege*, 37(1), pp. 13 -21.
- 9 *Splošna bolnišnica Jesenice*, 2018. *Anketa »Zadovoljstvo porodnic« (Interni vir)*. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice.
- 10 Železnik, D., Filej, B., Brložnik, M. & Buček Hajdarevič, I., 2008. *Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

# KAKO MOTIVIRATI ZAPOSLENE?

mag. Darja KRAMAR, dipl. m. s.

Bolnišnica Topolšica

darja.kramar@b-topolsica.si

## **Izvleček**

Vodstvo se velikokrat znajde v situaciji, ko zaposleni niso motivirani in dela ne opravljajo dovolj dobro. Zaposlene je potrebno pripraviti in navdušiti za delo, da so kar najbolj produktivni. Podjetje mora v današnjem svetu z razmeroma majhno ekipo opraviti veliko dela, da bi lahko ostalo konkurenčno na trgu, zato je nujno, da so vsi zaposleni pripravljene delati in, da delo opravljajo kvalitetno.

Vodstvo naj bi poznalo vrednote zaposlenih in njihova pričakovanja. Zavedati se je potrebno, da je lahko odnos zaposlenega z nadrejenim najmočnejši dejavnik, ki vpliva na zaposlenega in njegovo angažiranost pri izpolnjevanju delovnih nalog. Vplivanje na zaposlene, da bi bili bolj angažirani pa je težavna naloga in od vodje zahteva veliko izkušenj, znanja in visok novo čustvene inteligence.

**Ključne besede:** organizacija, zaposleni, motivacija.

## **1 Teoretična izhodišča zadovoljstva zaposlenih**

Zadovoljstvo zaposlenih na delu je obsežen konstrukt. Zadovoljstvo zaposlenih pojmuje kot izrazito pozitivno emocionalno stanje posameznika, ki je posledica načina doživljanja dela, pojmovanja in ocenjevanja delovnega okolja, izkušenj pri delu ter načina občutenja vseh dejavnikov dela in delovnega mesta (Mihalič, 2008).

Zadovoljstvo zaposlenih vpliva na pozitivno vedenje in obnašanje v dobrobit organizacije, kar se npr. kaže v pomoči sodelavcem, točnosti in predlaganju rešitev za izboljšanje ipd. (Spector, 2008).

Dejavniki, ki vplivajo na zadovoljstvo zaposlenih z delom in delovnimi razmerami, so: osebni dohodek, bonitete, priznanja za dobro opravljeno delo, delovne razmere, delovni čas in obseg dela, stalnost zaposlitve, izobraževanje in usposabljanje, zagotavljanje nadaljnega izobraževanja in usposabljanja, možnosti za napredovanje, organizacijska kultura in klima, odnosi s sodelavci, prijaznost in podpora sodelavcev ter medsebojni odnosi (Debeljak, 2015).

## **2 Delovna skupina**

Sodobna organizacija je timska organizacija. Da posamezniki postanejo delovna skupina, naj bi bili izpolnjeni nekateri pogoji. Ti pogoji se nanašajo predvsem na medsebojne odnose sodelavcev v delovni skupini. V učinkoviti delovni skupini naj bi obstajali podpirajoči se, vzajemni, solidarni in recipročni odnosi. Take odnose razvije delovna skupina takrat, kadar posamezniki drug drugega podpirajo pri uresničevanju organizacijskih smotrov in ciljev. V takih delovnih razmerah so smotri in cilji posameznikov enaki kot smotri in cilji organizacije (Ivanko, 2014, p.286).

Pomembne značilnosti skupine:

- bila naj bi prepoznavna in določljiva po članih, ki jo sestavljajo in po zunanjih opazovalcih;
- imela naj bi socialno strukturo, vsak član naj bi imel v skupini položaj, ki je določen v odnosu do položajev drugih;
- v skupini obstajajo individualne vloge, preko katerih člani sodelujejo v skupnem delu;
- bistveni za skupino so recipročni odnosi, ki med člani zagotavljajo stike in komunikacijo;
- vsaka skupina ima norme o vedenju, ki vplivajo na način igranja vlog, zato je nujno, da član, ki pride v skupino, začne oblikovati svoje vedenje po vzorcu skupine;
- člani skupine imajo skupne interese in vrednote, vendar ni nujno, da so natančno definirani;
- delovanje skupine naj bi bilo usmerjeno k delovnim (socialnim) smotrom in ciljem. Smotri in cilji povedo, zakaj in s kakšnim namenom skupina obstaja;
- skupina naj bi imela določeno trajnost, se pravi, izmerljivo trajanje (Ivanko, 2014).



## 2.1 Okoliščine

Na življenje v organizaciji vpliva določen vzorec življenja, vrednotenja, počutja in razpoloženja, ki pa je rezultat tradicije in tudi neposrednih dogodkov. Vse te dejavnike naj bi vodja pri svojem vodenju tudi upošteval (Jezernik, 2012).

Zavedati se je potrebno, da so spremembe v današnjem času intenzivne, da napredek tehnologij zahteva od zaposlenih hitro prilagajanje, kar lahko predvsem za starejše sodelavce predstavlja obremenjujoč faktor.

## 2.2 Učinki razlik med ljudmi na motivacijo

Med ljudmi obstaja glede motivacije mnogo razlik. To so na primer rasa, spol, fizične sposobnosti, dežela izvora, starost, osebni stil, spolna usmerjenost in druge. Pri tem je sovplivanje faktorjev neizbežno, saj ne moremo razumeti in predvideti vseh učinkov teh razlik na motivacijo, lahko pa jih spoznamo, priznamo njihovo pozornost in iščemo nasvete glede njihovih posledic. Upoštevanje takšnih faktorjev, ki so vključeni v motivacijo, je bistvenega pomena za vodje, ki lahko preučijo situacijo in tako vplivajo na posledice določenega vedenja, ter prilagodijo vodenje na način, da pomagajo doseči določene rezultate (Brezovšek & Kukovič 2014, p. 85).

Generacijske razlike med zaposlenimi od vodij zahtevajo kompetenco medgeneracijskega usklajevanja in prilagajanja različnim specifikam zaposlenih. Razlikam se naj bi prilagodili tudi sistemi managementa kadrov, pri čemer so še bolj izpostavljene organizacije, ki zaposlujejo deficitarne poklice. Posebnosti generacije Y, ki že trka na vrata delodajalcev so zlasti ambicioznost, zahteva po takojšnji povratni informaciji, hitro napredovanje, želja po doseganju rezultatov in izredno razvite veščine najmodernejših tehnologij. Okoreli in zastareli sistemi kadrovskega managementa in vodenja težko dohajajo zahteve te generacije in verjetnost, da se bodo zaposlili pri njih, je vsak dan manjša (Štular, 2008, p. 62).

## 2.3 Zadovoljstvo zaposlenih

Zadovoljstvo zaposlenih je ključni pogoj za uspešnost organizacije in bistvena sestavina delovnega življenja zaposlenega. Zaposleni so srce organizacije, zato si naj vodstvo prizadeva, da bo vsak posameznik kar se da zadovoljen z vsemi aspekti, ki lahko vplivajo na njegovo počutje in zadovoljevanje njegovih potreb. Iz tega vidika je zadovoljevanje potreb zaposlenih izjemno pomembna naloga organizacije. Vsak zaposleni ima namreč svoje potrebe in interese, ki jih želi zadovoljiti na delovnem mestu (Vozel, 2014, p. 24).

Zadovoljstvo z delom se kaže kot obnašanje posameznika na delovnem mestu, ki je odraz njegovega čustvenega doživljanja okolja, v katerem dela (Červ, 2012).

V vsaki organizaciji, profitni ali neprofitni, privatni ali javni, so zadovoljni zaposleni eden izmed najpomembnejših dejavnikov uspešnosti, zato je pomembno, da se dobro počutijo, ustvarjajo pozitivno vzdušje in dvigujejo ugled organizacije. Kako naj se ustvari in vzdržuje zadovoljstvo zaposlenih, je izziv, s katerim naj bi se vodstveni sodelavci v organizaciji vedno bolj ukvarjali. Prav vodje in njihov način vodenja so tisti dejavniki, ki s svojim delovanjem v veliki meri pripomorejo k motiviranosti zaposlenih in ustvarjanju pozitivnega vzdušja znotraj organizacije (Kocet Ritlop, 2012).

Pomembno je opozoriti, da zadovoljstvo vpliva na fizične in mentalne sposobnosti zaposlenih. Posameznik naj bi ohranjal zdravo telo in um, da lahko opravlja fizične in umske dejavnosti na najboljši možni način zanj in za organizacijo, v kateri je zaposlen (Solanki, 2013, p.9).

Delovanje človeka je usmerjeno k zadovoljevanju njegovih potreb, ki so vir želja. Želje so vir delovanja, ki omogočajo posameznikom zadovoljitev njihovih potreb. Obnašanje ljudi v organizaciji je odvisno od njihovih motivov. Vsaka človekova dejavnost je spodbujena z različnimi motivi, ki usmerjajo človeka k želenemu cilju. Cilj delovanja človeka je zadovoljitev njegovih različnih potreb, npr. fizioloških, varnostnih in socialnih, potreb po spoštovanju, svobodi, osebnemu razvoju itd. Človek pričakuje, da bo s svojim delovanjem zadovoljil svoje potrebe, zato se obnaša tako, da ga bo njegovo obnašanje pripeljalo do zadovoljitve lastnih potreb. Nastajanje, spreminjanje in zadovoljevanje človekovih potreb pa je odvisno od številnih dejavnikov, povezanih s socialnim, ekonomskim in kulturnim položajem, ki ga ima posameznik v določeni socialni stratifikaciji (Ivanko 2014, pp. 265–266).

## Dejavniki zadovoljstva

Ivan Svetlik (1998, cited in Kramar, 2016) je združil dejavnike zadovoljstva pri delu v šest skupin:

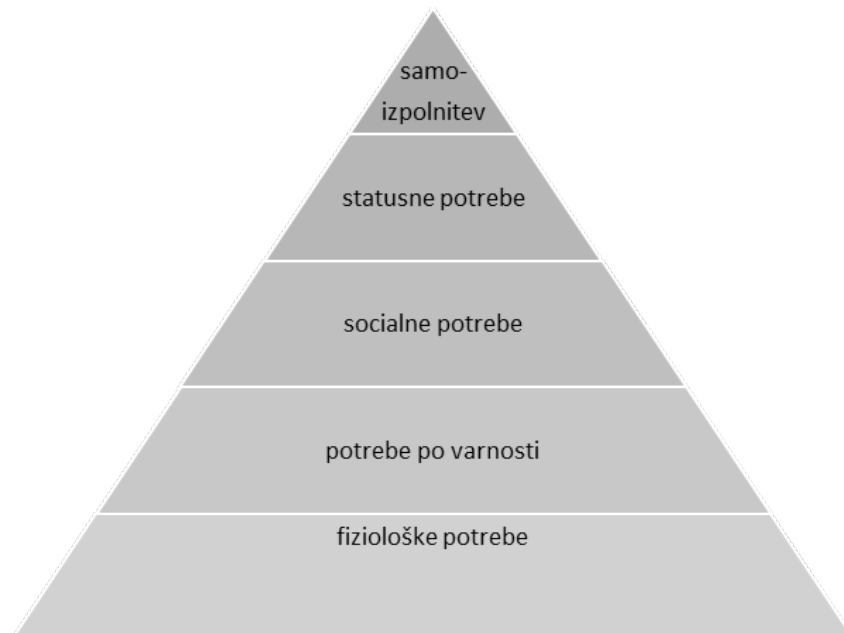
1. vsebina dela: možnost uporabe znanja, učenja in strokovne rasti, zanimivost dela, raznovrstnost dela;
2. samostojnost pri delu: možnost odločanja o tem, kaj in kako bo sodelavec delal, samostojno razporejanje delovnega časa, vključenost v odločanje o splošnejših vprašanjih dela in organizacije;
3. plača, dodatki in ugodnosti;
4. vodenje in organiziranost dela: ohlapen nadzor, dajanje priznanj in pohval, usmerjenost vodij k ljudem ali v delovne naloge, skrb za nemoten potek dela;
5. odnos pri delu: dobro delovno vzdušje, skupinski duh, razreševanje sporov, sproščena komunikacija med sodelavci;
6. delovne razmere: majhen telesni napor, varnost pred poškodbami in obolenji, odpravljanje motečih dejavnikov fizičnega delovnega okolja.

Da bi moderne organizacije dosegle večjo motiviranost zaposlenih, številne med njimi uporabljajo različne načine. Daft (2010) na primer navaja naslednje mogoče programe za povečanje motiviranosti: plačilo po učinku, udeležba pri dobičku, solastništvo, nagrajevanje za znanje, gibljiv delovni čas, nagrajevanje za uspešno vodenje tima in različne luksuzne nagrade (potovanja, vstopnice za športne prireditve, dragi aparati ipd.). Najučinkovitejši programi za povečevanje motiviranosti zaposlenih pa so po Daftu (2010) tisti, ki se ne nanašajo zgolj na denarne ali druge nagrade, temveč na opolnomočenje zaposlenih in omogočanje občutka pomembnosti (Verle & Markič 2010, pp. 131–147).

Veliko raziskav je pokazalo, da okoljski dejavniki, torej tudi dejavniki zadovoljstva, vplivajo na produktivnost delavcev in njihovo moralo. Bolj kot je sodelavec zadovoljen, bolj bo produktiven in s tem pomemben člen organizacije (Castro & Martins 2010, p. 1). V nadaljevanju je navedenih nekaj motivacijskih teorij.

## Maslowova teorija ali teorija potreb

Abraham H. Maslow je hierarhijo potreb razvil že leta 1954 (slika1). Človeške potrebe je videl na različnih ravneh. Teorija temelji na predpostavki, da večino ljudi motivira želja po zadovoljitvi specifične skupine potreb (Ivanko, 2014, p. 268).



Slika 1: Hierarhija potreb po Maslowu  
Vir: Ivanko 2014, p. 268.

Teorija hierarhije potreb po Maslowu je zelo pomembna in kljub številnim kritikam v praksi še danes uporabna. Njene ugotovitve so naslednje (Kramar Zupan, 2009, p. 160):

- Vodje pogosto ne nudijo možnosti, da bi zaposleni lahko zadovoljili potrebe po spoštovanju in samouresničitvi, To še zlasti velja za zaposlene na nižjih hierarhičnih nivojih, ki opravljajo rutinska dela, pri katerih so možnosti za odločanje in iniciativo in kreativnost majhne.
- Če vodenje poteka predvsem z uporabo prisilne moči, to so grožnje vključno z odpuščanjem, so zaposleni neprestano ogroženi, da izgubijo delo, ki je eksistencialno pomembno. Na ta način so nezadovoljene potrebe po varnosti.
- Da bi bili zaposleni motivirani s potrebami po visokih dosežkih, ki jih prinašata povezovalni in zavzeti stil vodenja je v tem, da ti dve obliki vodenja dajeta zaposlenim veliko možnosti za zadovoljevanje socialnih in interpersonalnih potreb.

### **Herzbergova motivacijska teorija**

Herzberg je poskušal ugotoviti, kako vpliva zadovoljstvo pri delu na učinkovitost in motiviranost človeka. Teorijo je postavil na podlagi ugotovitve, da določene delovne okoliščine povzročajo nezadovoljstvo, če so odsotne, njihova prisotnost pa ne povzroča nezadovoljstva. Ugotovil je, da so največje zadovoljstvo povzročili tako imenovani notranji dejavniki, ki se nanašajo na vsebino dela in delu dajejo vrednost že sami po sebi. To so predvsem: delovni dosežki, priznanje za opravljeno delo, delo samo po sebi, odgovornost pri delu, napredovanje in osebna rast. Največ nezadovoljstva pa povzroča odsotnost zunanjih dejavnikov, ki se nanašajo na delovne okoliščine, med katere lahko uvrstimo: politiko in upravljanje v organizaciji, ustrezno vodenje, dobre odnose med nadrejenimi in podrejenimi, dobre delovne razmere, ustrezne plače in primerne odnose s sodelavci (Ivanko, 2014, p. 272).

### **Vroomova motivacijska teorija**

Teorija temelji na tem, kako oseba sprejema razmerja med trudom, uspešnostjo in nagrado. Posameznik je za določeno vedenje ali delo motiviran tako, kot pričakuje, da bo s tem dosegel svoje individualne smotre in cilje (Ivanko, 2014, p. 277).

### **Ekonomska motivacija**

Temeljno izhodišče ekonomske motivacije je trditev, da človek dela zato, da bi zaslužil. Denar ali materialne dobrine so po ekonomski motivaciji energija oziroma spodbude, ki motivirajo človeka, da opravi tisto dejavnost, ki se zahteva kot pogoj za plačilo in zaslužek (Ivanko, 2014, p. 283).

*Plača:* socialni, stroškovni, motivacijski vidik plač naj bi upošteval vsak sistem nagrajevanja in napredovanja v organizaciji. Vendar pa plače še niso zadostna spodbuda za učinkovito in uspešno poslovanje, ampak so lahko le del celovitega motivacijskega sistema v organizaciji, ki naj bi vključeval: motiv delovnega razmerja, možnost napredovanja na delovnem mestu in zunaj njega, zanesljivost zaposlitve in jasna perspektiva organizacije, možnost izobraževanja idr. (Ivanko, 2014, pp. 283–284).

Mihaličeva (2010) pravi, da so dejavniki, ki zmanjšujejo in uničujejo motivacijo naslednji:

- ustvarjanje neupravičenih razlik med zaposlenimi,
- dvojna merila pri napredovanju, nagrajevanju ipd.,
- nedemokratična in hierarhična komunikacija,
- šikaniranje, ustrahovanje in izsiljevanje,
- neenake možnosti za delo, rast, razvoj in napredek,
- nepotizem in protekcionizem,
- prepuščenost samemu sebi,
- psihično in fizično nasilje na delovnem mestu,
- nizka etična merila in neprofesionalnost,
- prevelike razlike med višinami plač zaposlenih,
- previsoki kriteriji, smotri in cilji in merila,
- nestrokovnost in neusposobljenost vodij,
- slabe možnosti izobraževanja in usposabljanja,
- neskladnost zahtev s pričakovanji,
- neenakomerno porazdeljena obremenitev z delom,

- neprilagojen delovni čas,
- odsotnost podpore in pomoči,
- slabi pogoji dela in neustrezna delovna sredstva,
- zelo visoka stopnja nadzora,
- previsoka stopnja sprememb v organizaciji,
- odsotnost participacije.

Uspešne organizacije so lahko tiste, v katerih delajo uspešni in zadovoljni posamezniki. Veliko posameznikov spozna, da delo, ki ga opravljajo, ne zadovoljuje njihove potrebe oziroma jih ne izpolnjuje. Brečko (2006) navaja, da veliko posameznikov spozna, da delo, ki ga opravljajo, ne zadovoljuje njihovih potreb, oziroma jih ne izpolnjuje. S tem izgubita oba, organizacija in posameznik, oziroma vsa družba. Razlog za uspešnost oziroma neuspešnost organizacij in posameznikov naj bi torej iskali v preskromnem poznavanju sebe, svojih kariernih ambicij, vrednot, motivov in sposobnosti (Brečko, 2006 cited in Kramar 2016).

### 3 Razprava

Gallupove raziskave kažejo, da je precejšen odstotek zaposlenih (okoli 15%, 2003) na delu »aktivno neangažiran«. Ti ljudje nimajo osnovnih pogojev za delo in ne vedo, kaj se od njih pričakuje. Nadaljnjih 70% dela brez energije, kot nekakšni mesečniki. Pojav naj bi Nemčijo stal 260 milijard € na leto. Le manjši delež zaposlenih je angažiranih oziroma motiviranih in pri delu izkoriščajo svoje potencialne.

Strokovnjaki v Harvard Business Review svetujejo na podlagi izsledkov intervjujev kako pravilno motivirati zaposlene.

#### Težave rešujte takoj, ko nastanejo

Nedoseganje zastavljenih ciljev in podpovprečno delo sta kot infekcija; morate ju zdraviti, sicer se razširi. Tako pravi Joseph Weintraub, profesor managementa in organizacijskega vedenja na Babson College. Težavam z delovno uspešnostjo se večinoma ne posvečamo pravočasno, dodaja. Namesto ukrepanja, managerji takšne zaposlene pogosto zgolj premestijo ali jih pustijo pri miru, še pristavi.

#### Ne tiščite glave v pesek

Čeprav tega ne želite slišati ali prebrati, ste kot vodja sami odgovorni, če zaposleni niso razvrščeni na ustrezna delovna mesta ali če nimajo zadosti znanj in kompetenc za dobro opravljanje dela. Težavo je seveda možno odpraviti z ustreznimi usposabljanji in coachingom. Ključ do prave rešitve pa je, da vzrokov težav ne iščete zgolj v podrejenih, temveč se vprašate, kaj morate sami spremeniti, da se podobni problemi ne bodo ponavljali.

#### Težite k nepristranskosti

Zberite čim bolj objektivne informacije o delu podrejenega, ki ne dosega zastavljenih ciljev. Ne pustite, da vas zaslepijo čustva. Uporabite katero od uveljavljenih metod ocenjevanja (v Kadringu priporočamo ocenjevanje po metodi 360 stopinj) in se pogovorite – na štiri oči – tudi z osebami, ki so problematičnemu zaposlenemu neposredno nadrejene.

#### Kako pravilno komunicirati o slabem delu

Ko ste zbrali ključne informacije, se osebno pogovorite z zaposlenim. Pomembno je, da ga ne posadite na vroči stol, temveč mu jasno predstavite vaša opažanja, kako njegovo vedenje in ravnanja vplivajo na celoten tim in na podjetje; predvsem pa poudarite, da mu lahko pomagate. Povejte, da ste prepričani, da zmore več in ga vprašajte, kakšne rešitve bi sprejel sam. Razpravljajte o predlogih izboljšav in dajte zaposlenemu nekaj dni za sestavo načrta, kako bo v prihodnje dosegal zastavljene cilje.

#### Postavite cilje

Ko ste se z zaposlenim pogovorili o ključnih težavah in je ta motiviran za spremembe, postavite realne cilje, ki jih mora doseči. Dogovorite se, kako točno boste doseganje ciljev merili in kako jih boste sproti spremljali. Ne pozabite, da ves vaš trud ne bo obrodil sadov, če doseganja ciljev ne boste dosledno

nadzirali. S tem gradite dober odnos in zaupanje, hkrati pa zaposlenemu sporočate, da vam je mar, kako napreduje. Če želite utrditi pozitivno spremembo, zaposlenega za doseganje ciljev tudi nagradite.

#### **Če kljub coachingu ni izboljšav ...**

Nekateri zaposleni kljub vašim prizadevanjem ne bodo kazali želje po spremembi vedenja. Krivdo bodo vztrajno valili na druge in se izogibali vsakemu poizkusu vpeljave izboljšav. Če se neželjeno vedenje zaposlenega ponavlja, jasno povejte, da tega ne morete tolerirati in pojasnite, kakšne bodo posledice in ukrepi, ki jih boste sprejeli. Bolj kot je vaš sistem upravljanja zaposlenih sistematično razdelan, podkrepjen z ustreznimi pravilniki in jasno predstavljen zaposlenim, boljšo podlago imate za uspešno izpeljane pravne ukrepe (<http://www.kadring.si/info-portal/327>).

## **4 Zaključek**

Skozi prispevek smo poskušali opredeliti povezanost med organizacijo, zaposlenimi in korelacijo motiviranosti zaposlenih. Ključno je, da samo motivirani zaposleni lahko dosegajo dobre delovne rezultate. Motivacija zaposlenih pa je eden od največjih izzivov s katerim se srečuje vodstvo v današnjem času. Zaposlene je potrebno pošteno plačati in z njimi spoštljivo ravnati. Treba jim je pomagati pri rasti, drugače jih bomo izgubili zaradi drugega delodajalca, ki bo to počel.

### **Literatura**

- 1 Brezovšek, M. & Kukovič, S., 2014. *Javno vodenje: sodobni izzivi*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- 2 Castro, M. L. & Martins, N., 2010. *The relationship between organisational climate and employee satisfaction in a South African information and technology organisation*. *Journal of Industrial Psychology* 36 (1): 1–9.
- 3 Červ, R., 2012. *Stopnja zadovoljstva in motivacijski dejavniki učiteljev*. *Revija za univerzalno odličnost* 1 (1): 30–41.
- 4 Daft, R.L., 2010. *New era of Management*. Mason, OH: South - Western; Cengage Learning.
- 5 Debeljak, K., 2015. *Vpliv vodenja na zadovoljstvo zaposlenih v zdravstveni negi: študija primera v izbrani organizaciji: magistrsko delo*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management Koper.
- 6 Ivanko, Š., 2014. *Teorija organizacije*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za upravo.
- 7 Jezernik, D., 2012. *Različni stili vodenja in vpliv vodenja na zadovoljstvo zaposlenih v zdravstvenih organizacijah: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- 8 Kocet Ritlop, S., 2012. *Stili vodenja in njihov vpliv na zadovoljstvo zaposlenih v zdravstveni negi: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- 9 Kramar, D., 2016. *Vpliv stila vodenja na zadovoljstvo zaposlenih: magistrsko delo*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management Koper.
- 10 Kramar Zupan, R., 2009. *Menedžment vs. Vodenje*. Novo mesto: Fakulteta za poslovne in upravne vede.
- 11 Mihalič, R., 2008. *Povečajmo zadovoljstvo in pripadnost zaposlenih. Praktični nasveti, metodologija, interni akt in model usposabljanja za uporabljanje in merjenje zadovoljstva in pripadnosti zaposlenih, z ukrepi za večje zadovoljstvo pri delu in pripadnost organizaciji*. Škofja Loka: Mihalič in partner
- 12 Mihalič, R., 2010. *Kako motiviram sodelavce*. Škofja Loka: Mihalič in partner.
- 13 Spector, P. E., 2008. *Industrial and organizational psychology: research and practice*. New York: Wiley.
- 14 Solanki, Kalpana R., 2013. *Flexitime association with job satisfaction, work productivity, motivation & employees stress levels*. *Journal of Human Resource Management* 1 (1): 9–14.
- 15 Štular, S., 2008. *Spremembe v vodenju – medgeneracijsko komuniciranje, generacija Y*. V *Ali potrebujemo spremembe na področju vodenja zaposlenih v zdravstvu? – Novi izzivi*, ur. Boris Miha Kaučič, 62–66. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babc in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v managementu; Maribor: Pivec.

- 16 Verle, K. & Markič, M., 2012. *Kompetence vršnih managerjev in organiziranost kot osnova uspešnosti organizacije*. Koper: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za management.
- 17 Vozel, K., 2014. *Organizacijsko vzdušje in zadovoljstvo zaposlenih v oddelku organizacije X: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
- 18 Info portal. *Kako motivirati podpovprečne zaposlene? Avalibe* at <http://www.kadring.si/info-portal/327> (Accessed 26 April 2019).

# KONCEPT VEČKULTURNOSTI ZA ZAGOTAVLJANJE KAKOVOSTNE OBRAVNAVE PACIENTOV

doc. dr. Bojana FILEJ  
Visoka zdravstvena šola v Celju  
bojana.filej@gmail.com

doc. dr. Boris Miha KAUČIČ  
Visoka zdravstvena šola v Celju  
miha.kaucic@vzsce.si

## **Izvleček**

*Naraščajoča kulturna raznolikost družbe zahteva od vsakega posameznika poznavanje medkulturnosti, sposobnost sobivanja in spoštovanja vrednot vsake kulturne skupine.*

*Zdravstveni strokovnjaki smo zakonsko in etično zavezani k enakopravni obravnavi vseh ljudi, vendar je danes kompleksnost družbe in s tem kompleksnost kultur in prepričanj tako zahtevna, da za kakovostno obravnavo pacientov potrebujemo veliko znanja, s čimer bomo postali kulturno kompetentni. Kulturna kompetentnost zdravstvenih strokovnjakov pripomore tudi k boljšemu razumevanju različnih pogledov na zdravje, bolezen, bolečino ter zdravstveno oskrbo.*

*Cilj vsake zdravstvene obravnave, ne glede na kulturno pripadnost posameznika, je holistični pristop, ki omogoča zadovoljevanje pacientovih fizičnih, psihičnih, socialnih in duhovnih potreb, saj je človek enkratna osebnost, z lastno preteklostjo, lastnimi občutki, razmišljanji, življenjskimi navadami, problemi, potrebami, pričakovanji, željami, vrednotami in normami.*

**Ključne besede:** kultura, kulturna raznolikost, kakovost, zdravstveni strokovnjak.

## **1 Uvod**

Težko je najti deželo s samo eno nacionalnostjo. Vojne, verski konflikti, naravne katastrofe in naraščajoči globalizacijski procesi so pripeljali do današnjega stanja, v katerem je kulturna raznolikost skupen fenomen večine držav (Bieniak, et al., 2016). Tudi v slovenskem prostoru pojav večkulturnosti narašča. V preteklosti sta v Sloveniji živeli dve tradicionalni manjšini – madžarska in italijanska narodna skupnost ter etnične skupine Srbov, Hrvatov in Bošnjakov ter različne verske skupnosti. Danes pa prihaja v našo državo vse več tujcev iz različnih delov sveta; prihajajo kot migranti, turisti ali iz drugih razlogov. Goriup (2016) navaja, da je večkulturnost več kot le tradicija, je nuja; je več kot le mobilnost, je sodelovanje v našem dinamičnem svetu.

Vse številčnejše je priseljevanje albansko govorečega prebivalstva, ki ne zna več nobenega južnoslovenskega jezika. Tako imajo zdravstveni strokovnjaki vedno pogosteje stik z uporabniki zdravstvenih storitev, s katerimi se ne morejo sporazumevati v slovenskem jeziku (Pokorn & Lipovec Čabron, 2019).

Nepoznavanje tujega jezika in značilnosti drugih kultur predstavljajo potencialno nevarnost za paciente, ki jih zdravstveni strokovnjaki obravnavajo. Vsaka kultura ima namreč svoj pristop do koncepta zdravja, zato različne kulture različno razlagajo, kaj povzroča bolezen, kako se bolezen zdravi ali ozdravi, ter kdo naj sodeluje v procesu zdravljenja. Pacientovo sprejemanje informacij ter njihova pripravljenost te informacije uporabiti sta prav tako velik izziv za zdravstvene strokovnjake.

Kultura ima različne pomene, je multidimenzionalni koncept. V nadaljevanju bomo navedli nekaj definicij kulture in predstavili najpomembnejše zakonodajne in etične dokumente, ki zavezujejo zdravstvene strokovnjake k enaki obravnavi kulturno raznolikih pacientov.

## **2 Kultura**

Izraz »kultura« se je najprej nanašal na aktivnosti, ki so bile povezane s področjem kmetovanja. V 2. stoletju pr. n. št. je rimski filozof Mark Tulij Cicero prvi prenesel pomen besede od »kultiviranja polj« do »kultiviranja uma in duše«. Beseda kultura, kot jo razumemo danes, pa je pridobila kompleksen pomen

šele v 18. stoletju. Zasluge za to pripisujemo nemškemu filozofu Gottfriedu Herderju, ki je menil, da je kultura, ki se nanaša na posameznike ali skupine univerzalen pojav. Menil je tudi, da je raznolikost kultur potencial za razvoj človeka (MICE, 2018).

Young in Guo (2016) navajata, da kultura obsega vrednote, prepričanja, navade, tradicije, vzorce razmišljanja in norme posameznika ali populacije. Kultura je tudi način razmišljanja, način odločanja in percepcija življenja. Pomeni tudi, kje se vidimo znotraj družine in kakšne vloge prevzemamo znotraj nje. Kultura je lahko različna znotraj iste družine zaradi različnih generacij, ki jo sestavljajo. Lahko je različna zaradi jezikovnih razlik, verbalne in neverbalne komunikacije ter večgeneracijskih razlik. Obnašanje, ideje in percepcije se prenašajo skozi generacije.

K enakopravni in kakovostni obravnavi pacientov nas zavezuje Splošna deklaracija človekovih pravic (1948), ki navaja, da je »vsakdo upravičen do uživanja vseh pravic in svoboščin, ki so razglašene s to Deklaracijo, ne glede na raso, barvo kože, spol, jezik, vero, politično ali drugo prepričanje, narodno in socialno pripadnost, premoženje, rojstvo ali kakršnokoli drugo okoliščino«. Splošna deklaracija človekovih pravic tudi zavezuje zdravstveno osebje k nediskriminatornemu obnašanju in ravnanju ter navaja, da ima »vsakdo pravico do takšne življenjske ravni, ki zagotavlja njemu in njegovi družini zdravje in blaginjo ..., zdravniško oskrbo in ... pravico do varstva v primeru bolezni....«.

Organizacija Združenih narodov za izobraževanje, znanost in kulturo (UNESCO) je kulturo opredelila kot »množico raznolikih duhovnih, materialnih, intelektualnih in čustvenih značilnosti družbe in družbene skupine, ki poleg umetnosti in literature obsega tudi življenjske sloge, načine sobivanja, sistem vrednot, tradicije in prepričanja« (Splošna deklaracija o kulturni raznolikosti, 2001). Slednja med drugim navaja, da:

- ima kultura v času in prostoru različne oblike in da različne skupine in družbe sestavljajo človeštvo;
- je potrebno zagotoviti skladno sodelovanje med ljudmi, z različnimi kulturnimi identitetami, da bi živeli skupaj;
- je zaščita kulturne raznolikosti etični imperativ, ki je neločljiv od spoštovanja človeškega dostojanstva ter pomeni zavezanost človekovim pravicam in temeljnim svoboščinam.

Na področju zdravstvene nege je ameriška medicinska sestra in antropologinja Madeleine Leininger razvila teorijo večkulturne zdravstvene nege v kateri poudarja, da kultura obsega vrednote, prepričanja, norme in način življenja določene skupine, ki razmišlja, odloča in ukrepa po določenem vzorcu (MICE, 2018). Poudarja, da je potrebno obravnavati pacienta kot celo osebo, iz fizičnega, psihičnega, socialnega in duhovnega vidika, pri tem je potrebno upoštevati pacientovo kulturo in njegovo kulturno ozadje, ko se odločamo, kako bomo obravnavali pacienta. Vrednote in prepričanja se prenašajo iz generacije v generacijo in lahko imajo velik vpliv na pacientovo zdravje in na njegove reakcije na obravnavo. Teorija večkulturne zdravstvene nege je disciplina, ki je danes integralni del prakse medicinskih sester na področju zdravstvene dejavnosti (Nursing theory, 2019).

Tudi Zakon o pacientovih pravicah (2017) v 3. členu med drugim navaja, da je potrebno »spoštovati vsakogar kot človeka in spoštovati njegova moralna, kulturna, verska, filozofska in druga osebna prepričanja«.

Zdravstvene strokovnjake k enakopravni obravnavi vseh pacientov zavezujejo tudi etični kodeksi. Medicinske sestre zavezuje tako mednarodni kot tudi nacionalni etični kodeks.

V preambuli mednarodnega Etičnega kodeksa za medicinske sestre je izrecno izražena prepoved diskriminacije pacientov iz kakršnegakoli razloga in dolžnost medicinske sestre, da spoštuje človekove pravice, vključno s kulturnimi pravicami (ICN, 2012). Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014) govori o spoštovanju raznolikosti pacientov in navaja: »dejavniki, kot so rasa, narodnost, veroizpoved, politično prepričanje, socialni položaj, starost, spol, spolna usmerjenost, zdravstveno stanje ter invalidnost ne smejo kakorkoli vplivati na odnos do pacienta«.

Zavezanost zakonodaji in etiki pa za zdravstvene strokovnjake ni dovolj, saj za obravnavo kulturno raznolikih pacientov potrebujejo nova znanja. Da bi postali kulturno kompetentni moramo razvijati kulturne kompetence pri izvajanju zdravstvene nege.



### 3 **Kulturna kompetentnost**

Kulturne kompetence so skupek znanj in veščin v odnosih z ljudmi, ki posamezniku omogočijo izboljšanje razumevanja, občutljivosti, sprejemanja, spoštovanja in odzivanja na kulturne razlike in odnose, ki iz le-teh izhajajo (Keršič Svetel, et al., 2016).

Razumevanje kompleksnosti in različnosti kultur ter izobraževanje je nujno, vendar ne gre le za enosmerno dejanje (Young & Guo, 2016). Razvoj kulturne kompetentnosti med zdravstvenimi strokovnjaki je vseživljenjski in dinamični proces s ciljem učinkovitega izvajanja zdravstvene oskrbe kulturno raznolikim pacientom (Cruz, et al., 2016). Za zdravstvene strokovnjake pomeni biti kulturno kompetenten, imeti znanje in spretnosti, kot tudi biti predan in zavezan procesu izvajanja kulturno kompetentne oskrbe (Young & Guo, 2016).

Pri oskrbi kulturno raznolikih pacientov ni dovolj le empatični odnos, temveč moramo poznati različne pojme povezane s kulturno raznolikostjo, obvladati moramo določene spretnosti in veščine v povezavi s komunikacijo, sposobni moramo biti razvijanja socialnih odnosov zato, da bi lahko razumeli, kaj pomeni zdravje, bolezen, bolečina, zdravstvena oskrba, zdravljenje in negovanje ter smrt v različnih kulturah.

Zaradi pomanjkljivih kulturnih kompetenc lahko zdravstveni strokovnjaki povzročijo zamude v obravnavi, neskladnosti v načinih zdravljenja, postavitev neustrezne diagnoze in s tem pacienta izpostavijo velikim rizikom ter celo smrti (De Beer & Chipps, 2014). Nasprotno pa kulturno kompetentni zdravstveni strokovnjaki izboljšajo enakost v obravnavi in varnost pacientov, zagotavljajo ustrezno uporabo virov in pomagajo odpraviti neravnovesje moči med zdravstvenimi strokovnjaki ter pacienti (Northam, et al., 2015).

Bofulin in sodelavci (2016) navajajo, da je kulturna kompetenca v slovenskem zdravstvu novejši pojem, ki predstavlja popolnoma novo dimenzijo strokovne kompetentnosti vseh zdravstvenih strokovnjakov. Zato potrebujemo za suvereno izvajanje kakovostne oskrbe kulturno raznolikim pacientom znanje, saj smo očitno v Sloveniji na kulturno raznolikost še vedno nepripravljeni.

Za pridobivanje novega znanja nam je lahko v veliko pomoč Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev, ki ga je izdal Nacionalni inštitut za javno zdravje Republike Slovenije (Bofulin, et al., 2016) ter rezultati evropskega mednarodnega projekta Multikulturna zdravstvena nega v evropskih enotah za intenzivno nego, v katerem so partnerji v projektu (Poljska, Češka, Nizozemska, Nemčija in Slovenija – Visoka zdravstvena šola v Celju) razvili sistem za upravljanje e-izobraževanja (LMS – Learning Management System) pridobitev večkulturnih kompetenc medicinskih sester (MICE – ICU, 2018). Slednja je dosegljiva na: <https://lms.mice-icu.eu>

Razvijanje kulturnih kompetenc je dolgotrajni proces, saj je potrebno doseženo znanje nenehno nadgrajevati, v okviru vseživljenjskega učenja. Jasno je, da ne moremo poznati vseh specifičnosti posamezne kulture, si pa moramo kot zdravstveni strokovnjaki prizadevati, da o pacientih, ki jih obravnavamo, vemo čim več, saj bomo le tako lahko zagotovili kakovostno obravnavo, ki bo osredotočena na potrebe pacienta.

### 4 **Kakovostna obravnava pacienta**

Ljudje se vedno bolj zavedajo svoje individualnosti ter svojih pravic, želijo živeti v skladu z lastnimi prepričanji in vrednotami, pri čemer se moramo teh sprememb in potreb začeti zavedati tudi v zdravstvu (Halbwachs, 2016). Kulturne kompetence omogočajo bolj kakovostno zdravstveno oskrbo ter pripomorejo k boljšemu sodelovanju z ljudmi različnih kultur (Keršič Svetel, et al., 2016). Kakovostna obravnava pacienta tudi pomeni, da mu zdravstveni strokovnjaki znajo prisluhniti, se od njega učiti in od njega pridobiti tiste informacije o njegovih prepričanjih, kulturnih navadah in običajih, ki pomembno vplivajo na njegovo zdravje (Halbwachs, 2014). Nikakor ne smemo znanja o neki skupnosti posploševati na vse pripadnike neke skupnosti. Človek je namreč enkratna osebnost, z lastno preteklostjo, lastnimi občutki, razmišljanji, življenjskimi navadami, problemi, potrebami, pričakovanji, željami, vrednotami in

normami. Človek je bio-psiho-socialno in duhovno bitje, ki mu morajo zdravstveni strokovnjaki zagotoviti celostno, holistično obravnavo (Filej, 2018). Izraz holističen pomeni pristop k človeku, ki obsega in obravnava vsak vidik njegove biti in ne pomeni le zdravljenja simptomov, temveč je obravnava povezana s skrbjo in sočutjem (Doolen & York, 2007). Zdravstveni strokovnjaki morajo v obravnavo pacienta vključiti kulturi ustrezne intervencije, če želimo govoriti o holistični obravnavi (Thomas, 2013).

Na kakovostno obravnavo pacienta ne vpliva le medosebna komunikacija in medosebni odnosi med pacientom in zdravstvenimi strokovnjaki, temveč tudi številni zunanji dejavniki, kot so: finančna sredstva, pomanjkanje kadra, tehnologija in oprema ter potrebe organizacije. Zdravstveni sistem zanimajo odgovori na vprašanja »kaj« in »zakaj«, med tem ko pacienta zanimata odgovora na vprašanja »kako« in »kdo«. Pacientovo zadovoljstvo je merilo ocene kakovosti zdravstvene obravnave, kjer je poudarek na celostni, holistični obravnavi, kar vsekakor vpliva tudi na njegov zdravstveni izid. Za pacienta je vsaka storitev več kot le izvajanje zdravstvene oskrbe, je možnost za človeško interakcijo in za terapevtski odnos med pacientom in zdravstvenim strokovnjakom (Filej, 2018). Povsem jasno je, da za kakovostno obravnavo pacienta ni pomemben le odnos, znanje in obnašanje posameznika, temveč je k temu zavezana tudi zdravstvena organizacija s svojimi organizacijskimi strukturami, načinom informiranja in s kulturno občutljivostjo (Mc Gee & Johnson, 2014).

Pomemben element kakovostne obravnave pacienta je tudi jezik sporazumevanja. Besede in fraze imajo različen pomen v različnih kulturah, odvisno od tega, kar se je pravkar zgodilo in od naših pričakovanj. Tudi tišina ima v komunikaciji različen pomen (Bebenishty & Biswas, 2015). Tudi Pokorn in Lipovec Čabron (2019) navajata, da je nepoznavanje in slabo znanje jezika, ki ga uporablja zdravstveno osebje ali uporabniki zdravstvenih storitev, eden izmed najpogostejših razlogov za nezmožnost vzpostavitve učinkovite komunikacije med pacienti in zdravstvenimi strokovnjaki, kar vpliva na stopnjo uspešnosti zdravljenja in preprečevanja bolezni.

Koncepta holistične obravnave in kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe obravnavata dve dimenziji človeka – na eni strani edinstvenost, enkratnost in neponovljivost človeka in na drugi strani človeka kot člana družbe, ki ji pripada in si z njo deli način življenja, kratka kultura. Človek ni le rezultat svoje kulture, čeprav ga ne moremo razumeti izven njegovega družbenega konteksta, je pa edinstven in neponovljiv v prostoru in času. Oba pristopa se deloma prekrivata in zagotavljata kakovost zdravstvene oskrbe ter kakovostni odnos med zdravstvenim strokovnjakom in kulturno raznolikim pacientom, ki vstopa v sistem zdravstvene oskrbe.

## 5 Zaključek

Cilj vsake zdravstvene institucije je, da bi dosegla najvišjo možno stopnjo pacientovega zadovoljstva. Pacientovo zadovoljstvo je zagotovo zapisano v poslanstvu vsake zdravstvene institucije. Toda uvedba koncepta pacientovega zadovoljstva, ki temelji na holistični obravnavi, vključno z upoštevanjem medkulturnih značilnosti pacienta in s tem povezane k pacientu usmerjene zdravstvene oskrbe v prakso, je težka naloga. Nuditi pacientu tisto, kar potrebuje in želi, upoštevati njegove vrednote in njegovo kulturo, ga spoštovati, mu zagotoviti možnost nadzora in sodelovanja v procesu obravnave, ni možno doseči le z izvajanjem zdravstvenega programa in zdravstvenih politik. Vzpostavljanje partnerstva in neomejeni obiski ne pripomorejo h kakovosti osnovnih človeških odnosov, še manj k upoštevanju koncepta holistične oskrbe ter k pacientu usmerjene zdravstvene oskrbe.

## Literatura

- 1 Bebenishty, J. & Biswas, S., 2015. *Cultural Competence in Critical Care: Case Studies in the ICU*. *Journal of Modern Education Review*, 5(7), pp. 723-728.
- 2 Bieniak, M., Chaldas-Majdanska, J., Machul, M., Chrzan-Rodak, A., Bak, J. & Dobrowolska, B., 2016. *Aspects of multicultural nursing practice in nursing research. Review of the literature from Poland*. In: B.M. Kaučič, B. Filej, B. Dobrowolska, R. Kane & B. Boronczyk, eds. *Multicultural society and aging – challenges for nursing in Europe*. Celje: College of Nursing in Celje / Visoka zdravstvena šola v Celju, pp. 34-44.
- 3 Bofulin, M., Farkaš Lainščak, J., Gosenca, K., Jelenc, A., Keršič Svetel, M., Lipovec Čebtron, U., Pistotnik, S., Škraban, J. & Zaviršek, D., 2016. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba. Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. [online] Available at: [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/prirocnik\\_kulturne\\_kompetence\\_2016.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/prirocnik_kulturne_kompetence_2016.pdf) [Accessed 10 April 2019].
- 4 Cruz, J. P., Estacio, J. C., Bagtang, C. E. & Colet, P. C., 2016. *Predictors of cultural competence among nursing students in the Philippines: A cross-sectional study*. *Nurse Education Today*, 46, pp. 121-126.
- 5 De Beer, J. & Chipps, J., 2014. *A survey of cultural competence of critical care nurses in KwaZulu-Natal*. *Southern African Journal of Critical Care*, 30(2), pp. 50-54.
- 6 Doolen, J. & York, N. L., 2007. *Cultural Differences With End-of-Life Care in the Critical Care Unit*. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 26(5), pp. 194-198.
- 7 Filej, B., 2018. *Pomen medkulturnosti za holistično obravnavo pacienta*. In: N. Kregar Velikonja, ed. *Celostna obravnava pacienta: zbornik povzetkov*. Novo mesto, 15. november 2018. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, p.30.
- 8 Goriup, J., 2016. *Multicultural society and nursing*. In: B.M. Kaučič, B. Filej, B. Dobrowolska, R. Kane & B. Boronczyk, eds. *Multicultural society and aging – challenges for nursing in Europe*. Celje: College of Nursing in Celje / Visoka zdravstvena šola v Celju, pp. 4-14.
- 9 Halbwachs, H.K., 2016. *Predgovor*. In: U. Lipovec Čebtron, ed. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba. Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev. Projekt Skupaj za zdravje*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 7-8.
- 10 Halbwachs, H.K., 2014. *Multikulturalizem v zdravstveni negi*. In: A. Kvas, et al., eds. *Prenos informacij v zdravstveni in babiški negi. Zbornik prispevkov 15. simpozija z mednarodno udeležbo*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 45-54.
- 11 ICN - International Council of Nurses, 2012. *The ICN Code of Ethics for Nurses*. [online] Available at: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012\\_ICN\\_Codeofethicsfornurses\\_%20eng.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf) [Accessed 10 April 2019].
- 12 Keršič Svetel, M., Jelenc, A., Gosenca, K., Škraban, J., Pistotnik, S., Lipovec Čebtron, U., Bofulin, M. & Farkaš-Lainščak, J., 2016. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba. Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev. Projekt Skupaj za zdravje*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- 13 *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*, 2014. *Uradni list RS*, št. 71. (3. 10. 2014). [online] Available at: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2014-01-2937/kodeks-etike-v-zdravstveni-negi-in-oskrbi-slovenije> [Accessed 2 April 2019].
- 14 Mc Gee, P. & Johnson, M.RD., 2014. *Developing cultural competence in palliative care*. *British Journal of Community Nursing*, 19(2), pp. 91-93.
- 15 MICE, 2018. *Multicultural Care in European Intensive Care Units*. [online] Available at: <https://lms.mice-icu.eu/> [Accessed 2 April 2019].
- 16 MICE – ICU, 2018. *Mednarodni raziskovalni projekt*. [online] Available at: <http://www.vzsce.si/si/projekti/494> [Accessed 2 April 2019].
- 17 Northam, H.L., Hercelinskyj, G., Grealish, L. & Mak, A.S., 2015. *Developing graduate student competency in providing culturally sensitive end of life care in critical care environments – A pilot study of a teaching innovation*. *Australian Critical Care*, 28(4), pp. 189-195.
- 18 *Nursing theory*, 2019. [online] Available at: <http://www.nursing-theory.org/nursing-theorists/Madeline-Leininger.php> [Accessed 20 April 2019].

- 19 N.K. Pokorn & U. Lipovec Čabron, eds, 2019. *Večjezično zdravje. Komunikacijske strategije in večkulturni stiki s tujejezičnimi bolniki v slovenskem zdravstvenem sistemu*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.
- 20 Splošna deklaracija človekovih pravic, 1948. [online] Available at: <http://www.varuh-rs.si/pravni-okvir-in-pristojnosti/mednarodni-pravni-akti-s-podrocja-clovekovih-pravic/organizacija-zdruzenih-narodov/splosna-deklaracija-clovekovih-pravic/> [Accessed 10 April 2019].
- 21 Splošna deklaracija o kulturni raznolikosti, 2001. [online] Available at: <http://www.eksen.si/splosna-deklaracija-o-kulturni-raznolikosti> [Accessed 10 April 2019].
- 22 Thomas, V.F., 2013. *Becoming a culturally competent nurse*. *Open Journal of Nursing*, 3, pp. 64-66
- 23 Young, S. & Guo, K.L., 2016. *Cultural Diversity Training. The Necessity of Cultural Competence for Health Care Providers and in Nursing Practice*. *The Health Care Manager*, 35(2), pp. 94-102.
- 24 Zakon o pacientovih pravicah, 2017. Uradni list RS, št. 55 [online] Available at: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281> [Accessed 10 April 2019].

POKROVITELJI



- Hospital Accreditation
- Clinical Excellence Certification
- Medical Web Content Certification

[aacihhealthcare.com](http://aacihhealthcare.com)



We Know Healthcare.





# LOTRIČ METROLOGY



*Terme Topolšica*



**TOSAMA**

*Negujemo generacije od 1923*