11. DAN ANGELE BOŠKIN

REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Splošna bolnišnica Jesenice

Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

TVEGANJA V ZDRAVSTVU:

Jih prepoznamo, obravnavamo, zmanjšujemo?

16. 11. 2018, Hotel Špik, Gozd Martuljek

REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Splošna bolnišnica Jesenice

Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

11. dan Angele Boškin | **ZBORNIK PRISPEVKOV**

TVEGANJA V ZDRAVSTVU:

Jih prepoznamo, obravnavamo, zmanjšujemo?

16. 11. 2018, Hotel Špik, Gozd Martuljek

11. dan Angele Boškin:
TVEGANJA V ZDRAVSTVU: Jih prepoznamo, obravnavamo, zmanjšujemo?

Urednica: Sandra Jerebic

Programski odbor: Mojca Strgar Ravnik, Sandra Jerebic, Marija Mežik Veber

Organizacijski odbor: Mojca Strgar Ravnik, Sandra Jerebic, Marija Mežik Veber, Tanja Pristavec, Alenka Bijol, Nada Macura Višić, Zorica Panić, Adrijana Ilievski, mag. Saša Mlakar, Sedina Kalender Smajlović, mag. Maja Valjavec, Andreja Kraigher, Štefana Jovičić

Tehnični pregled gradiva: Maja Femc

Izdala in založila: Splošna bolnišnica Jesenice

Oblikovanje in tisk: Medium Žirovnica

Elektronska izdaja

Spletna lokacija: https://www.sb-je.si/strokovna_javnost/publikacije/

Leto izdaje: 2018

Za vsebino prispevka, točnost podatkov in jezik prispevka v celoti odgovarjajo avtorji prispevkov.

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani
COBISS.SI-ID=297856512
ISBN 978-961-93891-9-5 (pdf)

KAZALO

Uvodnik 5

Janez Poklukar – Splošna bolnišnica Jesenice
Kako do zadostnih in pravilnih podatkov za prepoznavo in zmanjševanje tveganj v zdravstvu? 7

Marija Kohek, Daniel Grabar – Splošna bolnišnica Murska Sobota
Zakaj je obvladovanje tveganj potrebno v 'dobro utečenem' zdravstvenem sistemu? 8

Robertina Benkovič – Zdravstveni dom Ljubljana
Obvladovanje tveganj na primarnem nivoju 14

Draga Štromajer, Nina Pirc – UKC Ljubljana
Predstavitev sistema obvladovanja tveganj na Kirurški kliniki s primeri iz prakse 20

Sandra Jerebic, Matevž Kadak – Splošna bolnišnica Jesenice
Tveganja pri varovanju osebnih podatkov pacientov s predstavitvijo orodja za merjenja zadovoljstva 27

Renata Lukančič, Snežana Radić, Nada Macura Višić – Splošna bolnišnica Jesenice
Tveganja in pasti pri varovanju osebnih podatkov – primer iz Urgentnega centra Jesenice 35

Jošt Uršič, Janez Biček – Splošna bolnišnica Jesenice
Zadovoljen pacient - manjše tveganje za zaplete 40

Majda Cotič Anderle – UKC Ljubljana
Okoliščine, ki vplivajo na varnostne zaplete 47

Brigita Putar – Bolnišnica Topolšica
Obvladovanje tveganj v praksi 50

Marta Smodiš – FZAB
Mentorstvo in tveganja pri izvajanju kliničnega usposabljanja 55

Metka Epšek Lenart – Splošna bolnišnica Slovenj Gradec
Prednosti vodenja sladkornega bolnika s pomočjo elektronskega zapisa 60

Nena Veber – Althea
Kaj pa tveganje za moje zdravje? Se jih zavedam, znam poskrbeti zase? In res poskrbim, hmm?! 63

PROGRAM

8.30 – 9.00	**Registracija**
9.00 – 9.30	**Uvodni pozdravi**
	Moderatorka: Sandra Jerebic
9.30 – 9.45	Janez Poklukar **Kako do zadostnih in pravilnih podatkov za prepoznavo in zmanjševanje tveganj v zdravstvu?**
9.45 – 10.00	Marija Kohek, Daniel Grabar **Zakaj je obvladovanje tveganj potrebno v 'dobro utečenem' zdravstvenem sistemu?**
10.00 – 10.15	Robertina Benkovič **Obvladovanje tveganj na primarnem nivoju**
10.15 – 10.30	Draga Štromajer, Nina Pirc **Predstavitev sistema obvladovanja tveganj na Kirurški kliniki s primeri iz prakse**
10.30 – 10.40	**Razprava**
10.40 – 11.00	**Odmor**
	Moderatorka: Alenka Bijol
11.00 – 11.15	Sandra Jerebic, Matevž Kadak **Tveganja pri varovanju osebnih podatkov pacientov s predstavitvijo orodja za merjenja zadovoljstva**
11.15 – 11.30	Renata Lukančič, Snežana Radić, Nada Macura Višić **Tveganja in pasti pri varovanju osebnih podatkov – primer iz Urgentnega centra Jesenice**
11.30 – 11.45	Jošt Uršič, Janez Biček **Zadovoljen pacient - manjše tveganje za zaplete**
11.45 – 12.00	Majda Cotič Anderle **Okoliščine, ki vplivajo na varnostne zaplete**
12.00 – 12.15	Brigita Putar **Obvladovanje tveganj v praksi**
12.15 – 12. 30	Marta Smodiš **Mentorstvo in tveganja pri izvajanju kliničnega usposabljanja**
12.30 – 12.45	Metka Epšek Lenart **Prednosti vodenja sladkornega bolnika s pomočjo elektronskega zapisa**
12.45 – 12.55	**Razprava**
12.55– 14.00	**Odmor za kosilo**
14.00 – 15.30	**OKROGLA MIZA – OBVLADOVANJE TVEGANJ V ZDRAVSTVU** Mederator: Janez Poklukar
15.30 – 16.00	**Odmor**
16.00 – 17.30	Predavanje za dušo: Nena Veber – Althea **Kaj pa tveganje za moje zdravje? Se jih zavedam, znam poskrbeti zase? In res poskrbim, hmm?!**
Zaključek srečanja	

UVODNIK

Splošna bolnišnica Jesenice že 11. let zapored organizira strokovno srečanje, katerega rdeča nit in osrednja tema je kakovostna in varna zdravstvena obravnava naših pacientov. Srečanje smo poimenovali po gospe Angeli Boškin, ki je bila prva šolana medicinska sestra na slovenskem in je svojo prvo zaposlitev dobila prav na Jesenicah. Delovala je uspešno in postavila temelje današnji patronažni službi. Najbrž je že takrat prepoznala tveganja tudi v zdravstvu, predvsem na področju socialnih bolezni ter zdravja otrok in žena.

V vseh enajstih letih smo v okviru strokovnega srečanja Angele Boškin z različnimi strokovnjaki iz vseh ravni zdravstva predstavljali dobre prakse, izkušnje, težave in dileme s katerimi se vsakodnevno srečujemo pri zagotavljanju kakovostne in varne zdravstvene obravnave pacientov. Razvijali smo kulturo varnosti v povezavi z ustvarjanjem dobre in stabilne organizacijske kulture in klime, hkrati pa ustvarjali in izboljševali pogoje za kontinuirano izboljševanje storitev. Prav odličnost storitev je tisto, kar dela naše odjemalce – paciente zadovoljne; na ta način si zdravstveni zavod ustvari ime kot zaupanja vreden.

Naslov letošnjega srečanja je: TVEGANJA V ZDRAVSTVU: Jih prepoznamo, obravnavamo, zmanjšujemo?

Zakaj tveganja? Kakšna je razlika med tveganji in odkloni? Katera so tveganja v zdravstvu? Se jih zavedamo? Jih rešujemo? So orodja vodstvu zavodov za ukrepanje? Na vsa ta vprašanja vam bomo skozi celotno današnje srečanje poskušali odgovoriti. Dejstvo je, da je nova verzija ISO standarda 9001:2015 prinesla novo zahtevo po obravnavi, prepoznavi in zmanjševanju tveganj. Tako se mora vsaka organizacija, ki ima vzpostavljen sistem vodenja kakovosti, ukvarjati s tveganji, saj to zahtevajo tudi akreditacijski standardi za bolnišnice. Tveganja se lahko pojavijo, spremenijo in na koncu lahko celo izginejo, če organizacija vzpostavi ustrezne mehanizme. Vsaka dobra zdravstvena organizacija mora delovati dinamično; njen kontekst se lahko zaradi delovanje notranjih in zunanjih dejavnikov spreminja. Prav upravljanje s tveganji v njih je tisto, ki predvideva, odkriva in odgovarja na te spremembe primerno in pravočasno. Ocena tveganj je tako postala sestavni del dejavnosti, ki jih organizacija mora imeti. Obravnava tveganj skozi krog kakovosti, kjer planiramo - prepoznamo tveganje, izvedemo ukrepe za zmanjševanje tveganj, analiziramo kontrolne točke in izvedemo ukrepe ter na ta način zmanjšujemo tveganja vsekakor doprinese k bolj kakovostni, predvsem pa varni zdravstveni obravnavi.

Upravljanje s tveganji se stalno izboljšuje z učenjem in pridobljenimi izkušnjami na tem področju in vključevanje tega v neko zdravstveno organizacijo temelji na poznavanju vseh organizacijskih struktur in konteksta upravljanj s tveganji. Tveganje se upravlja v vsakem delu organizacije, pomembno pa je, da zaposleni vedo, da so tudi oni pomembno odgovorni za ta strukturni del.

Tveganja ne smejo biti ločena od ciljev organizacije, njenega upravljanja in zavezanosti ter vodenja kot tudi ciljev in strategije.

Torej, obvladovanje tveganj je bistvenega pomena za organizacije, pomembno vpliva tudi na sistem vodenja, predvsem v smislu izboljšav tudi na področju zdravstvene nege.

Naj vam 11. strokovno srečanje Angele Boškin prinese drug, razširjen pogled na upravljanje s tveganji.

Mojca Strgar Ravnik, mag. zdr. neg.
pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege

KAKO DO ZADOSTNIH IN PRAVILNIH PODATKOV ZA PREPOZNAVO IN ZMANJŠEVANJE TVEGANJ V ZDRAVSTVU

JANEZ POKLUKAR, dr. med., spec. int.
Splošna bolnišnica Jesenice
janez.poklukar@sb-je.si

Izvleček

V času hitrih sprememb, digitalizacije, interneta in mobilnosti pravilno zbrane in obdelane informacije predstavljajo prednost, prilagodljivost … Obvladovanje podatkov in podatkovnih baz ter premišljeno analiziranje le-teh prinaša večjo kakovost in varnost zdravstvenih storitev, kar vodi v konkurenčno prednost ter razliko med uspešnim in neuspešnim vodenjem posameznega oddelka, zavoda, organizacije. Na žalost smo tisti, ki delamo v zdravstvenem sistemu dnevno soočeni:

- *s problemom pravilnega in zadostnega vnosa podatkov, s kritičnim prepoznavanjem in razvrščanjem pravilnih podatkov,*
- *s prepoznavanjem uporabnih podatkov ter analiziranjem le-teh,*
- *s problemom nepovezljivosti posameznih informacijskih sistemov.*

Vse to rezultira v tem, da vodstva nimajo pravočasnih informacij, na podlagi katerih bi lahko sprejemali učinkovitejše in sploh pravilne odločitve.

Izpostavimo bolnišnične procese (Vrstomat, ePosvet, …), kjer je transparenten, zadosten in pravilen vnos podatkov vodstvu pomagal pri zagotavljanju višje kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev, ki rezultira v večjem zadovoljstvu pacientov.

Ključne besede: *podatki, obvladovanje podatkov, informacije, tveganja*

ZAKAJ JE OBVLADOVANJE TVEGANJ POTREBNO V »DOBRO UTEČENEM« ZDRAVSTVENEM SISTEMU?

MARIJA KOHEK, M. Sc. (Avstrija), dipl. m. s.
Splošna bolnišnica Murska Sobota
marija.kohek@sb-ms.si

prim. asist. DANIEL GRABAR, dr. med., spec. anest. z rean.
Splošna bolnišnica Murska Sobota
daniel.grabar@sb-ms.si

Izvleček

Avtorja sta se v članku lotila pregleda ključnih dejstev na področju upravljanja s tveganji v zdravstvenem sistemu. Poglavitni poudarek je namenjen spoznanju, da kljub napredku medicine in razvoju zdravstvenega varstva postaja uvedba in uporaba dobrega sistema upravljanja s tveganji bolj pomembna kot v kateri koli drugi panogi. V večini drugih gospodarskih in negospodarskih panog, organizacije razvijajo in izvajajo strategije za obvladovanje tveganja z namenom preprečevanja in ublažitve finančnih izgub. Enako velja tudi za zdravstveno varstvo, kljub temu pa gre tu za nekaj več, pomembna je namreč varnost pacientov ter zaposlenih in ne samo finančna varnost. Obvladovanje tveganj v tej panogi lahko pomeni razliko med življenjem in smrtjo, zaradi česar je delež pomembnosti dobrega upravljanje s tveganji torej precej višji. Avtorja se ob raziskovanju literature na tem področju in spoznavanja prakse strinjata, da je na hitrost razvoja tega področja vplivalo delovanje na področju varnosti in kakovosti ter pospešeno pridobivanje mednarodnih standardov. Šele, ko smo to področje začeli natančno pregledovati in meriti uspehe ter neuspehe smo prišli do spoznanja, da nekaj manjka, da bi bila škoda manjša. Kot v številnih drugi panogah se je povsod po svetu tudi v zdravstvenem sistemu pokazala potreba po sistemskem pristopu na področju upravljanja s tveganji, kar bo prikazano v tem članku na nekaj primerih. Avtorja se zavedata, da je kljub vsemu jasno dejstvo, da je bilo upravljanje tveganj še nedolgo nazaj na področju varnosti bolnika reaktivno. Težave smo reševali, ko so postale realnost, dokler nismo spoznali, da škoda velikokrat nima finančne vrednosti in je izgubljeno neprecenljivo in nenadomestljivo. Kakor je prikazano, je danes sicer to že precej drugače in zahvaljujoč proaktivnemu obvladovanju tveganja zdravstvene organizacije varčujejo tako kapital kot varujejo življenje.

Ključne besede: *zdravstveni sistem, tveganje, obvladovanje tveganj, upravljanje s tveganji*

1 UVOD

Kljub urejenemu sistemu zdravstvenega varstva v neki državi je pomembno dejstvo, da je namen obvladovanja tveganj v zdravstvu zaokrožen sistem, ki postavlja v ospredje vse tri partnerje: bolnika, zaposlene in delovno organizacijo na vseh področjih in v vseh območjih. Torej, kot rečeno ne gre samo za obvladovanje finančnih tveganj, ki bi lahko imela za posledico izgubo v denarju temveč hkrati ob vsakem tveganju upoštevamo varnost za vse sodelujoče. Prav zato strokovnjaki in številni avtorji poudarjajo, da je upravljanje s tveganji v zdravstvenem sistemu morda celo bolj pomembno, kot v številnih drugih gospodarskih in negospodarskih panogah (Moskowitz, 2018). Kljub temu je sistem upravljanja s tveganji v naš zdravstveni sistem prišel ali prihaja precej pozno. Nekatere sosednje države so sicer razvile to področje

skoraj desetletje prej, kot v Sloveniji. Ministrstvo za zdravje je leta 2006 izdalo prva priporočila za uvajanje celovitega sistema varnosti in kakovosti z metodami za merjenje in orodji za spremembe. V knjigi »Uvajanje izboljšav kakovosti v bolnišnice« avtorji pravijo: »Obstaja veliko sistemov, metod in orodij za izboljševanje kakovosti v zdravstvu. V središču pozornosti je pacient. Pri nenehnem izboljševanju kakovosti, metode in orodja povežemo, da dosežemo dobre kazalnike izidov (Robida, ed., 2006).« To so bili na nek način temelji tudi za spreminjanja kulture varnosti, ki je pri uvajanju sistema upravljanja s tveganji zelo pomembna. Ko imamo zagotovljeno določeno stopnjo varnosti in kakovosti se začnemo spraševati, kaj vse obstaja, da bi bili še boljši in kaj lahko preprečimo, da bo izid bolj varen.

Upravljanje s tveganji v zdravstveni ustanovi je specifično in ga ne moremo enačiti z upravljanjem tveganj v gospodarski ali drugi ustanovi, kjer je delo s produkti, predmeti, uslugami in drugimi vsebinami. Zato mora zdravstvena organizacija imeti usposobljene upravljavce tveganja, da oceni, razvije, izvaja in spremlja načrte za obvladovanje tveganja z namenom zmanjšanja izpostavljenosti na vseh področjih.

Vemo, da neka zdravstvena ustanova ima različne prednostne naloge, vendar to nikakor niso samo finančne naloge. Med te zagotovo enako pomembne naloge sodi varnost in skrb za bolnike, varnost zaposlenih in varnost delovne organizacije z različnih zornih kotov.

Skrb za bolnike, kar je najpomembnejše poslanstvo zaposlenih v zdravstveni ustanovi in zagotovo ključna potrditev, da zdravstveni sistemi potrebujejo umestitev dobrega sistema upravljanja s tveganji in njegovo delovanje, kljub temu, da gre za načeloma zelo dobro urejene sisteme na področju strokovnega dela. Za takšen pristop mora zdravstvena ustanova poskrbeti tako, da omogoči izobrazbo za tim strokovnjakov, ki delujejo na področju upravljanja s tveganji in sistem aplicirajo v vse dele in segmente zdravstvene ustanove.

Zaposleni, ki so odgovorni za področje upravljanja s tveganji imajo številne naloge in odgovornosti, kot so skrb, da je sistem obvladovanja tveganj živo in uporabno orodje, da z njegovo pomočjo resnično lahko vplivamo na zmanjšanje škodnih dogodkov z različnimi stopnjami negativnih posledic. Glede na to, da se vsaka organizacija sooča z edinstvenimi in drugačnimi izzivi, ni univerzalne rešitve, ki bi ustrezala vsem organizacijam in zato obstajajo priporočila. Delovna organizacija pa si mora pripraviti načrt upravljanja s tveganji, ki bo v danem okolju najbolj primeren. Metodologija in načrt morata biti torej uporabna v sitemu (The University of Scranton, n. d.).

2 UPRAVLJANJE S TVEGANJI V KLINIČNEM OKOLJU IN PRIMERI OBVLADOVANJA TVEGANJ

Med ključne dejavnike za implementacijo sistema upravljanja s tveganji v zdravstveni ustanovi torej štejemo slednje: bolnik s svojimi značilnostmi, potrebami, pravicami in zahtevami, sistemi kakovosti, gospodarstvo, zavarovalniški sistemi in ustanove. Govorimo o obvladovanju kliničnih tveganj, katerega skupni cilji so: zagotoviti varnost bolnikov, zagotoviti varnost med vsemi zaposlenimi, upoštevanje zakonskih predpisov, vzpostavitev varnostne kulture. Pristop izdelave načrta za upravljanje s tveganji mora zajemati vsa področja v neki ustanovi (pacient, zaposleni, vodstvo, poslovni partnerji, podporne službe, finančni viri, okolje) in vsa območja (padci, komunikacija, informacije, zamenjave, razjede zaradi pritiska, napake postopkov in posegov, materialne napake, preobremenjenost kadra, slaba izobrazba kadra..) (Johner, 2018; Kröll, et al., 2013).

Pri tveganju govorimo preprosto o verjetnosti nastanka nekega dogodka, ki ima lahko za posledico škodo - zdravstvena napaka ali v določenih primerih tudi pozitivni učinek.

Vzroki za nastanek škodnega dogodka pri bolnikih, zaposlenih ali v delovni organizaciji so:
- opuščanje pravil, standardov ali dogovorjenih navodil, lahko nastane, ker delo postane rutina, ker za delo izvajalec ne prevzame odgovornosti ali jo zanemari, ne prevzemamo odgovornosti, ter drugo. Nadalje vzroki lahko tičijo tudi v zapletenosti postopkov in posegov, kompleksne tehnologije, časovnega pritiska okolja, količine dela in preobremenjenosti, prevelikih pričakovanjih, slabih odnosih, nepravilnemu vodenju, velikih pričakovanjih uporabnikov storitev, komunikacijskih težav, težav povezanih s pretokom informacij in razumevanjem navodil, stopnjo izobrazbe, kompetencami, prenosom znanja na nivoju organizacije, načinom vodenja, osebnostne lastnosti in vzorci vedenja zaposlenih, etične lastnosti zaposlenih, proces načrtovanja novih zaposlitev, tehnične napake obstoječe opreme za delo, zapleteni postopki procesov brez potrebnega uvajanja,..

Temu se je mogoče izogniti s preventivnim ukrepanjem na marsikaterem področju in pri številnih tveganjih, če jih le prepoznamo, dobro ocenimo in se odločimo za pravilno ukrepanje. Ocene Svetovne zdravstvene organizacije (W.H.O) kažejo, da pride do negativnega odklona pri zdravstveni oskrbi bolnika v razvitih državah pri kar 1 od 10 bolnikov (Kröll, et al., 2013).

Med najpogostejša tveganja z nastalo škodo različne stopnje v bolnišničnem okolju štejemo:
- napake povezane z zdravili,
- okužbe povezane z zdravstvom (uroinfekti, okužbe kirurške rane, okužbe osrednjih venskih katetrov, ventilatorske pljučnice, pomanjkljiva hospitalna higiena),
- padci bolnikov,
- razjede zaradi pritiska,
- venske trombembolije,
- zamenjave (pacienti, del telesa),
- izgorelost in preobremenjenost zaposlenih,
- neznanje, nezadostna in neprimerna usposobljenost zaposlenih (Cartes, 2010).

Naj naštejemo nekaj **primerov iz prakse**, ki lepo nakažejo potrebo in uporabnost sistema upravljanja s tveganji v zdravstvenem okolju:
- Center za nadzor bolezni ali strokovnjaki za področje hospitalne higiene objavijo raziskave, ki so pokazale ali zbrani podatki, s katerimi dokazujejo, da je podaljšana uporaba urinskega katetra vodilni dejavnik tveganja za okužbe sečil, povezanih z katetrom. Na podlagi teh podatkov se naredi ocena tveganja za različna področja v zdravstveni ustanovi, pripravi se načrt za obvladovanje tveganja, s konkretno določenim ukrepom, ki pravi, da zdravnik *mora dnevno oceniti* potrebo urinskega katetra in določiti odstranitev takoj, ko potreba preneha. Končni rezultat je zmanjšanje tveganja okužbe povzročene zaradi katetra in večja varnost za bolnika.
- Drugi primer je prenos večkratno odpornih mikroorganizmov med bolniki in zaposlenimi na oddelku, kjer vsi zaposleni ne upoštevajo dosledno ukrepov razkuževanja rok. O tem tudi ne učijo bolnikov in obiskovalcev. Zbrani podatki o prenosih okužb in slabi higieni rok so predstavljeni vodstvu tega oddelka. Na osnovi analize zbranih podatkov se odločimo za oceno tveganja, pripravimo načrt obvladovanja tveganja in uvedemo konkretne ukrepe: izobraževanje zaposlenih, izobraževanje pacientov in obiskovalcev, opazovanje izvajanja po primerljivi metodologiji ter objave podatkov o doslednosti razkuževanja rok v internem gla-

silu ustanove. S pomočjo teh ukrepov bomo izboljšali kazalnike in povečali varnost bolnika.

- Tretji primer je so na primer napake povezane z aplikacijo zdravila (nepravilna doza, nepravi bolnik, napačno zdravilo,..). Odgovorne osebe so zaznale porast pojavnosti dogodkov na oddelku tako zaradi odkritja s strani zdravstvenih delavcev, kot zaradi pritožb pacientov. Takšni dogodki so ob dobro razviti varnostni kulturi zaposlenih evidentirani kot neželeni dogodki in se zapise s timskim pristopom analizirajo periodično, nap. 1x/3 mesece. Na osnovi ocene tveganja se naredi načrt s konkretnimi ukrepi: da se med delitvijo terapije zaposleni zdravstveni delavec ne moti (brez telefonov, vrata bolniške sobe so zaprta, sočasno ne potekajo nobene druge aktivnosti, na vratih je napis delitev terapije ali ne moti). Uvedene ukrepe vsi zaposleni dosledno upoštevajo in potem vodstvo oddelka ob naslednji evalvaciji ponovno oceni tveganje ter ugotavlja večjo varnost za bolnike.
- Četrti primer se navezuje na varnost zaposlenih. Pojav absentizma zaradi bolezni se na nekem oddelku pojavlja konstantno pri določenih osebah in vedno pogosteje. Na osnovi ocene tveganja odgovorna oseba ugotovi, so zaposleni, takrat ko so v službi prisotni veliko časa z minimalnimi počitki, ki so določeni po zakonodaji, da so ti zaposleni razporejeni vedno k najtežjim bolnikom in, da imajo v timu vedno sodelavce, ki jih je potrebno v proces dela šele uvajati. Z izdelavo načrta upravljanja s tem tveganjem so določeni konkretni ukrepi, kot je pogovor z zaposlenimi, prerazporeditev na drugo delovno mesto za določen čas, upoštevanje planiranja ustreznih časov za počitek v sodelovanju z zaposlenimi in razbremenitev z vlogo mentorstva. Po določenem času opazimo izboljšanje zdravstvenega stanja, manjši absentizem in večje zadovoljstvo.

Takšen način upravljanja s tveganji vpliva na zmanjšanje nastale škode. Nikakor pa ne moremo z gotovostjo trditi, da škodo lahko popolnoma odpravimo v vseh primerih. Medtem, ko sprejemamo in spremljamo tveganje, ostajamo še vedno osredotočeni na ohranjanje izgube in preprečevanje širjenja. Zdravstvene zavarovalnice na primer spodbujajo preventivne preglede, ki so pogosto brezplačni, kjer lahko zavarovancem pravočasno omogočijo morebitno zgodnje odkrivanj bolezni. Prav tako ponujajo številne druge zdraviliške ugodnosti, da bi zavarovanci ostali čim dlje zdravi. Pri sklepanju zavarovalnih premij se zavarujejo z dodatnimi pogoji, ki jih zavarovanec mora sprejeti in se jih držati, da s kršenjem ne povzroča finančnega bremena. Dolgoročno na tak način zavarovalnice pomagajo zmanjšati zdravstvene stroške.

3 RAZPRAVA

Opisani primeri obravnave tveganj v zdravstvenem sistemu niso plod teoretičnega razglabljanja ampak so v praksi dokazano učinkovito orodje.

Pri obravnavi nastalih odklonov, ki jih nismo uvrstili med tveganja ali nismo dovolj uspešni pri izvajanju ukrepov je potrebno razvijati pozitivno kulturo razmišljanja, da iščemo vzroke za napake in ne krivce napak. V nasprotnem primeru ne moremo pri upravljanju s tveganji izboljšati prakse, ker nastale dogodke zaposleni ne upajo prijaviti in se iz nastalih dogodkov učiti. V zdravstvenem varstvu ni več prostora za nepremišljeno vedenje, zato morajo vodstva zdravstvenih ustanov razmišljati s sistemskim načinom, ki vključuje poglobljene analize, odstranjuje kaznovalno politiko iz okolja, spodbuja odprto komunikacijo in razvoj varnostne kulture med vsemi zaposlenimi. Le na tak način je omogočen razvoj varnosti zdravstvenih ustanov za vse deležnike in kakovosti zdravstvenih storitev ter sistemov.

Številna našteta in druga tveganja z negativnim izidom v zdravstvenem sistemu spadajo po ocenah Inštituta za varovanje zdravja celo med prve tri vzroke za umrljivost v nekaterih razvitih

državah, takoj za boleznimi srca in ožilja ter rakastimi obolenji. Ne glede na našteta spoznanja se moramo zavedati, da napak in vseh neželenih dogodkov v zdravstvu ne bomo nikoli popolnoma odstranili. Lahko pa se prav z dobrim sistemom upravljanja s tveganji v praksi številnim dogodkom izognemo, če jih prepoznamo in vemo, kaj bomo z njimi na osnovi ocene naredili (jih odstranili, zmanjšali ali jih bomo zaznali in opazovali). Prav zato je potrebno za oceno tveganj v kliničnem okolju izbrati dobro ocenjevalno lestvico, ki v praksi, da željene rezultate. Prav tako je pomembno, da iščemo vedno vzroke in pripravimo dober plan ukrepov, ki so izvedljivi in katerih cilji so dosegljivi.

Načrti za obvladovanje tveganja so torej po osnovnih značilnostih lahko podobni za različne zdravstvene ustanove, vendar morajo upoštevati specifiko okolja in vsebine izvajanih programov. Čeprav je kot rečeno izogibanje morebitnim finančnim posledicam na področju ocene tveganja ena velika skrb, pa morajo vendarle biti potrebe bolnikov v zdravstvenem sistemu na splošno prednostna naloga. Načrt obvladovanja tveganja z izpostavljenimi tveganji mora biti dobro dokumentiran in poznan vsem zaposlenim v enoti, na oddelku in v organizaciji. Zaposleni z dobrim načrtom upravljanja s tveganji ukrepe dosledno izvajajo in sodelujejo pri nastajanju ali spreminjanju le tega s prepoznavanjem tveganj in predlogi za izboljšanje varnosti. Hkrati pa je v celotnem sistemu upravljanja možno številna tveganja zmanjšati ali odstraniti z ustreznim usposabljanjem zdravnikov in osebja, spodbujanjem močne komunikacije med člani osebja, svetovanjem in z izvajanjem ocen kompetenc.

4 ZAKLJUČEK

Na področju upravljanja s tveganji v Slovenskem prostoru imamo nekaj znanja in nekaj dobrih praks, ki jih z nenehnih izobraževanjem moramo dopolnjevati in nadgrajevati. Pri tem je pomembno, da upoštevamo priporočila, ki pravijo:

- Za dober sistem upravljanja s tveganji v zdravstveni ustanovi je pomembna na prvem mestu **absolutna podpora vodstva bolnišnice**, s katero skrbnik registra tveganj uskladi metodologijo, ki vključuje strateške cilje varnosti in kakovosti pacientov, zaposlenih in delovne organizacije na vseh področjih v organizaciji.
- Pred vzpostavljanjem sistema je potrebna **dobra analiza stanja**, da trenutne dejavnosti v zvezi z varnostjo, tveganjem in kakovostjo pacientov ohranimo, pojasnimo ali določimo odgovornosti ter tako preprečimo nepotrebna podvajanja ali dodatna prizadevanja.
- Vzpostaviti strukturo, **ki zagotavlja usklajeno obravnavanje dejavnosti** skrbi za paciente, zaposlene in delovno organizacijo, ki vključujejo funkcije varnosti, tveganja in kakovosti pacientov.
- Poiskati **smernice, s katerimi zagotavljamo, da strukturirani sistem za varnost, tveganja in kakovost pacientov, zaposlenih in delovne organizacije upošteva in zadosti maksimalno vsem pravnim podlagam**.
- Poskusiti **uskladiti in racionalizirati** spremembe procesov, zbiranje podatkov, analize podatkov, spremljanje in vrednotenje.
- **Omogočiti in izkoristiti medsebojno učenje** drug od drugega, izkoriščanje razpoložljivega znanja, ki jih ponuja vsak vodja.
- **Kontinuirano in periodično izvajati evalvacijo načrtovanih aktivnosti** na področju varnosti, izpostavljenih tveganj ter kazalnike kakovosti pacientov, ker se potrebe in vsebine ter pogoji dela v organizaciji spreminjajo.

Ključ do večjega uspeha na področju upravljanja s tveganji je tudi centraliziran sistem poročanja in obravnave neželenih dogodkov. V preteklosti so za dogodke vedeli interno v nekem okolju, danes se lahko iz napak učimo, ker vemo, da so se že zgodile stvari, ki so privedle do odklonov in ni potrebno, da ponavljamo napake, kar zmanjšuje tveganje za paciente, zmanjšuje stroške in izboljšuje učinkovitost procesa.

Sistem poročanja prav tako omogoča prepoznavanje možnosti za izboljšanje kliničnih, operativnih in poslovnih področij. Na ta način lahko zdravstvena organizacija poveča možnost pridobitve standardov kakovosti.

Tako kot v kateri koli vrsti organizacije je proces upravljanja s tveganji nujno potreben za trajnostni uspeh. Čeprav ima proaktivni sistem upravljanja tveganj vzpostavljen pozitiven pristop na področju preprečevanju in zmanjšanja tveganj, pa moramo vedeti, da bo učinkovit le, če bodo vsi zaposleni, ki delujejo na tem področju dobro usposobljeni in bodo znali pravilno izvajati postopke preventivnih ukrepov, da bodo imeli znanje za pravilno komunikacijo v kriznih trenutkih in ob neljubih dogodkih ter da bodo imeli razvito kulturo varnosti ter spodbujati pozitivni pristop k sistemu poročanja.

LITERATURA

Cartes, M.I., 2010. Klinisches Risikomanagement-Was ist das? [online] Available at: https://docplayer.org/7982256-Klinisches-risikomanagement-was-ist-das.html [Accessed 9 October 2018].

Johner, C., 2018. Risikomanagement im Krankenhaus und bei anderen Betreibern. [online] Available at: https://www.johner-institut.de/blog/medizinische-informatik/risikomanagement-im-krankenhaus-und-bei-anderen--betreibern/ [Accessed 8 October 2018].

Kröll, W., Neuper, O. & Schweppe, P., 2013 Das medizinische Sachverständigengutachten und dessen Beitrag zur Patientensicherheit. In: W. Kröll, P. Schweppe & O. Neuper, eds. *Der medizinische Sachverständige*. Wien: Neuer Wissenschaftlicher Verlag.

Moskowitz, D., 2018. *The importance of healthcare risk management*. [online] Available at: https://www.investopedia.com/articles/personal-finance/072315/importance-healthcare-risk-management.asp [Accessed 7 October 2018].

Robida, A., ed., 2006. *Uvajanje izboljšav kakovosti v bolnišnice*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, Oddelek za kakovost v zdravstvu.

The University of Scranton, n. d. *The Purpose of Risk Management in Healthcare.* [online] Available at: https://elearning.scranton.edu/resource/business-leadership/purpose-of-risk-management-in-healthcare [Accessed 7 October 2018].

OBVLADOVANJE TVEGANJ NA PRIMARNEM NIVOJU

ROBERTINA BENKOVIČ, dipl. m. s., univ. dipl. org.
Zdravstveni dom Ljubljana
robertina.benkovic@zd-lj.si

Izvleček

Upravljanje varnostnih tveganj je bistveni element v zagotavljanju kvalitetne in varne oskrbe pacientov, kar je zahteva tako različnih standardov, kot zakona o pacientovih pravicah in nenazadnje potreb vodstva za sprejem ukrepov na poslovnem področju, z namenom zagotavljanja uspešnega poslovanja.
Z namenom obvladovanja področja varnostnih tveganj, smo sprejeli politiko obvladovanja varnostnih tveganj. Opredelili smo tveganja, ki bi lahko vplivala na varnost pacientov, osebja ali ostalih obiskovalcev ZD Ljubljana, metodologijo vrednotenja (ocenjevanje) in evidentiranja neželenih dogodkov.
Vzpostavili smo Registre tveganj po posameznih enotah ZD Ljubljana, ki so namenjeni vodenju evidence dogodkov in skoraj dogodkov, ki predstavljajo tveganje za varnost pacientov in zaposlenih, s pomočjo enotnih obrazcev. Uprave posameznih enot zbirajo in analizirajo neželjene dogodke, hkrati pa kontinuirano poročajo na Upravo ZD Ljubljana. Komisija za kakovost 2x letno opravi analizo prispelih prijav in predlaga morebitne korektivne ukrepe. O ugotovitvah poroča vodstvu ZDL in predstojnikom posameznih enot. Vse pomembne dogodke iz posamezne enote na področju tveganj, se sproti obravnava na koordinaciji vodstva in predstojnikov enot.
S pomočjo uspešno izvedenih korektivnih ukrepov, na osnovi podanih poročil o neželenih dogodkih, se krepi zavest o smiselnosti poročanja in učenja iz njih.

***Ključne besede**: tveganja, kakovost, varnost, zdravstveni dom*

1 UVOD

Za uspešno in učinkovito delovanje vsake organizacije je nujno prepoznavanje in upravljanje s tveganji. To velja tudi za zdravstvene zavode na primarnem nivoju, v našem primeru Zdravstvene domove. S standardi kakovosti, ali brez njih, se vodstvo zdravstvenih domov mora zavedati tako zunanjih kot notranjih vplivov, ki predstavljajo tveganje za njegovo nemoteno delovanje. Govorimo o poslovnih tveganjih. Poleg teh tveganj govorimo v zdravstvu še o varnostnih tveganjih, tveganjih na področju informacijske varnosti, zdravstveni oceni tveganj in načrtu integritete. Ker so za pacienta in zaposlene najpomembnejša varnostna tveganja, se bomo v nadaljevanju prispevka osredotočili predvsem na njihovo prepoznavanje, vrednotenje in ukrepanje za zmanjševanje posledic ter učenje iz sporočenih neželenih dogodkov.

2 OBVLADOVANJE VARNOSTNIH TVEGANJ

Varnostna tveganja je potrebno prepoznati, jih ovrednotiti in sprejeti ukrepe za zmanjševanje njihovih posledic. Tveganja lahko prepoznamo na podlagi prejetih poročil o neželenih dogodkih, poročil notranjih in zunanjih presoj, strokovnih nadzorov, pritožb pacientov, spremljanjem aktualnih dogodkov na področju zdravstva in širše.

2.1 Opredelitev tveganj – prepoznava tveganj

Tveganje opredelimo kot vsako neželeno situacijo ali okoliščino, katere pojav lahko predvidimo le z določeno stopnjo verjetnosti (Grabar, 2013).
Tveganje je funkcija (kombinacija) verjetnosti za nastanek poškodbe (nezgode) in velikostjo posledice (Seražin, 2005).
Tveganje, skladno s standardom ISO 9001:2015, je odstopanje od pričakovanega – v pozitivnem in negativnem smislu (Koubek, ed., 2016). Je posledica negotovosti. Organizacija je uspešna, kadar sistematično prepoznava, analizira in sprejema priložnosti, razume s tem povezana tveganja in sprejema ustrezne ukrepe za obvladovanje teh tveganj.

2.2 Upravljanje varnostnih tveganj – obravnava tveganj

V ZD Ljubljana imamo opredeljeno upravljanje varnostnih tveganj z internim navodilom Varnostna tveganja in ukrepi v ZD Ljubljana. Interno navodilo zajema področje varnostnih tveganj, ki bi lahko vplivala na varnost pacientov, osebja ali ostalih obiskovalcev ZD Ljubljana ter metodologijo za vrednotenje (ocenjevanje) in evidentiranje neželenih dogodkov.

Varnostna tveganja smo razdelili v šest sklopov:
- Fizično okolje
- Odnos osebja do pacientov/ komunikacija
- Obravnava pacientov
- Spremembe v standardnih operativnih postopkih
- Varnost pacientov v primeru gradbenih del
- Okoljski dejavniki

Trenutno imamo opredeljenih 60 najpogostejših varnostnih tveganj. Začeli smo z identifikacijo skupnih tveganj za vse dejavnosti, ki jih postopoma nadgrajujemo tako, da dodajamo tveganja specifična za posamezno dejavnost ali službo.
Za vsako tveganje smo opredelili vzroke za nastanek tveganja, osebe, ki so lahko izpostavljene tveganju, ukrepe, ki jih izvajamo in dodatne ukrepe za zmanjšanje možnosti nastanka tveganja, nosilce ukrepov, notranjo kontrolo (pogostost/ nosilec) ter oceno tveganja, ki jo letno revidiramo v okviru Komisije za kakovost.

Da bi lahko ocenili (obseg, velikost) tveganja, smo za vsako tveganje opredelili resnost posledice in verjetnost nastanka. Za izračun (končne) vrednosti ocene tveganja smo uporabili matriko tveganj, kjer smo opredelili pet stopenj posledic (od zanemarljiva do katastrofalna) in pet stopenj verjetnosti nastanka tveganja (od redko do skoraj gotovo). Za oceno tveganj smo uporabili smernice NPSA (National patient safety agency, 2018).

FIZIČNO OKOLJE 2017						
Tveganje / vzroki	**Kdo je izpostavljen tveganju**	**Ocena tveganja P/V**	**Ukrepi**	**Nosilec ukrepov**	**Notranja kontrola / nosilec**	**Končna ocena tveganja**
19. Prekinitev hladne verige Vzrok: pogosto odpiranje vrat hladilnika izpad električnega toka, prekinitev dovoda električnega toka (obnovitvena gradbena dela)	pacienti	**12. Visoko tveganje (4x3)**	• Vzdrževanje hladne verige v skladu z IN... • Izvajanje varnostne vizite v okviru kazalnika kakovosti ZN : • Opozorilo zunanjih izvajalcev gradbenih idr. vzdrževalnih del na objektih o ravnanju z električnimi priključki (hladilniki)	zdravstveni delavci, služba za investicijsko vzdrževanje, hišniki, strokovne vodje ZN	SOBO, notranje presoje kakovosti, služba za investicijsko vzdrževanje, hišniki, strokovne vodje ZN	**9. Visoko tveganje (3x3)**

Tabela 1: Primer opredelitve tveganja z ukrepi in končno oceno tveganja
Vir: Benkovič (2017)

Na osnovi ocene varnostnih tveganj Komisija za kakovost določi prednostno obravnavo (korekcije, korektivne in preventivne ukrepe), nosilce in časovne okvire. Učinkovitost ukrepov se preverja ob notranjih presojah kakovosti, po potrebi pa tudi v okviru dela Komisije za kakovost.

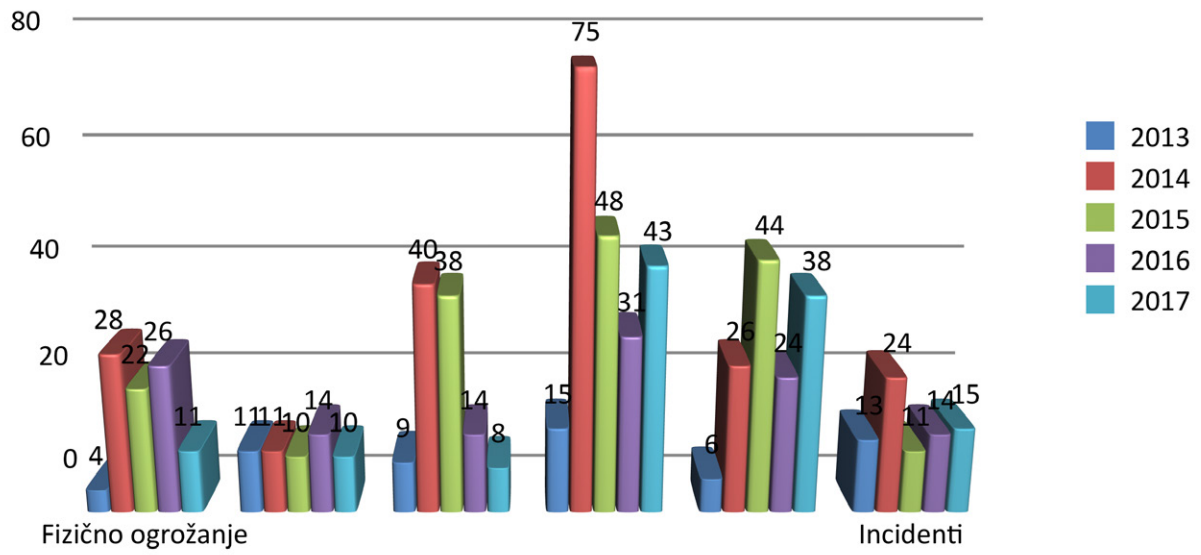
Za objektivno oceno varnostnih tveganj in izvajanje ustreznih ukrepov za zmanjševanje tveganj ter izboljšavo procesov dela, so potrebni objektivni – statistični podatki o vrstah in pogostosti določenih dogodkov, ki smo jih opredelili kot tveganja.
V ta namen v ZD Ljubljana, od leta 2013 sistematično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

2.3 Registri tveganj – spremljanje in zmanjševanje tveganj

V posameznih enotah ZD Ljubljana smo vzpostavili Registre tveganj ki so namenjeni vodenju evidence dogodkov, ki predstavljajo tveganje za varnost pacientov in zaposlenih. Za vsako področje imamo izdelan obrazec, ki služi za poročanje posameznega dogodka.
Sistematično spremljamo naslednje sklope dogodkov:

1. **Incidenti** (vbod, ureznina...) – Vprašalnik za osebe pri katerih je prišlo do incidenta
2. **Fizično ogrožanje pacientov in zaposlenih** (zdrs, padec) – Fizično ogrožanje pacientov in zaposlenih
3. **Neželeni dogodki v zvezi z aplikacijo zdravil** – Neželeni dogodki v zvezi z aplikacijo zdravil
4. **Stranski/neželeni učinki zdravil** (poročanje na Javno agencijo RS za zdravila in medicinske pripomočke)
5. **Neželeni učinki po cepljenju** (poročanje na NIJZ)
6. **Nasilno vedenje** – Prijava nasilnega dogodka
7. **Ostala področja** – Ostala področja tveganj

Uprave posameznih enot zbirajo poročila o neželenih dogodkih, jih obravnavajo, preverijo že izvedene korekcije in izvedejo morebitne korektivne ukrepe. Analizirana poročila pošiljajo kontinuirano na Upravo ZD Ljubljana, po elektronski pošti, kjer jih odgovorne osebe v Službi za razvoj kakovosti dnevno pregledujejo in ukrepajo, če je to potrebno. Vse pomembne dogodke iz posamezne enote na področju tveganj, se sproti obravnava na koordinaciji. Komisija za kakovost in strokovne vodje ZN posameznih enot ZD Ljubljana dvakrat letno opravijo analizo prispelih podatkov, predlaga morebitne (dodatne) korektivne ukrepe ter nato poroča vodstvu ZD Ljubljana na koordinaciji predstojnikov. Izsledke ugotovitev objavi v Letnem poročilu ZD Ljubljana.



Slika 1: Število prijav neželenih dogodkov v ZDL po področjih od druge polovice leta 2013 – leta 2017 (vir: Benkovič, 2018)

Pregled števila prijav neželenih dogodkov med leti 2013 in letom 2017 pokaže, da je bilo podanih največ prijav neželenih dogodkov v letu 2014, predvsem na račun neželenih učinkov po cepljenju. Razlog za to je moč iskati v promociji poročanja neželenih dogodkov in pozitivnih izkušnjah zaposlenih s poročanjem, saj so se zaposleni na lastnih izkušnjah prepričali, da iščemo izboljšave posameznih procesov ne pa krivca, torej se ravnamo po načelih pravične kulture (Robida, 2012). Glede na področje neželenih učinkov je največ poročil o neželenih učinkih po cepljenju, kar je moč obrazložiti z dejstvom, da je poročanje le-teh obvezno tudi s strani države in je zaradi obsega predpisanih cepljenj tudi največja verjetnost za nastanek neželenih/stranskih učinkov. Za nas pa so zelo pomembna tudi ostala področja, saj imamo pri teh večjo možnost vpliva kot na stranske učinke cepljenja in zdravil.

2.4 Primer korektivnega ukrepanja

Smisel poročanja neželenih dogodkov in skoraj dogodkov je v iskanju izboljšav procesov dela s sprejemanjem korektivnih in preventivnih ukrepov ter učiti se iz napak drugih in tako preprečiti ponovitev neželenega dogodka ali vsaj zmanjšati njegovo tveganje. Da bi utemeljili poročanje o neželenih dogodkih, v nadaljevanju opisujemo dva dogodka, kjer smo z ustreznim ukrepanjem zmanjšali tveganje oziroma preprečili ponovitev neželenega dogodka.

Neželeni dogodki v zvezi z aplikacijo zdravil: Izpad bata iz brizge ob poskusu aspiracije ali aplikacije cepiva

Prejeli smo dve zaporedni poročili s strani ene zdravnice o izpadu bata ob aspiraciji cepiva pri i.m. aplikaciji cepiva otroku v Zdravstvenem varstvu predšolskih otrok. Po preverbi pravilnosti postopka cepljenja, smo v Službi za razvoj kakovosti v zdravstvu, sprožili povpraševanje še po drugih enotah in v roku nekaj dni dobili kar 17 prijav iz različnih enot. Ker se je to dogajalo v skorajda vseh enotah, pri eni in isti seriji cepiva, smo kontaktirali Nacionalni inštitut za javno zdravje, ki je zaradi naše prijave umaknil sporno serijo cepiva v celotni regiji in nam zagotovil drugo serijo cepiva. S tem se je pokazal smisel poročanja in centralnega spremljanja dogodkov v zvezi z varnostjo pacientov in zaposlenih.

Ostala področja tveganj: Vbod otroka za iglo v otroškem dispanzerju
Med obravnavo otroka v otroškem dispanzerju, je le ta segel z roko v kontejner z odpadnimi iglami in se zbodel. Izvedli smo varnostno vizito v vseh ambulantah zdravstvenega varstva predšolskih otrok in šolskih otrok ter mladine, umaknili kontejnerje na varnostno razdaljo ter naročili zapiranje kontejnerjev. Od takrat se incident ni ponovil.

3 RAZPRAVA

Upravljanje s tveganji je izredno pomembno področje, od katerega je odvisno uspešno poslovanje zdravstvenih domov, kot tudi kvalitetna ter varna obravnava tveganj. Kontinuirano zbiranje in analiziranje dogodkov, ki predstavljajo tveganje za varnost pacientov in zaposlenih, je eden izmed pomembnih načinov za zmanjševanje tveganj in sprejemanje ustreznih ukrepov za zagotavljanje kakovostne in varne obravnave pacientov. Čeprav terminologija na področju neželenih dogodkov v zdravstvu še ni dorečena (Putar & Tomšič, 2014), je smiselno vsaj v svojih zavodih identificirati tveganja in ustrezno ukrepati. Ministrstvo za zdravje je zaenkrat zagotovilo medsebojno primerjavo le bolnišnicam, saj je določilo nabor opozorilnih nevarnih dogodkov (skupaj 7), ki so jih bolnišnice dolžne spremljati in poročati Ministrstvu za zdravje (Ahačič & Jerebic, 2014). Medtem, ko pa za primarni nivo, ni opredeljenih enotnih opozorilnih nevarnih dogodkov ali varnostnih tveganj, tako da primerjava med posameznimi zdravstvenimi domovi ni možna. Morda pa bo to možno po zaključenem projektu, o posodobitvi sistema spremljanja in sporočanja o opozorilnih nevarnih dogodkih, katerega glavni namen je učenje iz neželenih dogodkov. Do takrat pa bi bila smiselna primerjava in učenje ter izmenjava izkušenj med zdravstvenimi domovi, vsaj tistimi, ki imajo identificirana tveganja ter zbirajo neželene dogodke.

4 ZAKLJUČEK

Upravljanje s tveganji in vzpostavljen sistem kontinuiranega zbiranja dogodkov, ki predstavljajo tveganje za varnost pacientov in zaposlenih, se je izkazal za koristnega, saj se tako sistematično lotevamo neželenih dogodkov, v najkrajšem možnem času, po vseh enotah ZD Ljubljana in na ta način zagotavljamo kakovostno ter varno obravnavo pacientov.
Tveganja nas spremljajo na vsakem koraku, nemogoče se jim je popolnoma izogniti, vendar pa lahko s preventivnimi ukrepi zmanjšamo možnost njihovega nastanka in pomembno vplivamo na jakost/vrednost posledice.

LITERATURA

Ahačič, T. & Jerebic S., 2014. Kultura varnosti v Splošni bolnišnici Jesenice skozi Demingov krog kakovosti. In: M. Bahun, ed. *Preverjanje učinkovitosti korakov C in A kroga kakovosti: zbornik prispevkov, 7. Dnevi Angele Boškin. Kranjska Gora, 21. november 2014.* Jesenice: Splošna bolnišnica, pp. 36-42.

Benkovič, R., 2013. *Varnostna tveganja in ukrepi v Zdravstvenem domu Ljubljana*. Ljubljana: Zdravstveni dom Ljubljana.

Grabar, D. *Upravljanje s tveganji*. Ljubljana: SIQ.

Koubek, A., ed. 2016. *Priročnik ISO 9001:2015: razumevanje in izvajanje novih zahtev.* Ljubljana: Slovensko združenje za kakovost in odličnost.

National Patient Safety Agency, 2018. *A risk matrix for risk managers*. London: National Patient Safety Agency.

Putar, B. & Tomšič, J., 2014. Enostavna, prilagodljiva in varna aplikacija Banana za poročanje in evidentiranje neljubih dogodkov. In: M. Bahun, ed. *Preverjanje učinkovitosti korakov C in A kroga kakovosti: zbornik prispevkov, 7. dnevi Angele Boškin. Kranjska Gora, 21. november 2014*. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice.

Robida, A., 2012. Odkloni, napake, kultura obtoževanja in pravična kultura. In: M. Bahun, Z. Kramar & B. Skela Savič, eds. *Trajnostni razvoj na področju kakovosti in varnosti - povezava med akreditacijo in varno ter kakovostno obravnavo pacientov: zbornik prispevkov, 5. dnevi Angele Boškin. Kranjska gora, 20.-21. september 2012.* Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, Visoka šola za zdravstveno nego.

Seražin, M., 2005. *Ocena tveganja je narejena: kako naprej? Sistemi vodenja varnosti in zdravja pri delu*. Ljubljana: Slovenski inštitut za kakovost in meroslovje.

PREDSTAVITEV SISTEMA OBVLADOVANJA TVEGANJ NA KIRURŠKI KLINIKI V UNIVERZITETNEM KLINIČNEM CENTRU LJUBLJANA

NINA PIRC, dr. med., spec. anest. z rean.
Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika
nina.pirc@kclj.si

DRAGA ŠTROMAJER, dipl. m. s.
Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika
draga.stromajer@kclj.si

Izvleček

Poslanstvo in vizija zdravstvenega zavoda je zagotoviti čim bolj varno in kakovostno zdravstveno obravnavo na vseh ravneh. Zagotavljanje zdravstvene oskrbe je zahteven in kompleksen proces pri katerem obstajajo določena tveganja za paciente, zaposlene, obiskovalce, poslovanje itd. V ta namen je bila na nivoju Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana sprejeta strategija obvladovanja tveganj in sistemski ukrepi za obvladovanju tveganj. Posodobljeni so bili krovni dokumenti s katerimi so bili seznanjeni zaposleni.
Kirurška klinika je največja organizacijska enota znotraj Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani z 648 bolniškimi posteljami, 1963 zaposlenimi na 13 organizacijskih enotah. Sledila je usmeritvam Univerzitetnega kliničnega centra in sistemsko pristopila k obvladovanju tveganj. Od leta 2014 naprej so potekale aktivnosti za vzpostavitev registra tveganj vključno s sistematičnim izobraževanjem zaposlenih za prepoznavo, javljanje, obvladovanje in nadzor nad tveganji. Tveganja so se začela prepoznavati in ocenjevati najprej v sklopu varnostnih vizit vodstva kirurške klinike na posameznih organizacijskih notah in kasneje po posameznih procesih. Spremljanje realiziranih ukrepov, ponovne ocene tveganj in prepoznavanje novih tveganj se je sistematično izvajalo v sklopu notranjih presoj, vodstvenih pregledov, varnostnih pogovorov in varnostnih vizit.
Elektronskega aplikacija, program za poročanje odklonov in tveganj, je omogočila vzpostavitev preglednega sistema na nivoju celotnega zavoda. Na ta način je bil vzpostavljen Centralni register tveganj (register posameznih organizacijskih enot, ki se nadgrajuje na ravni klinik in na ravni zdravstvenega zavoda). Kadar na ravni organizacijske enote sami ne morejo ustrezno obvladati tveganja, se tveganje in predlog preventivnih ukrepov prenese na višji nivo. Kirurška klinika ima v Registru tveganj tako tveganja, ki so prepoznana v procesih na ravni klinike in na ravni kliničnih oddelkov. Tudi z nivoja klinik se tveganja, ki jih klinika ne more obvladovati sama ali pa so tveganja pomembna tudi za ostale organizacijske enote, prenesejo na nivo zdravstvenega zavoda. Pristop k obvladovanju tveganj poteka proaktivno in reaktivno.

Ključne besede*: ocenjevanje tveganj, obvladovanje tveganj, zdravstveni zavod*

1 UVOD

Univerzitetni klinični center Ljubljana (v nadaljevanju UKCL) je največja zdravstvena ustanova v Sloveniji in ena največjih bolnišnic v širši regiji. Na dan 31. decembra 2017 je UKCL zaposloval 8.258 ljudi, od tega 1.302 (16 %) zdravnikov in zobozdravnikov ter 3.993 (48 %) medicinskih sester. V bolnišnici je skupaj 2.166 bolniških postelj; v bolnišnični obravnavi se je zdravilo 116.514 pacientov, ležalna doba pa je bila 5,64 dneva. Opravljenih je bilo 756.411 specialističnih zunaj

bolnišničnih obiskov. Te številke uvrščajo UKCL med največje bolnišnice v Srednji Evropi. Poleg temeljne zdravstvene dejavnosti, ki jo sestavlja 133 organizacijskih enot, v UKCL delujejo še Dejavnosti skupnega pomena in Strateško upravljanje in poslovno-administrativne storitve (Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2018).

Znotraj temeljne zdravstvene dejavnosti deluje Kirurška klinika, ki dejavnost opravlja na 13 kliničnih oddelkih (KO). Na dan 31. december 2017 je bilo skupno zaposlenih 1.963 ljudi, od tega 343 (17,5%) zdravnikov in zobozdravnikov ter 1.276 (65 %) medicinskih sester. Število bolniških postelj je 648. V hospitalni dejavnosti je bilo obravnavanih 28.073 pacientov, opravljenih 288.830 specialistično ambulantnih obravnav in 110.581 operativnih posegov v splošni in lokalni anesteziji (Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2017).

Zagotavljanje zdravstvene oskrbe pacientov v univerzitetni zdravstveni ustanovi je zahteven in kompleksen proces pri katerem obstajajo tveganja, ki lahko ogrozijo varno in kakovostno oskrbo. Učinkovito obvladovanje tveganj na vseh ravneh je ključnega pomena za dolgoročen uspeh UKCL. Izpostavljenost tveganju je verjetnost, da se negativni dogodek zgodi ali pozitivni ne zgodi in posledice tega dogodka negativno vplivajo na doseganje načrtovanih ciljev organizacije.

Tveganje je dogodek ali okoliščina, katerega verjetnost nastanka ali posledice ne moremo z gotovostjo napovedati. Tveganje je opredeljeno kot kombinacija verjetnosti za nastanek dogodka in njegovih posledic in je povezano z negotovostjo (Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2016a)

2 VZPOSTAVLJANJE SISTEMA OBVLADOVANJA TVEGANJ

Leta 2014 je bila na nivoju zavoda sprejeta dopolnjena verzija Strategije obvladovanja tveganj v UKCL (iz leta 2008). Strategija je na novo opredelila usmeritve in pristop k prepoznavanju, ocenjevanju in obvladovanju tveganj. Glavni cilji strategije so zagotoviti standardiziran pristop k obvladovanju tveganj, zagotoviti, da je obvladovanje tveganj vključeno v organizacijsko kulturo, odkriti tveganja, ki zahtevajo ukrepe in izboljšati varnost pacientov in zaposlenih ter ob tem upoštevati prioritete in spremljati učinkovitost korektivnih ukrepov. Aktivnosti, odgovornosti in dokumentiranje postopkov za obvladovanje tveganj so se opredelila v Organizacijskem predpisu. Istočasno s strategijo in organizacijskim predpisom je bil izdelan obrazec za prijavo tveganj in vzpostavljen Register tveganj na ravni zavoda.
Pomemben motiv za vzpostavitev sistema obvladovanja tveganj na vseh organizacijskih enotah v UKCL oziroma v vseh procesih je bila DNV Akreditacija 2015, ki je poudarila potrebo po sistematičnem pristopu k prepoznavanju in ocenjevanju tveganj zaradi bližajoče se prenove ISO standarda in njegove implementacije pri naslednji akreditacijski presoji. Leta 2015 so se na nivoju UKCL najprej popisala tveganja v podpornih procesih (Lekarna, Služba dietetike in prehrane, Tehnične službe, Oskrbovalne službe, finančni sektor, informatika...) in bila uvrščena v Register tveganj.

DNV standard verzija 4.1 opredeljuje, da mora bolnišnica zagotovi, da se pristop k oceni tveganj opredeli glede na njene cilje, obseg, naravo in čas, tako da je pristop proaktiven in ne reaktiven. Ukrepe, ki se predvidijo za odpravo oziroma zmanjševanje tveganj standard imenuje preventivne ukrepe. Prav tako opredeli, da mora bolnišnica zagotoviti ustrezne vire za obvladovanje tveganj, vključno z zagotovitvijo usposobljenega osebja za vodenje, vzdrževanje, nadziranje vključno z notranjim pregledom (DNV GL standard, 2016).

Kirurška klinika je sledila usmeritvam zavoda in zahtevam standardov kakovosti in je želela čim bolj približati uporabnost in pomen vzpostavitve Registra tveganj vsem zaposlenim. Z vzpostavitvijo nekaterih dodatnih orodij in sistemskim pristopom na vsek enotah je bila podana podlaga za vzpostavitev registra.

V letu 2015 je vodstvo Kirurške klinike pristopilo k izvajanju varnostnih vizit vodstva. Na vsakem Kliničnem oddelku (v nadaljevanju KO) so določili 3 – 5 tveganj, za katere so ocenili, da predstavljajo največje tveganje v procesih v tistem trenutku. Pristop je bil zasnovan na reaktivnem pristopu k obvladovanju tveganj. Odgovorni so iz sporočenih odklonov in kazalnikov kakovosti prepoznali kakšna tveganja imajo v lastnih procesih in predlagali ukrepe za zmanjševanje oziroma njihovo obvladovanje.
Na enem KO, ki se je najprej samostojno certificiral pa so tveganja ocenil v posameznih procesih.
Na vsakem KO je bil imenovan po en koordinator sistema vodenja kakovosti, ki je koordiniral dela in naloge na nivoju kliničnega oddelka. Koordinatorji KO so bili zadolženi, da prepoznana tveganja in ukrepe uvrstijo v Register Tveganj njihovega oddelka.
V okviru naslednjih notranjih presoj so bili skrbniki procesov, vodstva KO in koordinatorji sistema vodenja kakovosti na KO odgovorni da prepoznajo nova tveganja, jih ocenijo in preverijo realizacijo ukrepov že prepoznanih tveganj.
Prepoznana tveganja so se obravnavala tudi v okviru rednih sestankov kakovosti, medicinskih sester in zdravnikov za kakovost na Kirurški kliniki, na Pododboru za kakovost Kirurške klinike, na kolegijih glavnih medicinskih sester in na sestankih Strokovno poslovnega sveta Kirurške klinike.

Služba za izobraževanje in Služba za kakovost UKCL sta v letih 2015 - 2017 organizirala sklope izobraževanj iz področij kakovosti in varnosti. Eno izmed teh izobraževanje je bil sklop o prepoznavi in ocenjevanju tveganj, ki se je ciklično ponavljalo in so se ga zaposleni lahko udeležili v delovnem času.
V 2017 so bila izvedena dodatna individualna izobraževanja za odgovorne na organizacijskih enotah (vodje enot, predstojniki, glavne medicinske sestre, koordinatorji kakovosti, medicinske sestre in zdravniki za kakovost). Izobraževanja so bila izvedena na vseh 13 Kliničnih oddelkih in na vodenju Kirurške klinike.
V letu 2017 so potekala izobraževanja o uporabi programa „Shakespeare“ za obvladovanje tveganj. To je sistemska elektronska aplikacija za prijavljanje, ocenjevanje in vodenje ukrepov in obvladovanje tveganj.

3 OBVLADOVANJE TVEGANJ

Na podlagi celovitega pregleda ocenjenih tveganj je mogoče na ravni posameznih enot in na ravni celotnega zavoda določiti prednostna področja, ki zahtevajo ukrepe. Pristop k obvladovanju tveganj je proaktiven in reaktiven.

Pristop k proaktivnemu obvladovanju tveganj:
- Uvedba strategije, politike in standardizacije procesov obvladovanja tveganj.
- Vpis ugotovljenih tveganj, ki jih ni moč takoj odpraviti, v Centralni register tveganj.
- Pregled notranjih nadzorov in vpis ugotovljenih tveganj, ki jih ni moč takoj odpraviti, v Centralni register tveganj.

Pristop k reaktivnemu obvladovanje tveganj:
- Uvedba politike in standardizacija procesov obvladovanja odklonov, pritožb, tožb, ugotovitev vzročno posledičnih analiz, zunanjih in notranjih nadzorov in presoj.
- Vpis ugotovljenih tveganj, ki jih ni moč takoj odpraviti v Centralni register tveganj.

Razvoj računalniškega programa „Shakespeare“ je potekal skupaj z informacijsko hišo Žejn v letu 2016. Zasnovan je bil kot sistem za poročanje varnostnih zapletov – odklonov, ki je bil dostopen vsem zaposlenim.
V letu 2017 je bil v program dodan modul obvladovanja tveganj v katerega je prenesen obstoječi Register tveganj.

Tveganja so razdeljena na temeljno zdravstveno dejavnost, vodstvene procese, podporne procese in obvladovanje dokumentacije:

I. Tveganja v zvezi z diagnostiko, terapijo, zdravstveno nego in rehabilitacijo:
- Tveganja v povezavi z zdravili
- Tveganja v povezavi s krvjo in krvnimi pripravki
- Tveganja v povezavi s transplantacijsko dejavnostjo, tkivi in celicami
- Tveganja v povezavi z bolnišničnimi okužbami in epidemijami
- Tveganja v povezavi s pacientovimi pravicami
- Tveganja v povezavi z raziskovanjem in razvojem
- Tveganja v povezavi z izobraževalno dejavnostjo
- Tveganja v povezavi z zdravstveno dokumentacijo in prenosom informacij
- Tveganja v povezavi z medicinsko opremo in pripomočki

II. Tveganja v povezavi z vodstvenimi procesi:
- Tveganja v povezavi s kadrovskimi, pravnimi, upravnimi procesi
- Tveganja v povezavi z informatiko
- Tveganja v povezavi z ekonomsko, investicijsko, komercialno in finančno dejavnostjo

III. Tveganja v povezavi s podpornimi procesi:
- Tveganja v povezavi s tehnično vzdrževalnem sektorju
- Tveganja v povezavi z procesi v oskrbovalnih službah
- Tveganja v povezavi s procesi v lekarni
- Tveganja v povezavi s prehrano in dietoterapijo

IV. Tveganja v povezavi s sistemom obvladovanja dokumentacije

Z vzpostavitvijo vsakega novega procesa je potrebno oceniti tveganja v novem procesu. Tveganja se ocenjujejo ob vsaki reorganizaciji, spremembi delovnega procesa, spremembi zakonodaje ali kadar se pojavijo nova tveganja.

4 STOPNJE TVEGANJA IN KRITERIJI ZA OCENJEVANJE

V literaturi se pojavlja mnogo predlogov in metodologij ocenjevanja tveganj, a kot priporoča standard mora delovna organizacija izbrati sebi najprimernejšo.
V UKCL je v strategiji oziroma v organizacijskem predpisu opredeljeno, da se stopnja tveganja določi tako, da se pomnoži verjetnost, da se bo nek dogodek zgodil, s posledico, ki jo dogodek lahko povzroči pri pacientu, obiskovalcu, zaposlenem in drugih.

Stopnja tveganja je verjetnost krat posledica:

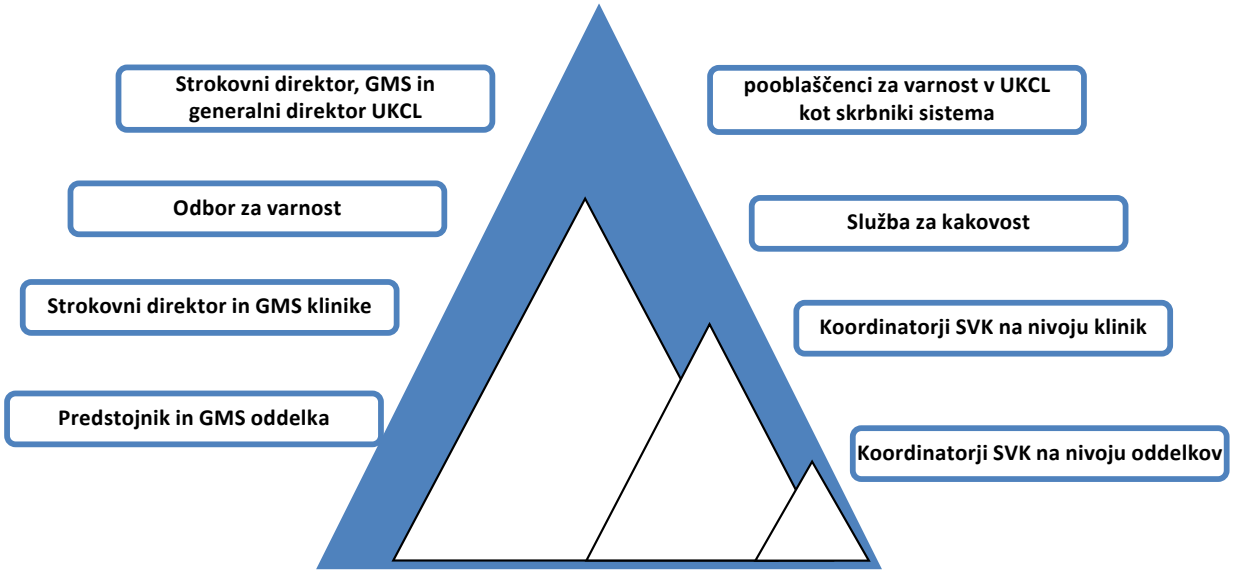
VERJETNOST	1-redko/izjemoma	1	2	3	4
	2-občasno	2	4	6	8
	3-pogosto	3	6	9	12
	4-skoraj gotovo	4	8	12	16
		1-majhna	2-zmerna	3-pomembna	4-katastrofalna
		POSLEDICA			

Slika 1: Ocena stopnje tveganj (vir: Univerzitetni klinični center, 2016b)

5 NADZOR NAD PREPOZNANIMI TVEGANJI

Bolnišnica mora zagotavljati nadzor na prepoznanimi tveganji. Vzpostaviti mora sistem do katerega imajo dostop na eni strani uporabniki in sodelujoči v procesih, ki lahko skozi svoje delo tveganja prepoznavajo in jih posredujejo v sistem, skrbniki procesov oziroma sistema vodenja kakovosti, ki prepoznana tveganja ustrezno ovrednotijo, sodelujejo pri oblikovanju smiselnih ukrepov in nadzirajo potek izvajanja ukrepov ter odgovorni oziroma vodje organizacijskih enot, ki poskrbijo za izvajanje ukrepov in sankcije v primeru njihovega neizvajanja.
V velikih delovnih organizacijah, s piramidnim sistemom prenosa odgovornosti, je potrebno na enak način zagotoviti tudi prenos informacij v zvezi z ocenjenimi tveganji in njihovimi preventivnimi ukrepi.

V UKCL je z razvitim računalniškim programom na omenjeni način poskrbljeno, da imajo vpogled v register tveganj vsi zgoraj omenjeni, vsak za svoje področje, po principu piramide. Omogočen je vpogled v podrejene enote. Na ta način je zagotovljen prenos prepoznanih tveganj znotraj procesa ene organizacijske enote na enake procese v drugih enotah. Zadnjim so bili predstavljeni tudi preventivni ukrepi, ki jih lahko »posvojijo« ali pa predvidijo lastne ukrepe.



Slika 2: Piramidni sistem nadzora nad tveganji (vir: lastni arhiv)

Primer:
Primer prepoznanega tveganja je bil prepoznan na podlagi sporočenega odklona v sistem odklonov iz enega izmed kliničnih oddelkov, kjer je prišlo do zamenjave strani operativnega polja pri malem posegu v lokalni anesteziji. Odklon je bil obravnavan na nivoju oddelka, predvideni so bili korektivni ukrepi. Odklon je koordinator sistem vodenja kakovosti oddelka vnesel v sistem, skupaj z zapisnikom varnostnega pogovora in predvidenimi lokalnimi korektivnimi ukrepi. Na nivoju Kirurške klinike je bil primer obravnavan in je bil dogodek prepoznan kot potencialno tveganje pri vseh posegih, ki se ne izvajajo v operativnih prostorih ali splošni anesteziji (t.i. »out-of-theatre procedures«). Pri posegih v operacijskih prostorih se redno uporablja Kirurški varnostni kontrolni seznam (verzija splošna kirurgija in verzija kardiovaskulana kirurgija). Preventivni ukrep je bila uvedba Kirurškega varnostnega kontrolnega seznama na vseh deloviščih Kirurške klinike kjer se izvajajo posegi v lokalni anesteziji. Tveganje je prepoznano tudi na vseh ostalih enotah na nivoju UKCL, kjer se opravljajo posegi v lokalni anesteziji, zato bo dokument sprejet na Koordinaciji kirurške dejavnosti in bo velja za celotni UKCL.

V tem primeru je šlo za reaktivno obvladovanje tveganj, ki je bilo posledica odklona. S sistemskim pristopom je bilo tveganje prepoznano v procesu operativne obravnave pacienta v lokalni anesteziji in prepoznano tudi kot tveganje pri invazivnih diagnostično – terapevtskih posegih na vseh organizacijskih enotah.

6 ZAKLJUČEK

Vzpostavljanje sistema obvladovanja tveganj v zdravstvenem zavodu je proces, ki zahteva sistematičen pristop, jasno strategijo in dogovorjeno metodologijo za ocenjevanje, spremljanje in evalviranje sistema in posameznih tveganj. Vodstva posameznih klinik so različno pristopala k vzpostavljanju Registra tveganj. Pot po kateri je šla Kirurška klinika je ena od možnosti, za katero je vodstvo ocenilo, da je v danem trenutku najprimernejša. Po treh letih usposabljanja, učenja in razlaganja sistema zaposlenim so bila tveganja prepoznana, ocenjena, določeni so bili ukrepi in odgovorne osebe za realizacijo ukrepov. Registri tveganj so vzpostavljeni na vseh nivojih, tveganja in njihovi preventivni ukrepi se prenašajo iz nižjih na višje nivoje vodenja kadar jih ne morejo enote obvladovati same. Trenutno smo v fazi preverjanja, spremljanja tveganj

in ponovne ocene tveganj. Še vedno so nekateri procesi, kjer tveganja še niso ocenjena ali niso prepoznana.

LITERATURA

DNV GL STANDARD, 2016. *Standard, interpretive guidelines and surveyor guidance, International accreditation requirements for hospitals*. *DNV-DS-HC102. November 2016, version 4.A. pp.128*. Hovik: DNV GL AS.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2016a. *Strategija obvladovanja tveganj v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2016b. *Organizacijski predpis Obvladovanje tveganj*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana

Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2017. *Interne evidence Kirurške klinike za leto 2017*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2018. Letno poročilo 2017. [pdf] Univerzitetni klinični center. Available at: https://www.kclj.si/dokumenti/LETNO_POROCILO_2017_web.pdf [Accessed 15 October 2018].

TVEGANJA PRI VAROVANJU OSEBNIH PODATKOV PACIENTOV S PREDSTAVITVIJO ORODJA ZA MERJENJA ZADOVOLJSTVA PACIENTOV

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

Matevž Kadak, univ. dipl. obr.
Povej šefu d.o.o
matevz.kadak@instantfeedback.si

Izvleček

Osnova pravica pacientov, ki izhaja iz Zakona o pacientovih pravicah (ZPacP) je pravica do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov. Sprejetje Splošne uredbe o varovanju osebnih podatkov (GDPR) v slovenskih bolnišnicah ni prineslo velikih sprememb. Zakonodaja na tem področju je bila v Sloveniji urejena že prej s sprejetjem Zakona o varstvu osebnih podatkov – 1. Splošna načela ZVOP – 1 in GDPR so zelo podobna. GDPR zdravstvene podatke šteje kot posebne vrste osebne podatke. S tem razlogom smo se odločili, da bomo merjenje zadovoljstva pacientov izvajali zgolj pri osebah, ki bodo za to dale izrecno soglasje. Pacienti so imeli, že z ZVOP – 1, pravico do seznanitve, spremembe in izbrisa. GDPR dodaja še pravico do omejevanja in prenosljivosti. Zaradi občutljivosti podatkov, smo se odločili, da bomo osebne podatke hranili le toliko časa kot bo potrebno. Torej za izvedbo meritve zadovoljstva strank. Po prejeti oceni pacientu omogočimo oddajo komentarja, osebni podatek telefonsko številko pa ireverzibilno šifriramo, kar povzroči, da osebni podatek izgubi svoje lastnosti. To pomeni, da bolnišnica statistiko meritev ohrani in ve, da se ocena navezuje na neko fizično osebo. Nikakor pa ne more dobiti informacije o tem kdo ta oseba je.

Ključne besede: *Osebni podatek, posebna vrsta osebnih podatkov, GDPR, ZVOP-1, merjenje zadovoljstva, merjenje zadovoljstva v bolnišnicah.*

1 UVOD

25. maja 2018 je stopila v veljavo Uredba EU 2016/679 (v nadaljevanju bova uporabljala angleško kratico GDPR). Sprejetje te uredbe je zagotovo povzročilo največjo spremembo na področju varovanja osebnih podatkov na področju Evropske unije (EU). Na pomembnost vsebine in posledično tudi na spoštovanje GDPRja, je zakonodajalec (Evropska komisija) opozoril z visokimi globami, ki lahko doletijo kršitelja. Te lahko znašajo do 20.000.000 EUR ali 4% skupnega svetovnega letnega prometa v preteklem proračunskem letu (EUR-LEX 2016). Upošteva pa se znesek, ki je višji.
Področje varovanja osebnih podatkov je bilo, na področju Evropske unije in posledično tudi v Republiki Sloveniji, dobro urejeno že pred sprejetjem nove Uredbe. Ravnikar trdi, da ima Slovenija že sedaj bolj restriktivno ureditev varstva osebnih podatkov kot nekatere druge države EU. Posledično spremembe, ki jih prinaša uredba GDPR, niti ne bodo tako drastične (Finance 2018).

Osnovna/splošna načela 5. člena GDPRja so tako zelo podobna ZVOP – 1 in ne prinašajo večjih sprememb:
- obdelani zakonito, pošteno in na pregleden način;
- zbrani za določene, izrecne in zakonite namene;
- ustrezni, relevantni in omejeni na to, kar je potrebno za namene, za katere se obdelujejo;
- točni in, kadar je to potrebno, posodobljeni;
- Obdelujejo se na način, ki zagotavlja ustrezno varnost osebnih podatkov (EUR-LEX 2016).

Zdravstvene podatke Splošna uredba šteje za posebne vrste osebnih podatkov. Glede na člen 9 Splošne uredbe je obdelava tovrstnih podatkov praviloma prepovedana, izjemoma pa je dopustna, kadar:
1. Obdelava posebnih vrst osebnih podatkov je prepovedana, razen če:
2. Je posameznik podal izrecno privolitev.
3. Je obdelava potrebna za namene izpolnjevanja obveznosti in izvajanja posebnih pravic upravljavca ali posameznika na področju delovnega prava ter prava socialne varnosti in socialnega varstva.
4. Je obdelava potrebna za zaščito življenjskih interesov posameznika.
5. Obdelavo v okviru svojih zakonitih dejavnosti z ustreznimi zaščitnimi ukrepi izvaja ustanova, združenje ali neprofitno telo s političnim, filozofskim, verskim ali sindikalnim ciljem in pod pogojem, da se obdelava nanaša samo na člane ali nekdanje člane ali na osebe, ki so v rednem stiku z njim v zvezi z njegovimi nameni, ter da se osebni podatki ne posredujejo zunaj tega telesa brez privolitve posameznikov, na katere se nanašajo osebni podatki.
6. Osebne podatke objavi sam posameznik.
7. Je obdelava potrebna za uveljavljanje, izvajanje ali obrambo pravnih zahtevkov ali kadar koli sodišča izvajajo svojo sodno pristojnost.
8. Je obdelava potrebna iz razlogov bistvenega javnega interesa na podlagi prava Unije ali prava države članice.
9. Je obdelava potrebna za namene preventivne medicine ali medicine dela, oceno delovne sposobnosti zaposlenega, zdravstveno diagnozo, zagotovitev zdravstvene ali socialne oskrbe ali zdravljenja ali upravljanje sistemov in storitev zdravstvenega ali socialnega varstva.
10. Je obdelava potrebna iz razlogov javnega interesa na področju javnega zdravja.
11. Je obdelava potrebna za namene arhiviranja v javnem interesu, za znanstveno- ali zgodovinskoraziskovalne namene ali statistične namene, ki je sorazmerno z zastavljenim ciljem, spoštuje bistvo pravice do varstva podatkov ter zagotavlja ustrezne in posebne ukrepe za zaščito temeljnih pravic in interesov posameznika.

Pacientom (posameznikom) z novo uredbo pripada nekaj več pravic (Drev 2017):
- Pravica do seznanitve. Obdelovalec je dolžan posameznika (na njegovo izrecno željo) obvestiti o tem katere osebne podatke obdeljuje.
- Pravica posameznika do spremembe oz. popravka informacij. Posameznik ima pravico, da obdelovalcu sporoči popravek osebnih informacij, v kolikor so ti netočni. Če so bili zbrani netočni podatki posredovani tudi tretjim osebam (o čemer mora biti posameznik tudi obveščen), jih mora obdelovalec obvestiti o popravku. Na zahtevo je potrebno odgovoriti v roku enega meseca oziroma dveh, v kolikor je zahteva kompleksnejša.
- Pravica do izbrisa (pozaba). Posameznik ima pravico, da se njegovi podatki izbrišejo, kadar ne obstaja več upravičen razlog za obdelovanje.
- Pravica posameznika do prenosljivosti oz. posredovanja zbranih podatkov tretji osebi oziroma organizaciji (imenovana tudi »pravica do prenosljivosti«).

Sledeči pravici pa sta popolnoma novi:
- Pravica do omejevanja (soglasja in odvzema soglasja na enak način, kot je bilo le-to dano).
- Zbiranje podatkov je dovoljeno le na podlagi privolitve, soglasje pa mora biti dokazljivo in dano na podlagi jasne in razumljive izjave, dane z nedvoumnim pritrdilnim dejanjem (t.i. „opt-in“). Način za preklic privolitve uporabe osebnih podatkov mora biti enako enostaven kot podaja soglasja. Vsak posameznik ima pravico do umika privolitve za nadaljnjo uporabo in obdelavo osebnih podatkov.

Posameznik lahko zbrane podatke in informacije prevzame in prenese k konkurenčnemu ponudniku. Obdelovalec podatkov mora zbrane podatke posamezniku posredovati v strukturirani, splošno uporabljani in strojno berljivi obliki.

2 MERJENJE ZADOVOLJSTVA PACIENTOV V SPLOŠNI BOLNIŠNICI JESENICE

28. avgusta 2018, je Splošna bolnišnica Jesenice (SBJ) začela z uporabo storitve za merjenje zadovoljstva pacientov. Namen uporabe storitve je ugotoviti kaj so vzroki za zadovoljstvo in kaj so vzroki za nezadovoljstvo pacientov ob obisku SBJ. S pridobljenimi rezultati pa vplivati na to, da se bodo vsi nadaljni pacienti počutili bolje. Merjenje zadovoljstva pacientov se izvaja transakcijsko. To pomeni, da želimo izmeriti zadovoljstvo prav vsakega pacienta. Meritve se izvajajo na kirurških in internističnih oddelkih, ter na ginekološko-porodniškem oddelku in pediatriji. Izvede pa se na način, da pacient, ki se je strinjal z izvedbo meritve, 2 uri po odpustu prejme SMS na mobilno telefonsko številko. V prvem SMSu ga prosimo za oddajo ocene, da lahko izmerimo indeks Net Promoter Score. Indeks NPS deli udeležence meritev v tri skupine: obrekovalci, pasivneži in promotorji. Ko udeležence meritve vprašamo, kako bi ocenili storitev na lestvici od 1 do 5, jih v razrede razdelimo po danih ocenah: 1 in 2 → obrekovalci, 3 in 4 → pasivneži, 5 → promotorji. Za potrebe SBJ uporabljamo prilagojen in poenostavljen sistem NPS, klasičen sistem pa predvideva ocene od 0 do 10 (Reicheld 2003). Indeks NPS tako dobimo s preprostim izračunom:
NPS = % promotorjev – % obrekovalcev

2.1 Izzivi merjenja zadovoljstva pacientov Splošni bolnišnici Jesenice in skladnost z GDPR

Ker GDPR zdravstvene podatke šteje za posebne, se je SBJ, po posvetovanju z pooblaščeno osebo za varovanje osebnih podatkov, odločil, da se bodo meritve zadovoljstva strank izvajale zgolj pri pacientih, ki bodo za to dali izrecno soglasje. Medicinska sestra tako ob odpustu pacienta prosi za soglasje. Strinjanje pa vnese v računalniški program BIRPIS zdravstvena administratorka.
Sistem tem pacientom posreduje prvi poziv 20 minut po označem času odpusta.

Prvi posredovan poziv:
Vaše mnenje šteje. Prosimo, ocenite vaš obisk na lestvici od 1 do 5 (pacientu zelo prijazno). Splošna bolnišnica Jesenice.

Odgovor

Drugi posredovan poziv:
Prosimo vas, da z 9 kliki podate še komentar ocene na povezavi: http://skrci.me/SBJ_Hvala
*Celotna anketa na povezavi se nahaja v prilogi.

2.2 Zagotavljanje skladnosti s pravicami

Pacientom moramo omogočiti pravico do seznanitve, spremembe, izbrisa, omejevanja in prenosljivosti.
Zaradi občutljivosti podatkov smo se odločili, da osebni podatek telefonsko številko, ki je zapisana v sistemu InstantFeedback, ireverzibilno šifriramo (kriptiranje) takoj, ko je to mogoče. Torej, ko pacient odgovori na prvi poziv z oceno in posredujemo drugi poziv. V primeru, da odgovora ni, številko ireverzibilno šifriramo najkasneje 24 ur po poslanem prvem pozivu.
Pacient omenjenih pravic, zaradi kriptiranja podatkov in nezmožnosti ugotovitve lastništva osebnega podatka, torej ne more uveljavljati.
GDPR definira osebni podatek kot katero koli informacijo v zvezi z določenim ali določljivim posameznikom na katerega se nanašajo osebni podatki. Določljiv posameznik je tisti, ki ga je mogoče neposredno ali posredno določiti, zlasti z navedbo identifikatorja, kot je ime, identifikacijska številka, podatki o lokaciji, spletni identifikator, ali z navedbo enega ali več dejavnikov, ki so značilni za fizično, fiziološko, genetsko, duševno, gospodarsko, kulturno ali družbeno identiteto tega posameznika (EUR-LEX 2016). Osebni podatek z izvedbo ireverzibilnega šifriranja tako izgubi svoje bistvo. SBJ ima tako podatek o zadovoljstvu pacientov, za katerim stoji fizična oseba, ki pa ni določljiva.

2.3 Ocena učinka v zvezi z varstvom osebnih podatkov

Kadar je verjetno, da bi lahko obdelava osebnih podatkov predstavljala veliko tveganje za pravice in svoboščine posameznikov, upravljavec pred obdelavo opravi oceno učinka predvidenih dejanj obdelave (Drev 2017).
Ocena učinka se opravi predvsem, če:
- gre za sistematično in obsežno obdelavo OP z avtomatiziranimi sredstvi;
- gre za obdelavo posebnih vrst osebnih podatkov;
- gre za obsežno sistematično spremljanje javno dostopnega območja.

Na podlagi zgoraj opisanih dejstev in po posvetovanju s pooblaščeno osebo za varstvo osebnih podatkov, smo ugotovili, da izvedba učinka za merjenje zadovoljstva pacientov ni potrebna.

3 ZAKLJUČEK

Merjenje zadovoljstva pacientov je eden od ključnih kazalnikov kakovosti naših storitev. Z vzpostavitvijo nove metode za spremljanje zadovoljstva pacientov preko kratkega sporočila na mobilno telefonsko številko, smo se zavedali, da obstaja tveganje, kako zagotoviti pravici pacientom o zasebnosti in varstvu osebnih podatkov. Anketo izvajamo tri mesece in ocenjujemo, da je proces anketiranja postavljen tako, da je varstvo osebnih podatkov pacientov zagotovljeno. Mnenja pacientov o naših storitvah, pa so za nas zelo dragocena, saj bomo na podlagi njihovih komentarjev in ocen izvedli aktivnosti za izboljšanje našega delovanja.

4 LITERATURA

Drev, Matjaž. 2017. Predavanje - Varstvo osebnih podatkov na razpotju: spremembe, ki jih prinaša splošna uredba o varstvu podatkov.

EUR-Lex. Uredba (EU) 2016/679 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 27. aprila 2016 o varstvu posameznikov pri obdelavi osebnih podatkov in o prostem pretoku takih podatkov ter o razveljavitvi Direktive 95/46/ES (Splošna uredba o varstvu podatkov). 2016. Najdeno 8. marca 2018 na spletnem naslovu https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679

Finance. 2018. Spremembe, ki jih prinaša GDPR v zdravstvo. Dostopno preko: https://akademija.finance.

si/8864844 15. oktober 2018.
Reicheld, Frederick F. 2003. The One Number You Need to Grow. Dostopno prek: https://hbr.org/2003/12/the-one-number-you-need-to-grow 15. oktober 2018.

5 ANKETNI VPRAŠALNIK

V katerem oddelku bolnišnice ste bili obravnavani?
a. Kirurški
b. Ginekološko-porodniški
c. Internistični
d. Pediatrični

Kako dolgo od vašega prihoda v bolnišnico je trajal postopek, da ste prišli do svoje postelje ali sobe na oddelku?
a. več kot 2 uri
a. 1 do 2 uri
a. manj kot 1 uro

Zdravstveni tim me je obravnaval vljudno in spoštljivo.
a. nikoli
b. redko
c. včasih
d. pogosto
e. vedno

Zdravstveni tim mi je pred posegi ali preiskavami na razumljiv način razložil poseg ali preiskavo in možne zaplete.
a. nikoli
b. redko
c. včasih
d. pogosto
e. vedno
f. nisem imel(a) preiskav ali posegov

Zdravstveni tim mi je zagotovil zasebnost pri pogovoru, viziti in opravljanju posegov ter me obvaroval pred nezaželenimi pogledi in poslušanjem s strani drugih.
a. nikoli
b. redko
c. včasih
d. pogosto
e. vedno

Ali ste vi in vaši svojci dobili vse potrebne informacije, ki ste jih potrebovali?
a. nikoli
b. redko
c. včasih
d. pogosto
e. vedno
f. nisem imel(a) nikogar od družine
g. nisem želel(a), da govorijo z zdravnikom

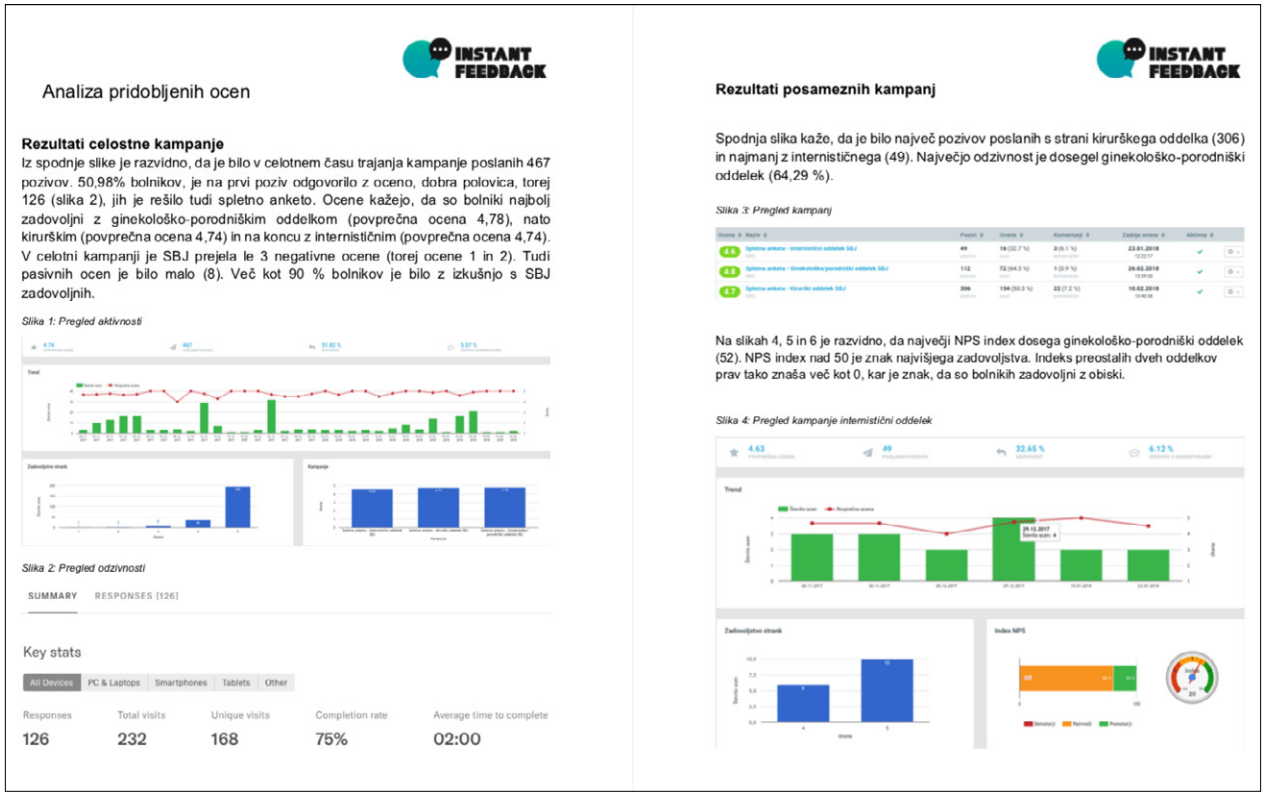
Ali ste ob odpustu dobili vse potrebne informacije, tudi pojasnila o razlogih za jemanje zdravil, učinke in stranske učinke predpisanih zdravil?

a. ne
b. da
c. nisem imel(a) predpisanih zdravil

Ali so bili vaša soba, stranišče in kopalnica čisti?

a. nikoli
b. redko
c. včasih
d. pogosto
e. vedno

6 PRIMER ČETRTLETNEGA POROČILA



INSTANT FEEDBACK

Analiza pridobljenih ocen

Rezultati celostne kampanje

Iz spodnje slike je razvidno, da je bilo v celotnem času trajanja kampanje poslanih 467 pozivov. 50,98% bolnikov, je na prvi poziv odgovorilo z oceno, dobra polovica, torej 126 (slika 2), jih je rešilo tudi spletno anketo. Ocene kažejo, da so bolniki najbolj zadovoljni z ginekološko-porodniškim oddelkom (povprečna ocena 4,78), nato kirurškim (povprečna ocena 4,74) in na koncu z internističnim (povprečna ocena 4,74). V celotni kampanji je SBJ prejela le 3 negativne ocene (torej ocene 1 in 2). Tudi pasivnih ocen je bilo malo (8). Več kot 90 % bolnikov je bilo z izkušnjo s SBJ zadovoljnih.

Slika 1: Pregled aktivnosti

Slika 2: Pregled odzivnosti

SUMMARY RESPONSES (126)

Key stats

All Devices | PC & Laptops | Smartphones | Tablets | Other

Responses	Total visits	Unique visits	Completion rate	Average time to complete
126	232	168	75%	02:00

INSTANT FEEDBACK

Rezultati posameznih kampanj

Spodnja slika kaže, da je bilo največ pozivov poslanih s strani kirurškega oddelka (306) in najmanj z internističnega (49). Največjo odzivnost je dosegel ginekološko-porodniški oddelek (64,29 %).

Slika 3: Pregled kampanj

Na slikah 4, 5 in 6 je razvidno, da največji NPS index dosega ginekološko-porodniški oddelek (52). NPS index nad 50 je znak najvišjega zadovoljstva. Indeks preostalih dveh oddelkov prav tako znaša več kot 0, kar je znak, da so bolnikih zadovoljni z obiski.

Slika 4: Pregled kampanje internistični oddelek

INSTANT FEEDBACK

Slika 5: Pregled kampanje ginekološko-porodniški oddelek

Slika 6: Pregled kampanje kirurški oddelek

INSTANT FEEDBACK

Primer poslanega poziva o zadovoljstvu prek SMS-a

Primer 1. SMS:

- Vaše mnenje šteje. Prosimo, ocenite vaš obisk na lestvici od 1 do 5 (pacientu zelo prijazno). Splošna bolnišnica Jesenice

Primer povratnega SMS, ki ga prejme stranka, ki odda oceno brez komentarja:

- Prosimo vas, da z 9 kliki podate še komentar ocene na povezavi: http://skrci.me/sbj_anketa Splošna bolnišnica Jesenice

Slika 7: primer poslanega poziva preko SMS

28/02/2018 General report - Zadovoljstvo pacientov v Splošni bolnišnici Jesenice

V katerem oddelku bolnišnice ste bili obravnavani?

126 out of 126 people answered this question

1	Kirurški	67 / **53%**
2	Ginekološko-porodniški	53 / **42%**
3	Internistični	6 / **5%**

Kako dolgo od vašega prihoda v bolnišnico je trajal postopek, da ste prišli do svoje postelje ali sobe na oddelku?

126 out of 126 people answered this question

1	manj kot 1 uro	65 / **52%**
2	1 do 2 uri	43 / **34%**
3	več kot 2 uri	18 / **14%**

Zdravstveni tim me je obravnaval vljudno in spoštljivo.

126 out of 126 people answered this question

1	vedno	108 / **86%**
2	pogosto	13 / **10%**
3	včasih	5 / **4%**
4	nikoli	0 / **0%**
5	redko	0 / **0%**

Zdravstveni tim mi je pred posegi ali preiskavami na razumljiv način razložil poseg ali preiskavo in možne zaplete.

126 out of 126 people answered this question

1	vedno	98 / **78%**
2	pogosto	16 / **13%**
3	nisem imel(a) preiskav ali posegov	6 / **5%**
4	včasih	6 / **5%**
5	nikoli	0 / **0%**
6	redko	0 / **0%**

https://splosnabolnisnicajesenice.typeform.com/report/Uzk2Gv/WmlgvRqc9IOzlKc?typeform-print=1&typeform-cache=0 1/3

Zdravstveni tim mi je zagotovil zasebnost pri pogovoru, viziti in opravljanju posegov ter me obvaroval pred nezaželenimi pogledi in poslušanjem s strani drugih.

126 out of 126 people answered this question

1	vedno	72 / **57%**
2	pogosto	29 / **23%**
3	včasih	15 / **12%**
4	nikoli	7 / **6%**
5	redko	3 / **2%**

Ali ste vi in vaši svojci dobili vse potrebne informacije, ki ste jih potrebovali?

126 out of 126 people answered this question

1	vedno	100 / **79%**
2	pogosto	13 / **10%**
3	nisem imel(a) nikogar od družine	8 / **6%**
4	včasih	4 / **3%**
5	nisem želel(a), da govorijo z zdravnikom	1 / **1%**
6	nikoli	0 / **0%**
7	redko	0 / **0%**

Ali ste ob odpustu dobili vse potrebne informacije, tudi pojasnila o razlogih za jemanje zdravil, učinke in stranske učinke predpisanih zdravil?

126 out of 126 people answered this question

1	da	99 / **79%**
2	nisem imel(a) predpisanih zdravil	19 / **15%**
3	ne	8 / **6%**

Ali so bili vaša soba, stranišče in kopalnica čisti?

126 out of 126 people answered this question

1	vedno	111 / **88%**
2	pogosto	12 / **10%**
3	včasih	2 / **2%**

4	redko	1 / **1%**
5	nikoli	0 / **0%**

TVEGANJA IN PASTI PRI VAROVANJU OSEBNIH PODATKOV – PRIMER IZ URGENTNEGA CENTRA JESENICE

RENATA LUKANČIČ, dipl. m. s.
Splošna bolnišnica Jesenice, Urgentni center
renata.lukancic@sb-je.si

SNEŽANA RADIĆ, dipl. m. s.
Splošna bolnišnica Jesenice, Urgentni center
snezana.radic@sb-je.si

NADA MACURA VIŠIĆ, dipl. m. s.
Splošna bolnišnica Jesenice, Urgentni center
nada.macura@sb-je.si

Izvleček

V prispevku predstavljamo problematiko in tveganja, s katerimi se zdravstveni delavci srečujemo pri svojem delu, in sicer predvsem z vidika spoštovanja zasebnosti in varovanja osebnih podatkov pacienta. Opredelili smo tudi pravno podlago za varovanje osebnih podatkov, tako na ravni države, kot tudi na mednarodni ravni. Raziskovalna metodologija temelji na podlagi pregleda domače in tuje strokovne literature, dodali pa smo tudi praktični vidik organizacije dela v Splošni bolnišnici Jesenice. Namen prispevka je torej ugotoviti kako je s samim varovanjem osebnih podatkov v zdravstvu v praksi, zato si bomo podrobneje pogledali tudi primer naše ustanove, Splošne bolnišnice Jesenice (SBJ), natančneje Urgentnega centra SBJ. Skozi pregled literature smo ugotovili, da se paciente v čakalnicah še vedno kliče po imenu in priimku, čeprav je s tem v določeni meri kršena pravica do varovanja osebnih podatkov. Pacienti se lahko v primeru kršenja njihovih pravic obrnejo na informacijskega pooblaščenca, ki je v letu 2017 obravnaval 655 pritožb, v istem letu je bilo v Splošni bolnišnici Jesenice podanih 9 pritožb glede kršenja pacientovih pravic, vendar tudi vse izmed njih niso bile vezane konkretno na pravico do varovanja osebnih podatkov. Pomembno je, da se pacientovih pravic zavedajo tako pacienti, kot tudi zdravstveni delavci, prav tako pa je pomembno, da se te pravice tudi upoštevajo v največji možni meri. Le na ta način lahko dosežemo varno in kakovostno zdravstveno oskrbo ter zadovoljstvo pacientov z našimi storitvami.

Ključne besede: *osebni podatki, urgentni center, zasebnost*

1 UVOD

Osebni podatek je vsak podatek, ki se nanaša na posameznika, ne glede na to v kateri obliki je izražen (Pirc Musar, et al., 2006). Gre za vedno bolj dragoceno in občutljivo dobrino posameznika, ki kaže na številne intimne in druge lastnosti le tega, zato lahko pomeni njihova zloraba kršitev tako človekovega dostojanstva, kot tudi zasebnosti in človekove telesne in duševne integritete na splošno (Horvat, 2016).

Pravica pacienta do varovanja zgoraj omenjenih osebnih podatkov sega daleč v zgodovino, celo do časa Hipokrata, ki je postavil moralno-etična merila v zvezi z zaupnostjo. Varovanje pacientovih osebnih podatkov je tudi v sodobnem času pravica pacienta in dolžnost zdra-

vstvenih delavcev, ki je urejena z različnimi zakoni in pravilniki.

V članku bomo opredelili kaj pomenijo osebni podatki in kako jih varovati ter kateri pravni akti urejajo to področje. Podrobneje se bomo posvetili primeru iz prakse, in sicer varovanju osebnih podatkov v Urgentnem centru Splošne bolnišnice Jesenice.

2 BESEDILO PRISPEVKA

Pred več kot 2500 leti je Hipokrat postavil etično-moralna načela, v katerih je opredelil, da so vsi podatki o pacientu zaupna skrivnost. Danes, leta 2018 je varovanje pacientovih osebnih podatkov pravic pacienta in istočasno dolžnost zdravstvenega delavca. V Republiki Sloveniji (RS) predstavlja neposredno podlago za zakonsko ureditev varstva osebnih podatkov Ustava Republike Slovenije (URS). Varstvo podatkov je ena izmed ustavno zagotovljenih človekovih pravic in temeljnih svobošči (Pirc Musar, et al., 2006). Podatki o zdravstvenem stanju spadajo med občutljive osebne podatke (Marinič, 2009). Osebni podatek je katerikoli podatek, ki se nanaša na posameznika. Pojem posameznika pa opredelimo kot določeno fizično osebo, ki jo lahko posredno ali neposredno v kratkem času identificiramo na podlagi osebnih podatkov, kot so: EMŠO, ime in priimek, davčna številka in številka zdravstvenega zavarovanja (Pirc Musar, et al., 2006). Medicinski podatki niso samo zdravstvene diagnoze, niti rezultati medicinskih preiskav, izvidi ali mnenja, temveč tudi podatki iz različnih odločb o razvrstitvi v določeno kategorijo invalidnosti, trajanja bolniškega staža, dela zmožnosti in pravic do zdraviliškega zdravljenja (Starc, 2006).

Prvi stik pacienta z zdravstveno ustanovo predstavlja čakalnica. Tam se prične komunikacija med pacientom in zdravstvenim delavcem.

Pravna ureditev varstva osebnih podatkov v zdravstvu v Republiki Sloveniji je sestavljena iz štirih komponent:

1. Ustava RS, ki nam služi kot osnova za pravno urejanje v zdravstvu. 38. člen opredeljuje in zagotavlja varstvo osebnih podatkov in istočasno prepoveduje uporabo osebnih podatkov v nasprotju z namenom njihovega zbiranja (URS – NPB).
2. Zakon o varstvu osebnih podatkov (ZVOP), v katerem se določajo pravice, obveznosti, načela in ukrepi za zaščito posameznika pri obdelavi osebnih podatkov. 9. člen tega zakona opredeljuje pravno podlago v zdravstvu in določa kdaj obstaja zakonita podlaga za obdelavo osebnih podatkov. Pomemben je tudi 12. člen, ki govori o tem, da lahko osebne podatke obdelujemo tudi če ni zakonite pravne podlage in je obdelava podatkov nujno potrebna za varovanje življenja ali telesa posameznika (ZVOP – 1-UPB1).
3. Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP) je bil v Državnem zboru Republike Slovenije sprejet leta 2008. Ureja odnos med pacienti in zdravstvenimi delavci. V zdravstveni negi predstavlja zaščito pacienta, postavlja ga v vlogo partnerja, mu daje aktivno vlogo in istočasno postavlja dolžnosti (Marinič, 2009).
4. Kazenski zakonik (KZ – 1 – UPBZ) razlaga o kaznih zaradi neupravičene izdaje poklicne skrivnosti in zlorabe osebnih podatkov. Kazen v primeru zlorabe je lahko denarna ali pa zaporna do enega leta.

Nad izvajanjem zgoraj naštetih zakonov o varstvu in obdelavi osebnih podatkov bedijo informacijski pooblaščenec, varuh človekovih pravic in varuh pacientovih pravic. Vsak pacient ima pravico do postopka z zahtevo za obravnavo kršitve pacientovih pravic. S tem je omogočena enakopravna, primerna, kakovostna in varna zdravstvena oskrba. V vsaki zdravstveni ustanovi

je določena pristojna oseba, kjer lahko pacient vloži zahtevo za obravnavo, če je mnenja, da so mu bile kršene pacientove pravice.
Poleg zgoraj omenjenih komponent pravne ureditve varstva osebnih podatkov v Sloveniji obstajajo tudi nekateri mednarodni pravni viri, v katerih se nahajajo določbe o varovanju pacientovih osebnih podatkov in so prav tako pomembne za to področje. Eden glavnih mednarodnih pravnih virov, v katerem so opisane določbe o varovanju osebnih podatkov pacienta je gotovo Splošna deklaracija o človekovih pravicah iz leta 1948, ki v svojem 12. členu predstavlja nek temelj obstoja in prizadevanja pravice do zasebnosti posameznika, hkrati pa na drugi strani obveznost obstoječega pranega reda po spoštovanju in zagotovitvi pravnega varstva pred vmešavanjem v pravico do zasebnosti (Arzenšek, 2012).

Temelji varovanja osebnih podatkov v zdravstveni negi segajo že daleč v zgodovino, in sicer v leto 1893, ko je Lystra E. Gretter zapisala zaprisego za medicinske sestre in jo poimenovala po Florence Nightingale, v spomin in znak spoštovanja ustanoviteljici in začetnici sodobne zdravstvene nege. V omenjeno prisego je bila vključena obljuba, da si bo medicinska sestra prizadevala za izvajanje zdravstvene nege na tak način, da bo vedno in povsod delovala v korist pacientu in se bo trudila, da bo ta poklic vedno spoštovan, ter da bo do vseh podatkov pridobljenih pri negi pacientov ohranila spoštovanje in da bodo ti podatki ostali zaupni in skrivnost, ki je ne bo posredovala dalje (Arzenšek, 2012). Govorimo torej o poklicni skrivnosti, ki je definirana kot nekaj, kar kdo ve, mu je zaupano in je ne sme pripovedovati drugim. Bistvo poklicne skrivnosti v medicini oziroma zdravstveni negi je, da se zanjo izve na podlagi pogovora s pacientom, na podlagi določenih preiskav ali pa so ta dejstva razvidna iz zdravstvene dokumentacije posameznika. Omenjeno področje varovanja poklicne skrivnosti je povezano tudi s profesionalnimi kodeksi (Šabjan, 2011).

Medicinske sestre k varovanju osebnih podatkov zavezuje mednarodni Kodeks etike medicinskih sester, ki je leta 1969 v 5. točki zapisal, da morajo osebne zadeve, ki so jim zaupane ohraniti zase in varovati poklicno tajnost. V Sloveniji je bil leta 2014 na podlagi 87. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti dopolnjen Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije. Njegov III. in VI. člen govorita o tem, da morajo izvajalci zdravstvene nege in oskrbe upoštevati in spoštovati pravico pacienta do zasebnosti in intimnosti ter, da so dolžni varovati poklicno skrivnost tudi pred družinskimi člani tudi po pacientovi smrti in po prenehanju opravljanja svojega poklica. Kršitve členov obravnava Častno razsodišče Zbornice – Zveze (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2015). Varovanje poklicne skrivnosti ne obsega samo podatkov o zdravju ali bolezni, temveč je tudi naprimer telefonska številka podatek, po katerem je mogoče prepoznati posameznika (Marinič, 2009). Marinič prav tako navaja, da je pacientovo zaupanje medicinski sestri vrednota za katero si je dolžan prizadevati vsak posameznik v zdravstveni negi, saj pogojuje kakovost zdravstvene obravnave in stopnjo kakovosti delovanja zdravstvenega zavoda kot celote. Za dosledno varstvo zasebnosti v organizaciji so primerni naslednji ukrepi:

- organizacija dela, ki omogoča, da pacienta v čakalnici ne pokličemo z imenom in priimkom
- vizualna in akustična zaščita pred tretjimi osebami med zdravstveno obravnavo
- organizacija dela, ki omogoča, da se zdravstveno osebje o občutljivih podatkih ne pogovarja pred drugimi pacienti.

Zaradi vse večje odvisnosti poslovanja od informacijskih in komunikacijskih tehnologij, se povečuje ranljivost za različne zunanje in notranje grožnje, ki postanejo čedalje bolj razširjene in učinkovite pri povzročanju škode. Politika varovanja informacij s pomočjo varnostnih kontrol postavlja celovit okvir za zagotavljanje varovanja informacij ter izpopolnjevanja zahtev zako-

nodaje (Splošna bolnišnica Jesenice, 2015).
V Splošni bolnišnici Jesenice so politika varovanja informacij ter navodila in postopki varovanja informacij razviti in usklajeni z zahtevani veljavne zakonodaje in priporočili standardov informacijske varnosti ISO/IEC 27001 in ISO/IEC 27002 (Splošna bolnišnica Jesenice, 2015).
Sistem za upravljanje varovanja informacij (SUVI) mora obsegati tisti del informacijskega sistema izvajalca zdravstvene dejavnosti, ki je nujen za ustrezno varovanje informacij, politika varovanja informacij pa mora biti skladna z zahtevami Ministrstva za zdravje. S sprejeto politiko in navodili glede varovanja informacij izvajalec zdravstvene dejavnosti potrjuje svojo odgovornost glede izvajanja SUVI (Splošna bolnišnica Jesenice, 2015).

3 UGOTOVITVE

Horvat (2016) je v svojem magistrskem delu raziskovala varovanje osebnih podatkov v čakalnici Univerzitetnega kliničnega centra Maribor. Ugotovila je, da se čakajoče paciente še vedno kliče po imenu in priimku, čeprav se večina izvajalcev zdravstvenih storitev zaveda, da je s tem kršena pravica pacienta do varovanja osebnih podatkov. Zanimiva pa je ugotovitev, da je bila večina anketirancev mnenja, da bi klicanje po zaporedni številki doživeli kot brezooseben odnos zdravstvenih delavcev.
V Splošni bolnišnici Jesenice od leta 2016 za ambulante preglede uporabljamo vrstomat (elektronska naprava, na kateri se pacient, ki je v naprej naročen na zdravstveno obravnavo, neposredno pred terminom same obravnave registrira oziroma vpiše). Pred vsako ambulanto je na steni monitor, kjer je vidna tekoča čakalna vrsta z zaporedno številko pacienta in njegovimi inicialkami. Čakajoče paciente kličemo z imenom in priimkom.
Pacient ob prihodu v sprejemno pisarno urgentnega centra odda dokumentacijo, napotnico in kartico zdravstvenega zavarovanja (KZZ) zdravstveni administratorki. Napotnica je lahko zelena papirna ali pa pacient pove, da ima e-Napotnico. Zdravstvena administratorka pregleda dokumentacijo in po veljavnem postopku vpiše pacienta v triažo. Zaradi nadaljnjih postopkov glede zdravljenja, je potrebno v informacijski sistem vnesti tudi podatke o poškodbah. Do nedavnega so pacienti vse to sporočali kar na administrativnem okencu. Prav tako je postala navada, da so pacienti svoje težave opisali zdravstveni administratorki, nato triažni medicinski sestri in na koncu še zdravniku. Zaradi posredovanja osebnih podatkov praktično celotni čakalnici in trikratnega ponavljanja težav pacientov, smo se odločili, da le-te poda triažni medicinski sestri. Tako pacient na okencu zdravstveni administratorki pove samo, ali je vzrok njegovega obiska bolezen ali poškodba.
V letu 2017 je informacijski pooblaščenec zaradi suma kršitev določb zakona o varovanju osebnih podatkov vodil 655 primerov, od tega 226 v javnem sektorju (Prelesnik, 2018).

Od začetka delovanja urgentnega centra kljub neprimerni obravnavi pri administrativnem vpisu, pa nismo prejeli nobene točno definirane pritožbe s strani pacientov o varovanju osebnih podatkov. Večina pritožb v urgentnem centru se je nanašala na domnevno kršitev pravice do spoštovanja pacientovega časa ter domnevna kršitev pravice do primerne, kakovostne in varne obravnave v smislu nezadovoljstva v samem poteku obravnave (9 pritožb). Nekaj od teh se je vezalo na ambulanto za hitre preglede, ki jo izvajajo zaposleni zdravstvenega doma Jesenice (strokovna poročila Splošne bolnišnice Jesenice) (Splošna bolnišnica Jesenice 2017; 2018).

Dolžnost zdravstvenega zavoda je, da vzpostavi tak način vodenja zdravstvene dokumentacije in informacijskega sistema, ki zagotavlja zaupnost pacientovih podatkov (Šabjan, 2011).

Tudi v Splošni bolnišnici Jesenice se vsako neupoštevanje določil politike varovanja informacij ter navodil in postopkov varovanja informacij šteje za kršitev dela izvajalcev zdravstvene dejavnosti in se kot tako tudi sankcionira z ustreznimi ukrepi (Splošna bolnišnica Jesenice, 2015).

4 ZAKLJUČEK

Pacienti vstopajo v zdravstveno okolje z vedno večjimi pričakovanji in se vedno bolj zavedajo svojih moralnih in legalnih pravic. Ob prihodu v zdravstveno ustanovo so še bolj ranljivi, zato je učinkovita verbalna in neverbalna komunikacija izhodišče za pacientovo zaupanje do ustanove in zdravstvenega osebja.

Napredek v medicini in nagel razvoj informacijske tehnologije sta povzročila vrsto vprašanj povezanih z varstvom občutljivih osebnih podatkov. Zdravstveni delavci morajo poznati standarde etičnega vedenja in obnašanja ter se po njih tudi ravnati. Odločiti se morajo, kaj smejo narediti v določeni situaciji in se zavedati, da odločitev pomeni tudi sprejeti odgovornost za izveden postopek oziroma obnašanje v določeni situaciji.

Še vedno je premalo poudarka na izobraževanju zaposlenih s področja varovanja osebnih podatkov. Prav tako mora biti s svojimi pravicami v zadostni meri seznanjen tudi pacient ter te pravice tudi uveljavljati, saj le tako ne pride do zlorabe le teh. Zapomnimo si, da v času hospitalizacije medicinska sestra predstavlja pacientovega zagovornika in to naj bo eno izmed vodil pri našem delu.

LITERATURA

Arzenšek, D., 2012. *Varstvo osebnih podatkov v zdravstveni negi: magistrsko delo.* Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Horvat, A., 2016. *Varovanje pacientovih osebnih podatkov v čakalnicah: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Kazenski zakonik (KZ-1), 2012. Uradni list Republike Slovenije št. 50/12.

Marinič, M., 2009. Varovanje pacientovih osebnih podatkov in zasebnosti. *Utrip: informativni bilten Zbornice zdravstvene nege Slovenije,* 17(11), pp. 9.

Pirc Musar, N., Bien, S., Bogataj, J., Prelesnik, M. & Žaucer, A., 2006. *Zakon o varstvu osebnih podatkov s komentarjem*. Ljubljana: GV Založba.

Prelesnik, M., ed. 2018. *17. letno poročilo informacijskega pooblaščenca za leto 2017.* [pdf] Informacijski pooblaščenec Republike Slovenije. Available at: https://www.ip-rs.si/fileadmin/user_upload/Pdf/porocila/Letno_porocilo_2017_koncna.pdf [Accessed 15 September 2018].

Splošna bolnišnica Jesenice, 2015. *Krovna politika varovanja informacij v Splošni bolnišnici Jesenice, standardni operativni postopek, upravno-pravna služba, 12.4.2015.* Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice.

Splošna bolnišnica Jesenice, 2017. *Strokovno poročilo Splošne bolnišnice Jesenice za leto 2016.* Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice.

Splošna bolnišnica Jesenice, 2018. *Strokovno poročilo Splošne bolnišnice Jesenice za leto 2017.* Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice.

Starc, I., 2006. Poklicna molčečnost v zdravstvu. *Pravna praksa: PP: časopis za pravna vprašanja,* 25(33), p. 3.

Šabjan, L., 2011. *Pomen poznavanja varovanja poklicne skrivnosti in posledice njene kršitve v zdravstveni negi: magistrsko delo.* Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Ustava Republike Slovenije (URS), 1991. Uradni list Republike Slovenije št. 33/91.

Zakon o varstvu osebnih podatkov (ZVOP-1), 2007. Uradni list Republike Slovenije št. 94/07 – uradno prečiščeno besedilo.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2015. *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije.* [online] Available at: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/kodeks_etike_v_zdravstveni_negi_in_oskrbi_kodeks_etike_za_babice_ul_za_objavo_na_spletni_strani_2_2_2015.pdf [Accessed 15 September 2018].

ZADOVOLJEN PACIENT - MANJŠE TVEGANJE ZA ZAPLETE

JANEZ BIČEK, dipl. inž. rad. teh.,
Splošna bolnišnica Jesenice, Oddelek za radiologijo
janez.bicek@sb-je.si,

JOŠT URŠIČ, dipl. inž. rad. teh.
Splošna bolnišnica Jesenice, Oddelek za radiologijo
jost.ursic@sb-je.si

Izvleček

Zadovoljstvo pacientov je pomemben kazalnik kakovosti, pokazatelj dobre komunikacije, medsebojnih odnosov zdravstvenega osebja in organiziranosti dela na radiološkem oddelku.
Računalniška tomografija se v radiologiji uporablja vedno pogosteje, hkrati pa preiskave z računalniško tomografijo zaradi svoje specifike predstavljajo večje tveganje za zaplete.
Zaplete, ki se lahko pojavijo pri slikanju delimo na tiste, ki nastanejo zaradi uporabe kontrastnih sredstev in tiste, ki so posledica nepravilne obravnave pacientov in slabe komunikacije. Na oddelku za radiologijo izvajamo vrsto ukrepov za zmanjševanje zapletov. Na podlagi izkušenj iz preteklosti smo spremenili določene postopke in pristope pri izvajanju preiskave z namenom izboljšanja zadovoljstva pacientov ter večje kakovosti preiskav. Velik poudarek dajemo na pripravo pacientov v zato namenjenem prostoru, ter njihovo opazovanje po opravljeni preiskavi.
Pacienti imajo svojo predstavo o izvedbi preiskave, ter različna pričakovanja o njenih rezultatih.
Za kakovostno obravnavo je potrebno vsakega pacienta obravnavati individualno glede na njegove potrebe ter zdravstveno stanje.
Na našem oddelku se zavedamo pomena sodelovanje med zdravnikom radiologom, radiološkim inženirjem ter diplomirano medicinsko sestro, saj dobra komunikacija zmanjšuje možnost napak ter pozitivno vpliva na dobro počutje pacienta.
Zadovoljni pacienti so pri izvajanju radioloških posegov bolj osredotočeni na navodila med samo preiskavo, s tem pa lahko izboljšamo kvaliteto izvedene preiskave. Uspešno izvedena preiskava pomeni tudi lažjo postavitev diagnoze.
Kakovost opravljenih posegov in storitev ter zadovoljstvo pacientov, sta med seboj tesno povezani.

***Ključne besede**: radiologija, preprečevanje zapletov, komunikacija v zdravstvu*

1 UVOD

Zdravstveno osebje dela v specifičnih okoliščinah. Njihova naloga je pomagati bolnikom pri njihovih fizičnih in psihičnih potrebah na primeren in human način (Berry & Bendapudi, 2007, p. 114).
Naloga radiološkega inženirja je, da strokovno in odgovorno uporablja ionizirajoče sevanje v diagnostične in terapevtske namene v korist pacienta. Zagotavljati mora varno okolje za paciente, osebje in obiskovalce radiološkega oddelka.
Pri svojem delu mora upoštevati, ohranjati ter ščititi pacientovo dostojanstvo, zasebnost, samostojnost in varnost. Pacientu mora omogočiti, da soodloča o naravi in poteku preiskave ter ohranja zase kot poklicno skrivnost vsako informacijo, ki jo pridobi pri obravnavi pacienta. Skrb za zdravje, varnost ter zadovoljstvo pacienta je pred interesi znanosti in družbe (Društvo

radioloških inženirjev Slovenije in Zbornica radioloških inženirjev Slovenije, 2010).
Zadovoljstvo ima za paciente velik pomen (Haksik, et al., 2000, p. 226). Zadovoljni pacienti sledijo navodilom bolj natančno ter aktivno in učinkovito sodelujejo pri procesu preiskave (Hall, et al., 1993 cited in Braunsberger 2002, p. 577).
Pacient zaradi omejenega znanja o tehnični kakovosti preiskave večinoma ne morejo oceniti. Zanj je pomembna obveščenosti o preiskavi, možnosti sodelovanja, odnos zdravstvenega osebja, dostopnost za njegova vprašanja, skrb za zasebnost ter njihove potrebe (Robida, 2006).
Nezadovoljstvo se najpogosteje pojavi, kadar jim zdravstveno osebje nameni premalo časa, ne razloži poteka preiskave, ne poda informacij in pojasnila o preiskavi ter napotkov zanjo, ne pusti izraziti svojega mnenja (Kersnik, 1999).
Preiskave s CT (računalniško tomografijo) imajo v bolnišnici zelo pomembno vlogo. Predstavljajo pomemben delež radiološke diagnostike in so zanesljiv ter klinično sprejemljiv postopek (Kalender, 2005). Med CT preiskavo se rentgenska cev vrti okoli pacienta, ki leži na preiskovalni mizi. Za boljši prikaz in razlikovanje posameznih struktur v telesu pogosto uporabljamo kontrastno sredstvo (Milevoj, 2017).

2 MOŽNI ZAPLETI PRI CT SLIKANJU

Zaplete nastale pri slikanju ločimo na tiste, ki so posledica uporabe kontrastnega sredstva, ter zaplete, ki nastanejo zaradi nepravilne obravnave pacienta kot je slaba komunikacija.
Najpomembnejši zapleti zaradi kontrastnih sredstev vključujejo alergične reakcije, disfunkcijo ščitnice in kontrastno inducirano nefropatijo.
Potek preiskave mora potekati skladno s standardnimi operativnimi postopki, ter predpisanimi protokoli. Vsaka odstopanja lahko povečajo tveganje za nastanek zapletov (Andreucci, et al., 2014).

2.1 Kdaj je za nas radiološke inženirje pacient zadovoljen in kakšen pomen ima?

Zadovoljstvo je definirano kot uporabnikov čustveni odziv na določeno izkušnjo (Oliver, 1997 cited in Choi, et al. 2005 cited in Kovačič, 2008, p.33).
Z višanjem zadovoljstva se posledično zvišuje tudi verjetnost za uspešno izvedbo preiskave.

Ritonja (1994) navaja, da so pacienti s kakovostjo v zdravstvu zadovoljni takrat, ko jim daje zdravstveni sistem tisto kar pacienti pričakujejo in želijo. Taki pacienti sledijo navodilom bolj natančno in bolj aktivno sodelujejo v procesu preiskave (Hall, et al., 1993 cited in Braunsberger 2002, p. 577).

Da dosežemo zadovoljstvo pri pacientih je najprej potrebno zavedanje na kakšen način je potrebno delovati in kateri dejavniki so pomembni za njegovo doseganje. Preko komunikacije se moramo seznaniti s pacientovimi željami ter pričakovanji glede preiskave.
Za nas radiološke inženirje je pacient zadovoljen takrat, kadar je preiskava opravljena kvalitetno in strokovno, ter je pacientu razložen potek preiskave na njemu razumljiv način.
Od njegovega sodelovanja pri preiskavi in razumevanja pomena posameznih korakov ter navodil je v veliki meri odvisna uspešnost izvedene preiskave.
Naša naloga je, da pacienta pripravimo do čim boljšega sodelovanja glede na njegovo trenutno psihofizično stanje.

2.2 Pomen komunikacije in poslušanja

Glavni namen komunikacije ter medsebojnega sporazumevanja je izmenjava informacij, stališč, mnenj, želja ter potreb (Klemenc, 2006).

Medsebojne komunikacije ne predstavlja samo govorjenje, ampak jo sestavljata govorjenje in poslušanje. Poslušalec mora biti sogovorec v polnem pomenu besede. Pacient namreč ne želi, da mu govorimo, temveč da govorimo z njim. Pacientom moramo dovoliti in omogočiti, da nam lahko zastavljajo vprašanja. Naloga zdravstvenega osebja je, da poskušamo nanje odgovoriti na pacientu razumljiv način. Hkrati opazujemo tudi njegove kretnje ter mimiko obraza, saj nam z njimi lahko veliko pove o njegovemu stanju ter počutju (Dermol Hvala, 2001).

To, da ne znamo poslušati in biti pozorni, lahko pacienta zelo obremenjuje. S tem nima možnosti, da bi izrazil mnenje, pokazal strah pred avtoriteto in spregovoril o svojih občutkih. Pogosto ne prisluhnemo zaradi časovne stiske, lastne negotovosti, strahu pred vprašanji pacienta.
Dogaja se, da bi morali pacientom nameniti več časa, pa jim zaradi preobremenjenosti tega ne moremo zagotoviti.
Dobnik (2007, p. 153) navaja, da se lahko kot posledice motenj v komunikaciji pojavijo napake ki se odražajo v slabši kakovosti dela in lahko privedejo do nepopravljivih posledic. Menimo, da je komunikacija ključna za varno obravnavo pacienta v radiologiji. Preverjanje identitete pacienta, pregled pacientove dokumentacije (laboratorijski izvidi, stari radiološki izvidi) ter razumljiva pisna ter ustna navodila so pomembna za preprečevanje zapletov.

Z pregledom dokumentacije in pogovorom preverimo primernost pacienta za slikanje. Pomen preverjanja pacientove dokumentacije in dobre komunikacije med RI, DMS je v ugotavljanju morebitnih kontraindikacij za izvedbo preiskave.
Haig, et al. (2006) navajajo, da je slaba komunikacija ključni dejavnik, ki poveča možnost nastanka zapletov.
Posledično lahko zaradi slabe komunikacije med osebjem na radiološkem oddelku poslikamo napačnega pacienta, ne prejmemo in upoštevamo vseh pomembnih dejavnikov ali izvedemo nepopolno ali napačno preiskavo.

Pri našem delu se je zgodilo, da smo pacienta z imenom in priimkom poklicali v diagnostični prostor, po ponovnem preverjanju njegove identitete pa smo ugotovili, da pacient ni pravi.
Z dvojnim preverjanjem identitete smo se izognili slikanju napačnega pacienta. Pri hospitaliziranih pacientih opravimo dodatno preverjanje z pomočjo identifikacijske zapestnice. Opažamo, da pri neinformiranih ali zmedenih pacientih pogosteje pride do tovrstnih zapletov. Pacientu vedno razložimo pomen vseh postopkov in navodil, ki mu jih podamo za uspešnost izvedene preiskave (Dermol Hvala, 2001).
Pomembno je, da pacient ve kako bo njegovo upoštevanje oz. neupoštevanje navodil vplivalo na kvaliteto izvedene preiskave ter se zaveda pomena njegovega sodelovanja za uspešno izvedbo preiskave.

Kot dober primer lahko izpostavimo CT slikanje glave. Pacienti, kljub navodilom, da morajo mirovati, glavo pogosto premikajo. Po obrazložitvi, da bodo slike zaradi premikanja tehnično neuporabne in slikanje potrebno ponoviti bolje upoštevajo dana navodila. S tem skrajšamo čas preiskave ter izboljšamo kvaliteto.

Opozorimo ga tudi na možne zaplete pri preiskavi, vendar pa pri razlagi ter pojasnjevanju

stremimo k vzpostavitvi pozitivne prestave o poteku in izidu preiskave.
Ni pomembno le to, da pacientu povemo, temveč tudi to na kašnem način mu neko informacijo predamo.
Pri komunikaciji velikokrat pozabljamo na pomen jakosti in tona glasu, hitrosti govorjenja, očesen stik s pacientom ter mimiko našega telesa (Dermol Hvala, 2001).
Opažamo, da se je potrebno pacientu prilagoditi tudi z načinom komunikacije. Zdravstveni delavci imamo različne pristope do pacientov. Kot primer lahko navedeva pomen tona in glasnosti komunikacije. Kadar govorimo s pacientom o njegovih osebnih podatkih je zelo pomembna jakost glasu in pravilna izbira prostora kjer pogovor poteka. Kabine za pripravo pacientov mejijo neposredno na hodnik in zaradi tega ne nudijo dovolj zasebnosti, zato pogovor s pacientom opravimo v diagnostičnem prostoru. Zgodilo se je, da zaradi preglasne komunikacije pacientovi osebni podatki niso bili dovolj dobro varovani. Preglasna komunikacija pacienta pogosto vznemiri ter prestraši, nasprotno pa lahko tiha in negotova komunikacija povzroči občutek negotovosti in nezaupanja.

2.3 Zaupanje pacientov v našo strokovnost

Radiološki inženir mora delati na način, ki zagotavlja vsestransko zaupanje, vzpodbuja dobro mnenje in sloves poklica ter deluje po najvišjih standardih osebne integritete (Društvo radioloških inženirjev Slovenije in Zbornica radioloških inženirjev Slovenije, 2010).
Za uspešno izvedeno preiskavo je izrednega pomena pridobitev pacientovega zaupanja v našo strokovnost in usposobljenost. Vzpostavimo ga z primerno razlago o poteku preiskave, ter ustreznimi odgovori na njihova vprašanja. Stopnja naše prepričljivosti o strokovnem znanju, je pomembna predvsem od načina ter suverenosti predaje znanja ter informacij (Dermol Hvala, 2001).
Izkušnje iz našega oddelka kažejo da pacienti, ki nam zaupajo ter se zavedajo pomena podanih navodil boljše sodelujejo pri postopku preiskave.

2.4 Prizadevanja za izboljšanje zadovoljstva pacientov na našem oddelku

Na našem oddelku za radiologijo smo na podlagi izkušenj v zadnjih letih uvedli nekaj sprememb v procesu obravnave pacienta, njegovo večje zadovoljstvo in večjo kakovost izvedbe preiskave.

V preteklost smo se posluževali prakse kjer so pacienti po opravljeni preiskavi počakali na hodniku, kjer niso bili pod nadzorom medicinske sestre, ter niso imeli primernega okolja za potrebo hidracijo ter sprostitev.
Sedaj pa je naša utečena praksa, da pacienti po končani preiskavi počakajo v pripravljalnem prostoru. To je poseben prostor, ki je namenjen izključno pripravi pacientov na preiskave ter njihovo obravnavo po koncu preiskave. Medicinska sestra se tam pred preiskavo pogovori s pacientom in ga na ta način pomiri, ter mu vstavi intravensko kanilo.
Po končani preiskavi pacient počaka tam še najmanj 30minut. Za potrebno hidracijo ima na razpolago vodo, sladek ter grenek čaj.
Izkušnje iz preteklosti so pokazale, da je takšen pristop obravnave pacientov po CT preiskavi veliko bolj primeren ter prinaša vrsto koristi tako za paciente kot tudi za osebje.
Ugotovili smo, da čakanje pacientov po preiskavi na hodniku ni primerno in prijazno za paciente. Zaradi aplikacije kontrastnega sredstva ter morebitnih stranskih učinkov je pomembno, da ta počaka v pripravljalnem prostoru, kjer je pod nadzorom medicinske sestre in se z njo lahko pogovori.

Pomen komunikacije in ponujenega čaja je poleg hidracije tudi v sprostitvi ter pomiritvi pacienta. Sedanji postopek dela omogoča tudi, visoko stopnjo pacientove zasebnosti.
Pri vsakdanjem delu se pokaže prednost pripravljalnega prostora tudi pri pacientih, ki so pripeljani z reševalnim vozilom. Običajno so ti starejši, slabotnejši in nepokretni, zato jim čakanje povzroča dodatne težave. V prostoru za pripravo imajo možnost počitka ter so stalno pod nadzorom. Tako jim velikokrat olajšamo dolgo čakanje na prevoz z reševalnim vozilom po opravljeni preiskavi.
Pri predaji informacij o pacientu se trudimo biti kar se da izčrpni. Navodila o izvedbi preiskave za posameznega pacienta si izpisujemo. Tako zmanjšamo možnost napak zaradi slabe komunikacije. Običajno poda zdravnik navodila v ustni obliki. V izogib napakam, ki so se dogajale si navodila zapišemo ter pravilnost zapisa ponovno preverimo.
Na oddelku smo uvedli ter posodobili tudi dodatna pisna pojasnila o sami preiskavi, njenem poteku, možnih zapletih, ter ravnanju v primeru pojava zapletov (ekstravazacija kontrastnega sredstva). Pacienti so seznanjeni z potekom preiskave ter vedo kaj pričakovati. V kolikor pri pacientu pride do zapleta opažamo, da so navodila izrednega pomena, saj tako pacient dobi potrebne informacije o zapletu.

Slika 1: Prostor za pripravo, opazovanje in hidracijo pacientov (vir: osebni arhiv)

3 RAZPRAVA

Na našem oddelku se dobro zavedamo, pomena sodelovanje med zdravnikom radiologom, radiološkim inženirjem ter medicinsko sestro.

Pacientovo mnenje in ocena nam pomaga pri odkrivanju pomanjkljivosti in težav pri sami preiskavi in postopku slikanja, ter nam pokaže kje so potrebne spremembe in izboljšave za zagotavljanje večjega zadovoljstva pacientov ter kvalitete opravljenih radioloških slikanj.
Pri svojem delu se trudimo delovati strokovno ter zagotavljati odnos, ki je usmerjen k zagotavljanju pacientovega zadovoljstva.
Kakovost izvedene preiskave je osnova za zadovoljstvo, poleg tega pa je pomemben tudi način kako smo z pacientom komunicirali, smo ga poslušali in mu ponudili možnost za njegova vprašanja ter nanje na razumljiv način odgovorili.
Radiologija se hitro razvija in tudi pri nas sledimo njenemu razvoju.

Njen razvoj zvišuje dostopnost preiskav ter prinaša vrsto koristi za pacienta.
Zdravniki radiologi vse več dela opravijo na daljavo. Omenili smo, da je komunikacija bistven dejavnik k pacientu usmerjeni zdravstveni obravnavi. Posledica manjše fizične prisotnost zdravnikov na oddelku se kaže predvsem v tem, da zdravniki nimajo več toliko časa za komunikacijo z pacientom.

Sodelovanje med različnimi skupinami zdravstvenega osebja zelo pomembno vpliva na izide zdravljenja in pomemben element kakovosti v zdravstvu (Zwarenstein & Bryant, 2000).
Na našem oddelku se nenehno trudimo izboljševati prakso ter procese dela. Kadar se pojavi nepravilnost ali zaplet le tega obravnavamo na varnostni viziti kjer ga preučimo, ter iz njega skušamo ustvariti novo dobro prakso za večjo varnost ter zadovoljstvo pacientov na našem oddelku.

4 ZAKLJUČEK

Zadovoljstvo pacientov je pomembno merilo kakovosti komunikacije ter medsebojnega sporazumevanja ter organiziranosti na oddelku (Hall, et al., 1993 cited in Braunsberger 2002, p. 577).

Na našem oddelku vsako leto izvedemo anketo o zadovoljstvu pacientov. Tako dobimo vpogled v zadovoljstvo pacientov s celostno storitvijo. Anketo izvedemo ločeno za vsako diagnostiko, tudi računalniško tomografijo. V letu 2017 je bila velika večina od njih zadovoljnih z posredovanjem informacij o preiskavi, pojasnili na njihova vprašanja, ter preiskavo gledano v celoti.
Glede na rezultate ankete sklepamo, da so pacienti zadovoljni z odnosom osebja do njih ter z celostno storitvijo. Vsakoletna anketa se nam zdi pomembna saj poda pomembno povratno informacijo o kakovosti.

LITERATURA

Andreucci, M., Solomon, R, & Tasanarong, A,. 2014. Side effects of radiographic contrast media: pathogenesis, risk factors, and prevention. *BioMed Research International*.

Berry, L.L. & Bendapundi, N., 2007. A fertile field for service research. *Journal of Service Research,* 10(2), pp. 111-122.

Braunsberger, K. & Gates, R.H., 2002. Patient/enrollee satisfaction with healthcare and health plan. *Journal of Consumer Marketing,* 19(7), pp. 575-590.

Dermol Hvala, H., 2001. Pomen govorjene besede pri delu zdravstvenih delavcev. *Obzornik zdravstvene nege*, 35(1/2), pp. 45-49.

Dobnik, M., 2007. Analiza komunikacijskega udobja in motenj pri komunikaciji. *Obzornik zdravstvene nege*, 41(2/3), pp. 153-158.

Društvo radioloških inženirjev Slovenije in Zbornica radioloških inženirjev Slovenije, 2010. *Kodeks etike. Bilten: glasilo Društva radioloških inženirjev Slovenije in Zbornice radioloških inženirjev Slovenije*. [PDF]. Društvo radioloških inženirjev Slovenije in Zbornica radioloških inženirjev Slovenije. Available at: https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-W9HPWDVI/cbc36d19-81d2-43a3-8273-2415ef0d3512/PDF [Accessed 11 October 2018].

Haig, K.M., Sutton, S. & Whittington, J., 2006. SBAR: A Shared Mental Model for Improving Communication Between Clinicians. *Journal on qality and patient safty*, 32(3), pp. 167-175.

Haksik, L., Yongki, L., & Dongkeum, Y., 2000. The determinants of perceived service quality and its relationship with satisfaction. *Journal of Service Marketing,* 14(3), 217-231.

Kalender, W.A., (2005). *Computer Tomography: fundamentals, systemtehnology, image quality,application*. 2nd ed. Erlangen: Kommunikattions AgentureGmbh, 5.

Kersnik, J., 1999. Zadovoljstvo bolnikov. *Medicinski razgledi*, 38(3), pp. 389-394.

Klemenc, D., 2006. Komunikacija kot element kakovostne zdravstvene obravnave z vidika etičnih načel in pacientovih pravic. In: B. Filej, ed. *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege. Zbornik predavanj in posterjev 1. simpozija zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo. Maribor, 21. september 2006*. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.

Kovačič, P., 2008. *Zadovoljstvo pacientov z zdravstvenimi storitvami: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani,

Fakulteta za družbene vede.

Milevoj, N., 2017. *Računalniška tomografija ali CT? Kaj je in za kaj se uporablja*. [online]. Available at: https://www.kkmz.si/sl/blog/12-clanki/341-racunalniska-tomografija-ali-ct-kaj-je-in-za-kaj-se-uporablja [Accessed 30 August 2018].

Ritonja, S.A., 1994. Zdravstveni management kot faktor kakovosti dela v zdravstvu. In: J. Florjančič, ed. *Globalni in kadrovski management*. Kranj: Moderna organizacija, pp. 357-366.

Robida, A., ed. 2006. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.

Zwarenstein, M., & Bryant, W., 2000. Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. *Cochrane Database of Systematic Reviews.*

OKOLIŠČINE, KI VPLIVAJO NA VARNOSTNE ZAPLETE

MAJDA COTIČ ANDERLE, dipl. m. s.
Univerzitetni klinični center, Interna klinika, Internistična prva pomoč
majda.cotic@kclj.si

Izvleček

V zdravstveni dejavnosti je zaradi različnih dinamičnih okoliščin, ki se pojavljajo pri obravnavi pacientov, velika možnost varnostnih zapletov. Analiza okoliščin je potrebna zaradi iskanja vzrokov, ki so pripeljali do varnostnega zapleta. Za sistematične analize obstajajo klasifikacijska orodja, ki okoliščine razvrščajo v sklope. Na podlagi razvrščanja se ugotavlja najpogostejše vzroke varnostnih zapletov. Na IK so najbolj raziskane okoliščine, ki so vplivale na padce pacientov, varnostne zaplete pri delitvi in aplikaciji zdravil in pojav razjed zaradi pritiska.

Ključne besede*: prispevajoči dejavniki, analiza, varnostni zapleti*

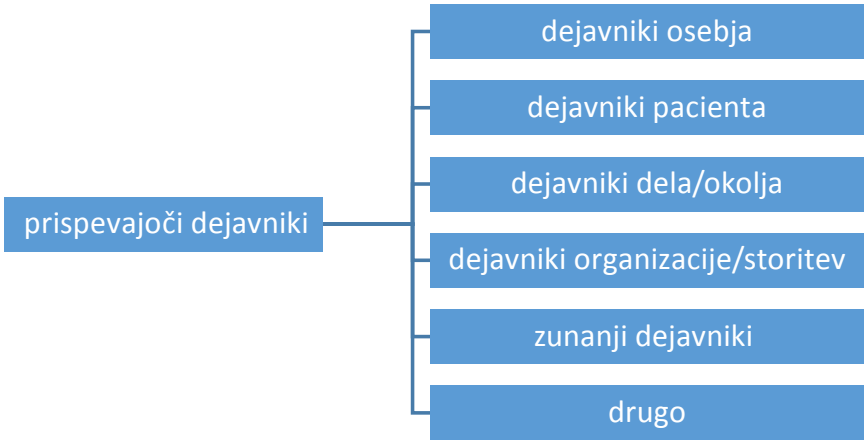
1 UVOD

Zdravstvena dejavnost je zaradi različnih in dinamičnih okoliščin, ki se pojavljajo pri obravnavi pacientov področje, kjer je velika verjetnost varnostnih zapletov. Za analizo varnostnih zapletov je pomembno poznati okoliščine, na podlagi teh pa ugotoviti, zakaj se je zaplet zgodil. Okoliščina je v Slovarju slovenskega knjižnega jezika (Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU, 2000) opredeljena kot dejstvo, ki more odločilno vplivati na potek, uresničitev česa. V Konceptualnem okviru za mednarodno klasifikacijo varnostnih zapletov (MK VP) se v analizi okoliščin uporablja izraz *prispevajoči dejavniki* (Ministrstvo za zdravje, 2009). Na podlagi analize okoliščin poiščemo in določimo dejavnike, ki so povzročili varnostni zaplet, kar je bistveno za preprečevanje podobnih zapletov. Največkrat so to dejavniki iz več sklopov, ki se medsebojno prepletajo. Hkrati pa analize in razvrščanje prispevajočih dejavnikov po sklopih omogočajo statistično obdelavo podatkov, kar je pomembno za širše okolje. Prispeva namreč k sistemskim ukrepom. Omogoča tudi primerjave med ustanovami in državami.

2 KLASIFIKACIJE DEJAVNIKOV, KI VPLIVAJO NA VARNOSTNE ZAPLETE

MK VP za prispevajoče dejavnike/nevarnosti opredeljuje pet sklopov (slika 1). Prispevajoč dejavnik je opredeljen kot okoliščina, dejanje ali vpliv (kot sta slabo razporejanje ali dodeljevanje zadolžitev), ki bi lahko imeli vlogo pri nastanku ali razvoju incidenta, oziroma so povečali tveganje zanj. Prispevajoči dejavniki so lahko zunanji (torej niso pod kontrolo ustanove), organizacijski (taka je nedosegljivost sprejetih protokolov), povezani z dejavniki osebja (individualne kognitivne ali vedenjske pomanjkljivosti, slabo timsko delo ali nezadostna komunikacija) ali pa povezani s pacienti (na primer neupoštevanje navodil). Prispevajoči dejavnik je lahko neizogiben predhodnik incidenta in je lahko zadosten ali pa nezadosten razlog za incident. Vsak od sklopov je še podrobneje algoritemsko razvejan. Najobsežnejša sta *dejavniki pacienta* in *dejavniki osebja* (Ministrstvo za zdravje, 2009). National Patient Safety Foundation (2015) uporablja pri analizi okoliščin šest sklopov: komunikacija, usposobljenost/izobraževanje, razpored dela/utrujenost, okolje/oprema, pravila/protokoli in varnostni ukrepi. Znotraj teh sklopov so nanizana vprašanja, ki raziskovalca vodijo pri analizi. V Univerzitetnem kliničnem centru se analizi-

rajo okoliščin varnostnih zapletov po sklopih: komunikacijski dejavniki, organizacijski, človeški dejavniki, ki vključuje dejavnike osebja in pacienta, dejavnik opreme in okolja. Ugotovljeno je bilo, da so določeni konceptualni modeli in pripadajoče skupine prispevajočih dejavnikov v MK VP zelo zahtevni za uporabo, npr. kognitivni mehanizmi zaposlenih in pacientov. Dejstvo je, da je določene incidente možno pravilno razložiti samo z uporabo takšnih konceptov, kar zahteva poznavanje psihologije, odlično poznavanje osebnosti, usposobljenosti in ravnanja vseh vključenih v incident. To je praviloma, vsaj v večjih delovnih organizacijah s številnimi zaposlenimi, lahko velika ovira (Mlakar, et al., 2011).



Slika 1: Prispevajoči dejavniki/ nevarnosti (vir: Ministrstvo za zdravje, 2009)

3 OPREDELITEV NAJPOGOSTEJŠIH DEJAVNIKOV ZA VARNOSTNE ZAPLETE

Številni viri opredeljujejo kot najpogostejše prispevajoče dejavnike človeške dejavnike. Znotraj tega opredeljujejo dejavnike osebja in pacientov. Primerjava študij je sicer problematična zaradi neenotne klasifikacije. Poleg tega so večkrat analizirane le okoliščine posameznih varnostnih zapletov kot npr. zapleti v zvezi z zdravili. Pri človeškem dejavniku je ugotovljeno, da gre najpogosteje za pomanjkljivo znanje, opuščanje in nedosledno upoštevanje protokolov, za napačne zaznave in sklepanja (Smits, et al., 2010). Velikokrat pa so človeške napake znak globje organizacijskih razlogov, zato naj bo človeški dejavnik raje začetno izhodišče, kot zaključek analize (Sanchez, et al., 2017). Organizacijski dejavniki se pojavljajo redkeje, se pojavljajo pri varnostnih zapletih s hujšim izidom. Pri analizah je bilo ugotovljeno, da so varnostni zapleti pri katerih je bil pomemben človeški in organizacijski dejavnik v veliki meri preprečljivi. Tehnični dejavniki so redkeje prisotni (Smits, et al., 2010).

4 RAZPRAVA

Klasifikacije okoliščin so v pomoč pri analizi varnostnih zapletov. Že na podlagi klasifikacij več avtorjev in organizacij je razvidno različno razvrščanje dejavnikov, ki naj bi vplivali na varnostni zaplet. Tako lahko komunikacijo obravnavam kot podsklop človeškega dejavnika ali kot samostojen sklop. Pri izvajanju analiz varnostnih zapletov v praksi se kaže prepletanje različnih dejavnikov zato prihaja do individualnih razlik, v kateri sklop uvrstiti določen dejavnik. V Univerzitetnem kliničnem centru, na Interni kliniki so najbolj raziskane okoliščine, ki so vplivale na padce pacientov, varnostne zaplete pri delitvi in aplikaciji zdravil ter pojav razjed zaradi pritiska.

Pri tej vrsti zapletov so izpostavljeni organizacijski dejavniki in dejavniki opreme. Pri padcih so pogosto izpostavljeni človeški dejavniki s strani pacienta. Ta okviren pregled podatkov se razlikuje od navedenih raziskav. Potrebno je upoštevati, da gre predvsem za določene vrste varnostnih zapletov. Z dodatnimi izobraževanji, skupnim delom pri konkretnih primerih, bi se dosegla večja enotnost pri razvrščanja dejavnikov. Tudi na državnem nivoju bi bilo potrebno izdelati oz. določiti klasifikacijski model razvrščanja varnostnih zapletov, ki bi strokovnjake vodil skozi analize in usmeril pri razvrstitvi prispevajočih dejavnikov v ustrezno skupino. Ob vedno večji informacijski podpori bi to omogočalo boljše analize, ki bi bile vodilo zdravstvenim ustanovam in zdravstveni politiki za sprejemanje ustreznih varnostnih ukrepov.

5 ZAKLJUČEK

Analiza okoliščin je bistvena za ugotovitev zakaj je prišlo do varnostnega zapleta. Ker je potrebno varnostne zaplete, zaradi pacientov in udeleženega osebja, obravnavati z vso skrbnostjo so v pomoč pri analizah klasifikacijski modeli, ki navajajo točke ali vprašanja s katerimi preverjamo posamezne okoliščine. S tem se vzpostavlja sistematičen pristop, ki ob elektronski podpori omogoča sprotno zbiranje podatkov in načrtovanje ustreznih ukrepov.

LITERATURA

Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU, 2000. *Slovar slovenskega knjižnega jezika*. [online] Available at: http://bos.zrc-sazu.si/sskj.html [Accessed 13 October 2018].

Mlakar, J., Pleterski Rigler, D., Cotič Anderle, M., Klančnik Gruden, M.& Grabljevec, S., 2011. Analiza osnovnih vzrokov varnostnih incidentov v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana. In: V. Križman, J. Čuk & G. Žargi, eds. *Kakovost včeraj, danes, jutri: zbornik referatov, 20. letna konferenca Slovenskega združenja za kakovost in odličnost. Portorož, 10.-11. november 2011*. Ljubljana: Slovensko združenje za kakovost in odličnost, pp. 192-194.

Ministrstvo za zdravje, 2009. *Konceptualnem okviru za mednarodno klasifikacijo varnostnih zapletov*. [pdf] Ministrstvo za zdravje. Available at: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/varnost_pac_kultura/Mednarodna_klasifikacija_-_okvir_1.1.pdf [Accessed 13 October 2018].

National Patient Safety Fundation, 2015. *Improving root couse analyises and action to prevent harm.* [pdf] National Patient Safety Fundation. Available at: https://c.ymcdn.com/sites/www.npsf.org/resource/resmgr/PDF/RCA2_first-online-pub_061615.pdf [Accessed 13 October 2018].

Sanchez, J.A., Lobdel K.W., Moffatt-Bruce, S.D. & Fann J.I., 2017. Investigating the causes of adverse avents. *The Annals of Thoracic Surgery*, 103(6), pp. 1693-1699.

Smits, M., Zegers, M., Groenewegen, P.P., Timmermans, D.R.M., Zwaan, L., Van der Wal, G. & Wagner, C., 2010. Exploring the causes of adverse events in hospitals and potential prevention strategies. *BMJ Journals*, 19(5).

OBVLADOVANJE TVEGANJ V PRAKSI

mag. BRIGITA PUTAR, viš. med. ses., univ. dipl. org., pred.
Bolnišnica Topolšica, Center za kakovost in odličnost
brigita.puar@b-topolsica.si

Izvleček

Ključni preskok pri obvladovanju tveganj za našo organizacijo, kot verjetno tudi za večino ostalih organizacij, predstavlja neposredna zahteva standarda ISO 9001:2015. Seveda je pri odločitvi, da smo se že v letu 2014 pričeli aktivno ukvarjati z obvladovanjem tveganj, imel tudi mednarodni akreditacijski standard, a dejstvo je, da smo se za ta korak odločili, ko smo videli prvi osnutek standarda ISO 9001:2015. Postalo nam je jasno, da bo obvladovanje tveganj postala splošna zahteva in nekaj, s čimer se bodo morale bolj ali manj podrobno ukvarjati vse organizacije, ki bodo želele izpolnjevati zahteve standarda ISO 9001:2015.
Kot verjetno večina organizacij, smo tudi mi potrebovali nekaj časa, da smo s tveganji pričeli dejansko izboljševati delovanje in zmanjševati stopnje tveganj. Glede na to, da je obvladovanje tveganj zahteva, smo se v začetni fazi srečevali s tako imenovanim problemom uporabnosti le tega v praski. Tveganja in ukrepe smo namreč bolj zapisovali kot obvladovali tudi zato, da bomo na ta način izpolnili neko zahtevo in ne toliko zato, da bi s tem orodjem v polni meri zmanjševali stopnje tveganj in posledično izboljševali naše delovanje. Zavedamo se, da je vsako sistemsko novost potrebno dobro razumeti in jo ponotranjiti, da bi nam tako lahko dejansko pomaga pri vsakodnevnem delu.

Ključne besede: *obvladovanje tveganj, ISO 9001:2015, izboljševanje delovanja organizacije*

1 UVOD

Preprečevanje zdravstvenih napak in zagotavljanje varnosti pacientov je po objavi poročila ameriškega inštituta za medicino »Motiti se je človeško: Gradnja varnejšega zdravstvenega sistema« leta 1999, postala pomembna tema na področju zdravstva ne samo za javnost ampak tudi politiko in gospodarstvo (Kohn, 2000).
Vodenje javnega zavoda Bolnišnica Topolšica (v nadaljevanju zavod) je usmerjeno k doseganju postavljenih ciljev s smotrnim poslovanjem. Torej k zagotavljanju kakovostnih storitev zdravstvene dejavnosti za uporabnike ob zagotavljanju zakonitega delovanja (skladnosti z zakonskimi predpisi in internimi akti), zanesljivega poročanja ter učinkovitega, varčnega (gospodarna raba sredstev) in uspešnega delovanja na področjih preskrbe in porabe virov. Ne glede na cilje poslovanja je zavod pri svojem delovanju izpostavljen različnim finančnim in nefinančnim tveganjem. Tveganja, ki se pojavljajo pri delovanju bolnišnice so zelo različna kot npr. da cilji niso doseženi, zdravstvene napake, tožbe, bolnišnične okužbe, agresivni pacienti, izguba ključnega kadra, neustrezni medsebojni odnosi itd. Vsekakor so tveganja neločljivi del delovanja, obstajajo pa načini, kako tveganja zmanjšamo z ustreznim ukrepanjem oziroma se jih zavedamo in jih obvladujemo. Kljub temu pa ne smemo pri tveganjih razmišljati samo z defenzivne- negativne plati temveč gre lahko tudi za poslovne odločitve, ki predstavljajo prevzemanje tveganja za prihodnje negotove donose. Govorimo torej tudi o priložnostih-pozitivnih tveganjih.

1.1 Ključni razlogi za vpeljavo metode obvladovanja tveganj

Strokovnjaki, ki se ukvarjajo z varnostjo pacienta so ugotovili, da ti pristopi omogočajo izboljševanje delovanje organizacije v smislu poslovanja, ne pa tudi za vzpostavitev sistema za preprečevanje napak v procesu zdravstvene oskrbe. Tako so varnost pacienta opredelili kot pomemben segment pri zagotavljanju celovite kakovosti zdravstvenega varstva. Varnost je le eden od šestih bistvenih atributov kakovosti. Drugih pet se osredotoča na paciente kot središče obravnave, skrajševanja časov v obravnavi, učinkovitost, enakost in uspešnost. Ko se pogovarjamo o kakovostni in varni obravnavi pacienta, se seveda vedno vprašamo oziroma vsaj pomislimo na množico tveganj, ki se lahko udejanjijo.

Register tveganj je zavodu predstavljal predvsem metodološko novost kot pojavna oblika sistematičnega zapisa poslovnih tveganj, ocen, ukrepov in nosilcev ukrepov ter rokov od leta 2008 in sicer kot zakonska obveznost za organizacije/zavode. Vendar register tveganj v tem času ni deloval tako, da bi temu lahko pripisali celovit in sistematičen pristop. Obravnaval je predvsem poslovna tveganja in pri prepoznavanju tveganj ni vključeval skrbnikov procesov, ki bi poleg že opredeljenih finančnih in poslovnih tveganj opredelili tudi strokovna tveganja in ostala tveganja, ki se vežejo na njihov proces. V našem zavodu smo k prepoznavanju tveganj pristopili ob nastopu zakonske obveze leta 2008, ki pa je obravnaval predvsem poslovna tveganja.
Ključni preskok pri obvladovanju tveganj za našo organizacijo, kot verjetno tudi za večino ostalih organizacij predstavlja neposredna zahteva standarda ISO 9001:2015. Seveda je pri odločitvi, da smo se z letom 2012 pričeli aktivno ukvarjati z obvladovanjem tveganj in spisali register tveganj imel tudi mednarodni akreditacijski standard, a dejstvo je, da smo se za ta korak odločili, ko smo videli prvi osnutek standarda ISO 9001:2015. Postalo nam je jasno, da bo obvladovanje tveganj postala splošna zahteva in nekaj, s čimer se bodo morale bolj ali manj podrobno ukvarjati vse organizacije, ki bodo želele izpolnjevati zahteve standarda ISO 9001:2015.
Odločitev za revizijo registra tveganj in dopolnitev z drugimi tveganji je bila v vodstvu sprejeta, ko smo se pripravljali na prehod iz standarda ISO 9001:2008 na ISO 9001:2015 v letu 2016.

1.2 Začetki obvladovanja tveganj v naši bolnišnici

Dejstvo, da je tudi vodstvo bolnišnice prepoznalo obvladovanje tveganj kot enega od pomembnih orodij za boljše in predvsem bolj varno poslovanje. Prepoznali smo potencialne koristi priprave registra tveganj in sicer:
- ključna tveganja in posledice, kaj je potrebno storiti,
- večjo osredotočenost na zadeve, ki štejejo,
- izboljšanje upravljanja s sredstvi,
- racionalizacija in izboljšanje poslovanja,
- večja odzivnost na notranje in zunanje spremembe,
- orodje za upravljanje in vodenje zavoda.

Tako smo s koncem leta 2012 pristopili k projektu vzpostavitve Registra na nivoju Bolnišnice Topolšica. Zaključno dejanje je bila predstavitev Registra tveganj Bolnišnice Topolšica sodelavcem. Ker so sredstva za obvladovanje tveganj omejena, je bilo treba skrbeti za njihovo smotrno uporabo. Potrebno je bilo opraviti analizo stroškov in koristi, določiti kolikšen strošek je še primeren za dosego določene stopnje obvladovanja določenega tveganja. Predvsem smo se usmerjali v to, da smo ukrepe reševali v okviru danih sredstev, iskali smo organizacijske

rešitve za izboljšanje delovanje posameznih organizacijskih enot.
Priprava prenove registra tveganj v zavodu je potekala s pomočjo razgovorov in na podlagi metodologije (modela za pripravo in posodobitev registra tveganj) smo pridobivali informacije o (ne) obstoju tveganj, ki izvirajo iz zunanjega in notranjega okolja.

2 TVEGANJA V BOLNIŠNICI TOPOLŠICA

2.1 Kako obvladujemo tveganja danes in kako smo naš pristop izboljšali?

Danes imamo pripravljen posodobljen dokument Register tveganj Bolnišnice Topolšica. V Registru tveganj so opredeljena vsa tveganja zaznana v bolnišnici, ki so vsakoletno revidirana in ocenjena, ter na podlagi ocen pripravljeni ukrepi. Tveganja v bolnišnici prepoznajo zaposleni, vodje, skrbniki procesov predvsem v glavnih procesih dela, ki so za bolnišnico ključnega pomena, saj bolnišnici predstavljajo potencialni vpliv in škodo v zdravstveni obravnavi – storitvi (AACI, 2017). Prepoznana tveganja, ki jih skrbnik procesa zapiše v register tveganja, pregleda in obravnava tudi Komisija za kakovost in varnost pacientov. K uspešnosti ukrepa se pristopi po preteku roka za realizacijo. Prepoznana tveganja in sprejeti ukrepi se naknadno revidirajo in pregledujejo tudi na notranjih presojah (Koubek, 2016). Vsaj 1 krat letno pa na vodstvenem pregledu.
Način in pristop dela – obvladovanja tveganj smo izboljšali po predlogih – podanih neskladij na zunanjih in notranjih presojah in smo si na tej podlagi zadali kar nekaj korektivnih ukrepov. V bolnišnici imamo v Registru tveganj zapisana področja in procese, v katerih smo prepoznali tveganja, jih ocenili, določili ukrepe in odgovorno osebo. V nadaljevanju sta predstavljena dva primera iz registra tveganj in sicer tveganje za padec s postelje in tveganje uporaba zdravil, ki jih je pacient prinesel s seboj v bolnišnico in jih ni uporabil.

a) Tveganje za padec pacienta s postelje

DOGODEK	VERJETNOST NASTANKA				POSLEDICE					PRIPRAVLJENOST			SKUPAJ	UKREP	ROK	ODG.OSEBA	REVIZIJA	USPEŠNOST
	VISOKA	SREDNJA	NIZKA	JE NI	OGROŽENA ŽIVLJENJA	OGROŽENO ZDRAVJE LJUDI	VELIKE MOTNJE	SREDNJE MOTNJE	MAJHNJE MOTNJE	SLABA	SOLIDNA	DOBRA	RANG					
UTEŽ	3	2	1	0	5	4	3	2	1	3	2	1						
ZDRS ALI PADEC S POTELJE	3					4					2		24	vzpostavitev informacijskega sistema- za javljanje padcev odgovornim osebam	31.12.2016	vodja IKI PVK	31.12.2017	DA

Tabela 1: Tveganje za padec pacienta s postelje
Vir: Register tveganj, Bolnišnica Topolšica (2017)

Tveganje za padec s postelje je v naši bolnišnici bilo vedno prisotno, vendar ga pred letom 2015 nismo ocenili in predpisali preventivni ukrep. Vedno smo izvajali le korekcije in korektivne ukrepe glede na posledice padca. Ko smo tveganje ocenili (glej tabelo 1), smo ugotovili, da je verjetnost nastanka padca visoka, da je lahko ogroženo zdravje pacienta so možne posledice in na padce smo solidno pripravljeni, saj vsakega pacienta, ki je sprejet v bolnišnico ocenimo po Morse lestvici, ki ocenjuje ogroženost posameznika za padec in na podlagi tega sledi preventivno ukrep, opozoriti pacienta na nevarnost, zagotovili potrebne ograjice na postelji in drugi varnostni ukrepi (Morse, 1997).
Tveganje za padec s postelje, smo v letu 2015 ocenili z oceno 24, kar po ocenitvi pomeni, da gre za tveganje, ki potrebuje preventivno ukrepanje. Z analizo smo ugotovili, da poznamo preventivne ukrepe, vendar informacija o sprejetih pacientih z oceno za padec in koliko padcev se je zgodilo preko dneva na posameznih enotah, ni bila dostopna odgovornim vsak delovni dan. Zato smo predpisali preventivni ukrep za izdelavo informacijske podpore in si-

cer priprava sistem poročanja – uporabniki morajo dobiti poročila in obvestila avtomatično, ne da jih iščejo sami, uporabo enostavne tehnologije, ki je za zaposlene lahko obvladljiva ter avtomatičnimi alarmi osebam odgovornim za padce, če kazalnik števila padcev presega ciljno vrednost (Putar& Jurca,2016).
Po enem letu, ko so odgovorni imeli dostop do potrebnih informacij in so lahko pripravili ukrepe za izboljšanje, smo po ponovni reviziji zmanjšali tveganje na oceno 16.

b) Tveganje uporabe zdravil, ki jih je pacient prinesel s seboj v bolnišnico in jih ni uporabil

DOGODEK	VERJETNOST NASTANKA				POSLEDICE					PRIPRAVLJENOST			SKUPAJ	UKREP	ROK	ODG.OSEBA	REVIZIJA	USPEŠNOST
	VISOKA	SREDNJA	NIZKA	JE NI	OGROŽENA ŽIVLJENJA	OGROŽENO ZDRAVJE LJUDI	VELIKE MOTNJE	SREDNJE MOTNJE	MAJHNJE MOTNJE	SLABA	SOLIDNA	DOBRA	RANG					
UTEŽ	3	2	1	0	5	4	3	2	1	3	2	1						
uporaba zdravil, ki jih je pacient prinesel s seboj in jih ni uporabil	3				5					3			45	zapis zdravil, ki so prinešena od doma,posebi vodeno- nato vrniti v LEK	10.10.2017	PDZN	10.01.2018	DA

Tabela 2: Tveganje uporabe zdravil, ki jih je pacient prinesel seboj v bolnišnico in jih ni uporabil
Vir: Register tveganj Bolnišnica Topolšica (2017)

Vodja lekarne je prepoznala tveganje in sicer, da pacient ob sprejemu v bolnišnico s seboj prinese različna zdravila, ki jih medicinska sestra na oddelku popiše in na oddelku vodijo evidenco o zdravilih pacienta, ob odpustu pacienta ali že med hospitalizacijo, pa zdravnik zdravila ukine in se ta zdravila ne vrnejo pacientu. Ta zdravila je možno, da ob nenatančnosti-nedoslednosti zdravstvenega osebja- medicinskih sester ostanejo na oddelku, se ne vrnejo v lekarno. Posledice so lahko velike, verjetnost pa mala, da lahko to zdravilo dobi drug pacient. Vodja lekarne je določila preventivni ukrep, da se zdravila takoj po odhodu pacienta popišejo in predajo lekarni za odpis in uničenje. Vodja lekarne z vodjo kakovosti kvartalno pregleduje in nadzira ravnanje medicinskih sester z zdravili, ki jih je pacient prinesel s seboj v bolnišnico. Po realizaciji ukrepa smo po reviziji zmanjšali tveganje na oceno 5.

3 RAZPRAVA

Register tveganja je vzpostavljen, se dopolnjuje, revidira, vendar zaposleni premalo poznajo in vedo o tveganjih. Planiramo interna usposabljanja, da bi se na ta način razširilo razumevanje pomena obvladovanja tveganja med zaposlenimi.
Priložnost za izboljšave smo preko leta prepoznali tudi v spremembi metodologije ocenjevanja tveganj. Metodologija, ki jo sedaj uporabljamo ima samo 3 stopnje in slabost le te je v tem, da se kljub sprejetim ukrepom stopnja tveganja le redko zmanjša. Potrebno je tudi izboljšati prepoznave pravih vzrokov in jasneje opredeliti za kakšno tveganje gre. Pomembno priložnost vidimo tudi v informacijski podpori za hitrejše in boljše obvladovanje tveganj.

4 ZAKLJUČEK

(Ne)prisotnost obvladovanja tveganj vpliva na strateško, taktično in operativno odločanje in posledično tudi na (ne)doseganje postavljenih ciljev. Bolj sistematično, celovito in kakovostno obvladovanje tveganj izboljša stabilnost in uspešnost poslovanja, vendar pozitivni učinki niso sami po sebi umevni. Pomembno je ugotoviti, kako je obvladovanje tveganj vpeto v proces odločanja vodilnih in vodstvenih delavcev ter kakšni so učinki različnih praks obvladovanja tveganj na učinkovitost in uspešnost poslovanja podjetij. Obvladovanje tveganj ne sme

postati nova administrativna naloga zaposlenih, ki je namenjena dokazovanju izpolnjevanja zunanje postavljenih standardov. Postati mora način dela in razmišljanja vsakega zaposlenega v podjetju, kjer je obvladovanje tveganj vpeto v vsakodnevno odločanje managerjev. Zelo pomembno je oblikovati organizacijski okvir, ki omogoča preseganje obvladovanje tveganj z vidika posamezne poslovne funkcije in prehod na 'celovito' obvladovanje tveganj. Le tako lahko pričakujemo oblikovanje organizacijske kulture, ki po eni strani preprečuje nastanek tveganj, po drugi pa se ustrezno odziva na nastala tveganja, s čimer vpliva na višjo dolgoročno učinkovitost in uspešnost poslovanja bolnišnice.

LITERATURA

American Accreditation Commission International, 2017. *Mednarodni akreditacijski standard za zdravstvene organizacije AACI . Verzija 4.3*. [pdf] American Accreditation Commission International. Available at: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/SL_07062018_AACI_International_Accreditation_Standards_V4.3_Jan_2017_EN_ISQua_SL.pdf [Accessed 18 August 2018].

Kohn, L.T., Corrigan, J.M. & Donaldson M.S., eds. 2000.*To err is human: building a safer health system*. Washington, D.C.: National Academy Press.

Koubek, A., ed. 2016. *Priročnik ISO 9001:2015: razumevanje in izvajanje novih zahtev*. Ljubljana: Slovensko združenje za kakovost in odličnost.

Morse, J.M., 1997. *Preventing patient falls*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Putar, B. & Jurca, B., 2016. *Pilotski projekt poslovnega obve*ščanja. Topolšica: Bolnišnica Topolšica.

Putar, B., 2017. *Register tveganj*. Topolšica: Bolnišnica Topolšica.

Slovenski inštitut za standardizacijo, 2015. *Slovenski standard. SIST EN ISO 9001, Sistemi vodenja kakovosti - zahteve (ISO 9001:2015)*. Ljubljana: Slovenski inštitut za standardizacijo.

MENTORSTVO IN TVEGANJA PRI IZVAJANJU KLINIČNEGA USPOSABLJANJA

MARTA SMODIŠ, mag. zdr. neg., spec. manag., pred.
Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin
msmodis@fzab.si

Izvleček

Izobraževanje študentov poteka v kombinaciji teorije in prakse, ki jim omogočata pridobitev znanja, veščin in odnosa do zdravstvene nege. Klinično okolje nudi študentom zdravstvene nege možnost eksperimentalnega učenja in prenos teoretičnega znanja v prakso, kjer študenti pridobijo tudi različne mentalne, psihološke in psihomotorične spretnosti, ki so pomembne pri obravnavi pacienta. Mentorji v kliničnem okolju imajo veliko vlogo v praktičnem izobraževanju študenta, saj so lahko motivatorji tako, da spodbujajo študente ali pa negativno vplivajo na študente, zmanjšujejo njihovo zaupanje, voljo do učenja in željo, da se zaposlijo v zdravstvu. Usposobljenost kliničnih mentorjev za izvajanje mentorstva študentom je ključna sestavina dela, ki pomaga pri preprečevanju tveganj pri delu s študenti in omogoča večjo pripravljenost na sodelovanje in poučevanje študentov.

Ključne besede: *izobraževanje, študenti, tveganje, klinično okolje*

1 UVOD

Klinično usposabljanje je del formalnega izobraževanja za poklic diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika, ki vključuje tudi sodelovanje mentorjev s študenti. To pa se kaže v veliki meri z zadovoljstvom na delovnem mestu in ima zelo velik pomen v praksi. Filejeva (2009) navaja, da mora praksa zagotoviti dobre mentorje za usposabljanje študentov, v kolikor bi želeli zaposliti diplomirane medicinske sestro, ki bo po izobraževanju dobro usposobljena. Saj so študentje po zaključenem izobraževanju opolnomočeni v svojem poklicu, in pripravništva ni več potrebno opravljati. Študenti takoj po zaključenem šolanju pridobijo licenco za samostojno delo (Kulaš, 2013). Vloga mentorjev v procesu izobraževanja je zelo pomembna, saj je njihova zadolžitev aktivno delo s študenti (Skela Savič, 2008). Usmerjanje študenta k samostojnemu pridobivanju novih znanj, kritičnemu razmišljanju in reševanju problemov študenti pridobivajo z individualnim delom študenta (IDŠ), s katerim študenti znanje utrjujejo in nadgrajujejo (Pivač, 2010). Na kliničnem usposabljanju študenti v okviru izobraževanja pripomorejo k odkrivanju novih nazorov in novih znanj (Babuder, 2016). Hunter (2010) v raziskavi pri študentih ugotavlja vidike študentov na kliničnem usposabljanju in njihova občutja. Raziskava je pokazala, da študentje na kliničnem usposabljanju zaradi nepoznavanja okolja občutijo strah in ne vedo, kaj lahko pričakujejo. Raziskava je tudi pokazala, da študentje teoretično znanje težko aplicirajo v prakso. Pri študentih se kaže zadovoljstvo z odzivi mentorjev in jih cenijo ter spoštujejo. Farkhondeh & Masoumi (2005) sta v raziskavi med študenti ugotovila, da je pogosto prisoten stres na kliničnem usposabljanju pri študentih. Vzroki so v pomanjkanju izkušenj, v spoznavanju novega okolja in v nepoznavanju pacientov. Prisoten je tudi strah, da bi na kliničnem usposabljanju naredili napako ter sprejeli napačno odločitev. Pogosto se kaže prisotnost negotovosti v okviru pričakovanja mentorja. Mentor ima v okviru mentoriranja študenta dve pomembni nalogi. Delo pri pacientu mora opraviti po predpisanih standardih, od mentorja se pričakuje, da veščine in znanja predaja študentom, ob tem pa

študenta tudi nadzira, ocenjuje in mu posveča dovolj časa za učenje. V raziskavi, kjer je bilo vključenih 91 višjih medicinskih sester, diplomiranih medicinskih sester in medicinskih sester z univerzitetno izobrazbo so rezultati pokazali, da dobrega mentorja anketiranci označujejo kot strokovnega, potrpežljivega, razumevajočega, spoštovanega, zanesljivega, študentom vedno na voljo, dobrega učitelja in voditelja (Lorber & Donik, 2009). Bjelanova (2010) je anketirala 40 diplomiranih medicinskih sester, kjer je raziskovala področje mentorstva in ugotovila, da se mentorji pripravijo na mentorstvo s pomočjo prebiranja strokovne literature. Moosley & Davies (2008) sta v raziskavi ugotovila, da se zadovoljstvo mentorjev kaže v vzrokih kot je organizacijsko usklajevanje in prevelika obremenitev, medosebni odnosi s študenti ter razumevanjem študija študenta in sledenju aktualnim dogodkom. Babuder (2016) navaja, da je zelo pomembno kontinuirano izobraževanje kliničnih mentorjev in sledenje razvoju zdravstvene nege saj kot navaja Robida (2014), so za praktično usposabljanje odgovorni klinični mentorji v zdravstveni negi, ki že usposabljajo študente zdravstvene nege na področju intervencij zdravstvene nege. Pomembno pa je tudi področje veščin izvajanja varne zdravstvene prakse, ki jo morajo študentje s pomočjo kliničnih mentorjev osvojiti.

2 IZOBRAŽEVANJE KLINIČNIH MENTORJEV IN TVEGANJA NA KLINIČNEM USPOSABLJANJU

Izobraževalna ustanova, ki usposablja študente, mora pridobiti status učne baze. Status učne baze ustanova pridobi na podlagi Pravilnika o pogojih, ki jih mora izpolnjevati zavod za izvajanje praktičnega pouka dijakov zdravstvenih šol in študentov visokošolskih zavodov za podelitev naziva učni zavod (2005). Ta pravilnik določa organizacijske, kadrovske in materialne pogoje, ki morajo biti s strani učne baze upoštevani. V Navodilih o obveznostih in odgovornostih študenta Fakultete za zdravstvo Angele Boškin pri opravljanju kliničnega usposabljanja in izbirnega kliničnega usposabljanja v učnih bazah (Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, 2018) je navedeno, da mora študent pokazati teoretična in praktična znanja ter sodelovati po navodilih kliničnega mentorja in vodstva učne baze. Nursing and Midwifery Council (2010b) v smernicah za izobraževanje na študijskem programu prve stopnje zdravstvena nega predvideva izdelavo ocene tveganja, ki jo ima klinično usposabljanje študentov za učno bazo in skupno načrtovanje realnih zmožnosti kliničnega usposabljanja v vseh izmenah delovanja zdravstvene nege v učni bazi za študente. Academic Quality Assurance Office (2011) navaja, da bi klinični mentorji morali znanje študenta, preden le ti pričnejo s praktičnim delom preveriti. Meden, et al. (2017) je v raziskavi ugotovila, da bi klinični mentorji morali več časa preživeti s študenti ter na srečanjih s študenti razpravljati o dogodkih v kliničnem okolju. Ahačič (2016) je v raziskavi diplomiranih medicinskih sester ugotovila, da nekaj mentorjev skrbi, da ne bi znali odgovoriti študentom na njihova vprašanja na korekten in razumljiv način, obenem pa je raziskava pokazala, da so mentorji občutili zadovoljstvo, ko so v procesu mentoriranja študenti dosegli samostojnost. V raziskavi so poudarili povezavo kontinuiranega izobraževanja mentorjev o pedagoških procesih, ki se je izkazala v določenem časovnem obdobju predvsem, ko študentje diplomirajo in nadaljujejo stroko kot profesijo. Govekar – Okoliš & Gruden (2011) navajata pomembnost v videnju mentoriranja študentov s strani učne baze, ki se lahko kaže po mnenju potencialnih delodajalcev kot motenje delovnega procesa in ne kot priložnost za odkrivanje odličnega kadra.

Slovar slovenskega knjižnega jezika (Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU, 2000) navaja pod besedo tveganje tudi besedi riziko in nevarnost. Beseda »nevarnost« pomeni možnost nesreče, škode ali česa slabega, neprijetnega, ali »opozorili so ga na nevarnost odločitve«. Pod besedo »riziko« je pomen nevarnosti, možnost, da pride do škode, vzeti nase ves riziko. Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin (2017) je pripravila obrazec »Obvestilo o odklonu

pri izvajanju kliničnega usposabljanja študentov« (Obr. 64 -1/2017), s pomočjo katerega se vključuje v reševanje primerov različnih dogodkov, ki so lahko izraženi kot tveganje za študenta ali za pacienta, ter vodi evidenco primerov, ki so nastali pri kliničnem usposabljanju. Tak način vzpostavljanja komunikacije med učno bazo, izobraževalno ustanovo in tudi študentom omogoča sledljivost dogodkov s strani obeh ustanov in poudarja večjo pozornost pri zagotavljanju varnega kliničnega okolja študentom. Obenem pa študentom nudi določeno podporo in pomoč v kolikor je potrebna ter razvija priložnosti za izboljšave v kliničnem okolju in s strani fakultete.

Standardi, navedeni v dokumentu Standards to support learning and assessment in practice (Nursing and Midwifery Council, 2010a) navajajo odgovornost mentorja za organiziranje in usklajevanje mentorstva, spremljanje študenta na kliničnem usposabljanju in zagotavljanje povratne informacije študentu o dosežkih, organiziranje dela na oddelku za zagotavljanje kvalitete dela v zdravstveni negi, določanje in uresničevanje realnih učnih ciljev ter ocenjevanje uspešnosti študenta. Mentorji morajo izpolnjevati minimalne zahteve za izvajanje mentorstva, ki so predpisana s strani visokošolskega zavoda. Mentor mora imeti za opravljanje mentorstva tri leta delovnih izkušenj na področju, kjer se mentorstvo izvaja. Klinični mentor mora biti dostopen študentu 40 % časa na dan, ko je študent na kliničnem usposabljanju. Visokošolski zavod mora imeti sklenjeno pogodbo z učno bazo za izvedbo kliničnega usposabljanja, kjer je opredeljena odgovornost obeh. Nursing and Midwifery Council (2010a) navaja, da mora mentor imeti sposobnosti za vodenje študenta pri njegovem razvoju, podpirati študenta pri priložnostih za učenje ter sposobnost vodenja študenta pri izobraževanju v praksi na podlagi dokazov, ki vključujejo paciente ter razširjati ugotovitve iz razvoja raziskav za izboljšanje prakse v zdravstveni negi. Vloga mentorja je, da se odloča o tem, ali je študent dosegel zahtevane strokovne standarde za varno in učinkovito prakso (Nursing and Midwifery Council, 2010a). World Health Organization (2011) navaja, da so mentorji tudi vzorniki študentom, ki jih lahko študentje pri delu tudi posnemajo. Ahačič (2016) navaja, da mentorstvo študentom nekaterim mentorjem lahko pomeni dodatno obremenitev, kar lahko vpliva na kvaliteto mentorstva ter, da izvajanje slabega mentorstva na dolgi rok vpliva na znanje študenta, ki bo nekoč tudi zaposlen v zdravstvenih organizacijah kot sodelavec. Skela Savič (2015) navaja, da mora izobraževalna ustanova skrbeti za profesionalni razvoj kliničnih mentorjev. Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin vsako leto pripravi izobraževanje za klinične mentorje. V letu 2018 bo pripravila že 12. šolo za klinične mentorje in že drugo šolo za klinične mentorje začetnike. V študijskem letu 2015/16 je bilo na evidenčnem seznamu 577 kliničnih mentorjev, šole za klinične mentorje se jih je udeležilo 59, v študijskem letu 2016/17 je bilo na evidenčnem seznamu 593 kliničnih mentorjev, šole za klinične mentorje se jih je udeležilo 65, v študijskem letu 2017/18 je bilo na evidenčnem seznamu 631 kliničnih mentorjev, šole za klinične mentorje se jih je udeležilo 51. Babuder (2016) navaja, da klinično okolje, ki ima izobražene in usposobljene klinične mentorje, ustvarja odlično okolje, kjer študentje pridobivajo znanje in praktične izkušnje. Novi pogledi, mnenja in znanja, ki jih študenti prinesejo v klinično okolje, pa pomagajo k prevzemanju novih nazorov in znanj.

3 RAZPRAVA

Ramšak Pajk (2016) navaja, da je mentorstvo ena izmed nalog v profesiji medicinskih sester. Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2014) navaja, da mentorji pri opravljanju pedagoškega dela v kliničnem okolju zagotavljajo, da bo praktično delo pri pacientu strokovno, varno in etično. Enako velja tudi, ko niso v vlogi

mentorja, naj bi posebno skrb in pozornost namenili študentom zdravstvenih šol, z njimi delili znanje, izkušnje, študente spodbujali, jim dajali vzgled ter vzpostavljali strpen dialog. Šole za klinične mentorje spodbujajo k prenosu znanj in sodelovanja med mentorji v učnih bazah ter visokošolskimi učitelji. Na FZAB se študentje izobražujejo najprej s teoretičnimi vsebinami, nato pa v simulacijskem okolju teoretične vsebine prenašajo v praktično znanje. Mentorji FZAB izvajajo mentorstvo v kliničnem okolju po izteku kabinetnih vaj in na takšen način pospremijo študente, da lažje svoje znanje prelijejo v klinično okolje.

4 ZAKLJUČEK

Na klinično usposabljanje lahko gledamo iz dveh zornih kotov. Prvi predstavlja študenta, ki ima željo po prenosu teoretičnega znanja v prakso in pridobivanju širšega znanja z vseh področij, ki so predpisana v izobraževalnem programu za področje kliničnega usposabljanja. Drugi zorni kot predstavlja mentorja, ki za uspešno vodenje študenta potrebuje pedagoška znanja, saj mora znati uporabiti pravi način, s katerim bo približal praktična znanja študentu in zagotovil nadaljevanje varnega izvajanje postopkov zdravstvene nege, ki ne prinašajo tveganja. Priložnosti izobraževanja imajo podlage velikih razsežnosti, s katerimi se preprečuje tveganja pri izvajanju mentorstva v kliničnem okolju, za oba pa je potrebna samo želja po podajanju ali prejemanju vsebin.

LITERATURA

Academic Quality Assurance Office, 2011. *Clinical training guidelines.* Available at: http://www.cmhs.ur.ac.rw/fileadmin/templates/downloads/ eDocuments/clinical%20training%20guidelines.pdf [Accessed 6 October 2018].

Ahačič, M., 2016. Mentorstvo skozi oči mentorjev. In: S. Pivač, B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *Razvoj mentorske vloge in promocija zdravja na delovnem mestu: zbornik predavanj, 10. šola za klinične mentorje, Jesenice, 13. oktober 2016*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, pp. 38-42.

Babuder, D., 2016. Lastnosti mentorja in mentoriranca z njunih medsebojnih vidikov: opisna raziskava mnenj dijakov, študentov in mentorjev. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(4), pp. 327-335.

Bjelan, N., 2010. *Mentorstvo v zdravstveni negi: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin (FZAB), 2018. *Navodila o obveznostih in odgovornostih študenta fakultete za zdravstvo Angele Boškin pri opravljanju kliničnega usposabljanja in izbirnega kliničnega usposabljanja v učnih bazah*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, 2017. *Obvestilo o odklonu pri izvajanju kliničnega usposabljanja študentov, Obr. 64-1/2017.* Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Farkhondeh, S. & Masoumi, S., 2005. A qualitative study nursing student experiences of clinical practice. *BMC Nursing,* 4(6), 1-7.

Filej, B., 2009. Izobraževanje medicinskih sester v Sloveniji skozi čas, kot izhodišče za oblikovanje kariere. In: B. Skela Savič & B.M. Kaučič, eds. *Moja kariera - quo vadis: izobraževanje medicinskih sester v Sloveniji: posvet z okroglo mizo, Ljubljana, 30. januar 2009.* Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 7-21.

Govekar - Okoliš, M. & Gruden, U., 2011. Ugotovitve in spoznanja z izobraževanja mentorjev za praktično usposabljanje študentov. *Andragoška spoznanja*, 17(1), pp. 62–73.

Hunter, D., 2010. How clinical practice placement affect professional development. *Emergency Nurse*, 18(5), pp. 30-34.

Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU, 2000. *Slovar slovenskega knjižnega jezika*. [online] Available at: http://bos.zrc-sazu.si/sskj.html [Accessed 29 September 2018].

Kulaš, F., 2013. *Zadovoljstvo kliničnih mentorjev v zdravstveni organizaciji s kliničnim usposabljanjem študentov zdravstvene nege: magistrsko delo*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management, pp. 59–67.

Lorber, M. & Donik, B., 2009. Učenje v kliničnem okolju, pomemben del izobraževanja v zdravstveni negi. In: S. Majcen Dvoršak, T. Štemberger Kolnik & A. Kvas, eds. *Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 1-7.

Meden, R., Kvas, A. & Hoyer, S., 2017. Opisna raziskava mnenj in stališč študentov zdravstvene nege ter kliničnih mentorjev glede ocenjevanja kliničnega usposabljanja. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(4), pp. 320–327.

Moosley, L.G. & Davies, M., 2008. What do mentors find difficult? *Journal of Clinical Nursing*, 17(12), pp. 1627-1634.

Nursing and Midwifery Council (NMC), 2010a. *Standards to support learning and assessment in practice*. [pdf] Nursing and Midwifery Council. Available at: https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/standards/nmc-standards-to-support-learning-assessment.pdf [Accessed 28 September 2018].

Nursing and Midwifery Council (NMC), 2010b. *Standards for pre-registration nursing education.* [online] Available at: http://www.nmc.org.uk/standards/additional-standards/standards-for-pre-registration-nursing-education/ [Accessed 6 October 2018].

Pivač, S., 2010. Individualno delo študenta na klinični praksi. In: Skela Savič, B., Hvalič Touzery, S. & Kaučič, B.M., eds. *Kako izboljšati odnos zdravstvenih delavcev v kliničnem okolju in študentov zdravstvene nege do gerontologije ter dvigniti strokovni ugled do dela s starejšimi, interaktivna konferenca z učnimi delavnicami: zbornik prispevkov z recenzijo, Jesenice, 9. - 10. september 2010.* Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 35-38.

Pravilnik o pogojih, ki jih mora izpolnjevati zavod za izvajanje praktičnega pouka dijakov zdravstvenih šol in študentov visokošolskih zavodov za podelitev naziva učni zavod, 2005. Uradni list Republike Slovenije št. 103.

Ramšak Pajk, J., 2016. Vloga mentorjev pri kliničnem usposabljanju študentov zdravstvene nege. In: Pivač, S., Skela Savič, B. & Hvalič Touzery, B. *Razvoj mentorske vloge in promocija zdravja na delovnem mestu, 10. šola za klinične mentorje, Jesenice, 13. oktober 2016* Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Robida, A., 2014. Odnos in znanje kliničnih mentorjev zdravstvene nege o varnosti pacientov. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(3), pp. 220-26.

Skela Savič, B., 2008. Vidiki odgovornosti menedžmenta v zdravstvu in menedžmenta v visokem šolstvu. In: Skela Savič, B., Kaučič, B.M. & Ramšak Pajk, J., eds. *Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega: zbornik predavanj z recenzijo, 1. mednarodna znanstvena konferenca, Bled, 25.-26. september 2008*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 38-46.

Skela Savič, B., 2015. Smernice za izobraževanje v zdravstveni negi za program prve stopnje zdravstvena nega (VS): rezultati prve delfi iteracije. In: Pivač, S., Skela Savič, B., Hvalič Touzery, S. & Kalender Smajlović, S., eds. *Teorije in modeli zdravstvene nege. Kako jih uporabiti na kliničnih problemih? 9. šola za klinične mentorje, Jesenice, 17. september 2015*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo.

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

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2014. *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*. Ljubljana: Zbornica – Zveza.

PREDNOSTI VODENJA SLADKORNEGA BOLNIKA S POMOČJO ELEKTRONSKEGA ZAPISA

METKA EPŠEK LENART, dr. med., spec. int.
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec

Izvleček

Sladkorna bolezen je kronična bolezen, ki lahko vodi do poznih zapletov. Z dobro urejenostjo glikemije, z zdravljenjem pridruženih bolezni kot so povišan krvni tlak, zvišane maščobe v krvi, debelost in z upoštevanjem načel zdravega sloga življenja, lahko preprečimo ali vsaj odložimo pozne zaplete. Na Koroškem smo izdelali orodje za elektronski zapis obravnave pacienta s sladkorno boleznijo. Taka oblika dela prinaša številne prednosti in predstavlja učinkovito orodje za spremljanje pacientov s sladkorno boleznijo.

***Ključne besede**: pacienti s sladkorno boleznijo, celostna obravnava, preglednost, kazalniki zdravja, elektronski zapis*

1 UVOD

Vrsto let smo zaman čakali na sodobnejšo obliko vodenja pacientov s sladkorno boleznijo na nacionalnem nivoju. Projekta smo se lotili sami. Na Koroškem smo vzpostavili obravnavo pacientov s sladkorno boleznijo s pomočjo elektronskega zapisa.

Predstavljeno obliko dela smo razvili ob podpori strokovnjaka s področja informatike z minimalnim finančnim vložkom, vendar z veliko entuziazma in dela v prostem času.

2 BESEDILO PRISPEVKA

Sladkorna bolezen je kronična bolezen, ki lahko vodi do poznih zapletov. Z dobro urejenostjo glikemije, z zdravljenjem pridruženih bolezni kot so povišan krvni tlak, zvišane maščobe v krvi, debelost in z upoštevanje načel zdravega sloga življenja, t.i. celostno obravnavo, lahko preprečimo ali vsaj odložimo pozne zaplete.

Obravnava s pomočjo elektronskega zapisa poteka po naprej določenem protokolu, ki je zasnovan v skladu s slovenskimi smernicami zdravljenja pacientov s sladkorno boleznijo (Zaletel & Ravnik Oblak, eds. 2016), upošteva tudi mednarodna priporočila o zdravljenju te bolezni (American Diabetes Association, 2018).

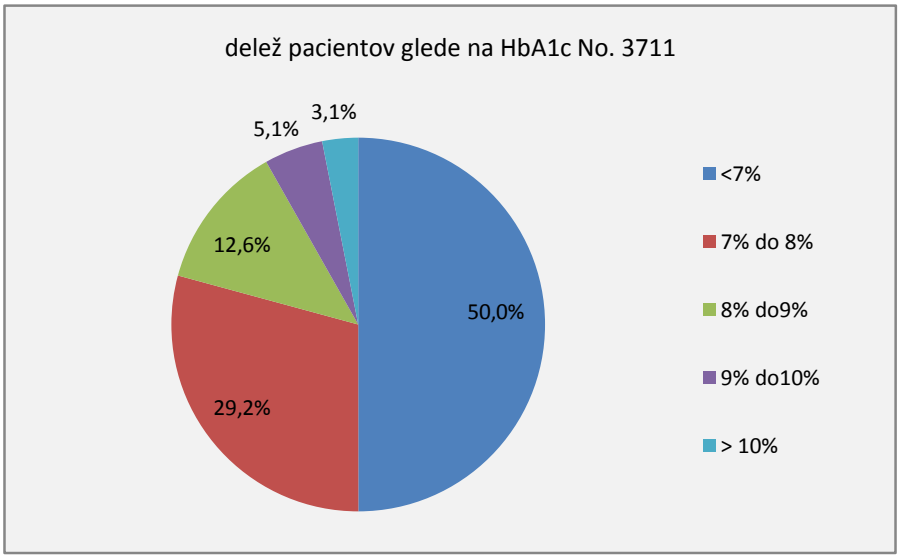
Ob začetku dela »po novem« smo za vso populacijo naših pacientov v elektronsko obliko vnesli zdravstvene podatke, ki so pomembni za posameznega pacienta. To so podatki o prisotnih kroničnih boleznih in prebolelih boleznih, ki smo jih opisali v obliki diagnoz po MKB klasifikaciji, o dejavnikih tveganja, o kroničnih zapletih sladkorne bolezni, trenutno aktualno terapijo za urejanje glikemije in pridruženih bolezni, ki predstavljajo dejavnik tveganja za srčno žilne bolezni, ter nekatere dodatne podatke, za katere smo ocenjevali, da lahko pomembno vplivajo na naše odločitve pri vodenju (podatki o alergijah na zdravila, ne prenašanje določenih zdravil, nekatera obolenja, ki lahko vplivajo na posebne potrebe pacienta pri izvajanju zdravljenja...).

Obravnava pacientov s pomočjo elektronskega zapisa nam omogoča:

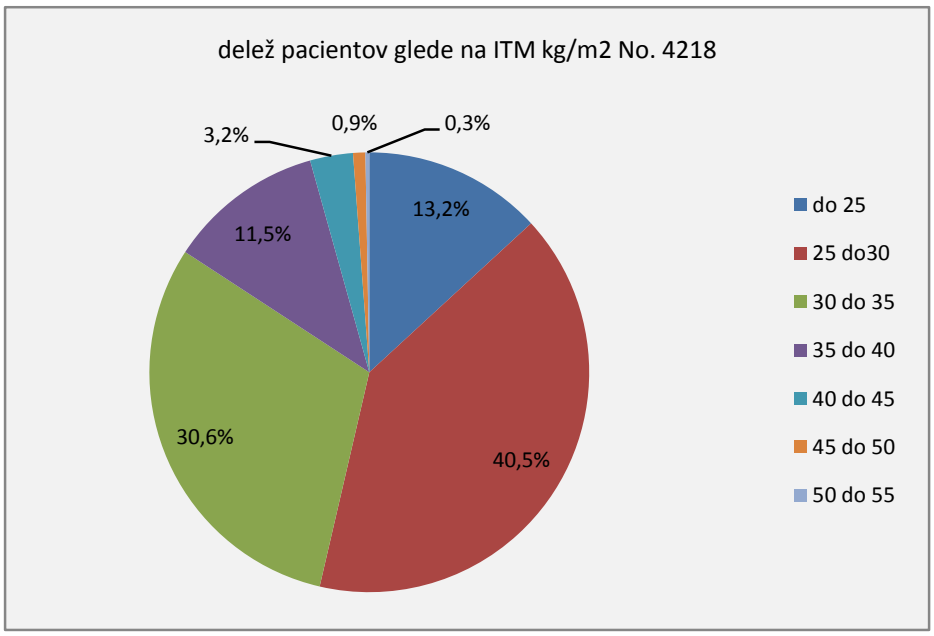
- Obravnava pacienta poteka na podlagi strukturiranega vnosa podatkov, ki je v pomoč zdravstvenemu osebju pri delu.
- Potek dela po naprej načrtovanem protokolu zmanjšuje možnost spregleda manjkajočih izvidov opravljenih preiskav ali njihovega nedopustno oddaljenega datuma.
- Nudi pregled nad pravočasno obravnavo pri drugih specialistih, ki sodelujejo pri multidisciplinarni obravnavi pacienta.
- Sprotno dopolnjevanje podatkov o pacientu v vmesnem obdobju med dvema pregledoma zmanjšuje možnost nepotrebnega podvajanja preiskav.
- Pregled nad celostnim zdravstvenim stanjem posameznika izboljša kakovost obravnave pacienta.
- Poznavanje kazalnikov zdravja in njihovo dinamiko za posameznega pacienta in celotne populacije bolnikov v naši oskrbi nam omogoča, da krepimo delovanje na tistih področjih, kjer ne dosegamo ciljev zdravljenja.
- Pridobljeni podatki ob vsakdanjem kliničnem delu, bi lahko bili osnova za register o sladkorni bolezni.
- Boljše vodenje pacientov s sladkorno boleznijo dolgoročno zmanjšuje nastanek poznih zapletov, ohranja zdravje pacientov in pomembno prispeva k zmanjševanju bremena sladkorne bolezni.
- Po zaključeni obravnavi sledi avtomatski izpis izvida o opravljenem pregledu.

Poleg kazalnikov zdravja, nam podatki razkrivajo, da je bilo število bolnikov na Koroškem krepko podcenjeno. Glede na do sedaj pridobljene podatke smo ugotovili, da prevalenca sladkorne bolezni na Koroškem presega 7%.

Kot primer analize podatkov prikaz dveh kazalnikov HbA1c in ITM pri naši populaciji pacientov, ki se vodi v diabetičnih ambulantah SB Slovenj Gradec, ZD Ravne na Koroškem in ZD Radlje ob Dravi na dan 20. 10. 2018:



Slika 1: Delež pacientov glede na HbA1c No. 3711 (vir: Splošna bolnišnica Slovenj Gradec)



Slika 2: Delež pacientov glede na ITM kg/m2 No. 4218 (vir: Splošna bolnišnica Slovenj Gradec)

3 ZAKLJUČEK

Sladkorna bolezen predstavlja eno največjih groženj zdravstvenih sistemov. Obvladovanje bremena sladkorne bolezni je velik izziv tako za zdravstveni sistem kot širšo družbo.

Spremljanja bolnikov s sladkorno boleznijo s pomočjo elektronskega zapisa predstavlja učinkovito orodje za njihovo vodenje in izboljšuje kakovost obravnave.

Upam, da bodo zdravstvena politika, plačnik (ZZZS) in ustrezna strokovna združenja na nacionalni ravni prepoznali pomen kakovostnega vodenja bolnikov s sladkorno boleznijo, za kar potrebujemo možnosti za sodobni način obravnave, opredelitev ustreznih časovnih, kadrovskih in finančno ovrednotenih normativov, ki jih potrebuje zdravstveni tim za celostno obravnavo bolnika v skladu z obstoječimi strokovnimi smernicami, ki se stalno strokovno dopolnjujejo.

LITERATURA

Zaletel, J. & Ravnik Oblak, M., eds. 2016. Slovenske smernice za klinično obravnavo sladkorne bolezni tip 2 pri odraslih osebah. [online] Available at: http://endodiab.si/priporocila/smernice-za-vodenje-sladkorne-bolezni/

American Diabetes Association, 2018. Introduction: Standards of Medical Care in Diabetes- 2018. *Diabetes Care*, 41(1), S1-S2.

POSLANSTVO POMAGATI

NENA VEBER, prof. angl. in nem. jezika
INLPTA NLP trenerka in master coach
Althea center zdravja in harmonije
nena.veber@althea.si

Izvleček

Ko se odločamo za poklic, ki ga želimo opravljati, čutimo, vemo, vsak na svoj način zaznamo, kaj je tisto, kar bi radi v življenju počeli. Kaj je tisto, kar nas kliče. Naš "po-klic". Slišimo ga, če smo v stiku s seboj, če se poslušamo. Kar nekaj poklicev in področij je, kjer je delovanje usmerjeno v pomoč drugim. Tako je tudi v zdravstvu. Za poklice v zdravstvu se praviloma odločate ljudje, ki še posebej izrazito slišite in čutite svoj "po-klic" nesebično pomagati soljudem. To počnete kvalitetno, ves svoj delovni čas. Ste izrazito empatične osebe. S kvalitetnim znanjem, zavzetim opravljanjem poklica in sočutno človeško noto pacientom lahko hitro in uspešno pomagate. Pacientom je bolje, se pozdravijo, odidejo, vi ste izpolnjeni, saj ste ponovno izpolnili svoje poslanstvo in opravili svoj "po-klic" pomagati ljudem. Včasih, še posebej, ko so zgodbe žalostne, izid zdravljenja negotov, stiske paciento velike, je težko ohraniti zdravo distanco. Takrat je še posebej pomembno, da poskrbimo tudi in predvsem zase, ne le za pacienta. Ker če mi nismo ok, tudi pacientom na dolgi rok ne bomo mogli kvalitetno pomagati. Vsi izgubljamo.
Pomembno je, da se zavestno spomnimo, da odhajamo iz službe domov in pustimo službene problem in stvari, ki nas obremenjujejo, v službi. Ko pridemo domov se zavejmo, da vstopamo v druge vloge (mama, oče, sestra, prijatelj, babica ....).

***Ključne besede**: poslanstvo, pomagati, pomoč drugim, pomoč sebi, vloge*

Imate radi zgodbe? Jaz jih obožujem. Veliko poučnih sporočil najdemo v njih. Poglejmo si za začetek poučno zgodbo o tem, komu in kako zares lahko pomagamo. Arabska je, zapisana po spominu.

V neki vasi se je rodil izjemno bister deček s pomembnim poslanstvom. Ko je bil star deset let, je zbral svoje najbližje. Povedal jim je, da odhaja v svet. Pomagal bo ljudem, rešil svet. Naredil nekaj velikega. To je njegovo poslanstvo. Čez deset let se je vrnil. Povedal je, da je svet ogromen. Prevelik zanj. Ne bo ga mogel rešiti. Zato se je odločil, da bo zmanjšal področje svojega delovanja. Omejil se bo na svoj kontinent. In je odšel.

Spet je minilo deset let. Ko se je vrnil, je povedal, da je tudi domači kontinent prevelik. Zato je sklenil, da bo reševal le ljudi v svoji državi. In je odšel.
Čez naslednjih deset let se je vrnil. Ugotovil je, da je država velika. V njej živi ogromno ljudi. Najbolje bo, da se omeji le na pokrajino iz katere izhaja. Vesel svoje modre odločitve je odšel izpolnjevat svoje poslanstvo.
Čez deset let se je spet vrnil, da pove, kako mu gre. Pojasnil je, da velikost pokrajine presega njegove sposobnosti. Delal bo le v rodnem mestu.
Po desetih letih je spet zbral svoje najbližje. Priznal, da ne ve, če mu bo uspelo. Ljudi v mestu je ogromno, njihovih težav še več. Deloval bo le v svoji mestni četrti. Tako ima več možnosti.

Po naslednjih desetih letih je na srečanju s svojimi najbližjimi povedal, da je videl ogromno sveta, se srečal z mnogimi ljudmi in na podlagi vseh izkušenj ugotovil, da je celo mestna četrt prevelika zanj. Odslej bo pomagal le ljudem v svoji ulici. Njih pozna najbolje, tako so njegove možnosti za izpolnitev poslanstva večje. Spet je minilo deset let. Njegovi najbližji, kar jih je še živelo, so napeto čakali srečanja z njim. Zaupal jim je, da je precenil svoje moči. Uvidel, da je tudi ulica prevelik zalogaj. Pomagal bo le še svoji družini.

Po desetih letih so se spet srečali. Zdaj že 90-letni starec jim je povedal, da je prišel do ključnega spoznanja, ki bi ga rad delil z njimi:
"Ugotovil sem, da sem naredil veliko napako. Slepil sem se, da lahko rešim cel svet in vse ljudi v njem. Zdaj vem, da bi moral pričeti pri sebi. Najprej spoznati in razumeti sebe. Pomagati sebi. Potem bi bil mogoče dovolj moder in izkušen, da bi lahko pomagal še komu – svoji družini, pa sosedom v ulici, pa prebivalcem svoje četrti, mogoče komu od meščanov ..."
Konec zgodbe.

Nov začetek. Za razmislek o nauku. Kako pa mi? Pomagamo sebi? Ali je naše poslanstvo pomagati drugim tako močno, da smo s pozornostjo vedno zunaj sebe, pomagamo vsem, le na sebe pozabimo? Ali mogoče kdaj s tem, ko smo vedno in povsod na voljo in pomagamo drugim, na sebe pa pozabljamo, bežimo pred soočenjem s seboj in reševanjem svojih izzivov? Ker imamo jih prav vsi, pa če si to priznamo ali ne.

Ko se odločamo za poklic, ki ga želimo opravljati, čutimo, vemo, vsak na svoj način zaznamo, kaj je tisto, kar bi radi v življenju počeli. Kaj je tisto, kar nas kliče. Naš "po-klic". Slišimo ga, če smo v stiku s seboj, če se poslušamo. Kar nekaj poklicev in področij je, kjer je delovanje usmerjeno v pomoč drugim. Tako je tudi v zdravstvu. Za poklice v zdravstvu se praviloma odločate ljudje, ki še posebej izrazito slišite in čutite svoj "po-klic" nesebično pomagati soljudem. To počnete kvalitetno, ves svoj delovni čas. Ste izrazito empatične osebe. S kvalitetnim znanjem, zavzetim opravljanjem poklica in sočutno človeško noto pacientom lahko hitro in uspešno pomagate. Pacientom je bolje, se pozdravijo, odidejo, vi ste izpolnjeni, saj ste ponovno izpolnili svoje poslanstvo in opravili svoj "po-klic" pomagati ljudem. Včasih, še posebej, ko so zgodbe žalostne, izid zdravljenja negotov, stiske paciento velike, je težko ohraniti zdravo distanco. Takrat je še posebej pomembno, da poskrbimo tudi in predvsem zase, ne le za pacienta. Ker če mi nismo ok, tudi pacientom na dolgi rok ne bomo mogli kvalitetno pomagati. Vsi izgubljamo.
Pomembno je, da se zavestno spomnimo, da odhajamo iz službe domov in pustimo službene problem in stvari, ki nas obremenjujejo, v službi. Ko pridemo domov se zavejmo, da vstopamo v druge vloge (mama, oče, sestra, prijatelj, babica ....).

Nevarnost, v katero se hitro zapletemo predvsem doma je, da tisto, kar nam mogoče ni uspelo v službi, želimo kompenzirati in na vsak način uspešno "urejati" doma, pri svojih najbližjih. Vsaj tako kot smo uspešni v službi, želimo biti uspešni tudi doma. Ali pa še huje, če kje nismo bili uspešni potem to komenziramo tako, da se drugje celo preveč trudimo in za vsako ceno hočemo dokazati, da zmoremo in znamo. Urejati stvari. Pa če nas za to kdo prosi ali ne. Kako to izgleda, kaj s tem mislim?

Ali ste že kdaj, brez da bi bili povabljeni, pri prijateljih, znancih, začeli pospravljati njihovo stanovanje, vrt ali garažo? In to takrat, ko jih ni bilo doma? Ste preplezali vrtno ograjo, se napotili do hiše, z veliko truda odprli bolj ali manj trdno zaklenjena ali zaprta vrata? Mogoče je bilo celo kakšno okno na pol odprto in ste to razumeli kot dovoljenje, da vstopite in pospravite njihov nered?

Odkimavate in se čudite, kaj vas sploh sprašujem. Predvidevam, da je odgovor ne. Kar je tudi edino pravilno. Če nekaj znamo in zmoremo, še ne pomeni, da to tudi smemo. Brez dovoljenja ali povabila tistega, ki se ga to tiče, urejati njegove stvari. Če dobro pomislimo, velikokrat (ne) hote delamo prav to. Ne, ne pospravljamo hiš drugih. Čutimo pa se poklicani reševati njihove težave.

Ko je nekdo, ki nam je blizu v težavah (vsaj nam se zdi tako), pričnemo deliti nasvete, kako bi bilo najbolje nastalo situacijo rešiti. Ali pa jo namesto njega celo že začnemo urejati. Po možnosti hitro, da ne bo šlo še na slabše. Mu v začetku celo pozabimo povedati, kaj delamo, ker se nam tako zelo mudi. Da ja ne bo prepozno. Saj mu bomo povedali, takoj ko ga vidimo, ker zdaj je potrebno hitro ukrepati, da se stvar ne poslabša.

In ko naš bližnji izve, kaj vse smo že "uredili" namesto njega, brez da bi nas sploh prosil, seveda znori. Kaj se sploh vtikamo, pa rešujemo stvari, ki so njegove. Tudi, ko mu na dolgo in široko pojasnimo, da je tako najbolje, se ne umiri. Najbolje za koga? Ja zanj seveda, saj ima več kot očitno težave, ki jih ne zna rešiti, mi pa vidimo kako in kaj bi bilo treba storiti.

Ste kdaj pomislili, da je tisto kar vidimo samo naše dojemanje situacije? Mogoče jo pa on dojema in vidi iz svojega zornega kota popolnoma drugače? Zakaj mislimo, da imamo nujno prav? Kaj je sploh prav? Najbolj bistveno pri vsem pa je, od kje izvira naša potreba reševati težave drugih? V službo, kjer je to naš poklic ja, vse v redu. Kaj pa doma? Kaj s tem želimo doseči? Zase. Ja zase, ni pomota. Ker to delamo zase in zadovoljevanje svojih potreb, ne reševanje težav drugih. Četudi si mislimo in na zunaj izgleda, da ni tako.
Vsak lahko reši le svoje težave. Naj se še tako trudimo in druge prepričujemo kaj morajo storiti, se to ne bo zgodilo, dokler se sami ne odločijo tako. Ali začutijo, da želijo s svojim problemom nekaj narediti.

Nemalokrat vztrajamo v neki za nas na videz neugodni situaciji, ker nam to prinaša druge koristi, naj se sliši še tako čudno.
Drugim lahko pomagamo s svojim zgledom. Ko bodo videli, kako mi rešujemo težave (svoje, ne od drugih!!!) jim bo naš zgled mogoče v pomoč, ko se bodo odločili reševati svoje. Če se jih pa ne bodo, je pa tudi prav in naše učenje, da to sprejmemo. Ko se naučimo delovati tako, smo zmagali. Nad svojim egom.

Najboljši test, če to zmoremo, je pri svojih otrocih, partnerjih, osebah, ki so nam najbližje. Tam se najhitreje zapletemo in najtežje nam je ohraniti razdaljo in se ne vmešati. Ste kdaj pomislili, da z vmešavanjem v bistvu sporočamo, da jim ne zaupamo, da znajo in zmorejo. Bi radi svoje otroke res vzgojili v tako nesamostojne osebe, ki ne zmorejo brez vaše pomoči? Prepričana sem da ne, saj vsak starš želi otroku dati največ, kar zna in zmore. Tisti zadnji največ je, da ga spusti. Da naredi sam po svoje. Kot verjame in zna najbolje. Ter na ta način tudi sporoči, da mu zaupa. Sprejmimo to odraščanje. Odrastimo tudi mi. Ne rešujmo težav drugih, najprej rešimo svoje. Bo bolje za vse.

Pridejo trenutki, ko se nam zdi, da je vse narobe. Smo v stresu, utrujeni, brez voje in moči, da bi kaj spremenili ali rešili. Od povsod se vsipajo težave. Bolj ko jih rešujemo, več jih je. Zveni znano?

Ko v »sobi svojega življenja« v takem trenutku skušamo najti miren kot, kamor bi se vsedli, da si odpočijemo od vsega, da izstopimo iz začaranega kroga v katerem se vrtimo, se v nekem

trenutku še zazdi, da je soba okrogla in kotov sploh nima.
Kako izstopimo iz začaranega kroga in presekamo stresno situacijo v kateri se počutimo ujeti in ne vidimo izhoda?

Situacije se lotimo s pomočjo 4 korakov:
1. Sprejmimo, da se nam dogaja, kar se dogaja. Ker se. Dejstvo.
2. Začutimo, kako se počutimo v tej situaciji. Iskreno si priznajmo svoja čustva (me je strah, ne znajdem se, čutim jezo, nemoč, sploh ne vidim kaj naj naredim ...).
3. Poglejmo, zakaj se nam dogaja vse skupaj (kaj nas situacija lahko nauči, kakšno je njeno sporočilo za nas).
4. Zahvalimo se za izkušnjo. V mislih jo objamemo, kot najboljšega prijatelja, ter jo spustimo da gre.

Sprejmimo, kar se dogaja. Ne zatiskajmo si oči, pa kakorkoli neprijetna ali težavna je ali se zdi situacija, v kateri se nahajamo. Priznajmo si svoja čustva, iskreno brez olepševanja ali bojazni. Če se zapremo, zakrčimo, potlačimo čustva ali si upamo začutiti le »prijetna« se s tem spravimo v neravnovesje in naša stabilnost se zamaje.

Naša smola je, da smo mogoče ujeti v kolektivne vzorce naših staršev ali družbe, kjer je bila večinoma »vrednota« potrpeti in skozi trpljenje upati na boljše življenje. Če smo bili srečni in veseli so nam to še nekako »dovolili«; jok, žalost, bolečina pa so bili že tabu teme in si »neprijetnih« čustev sploh nismo smeli »privoščiti«.

Ta način vzgoje nas je že od malih nog vzgajal v neravnovesju, saj smo lahko čutili le en del čustev, drugih ne. Ko smo bili otroci smo se temu pač podredili in prilagodili, travme potlačili v podzavest. Ko odrastemo, pa je naša naloga in učenje tudi to, da se v sedanjih situacijah, ki se nam dogajajo, upamo in znamo soočiti z vso paleto svojih občutkov.

Težave ki jih srečujemo in izkušnje, do katerih se dokopljemo v težavnih situacijah "obravnavajmo" kot opeke, s katerimi zidamo stopnice navzgor na svoji poti dozorevanja in preseganja samega sebe in svojih omejitev. Tako kot vzamemo eno po eno opeko, ko zidamo, se soočajmo tudi s težavami, eno po eno. Začnimo s tisto, za katero se nam zdi, da jo bomo najlažje razrešili.

Ko jo predelamo, spoznanja »vzidajmo« v svojo pot izkušenj in jo uporabljajmo kot stopnico. Ne ubadajmo se več z njo. Ne razmišljajmo, kaj bi bilo če bi bilo, pa če bi bilo drugače in ne tako, kot se je zgodilo...
Je kjer je, naj služi svojemu novemu namenu. Dovolimo ji biti opora na naši poti naprej.

Če se v mislih neprestano vračamo v svoje pretekle težave (=opeke), ko smo jih razrešili, ter jih ne pustimo pri miru, spet pošiljamo vanje svojo energijo. Zmanjka nam je za delovanje tukaj in zdaj. Tvegamo, da bodo kakšne opeke padle ven. Naša stabilnost se bo zamajala.
Spet jo bomo morali nazidati, ko bi lahko delali kaj koristnega za naprej.

Kar hočem povedati, zelo dobro ponazori zen zgodba o dveh menihih (zapis po spominu):

Dva budistična meniha sta potovala od enega samostana do drugega. Ker je prejšnji dan padal dež je bila pot razmočena in blatna, na njej pa polno večjih in manjših luž. Tako sta prišla do ogromne in globoke luže, ob kateri je nemočno stala ženska. Rada bi prišla čez lužo, a ni mogla. Starejši od menihov jo je molče prijel, prenesel čez lužo in postavil na tla. Meniha sta

molče odšla dalje. Tik pred ciljem mlajši menih ni več zdržal in je vprašal starejšega: »Kako si lahko prijel v naročje žensko, jo prenesel čez lužo, če pa veš, da se nam je prepovedano dotikati žensk?« Menih, ki je žensko nesel čez lužo mu je mirno odvrnil: »Jaz sem jo pustil pri luži, ti pa jo še vedno nosiš s seboj.«

Poskrbimo najprej zase, da bomo v nadaljevanju lahko kvalitetno poskrbeli še za koga. Če bo našo pomoč potreboval ali nas zanjo prosil. Težave se naučimo puščati tam, kamor sodijo. Ne prenašajmo jih po nepotrebnem povsod s seboj. Dosegli bomo le to, da nas bodo izčrpale. Ne bojte se, ne bodo pobegnile, če jih boste pustili na njihovem mestu, vas bodo počakale. Lahko jih boste reševali, k obo čas za to, In ker boste spočiti jih boste rešili hitreje in uspešneje, kot če bi bili izmučeni od nenehnega ubadanja z njimi vedno in povsod.

Izpolnimo svoje poslanstvo pomagati. Pomagajmo najprej sebi. S tem bomo pomagali tudi drugim.

register tveganj

zadovoljstvo

elektronski zapis

pacientov

tveganja

zdravstveni sistem

obvladovanje

tveganj

podatki

kultura

varnostni zaplet

varnosti

varstvo osebnih podatkov