

Kakovost v medicini dela (strokovni nadzor s svetovanjem)

Zaradi specifičnosti, ki so posledica stroke, je tudi medicina dela eno izmed tistih področij, kjer je moč z ustrezno vzpostavitev sistema nadzora kakovosti izboljšati kakovost dela. Zdravniške napake je treba sprejeti kot vsakdanje spremljevalke našega dela in vir dragocenih izkušenj, s pomočjo katerih bomo našim bolnikom in nam zagotovili večjo varnost.



Uvod

Iz zakona o zdravniški službi povzemam, da je zdravnik pri sprejemanju strokovnih odločitev neodvisen. Pri svojem delu se mora ravnati po spoznanjih znanosti in strokovno preverjenih metodah. Bolnika mora seznaniti s predvidenimi diagnostičnimi postopki. Zdravnik pa ni odgovoren za potek zdravljenja, kadar bolnik zdravniku navaja neresnične podatke o svojem zdravstvenem počutju, se ne ravna po navodilih zdravnika in ne sodeluje pri varovanju, krepitvi in povrnitvi lastnega zdravja. Zdravnik, ki dela neposredno z bolniki, mora biti zavarovan za odgovornost za škodo, ki bi lahko nastala pri njegovem delu.

Iz Kodeksa medicinske deontologije Slovenije povzemam, da je zdravnik pri opravljanju svojega poklica v mejah svoje strokovne usposobljenosti samostojen in neodvisen ter za svoje delo odgo-

voren pred svojo vestjo, bolnikom in družbo. Zdravnik ni upravičen začeti s postopki, za katere nima ustreznih izkušenj. Svoj poklic je dolžan opravljati odgovorno, strokovno, vestno in natančno do slehernega bolnika. Pri delu je dolžan dosledno upoštevati dosežke medicinske znanosti in načela strokovnega ravnanja.

Iz zakona o zdravstveni dejavnosti izhaja, da ima vsakdo pod enakimi pogoji in v skladu z zakonom pravico do vpogleda v zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na njegovo zdravstveno stanje, da ima pravico zahtevati, da zdravstveni delavci in sodelavci izrecno brez njegove privolitve nikomur ne posredujejo podatkov o njegovem zdravstvenem stanju, pravico ima do ugovora na pristojni organ nadzora, če meni, da niso bila uporabljena dovolj učinkovita sredstva za njegovo zdravljenje ali da so bila kršena eti-

Avtor:

Prim. prof. dr. Marjan Bilban,
dr. med., spec. MDPŠ
ZVD Zavod za varstvo pri delu d. d.
Chengdujska cesta 25
1260 Ljubljana Polje
in
Katedra za javno zdravje,
Medicinska fakulteta
Univerze v Ljubljani
Vrazov trg 2
1000 Ljubljana



na načela, da se seznanijo z stroški zdravljenja in da zahteva povračilo škode zaradi neustreznega zdravljenja. Zdravstveni delavec lahko samostojno opravlja vsako delo, za katero ima ustrezno izobrazbo in je zanj usposobljen ter ima na razpolago ustrezno opremo. Za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost.

Iz Kazenskega zakonika RS povzemam, da se zdravnik, ki pri opravljanju zdravniške dejavnosti iz malomarnosti ravna v nasprotju s pravili zdravniške znanosti in stroke in tako povzroči, da se komu občutno poslabša zdravje, kaznuje z zaporom do enega leta.

Kako narediti dobro še bolje, je bistveno vprašanje medicine in sistemov zdravstvenega varstva prihodnosti. Javnost in zdravstvena politika zahtevata vedno večjo odgovornost zdravstvenih ustanov, preverjanje dela izvajalcev, presojo zdravstvenih ustanov, posameznikov, ocenjevanje učinkovitosti, ustreznosti in kakovostno nudene

zdravstvene oskrbe.

Zdravstvo je zapletena storitvena dejavnost, ki deluje v spremenljivem okolju. Med temi dejavniki se poleg družbenoekonomskih sprememb čutita predvsem nasprotujoča si vpliva razvoja medicinske znanosti in tehnologij, ki zahtevajo vedno več sredstev, in pritiska zdravstvene politike, ki mora sistem zdravstvenega varstva upravljati z omejenimi sredstvi, ki jih je družba pripravljena nameniti za zdravstveno varstvo. Osrednji vpliv na izvajalca ima nenehen dotok novih informacij iz raziskav na medicinskih in drugih sorodnih področjih. Zunanje okolje preko predpisov ureja zdravstveno okolje. Določeni so obseg, nekatere prvine kakovosti, dostopnost, dosegljivost in presoja zdravstvenih storitev. Javnost in bolniki zaradi vedno večje poučenosti in ozaveščenosti vedno bolj posegajo v odločitve v zvezi z zdravstveno oskrbo. Zmožnost gospodarskega okolja, predvsem pa, koliko sredstev so pripravljene politiki nameniti sistemu zdravstvenega

varstva, imajo zagotovo največji vpliv na celoten sistem. Pomembne pa so tudi osebne odločitve izvajalca pri prevzemanju novosti in zagotavljanju ustrezne ravni kakovosti.

Zdravstveno oskrbo delimo na tri sestavine:

- razmere oskrbe (usposobljenost zaposlenih – znanje in veščine, udobje in videz prostorov, prijaznost zaposlenih, odnos zaposlenih, oprema prostorov, informacijski sistem);
- postopek nudenja določene zdravstvene oskrbe – način nudenja storitev (odstopanja), sporazumevanje z bolnikom, poučevanje bolnika, napotitve (pospeševanje zdravljenja, preprečevanje bolezni, presejevanje, zgodnje odkrivanje, preiskave, zdravljenje, rehabilitacija);
- izid zdravstvene oskrbe oziroma dosežena zdravstvena korist (ohranitev zdravja, izboljšanje zdravstvenega stanja, zadovoljstvo bolnikov, zadovoljstvo izvajalcev, boljše razmerje med koristjo in stroški).

Napaka je različek ali odstopanje, ki sta zdravju škodljiva, večja od pričakovane, ki je povzročila škodo in bi se ji bilo mogoče izogniti ob upoštevanju trenutnega medicinskega znanja. Nastala je namerna škodljivost ali škodljivost zaradi neutemeljeno večjega tveganja brez pristanka bolnika ali škodljivost zaradi odstopanja pri oskrbi zaradi neupoštevanja zdajšnjega znanja in je bilo dokazano, da obstaja vzročno-posledična povezava med različkom ali odstopanjem in nastalo škodljivostjo. Zdravstvena napaka je tako odstopanje od pričakovanega načina izvedbe zdravstvenega ukrepa in/ali izvedba napačnega ukrepa in/ali opustitev pričakovanega ukrepa in/ali izvedba ukrepa pri napačnem bolniku (napačnem delu telesa) in/ali zamuda ali prehitavanje pri izvedbi ukrepa, ki ima za posledico neželen izid z manjšo zdravstveno koristjo in/ali večjo škodljivostjo in ki bolniku povzroči občutno škodo na zdravju in/ali premoženju. Zdravstvena napaka torej ni vsak odklon od norm strokovnega ukrepanja, temveč le tisto dejanje, ki bolniku povzroči bistveno škodo na zdravju ali premoženju in je v zakonu zaradi načina izvršitve opredeljeno kot napaka. Zdravstvene napake predstavljajo le del zdravstvenih ukrepov, ki odstopajo od pričakovane ravni kakovosti. Pri vseh ostalih odstopanjih, ki povzročajo občutno škodo, kjer take povezanosti ne ugotovimo in je zato do neugodnega izida prišlo po naključju, pa ne moremo

govoriti o nesreči pri zdravljenju (zdravljenje v pomenu zdravstvene oskrbe). Poleg teh očitnih odstopanj se prikrita odstopanja dogajajo vsak dan vsem, ki so naredili eno samo usodno napako. Zdravnikovo delo je povezano s stalnim odločanjem med različnimi možnostmi, ki ponujajo približno enake izide. Dogajanje pogosto poteka v posebnih okoliščinah, pod pritiskom pomanjkanja časa in nezadostnih podatkov o dejanskem bolnikovem stanju,



kjer ni dostopa do dodatnih znanj, večšin ali opreme, in pod velikim etičnim pritiskom. Napake, ki nastanejo na individualni ravni, lahko zmanjšamo ali celo preprečimo z manjšim zanašanjem na človeški spomin, z večjo uporabo in dostopnostjo informacij o bolniku in postopkih oskrbe, s standardizacijo delovnih postopkov, izobraževanjem zaposlenih, odkrivanjem najboljših in s sistematičnim sistemom omejevanja tveganj in zagotavljanja varnosti. Lastnosti zdravstvene ustanove, ki prispevajo k njeni večji zanesljivosti, so ustrezna izbira in usposabljanje osebja, zadostne količine ustrezne opreme in drugega materiala, vzgajanje sodelavcev v kolegialnosti in stalnem dogovarjanju znotraj formalne razdelitve odgovornosti in podpiranje ozračja sodelovanja ter predanosti kolektivnemu delu.

Varnostno kulturo organizacij lahko razdelimo na nezdravo, preračunljivo in napredno. V nezdravi vodstvo onemogoča ljudi, ki opozarjajo na odstopanja, neugodne izide pa banalizira ali celo prikriva. Napredne organizacije posameznike in skupine spodbujajo k zbiranju podatkov o izjemnih dogodkih, spodbujajo zanimanje za analizo neugodnih izidov in jih obveščajo o svojih izsledkih. Odmakniti se morajo od tradicionalnega iskanja krivcev in

njihovega kaznovanja pri dokazani zdravstveni napaki in se lotiti sistematične analize vzrokov za določeno zdravstveno napako. Lastnosti zdravstvene organizacije, ki zagotavlja bolj varno delo in manjše število neželenih dogodkov, so:

- čim manjše število zaposlenih, oddelkov ali služb, ki se ukvarjajo s posameznim bolnikom;
- poimenska identifikacija čim večjega števila sodelujočih pri oskrbi;
- natančni protokoli uporabe zahtevne medicinske tehnologije;
- protokoli za čim več vsakdanjih postopkov;
- izdelava kliničnih poti za čim več bolezni;
- določitev formalnih poti izmenjave informacij o oskrbi bolnika;
- spodbujanje neformalne komunikacije med poklicnimi skupi-



nami, ki se ukvarjajo s posameznim bolnikom;

- delo z zaposlenimi – motiviranje, nagrajevanje za uspehe in spodbujanje poklicne kariere;
- zmanjšanje vpliva zunanjih dejavnikov na izpolnjevanje poslovnih ciljev;
- zagotavljanje stabilnega financiranja s strani plačnika in zdravstvene politike;
- zagotavljanje nenehnega izobraževanja in usposabljanja vseh zaposlenih;
- zagotavljanje brezhibnih meril in opreme;
- zagotavljanje varnosti, obvladovanja tveganj, odkrivanja izjemnih dogodkov in pritožnega sistema kot delov kakovosti organizacije.

Odkrivanje in odpravljanje neskladnosti in odstopanj je zato del samopopravljalnih dejavnosti vseh sistemov kakovosti. Ker je to odkrivanje usmerjeno predvsem kaznovalno, vodi v oženje pomena različkov in odstopanj zgolj na tiste, ki povzročajo škodo bolniku in jo je bolnik tudi zaznal kot škodo, povzročeno zaradi odstopanj od pričakovane storitve. Navadno ne vemo, kolikšen del škodljivosti je moč pripisati naključju in koliko je gre na račun odstopanj od običajnih ravni izvedbe postopka. Sprotno odkrivanje, preprečevanje in odpravljanje številnih drobnih odstopanj prinaša uporabnikom zdravstvenih storitev večjo

zdravstveno korist, kot je zgolj moralno in gmotno zadoščenje posameznika, ki je uspel dokazati, da je škoda pri tem nastala zaradi odstopanj v oskrbi. Odkrivanje in odpravljanje odstopanj bi zato moralo postati predvsem eno izmed orodij izboljševanja kakovosti pri iskanju prednostnih nalog. Sistem odkrivanja napak mora bolnikom zagotavljati, da bodo deležni moralnega in materialnega zadoščenja, ko se bo ugotovilo, da je bila škoda povzročena zaradi odstopanj, ki je nastalo zaradi pomanjkljivega znanja, neustrezne opreme, pomanjkljive organizacije dela ali drugega vzroka. Kakovost je bistveni sestavni del izvajanja zdravstvene oskrbe in mora prežemati vsak postopek oskrbe vzporedno z upoštevanjem obsega dela in stroškov, ki pri tem nastajajo. Kakovostna zdravstvena oskrba je pravica vsakega bolnika in vsake

skupnosti, ne glede na omejena sredstva, ki jih družba lahko namenja za zdravstveno varstvo. Po opredelitvi Svetovne zdravstvene organizacije je kakovostna oskrba tista, ki zadošča dogovorjenim zahtevam in ob upoštevanju trenutnega znanja in razpoložljivih sredstev izpolnjuje pričakovanja za povečanje koristi in zmanjšanje tveganj za zdravje in dobro počutje bolnika. Gre za uporabo učinkovitih postopkov zdravstvene oskrbe pri pravih bolnikih v danih razmerah na učinkovit način. Opisuje jo izbor vseh lastnosti oskrbe, ki ji dajejo zmožnost zadovoljiti izbrane cilje udeležencev. Kazalec kakovosti je merljivi del (prvina) zdravstvene oskrbe, za katerega je znanstveno (z raziskavami) dokazano, da odraža kakovost pogojev ali postopka oskrbe, zaradi česar ga lahko uporabimo za oceno kakovosti in s tem za oceno nastalih sprememb v kakovosti. Kazalec mora biti pomemben za izid oskrbe (prijaznost, izvajanje postopkov) ali pa je to zaželeni izid oskrbe sam po sebi (bolnikovo zadovoljstvo, zdravstveno stanje). Biti mora opredeljiv ali merljiv (delež zadovoljnih bolnikov, delež bolnikov z urejenim krvnim tlakom) in ga je možno z izboljšanjem kakovosti spreminjati. Kakovost je uporaba učinkovitih postopkov zdravstvene oskrbe pri pravih bolnikih v danih razmerah na učinkovit način. Odstopanja na področju kakovosti se lahko pojavijo v treh različicah: v pretirani rabi, premajhni rabi in neustrezni rabi zdravstvene oskrbe. Za preti-





rano rabo jemljemo tiste storitve, kjer je tveganje (zavestno) večje od možnih koristi. V tem primeru lahko nastane škodljivost zaradi zavestno večjega tveganja ali zaradi opravljene oskrbe pri bolniku z večjim tveganjem. Premajhna raba je tista, kjer bi koristi presegle možna tveganja. Dosegljiva korist v tem primeru ni dosežena. Neustrezna raba pa se pokaže pri slabo opravljenih, čeprav pravilno izbranih storitvah.

Zakaj zanimanje za kakovost v zdravstvu narašča:

- številne raziskave so pokazale na velike razlike pri izvajanju oskrbe bolnikov, ki jih ni bilo mogoče pojasniti samo s težo zdravstvenega stanja in razlikami v sistemu zdravstvenega varstva;
- uporabniki zdravstvenih storitev so vedno bolj ozaveščeni, želijo sodelovati pri načrtovanju in neposrednih odločitvah pri zdravstveni oskrbi;
- javnost zahteva razvidnost in javnost zdravstvene službe;
- znanje in tehnične možnosti presegajo finančne možnosti sistemov zdravstvenega varstva, kar jih sili v obvladovanje stroškov;
- izvajalci želijo pokazati svojo strokovno usposobljenost in se primerjati z drugimi;
- vodilni v zdravstvenih ustanovah



in plačniki zdravstvenih storitev želijo zagotoviti čim boljše kakovost za razpoložljiva sredstva.

Izboljšanje kakovosti je dinamičen proces z naslednjimi nalogami:

- odkrivanje in uporaba najboljših izidov za doseganje odličnosti;
- povratni podatki;
- eksplicitna opredelitev ciljev kakovosti;
- izbira kazalcev kakovosti;
- neprestan postopek izbiranja prednostnih nalog;
- ustrezni viri za kakovost;
- sistem spodbud;
- izobraževanje za kakovost;
- ustrezen informacijski sistem;
- nepretrgano samoocenjevanje;
- nadzor znotraj stroke;
- naklonjeno vodstvo;
- vključevanje bolnikov.

Izboljševanje kakovosti:

- je poklicna dolžnost;
- je trajna dejavnost;
- obsega vse vidike skrbi za opredeljene prebivalce;
- je sestavni del vsakodnevnega dela;

- obravnava bolnika celostno kot posameznika;
- spodbuja pametno izrabo zdravstvene službe;
- upošteva posebnosti specialnosti – npr. stroke MDPŠ;
- omogoča strokovno odločanje na podlagi smernic (doktrine);
- ne sme se uporabljati za nadzor in kaznovanje.

Pri izbiranju prednostnih nalog za izboljšanje kakovosti velja nekaj splošnih načel, ki nam pomagajo k uspešni vpeljavi izboljšav.

S pomočjo vprašanj izluščimo morebitne pomanjkljivosti v oskrbi:

- kaj gre pri našem delu narobe ali slabo;
- kaj lahko izboljšamo;
- kaj že zdaj delamo dobro in je vredno ohraniti;
- kaj je na tem področju novega;
- kaj želimo doseči.

Prednost damo tistim težavam, ki so pogoste, vplivajo na nezadovoljstvo uporabnikov in izvajalcev ter prispevajo k slabšim izvidom:

- težava mora biti sprejemljiva in zanimiva za vse sodelujoče;
- možno jo je opazovati, zbirati merljive podatke in ocenjevati na podlagi razpoložljivega znanja;
- težavo v zdravstveni oskrbi mora zaznati vsaj eden od udeležencev zdravstvene oskrbe;



- biti mora dovolj pogosta, da znatno vpliva na izide oskrbe večjega števila uporabnikov;
- ugotovljeno odstopanje je možno odpraviti z izboljšanjem postopka;
- možno je postaviti standarde oziroma cilje boljše kakovosti;
- katere spremembe bodo prinesle izboljšave;
- kako bomo vedeli, da je sprememba izboljšanje;
- opazovana težava naj bo čim bolj jasno opredeljena z merljivimi deli postopka in izida ter jasnimi cilji kakovosti.

Kakovost je potovanje in ne cilj

Tudi po uvedbi sistema upravljanja celovite kakovosti oziroma nenehnega izboljševanja kakovosti ne smemo zaspati, ker mora kakovost postati del našega poklicnega delovanja, kot so to preprečevanje, diagnostika, zdravljenje, rehabilitacija in krepitev zdravja, in tudi zato, ker se sistemi, kot so npr. akreditacija in standardi ISO, prilagajajo novim spoznanjem. Svet Evrope je 1997. leta sprejel priporočila zdravstvenih ministrov in s tem ustvaril sistem in strukture, ki bodo podpirale oblikovanje in vpeljevanje sistemov za nenehno izboljševanje kakovosti zdravstvenega varstva na vseh ravneh. Osnova priporočil je spoznanje, da je pravica vsakega in vsake skupnosti dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe.

Načela kakovosti:

1. uspešnost – uspešnost zdra-



- vstvene obravnave je doseganje zelenih izidov zdravljenja;
2. varnost – zmanjševanje varnostnih zapletov pri pacientih med diagnostičnimi postopki, zdravljenjem, zaščito in rehabilitacijo in izogibanje, preprečevanje ali popravljanje varnostnih zapletov;
 3. pravočasnost – pravočasno zdravljenje je primeren čas, ko je to dosegljivo glede na pacientove potrebe;
 4. učinkovitost – učinkovita zdravstvena obravnava je razmerje med izidi zdravljenja in uporabljenimi viri;
 5. enakost – enakost zdravstvene obravnave;
 6. osredotočenost na pacienta – zagotavlja spoštovanje pacientovih vrednot, upoštevanje izraženih potreb in možnosti izbire, zdravljenje bolečine, usklajevanje, povezovanje in nepretrga-

nost zdravstvene obravnave, obveščenost, udobno okolje, stik s svojci in prijatelji ter drugimi osebami, prostovoljno navzočnost izbrane osebe, če to ni proti interesom zdravstvene obravnave.

Zato je treba zmanjšati nesprejemljivo raven odklonov izidov zdravljenja, neuspešno ali neučinkovito uporabo zdravstvenih tehnologij, visoko ceno slabe kakovosti, nezadovoljstvo uporabnikov in neenak dostop do zdravstvenih storitev.

Povečati pa je treba uspešnost delovanja zdravstva in zdravstvenih organizacij, kakovost zdravstvenega varstva, motivacijo spreminjanja organizacijske kulture, usmerjanje k izidom obravnave, usposabljanje in izobraževanje, večdisciplinarnost in integracijo obravnave.

Pravila kakovosti zdravstvene oskrbe v prihodnosti za dvig kakovosti

| Pravila sedanosti | Pravila prihodnosti |
|--|--|
| <p>Zdravstvena oskrba temelji na obiskih pacienta pri zdravniku.</p> <p>Avtonomnost strokovnjakov določa različne oblike zdravstvene oskrbe.</p> <p>Strokovnjaki nadzirajo zdravstveno oskrbo.</p> <p>Vir informacij je zdravstvena dokumentacija.</p> <p>Odločitve temeljijo na usposabljanju in izkušnjah.</p> <p>Ne škodovati je odgovornost posameznika.</p> <p>Večkrat je treba molčati in skrivati dejstva.</p> <p>Sistem se odziva na potrebe.</p> <p>Išče se zmanjševanje stroškov.</p> <p>Prednost se daje vlogi strokovnjakov in ne sistemu.</p> | <p>Zdravstvena oskrba je prirejena potrebam in vrednotam pacientov.</p> <p>Pacient nadzira zdravstveno oskrbo.</p> <p>Znanje je na razpolago vsemu osebju, ki sodeluje pri obravnavi pacienta, in pretok informacij je prost.</p> <p>Odločitve temeljijo na z dokazi podprti medicini.</p> <p>Varnost je lastnost sistema.</p> <p>Potrebna je preglednost.</p> <p>Potrebe se pričakujejo vnaprej.</p> <p>Zmanjšuje se nepotrebna poraba.</p> <p>Prednostna naloga je sodelovanje med strokovnjaki.</p> |

Celovito obvladovanje kakovosti kot najbolj celovito obliko izboljševanja kakovosti sestavlja pet načel:

1. Bistvo stalnega izboljševanja kakovosti je izkoriščanje najboljših uspehov oskrbe v nepretrganem postopku, ki obsega: postavljanje ciljev kakovosti, ocenjevanje kakovosti in odkrivanje najboljših izidov, izboljševanje kakovosti z analiziranjem in po načelu uporabe razpoložljivega znanja, da bi dosegli čim boljše uspehe in spremljanje – nepretrgano odvijanje postopka.
2. V postopku bi morali aktivno sodelovati tudi bolniki.
3. Dejavnosti na osnovni ravni so temelj stalnega izboljševanja kakovosti in morajo biti sestavni del vsakdanjega dela pri vseh zaposlenih.
4. Izvajalci imajo pri tem najpomembnejšo vlogo. Vsak posameznik, vpleten v oskrbo, je odgovoren za pravilno izvajanje svojega dela nalog, vendar imajo zadnjo skrb predvsem vodilni.

5. Uspešnost stalnega izboljševanja kakovosti je bolj odvisna predvsem od samoocenjevanja in lastnega postavljanja ciljev kot od nadzora in predpisov.

Celovito obvladovanje kakovosti zahteva pozorno in natančno načrtovanje, ker nameravamo z njo spremeniti ozračje, organizacijo in sistem zdravstvene ustanove. V celovito obvladovanje kakovosti je treba pritegniti tudi zunanje uporabnike in izvajalce.

Ključna področja nenehnega izboljševanja kakovosti:

1. Kazalniki izidov in drugi kazalniki kakovosti, klinične smernice, klinične poti, standardi; uporabljamo nenehni krog izboljšav: ugotovimo problem v kakovosti zdravstvene obravnave, zberemo podatke, načrtujemo spremembo na podlagi analize podatkov, izvedemo spremembo, preverimo, ali sprememba pripelje do izboljšave, in če je sprememba pozitivna, jo uvedemo v proces (krog načrtuj – izvedi – preveri – uvedi). Ne-

prestano ugotavljamo, ali je obravnava pacienta v skladu s standardi zdravstvene obravnave.

2. Ocenjevanje zdravstvene tehnologije – za izboljšanje zdravstvenega varstva moramo uporabljati metode, ki slonijo na z dokazi podprti medicini. Oceniti je treba nove tehnologije in tiste, ki se že uporabljajo.
3. Informacijski sistem – vzpostaviti je treba tak zdravstvenoinformacijski sistem, ki temelji na uporabi ustreznih kazalnikov kakovosti zdravstvene obravnave in tekočih prikazih podatkov in povratnih informacij ter omogočajo zanesljive primerjave podatkov. Za spremljanje in nenehno izboljševanje kakovosti uporabljamo podatke, ki se vsakodnevno zbirajo. Pri prikazu analiz moramo jasno opisati spremenljivost in ugotoviti njene splošne in posebne vzroke.
4. Pacientov pogled – podatke o potrebah, prednostnih nalogah, izkušnjah in pričakova-

njih pacientov na vseh ravneh zdravstvene oskrbe zbiramo z ustreznimi metodami, ki zagotavljajo njihovo dejavno sodelovanje. Pri anketah se osredotočamo na izkušnje in ne na zadovoljstvo pacientov – ne vprašamo, ali so bili zadovoljni z zdravnikom, pač pa, ali jim je zdravnik razložil pomen ugotovitev, preiskav, rezultatov ...

5. Upravljanje sprememb: sistem kakovosti mora vključevati uspešno zdravstveno obravnavo in strategije za načrtovano in vodeno izpeljavo potrebnih sprememb in vključevanje vseh nosilcev zdravstvene obravnave in odločanja, tudi pacientov. Načrtovanje sprememb skoraj vedno pripelje do odpora. Tisti, ki jih bo sprememba doletela, morajo vedeti, zakaj so te potrebne in kakšne koristi bodo prinesle.

Cilji uvajanja kakovosti

1. Vzpostavitev struktur na ravni ustanov – direktor, odbor za kakovost z vodjem, predstojniki oddelkov ...
2. Vsebine na ravni izvajalcev zdravstvene dejavnosti
 - a) RSK:
 - načrtuje kazalnike izidov in druge kazalnike kakovosti;
 - oblikuje standarde za specifične bolezni;
 - izbira prednostni vrstni red za oblikovanje kliničnih smernic in po potrditvi na zdravstvenem svetu ali drugem organu organizira skupine za pripravo kliničnih smernic;



- načrtuje druge dejavnosti kakovosti in varnosti pacientov, ki so nacionalnega pomena za samo stroko.
- b) Izvajalci zdravstvene dejavnosti:
 - vpeljava upravljanja celovite kakovosti;
 - uvedba nacionalnih in mednarodnih kliničnih smernic;
 - oblikovanje kliničnih poti, zapis pomembnejših procesov in njihovo vpeljevanje v vsakodnevno delo;
 - sodelovanje v nacionalnem programu kazalnikov kakovosti;
 - uporaba kazalnikov za izboljšanje sistemov, kliničnih poti in procesov (kazalniki poslovanja, varnost pacientov, klinični kazalniki, kazalniki izkušenj in zadovoljstva pacientov, drugih uporabnikov in zaposlenih);
 - uporaba specifičnih standardov kakovosti za posamezne bolezni, temelječih na z dokazi podprti medicini in na podlagi sprejetih standardov RSK;
 - samoocenjevanje na podlagi

- tistih splošnih standardov zdravstvene obravnave in kazalnikov kakovosti, ki jih pripravi nacionalna institucija za kakovost in redne ter izredne notranje nadzore, ki jih zahteva zakonodaja;
- priprava na akreditacijo in sodelovanje pri njenem postopku;
- uvedba poročanja in učenja na podlagi varnostnih zapletov pri pacientih z osredotočanjem na analize sistemskih in procesnih vzrokov zapleta in ne na posameznika, razen če gre za sum kaznivega dejanja;
- proaktivni pristop k zmanjševanju varnostnih zapletov z upravljanjem tveganj;
- vodenje registra zapletov varnosti pri pacientih in opozorilnih nevarnih dogodkih, predlaganje in izvajanje ukrepov za izboljšave;
- redno notranje izobraževanje o kakovosti in varnosti pacientov;
- obvladovanje neskladnosti, pri čemer ne gre samo za retroaktivno analizo varnostnih zple-

- tov pri pacientih in proaktivni pristop s pomočjo upravljanja tveganj na področju varnosti, ampak obvladovanje tudi drugih neskladnosti, npr. odmikov od dogovorov, standardov, procesov;
- obveščanje strokovnjakov in javnosti o dosežkih pri kakovosti in varnosti pacientov;
 - merjenje uspešnosti na področju kakovosti in varnosti za paciente in graditev odgovornih timov, posameznikov, oddelkov, dejavnosti in celotne ustanove na podlagi kazalnikov kakovosti.
- c) Stanovska in strokovna združenja posvečajo pozornost izboljševanju kakovosti in varnosti pacientov, ugotavljajo prednostna področja, organizirajo izobraževanja, podpirajo sodelovanje med strokovnjaki, oblikujejo podatkovne baze ... Zraven tega dajejo predloge zdravstveni politiki in stroki za boljše kakovost in varnost, predlagajo uporabne raziskave o kakovosti in varnosti pacientov, ustvarjalno sodelujejo pri oblikovanju kliničnih smernic in drugih strokovnih dokumentov o kakovosti in varnosti pacientov, skrbijo za multidisciplinarno in večpoklicno obravnavo težav, povezanih s kakovostjo in varnostjo pacientov.
- d) Zdravstvene zavarovalnice v pogodbe z izvajalci vključujejo zahteve po kakovostni in varni zdravstveni obravnavi in finančno spodbujajo tiste izvajalce, ki dokažejo napredek pri nenehnem izboljševanju kako-

vosti in varnosti za paciente.

- e) Izobraževalne ustanove v zdravstvu uvajajo v svoje programe izobraževanje o kakovosti zdravstvene obravnave, njenih metodah in orodjih. Študijski programi obravnavajo varnost pacientov, način analize varnostnih zapletov in razvojno naravnane obravnave preprečevanja varnostnih zapletov z upravljanjem tveganj.

(Aktualni) nadzor kakovosti v zdravstvu

Vsakdo si stalno prizadeva izboljšati lastno delo, delati prave stvari, izvajati stvari pravilno in delati prave stvari prav. Nadzor kakovosti temelji na domnevi, da je z ustreznimi mehanizmi možno odkrivati odstopanja in različke ter jih odstranjevati. Posledica tega naj bi bila ustrezna kakovost. Nadzor je predpisan z zakonom. Možne so različne oblike nadzora: notranji nadzor, pregled med kolegi, krožek kakovosti, strokovni nadzor s svetovanjem ali komisijski nadzor ob sumu zdravstvene napake. Gre predvsem za naknadni nadzor nad kakovostjo dela, tj. nadzor po opravljeni oskrbi. Tako odkrivanje odstopanj ima več pasti:

- temelji na domnevi, da je jasno, kakšna je prava kakovostna oskrba;



- temelji na domnevi, da je vsak izid posledica postopka, tj. odstopanj, in ne upošteva različkov, ki so posledica delovnih razmer in lastnosti bolnika;
 - o izvajanju zdravstvene oskrbe, postopkov in ukrepov razmišlja kot o mehničnem procesu, o človekovem vplivu nanj zgolj kot hotenem in namernem neupoštevanju zdajšnjega znanja; že en neustrezen postopek je kazalec slabe kakovosti na splošno;
 - zanaša se na »dokazno gradivo« v zdravstvenem kartonu in ostali medicinski dokumentaciji kot veren posnetek opravljenega postopka;
 - ob pomanjkanju jasnih meril in smernic je presoja ustreznosti postopka prav tako podvržena razlikam kot tudi postopek;
 - velikost škodljivosti oz. nastala škoda lahko bistveno vpliva na oceno pravilnosti postopka.
- Nadzor kakovosti lahko izvajamo trajno, obdobjno ali občasno. Trajni nadzor ima tri oblike: samonadzor, skupinsko obvladovanje kakovosti in uporabo predpisov, pravil, norm, standardov idr. Samonadzor izhaja iz vrednosti posameznega izvajalca, kulture ustanove in okolja. K učinkovitosti samonadzora prispevajo posameznikovo znanje, veščine in spretnosti. Skupinsko obvladovanje kakovosti se kaže v obliki skupinskega nadzora, tj. pritiska na kolegov na konformnost vodenja. Najizrazitejši je ta vpliv znotraj kolektiva, v zdravstvu pa pogosto sega tudi preko meja ustanove.



Različne oblike predpisov pod grožnjo kazenskih in disciplinskih sankcij vplivajo na posameznika, da se s svojim ravnanjem čim bolj približa standardom, ki jih predpisujemo. Odkloni, ki jih na ta način opazi posameznik sam ali nanje pokaže skupina, praviloma hitro vplivajo na spremembo sloga dela v zeleni smeri.

Obdobni nadzor predstavlja spremljanje dela z informacijskim sistemom (npr. bolniški dopust), notranji (vodstveni) nadzor in strokovni nadzor s svetovanjem. Obdobni nadzor težje zajame vse nianse postopkov in je zato njegov namen predvsem odkriti področja, na katerih prihaja do takega načina dela, ki zahteva podrobnejšo analizo in eventualne spremembe.

Občasni nadzor se izvaja v obliki izrednega notranjega ali izrednega strokovnega nadzora s svetovanjem in z različnimi oblikami posameznikovega ali skupinskega obvladovanja kakovosti. Pomemben del k občasnemu nadzoru prispevajo vključevanje bolnikov, analiza izjemnih dogodkov in pritožni sistem.

Tudi pri pritožbah (in tožbah) bolnikov, ki jih dobimo, potem ko je neustrezen zdravstveni ukrep že povzročil določeno škodo, gre le še za ugotavljanje, ali gre za nesrečo pri zdravljenju ali zdravstveno napako. Marsikatera organizacija izpusti odlično priložnost za globljo analizo organizacije dela in se zadovolji z odkritjem krivca ali z umiritvijo problema. Najboljši način za izboljšanje kakovosti lastnega dela je zagotovo zgledivanje po tistih izvajalcih, ki se na svojem področju lahko izkažejo z najboljšimi izidi. Ob uporabi povratnih podatkov in dodatnih spodbud si izvajalci prizadevajo, da bi dosegli čim boljše izide. S premikom celotne krivulje izidov v smeri boljših imajo vsi bolniki večjo korist od zdravstvene oskrbe, kot bi jo imeli le ob odstranitvi tistih, ki smo jih (enkrat) zalotili pri neustreznem postopku z neugodnim izidom. Nadzor kakovosti se naslanja na mnenje, da je z ustreznimi mehanizmi možno odkrivati odstopanja in različke ter jih odstranjevati.

Notranji nadzor kakovosti – kadar so podatki, pridobljeni med

nadzorom, namenjeni izvajalcem, govorimo o notranjem nadzoru kakovosti. Notranji nadzor izvaja izvajalec sam pri sebi v obliki samonadzora ali samoocenjevanja kakovosti, predpostavljeni v zdravstvenih ustanovah, sodelavci iste stroke v zdravstveni ustanovi ali kolegi iste stroke, kadar smo člani strokovnega združenja in ima to v svojem programu tudi tako obliko delovanja. Pomembno je, da rezultat te dejavnosti ostane znan samo izvajalcem in ni namenjen uporabi komu tretjemu. Med oblike notranjega nadzora lahko prištevamo samonadzor, samoocenjevanje kakovosti, pregled med kolegi oz. krožek kakovosti in vodstveni nadzor kakovosti. Z notranjim nadzorom se zagotavlja doseganje lastnih ciljev, ciljev zdravstvene ustanove ali kolegija zdravnikov, strokovnega združenja ... Notranji nadzor se rutinsko izvaja za preverjanje izpolnjevanja dogovorjenih nalog. Največkrat je namenjen ugotavljanju ravni kakovosti oskrbe, kadar se pojavi pritožba v zvezi z delom, in predstavlja eno glavnih orodij za odkrivanje področij, na katerih so potrebne izboljšave.

Zunanji nadzor kakovosti izvajajo Zdravniška zbornica Slovenije, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ministrstvo za zdravstvo, pa tudi nekateri inštituti, klinike, inšpekcijske službe in drugi po načrtu nadzorov ali po naročilu uradnih organov. Pri zunanjem nadzoru kakovosti je zbiranje podatkov o kakovosti dela namenjeno določeni javno-

sti zunaj kroga izvajalcev, ki jih je tak nadzor doletel.

Strokovni nadzor s svetovanjem je usmerjen na pregled delovnih razmer, vključno z usposobljenostjo izvajalcev. Izvaja se lahko rutinsko po programu, kot to predvidevajo predpisi, ali kot izredni strokovni nadzor ob težavah, ki se pojavljajo pri nudenju oskrbe. Lahko ga jemljemo za metodo za odkrivanje področij v oskrbi, kjer bi bilo treba vpeljati spremembe. Pomemben namen nadzora s svetovanjem je svetovanje zdravnikom, kako naj izboljšajo svoje delo. Odkrivanje razlik, odstopanj in škodljivosti je konservativen pristop k izboljšanju kakovosti, ki temelji na mnenju, da je mogoče z odkrivanjem in kaznovanjem (ali celo odstranjevanjem) slabih izvajalcev izboljšati kakovost (teorija gnilih jabolk). Teorija in praksa izboljšanja kakovosti je prerasla tako zasnovano in poudarja odkrivanje najboljših in spodbujanje prevzema njihovega dela tudi drugih izvajalcev (teorija zdravih jabolk). Kljub temu ima strokovni nadzor s svetovanjem svoj smisel predvsem zato, ker je to utečena oblika odkrivanja odstopanj z zagotovljenim financiranjem. Sistem kakovosti na ravni države ga lahko smiselno vključi v celovito obvladovanje kakovosti oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva.

Presoja novih postopkov oskrbe (uvajanje nove tehnologije in novih načinov zdravljenja) – pooblaščenice institucije opravijo testiranje in oceno. Naročnik je praviloma ministrstvo za zdrav-

je. Potrjevanje postopka oskrbe omogoča izvajalcem, da uporabljajo preverjene metode dela. Bolniku daje zagotovilo, da bo deležen učinkovitih in varnih postopkov zdravstvene oskrbe.

Presoja (potrjevanje) zdravstvenih ustanov oz. verifikacija je uradni postopek za pridobitev dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti v določenih prostorih.

Upravni nadzor izvaja ministrstvo za zdravje in je predvsem namenjen ugotavljanju nepravilnosti pri organizaciji zdravstvenega varstva in pravilnosti nudenja storitev državljanom. Gre za nadzor nad zakonitostjo dela zdravstvenih ustanov in zasebnih zdravstvenih delavcev. Nadzor je lahko reden ali izreden. Rednega načrtuje minister za zdravje, izredni nadzor pa se opravi na podlagi zahteve ali pobude bolnika, bolnikovega svojca ali skrbnika, zdravstvenega zavoda, delodajalca, pristojne zbornice, sodišča ali po lastni presoji (ministra).

Finančni nadzor izvaja Zavod za

zdravstveno zavarovanje Slovenije oziroma njegovi nadzorni zdravniki. Poudarek tega nadzora je na izpolnjevanju pogodbenih obveznosti in nepravilnosti v zvezi z izpolnjevanjem pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Povzetek ugotovitev nekaterih strokovnih nadzorov:

- razgovor o splošnih vprašanjih (organizacija dela, sodelovanje, novosti v zakonodaji, doktrinarna stališča stroke ...);
- preverjanje podatkov iz vprašalnika (poročila o opravljenih preventivnih zdravstvenih pregledih z ugotovitvami in konkretnimi predlogi ukrepov; ocene tveganja z izpostavitvijo posebnih zdravstvenih zahtev, obsegov preventivnih zdravstvenih pregledov in predlogov humanizacije delovnega okolja; aktivnosti promocije zdravja in izobraževanje delavcev in delodajalcev ...);
- ogled prostorov in opreme (velikost, razporeditev, ustreznost opreme in prostorov glede doktrinarnih zahtev našega dela ...);
- preverjanje strokovnosti na temelju medicinske dokumentacije (informacijski sistem, ki omogoča analize, poročila, odčitavanje preiskav, obsegi pregledov v skladu s pravilnikom in oceno tveganja);
- zaključni razgovor s svetovanjem (upoštevanje zakonodaje, sprejetih pravilnikov, doktrinarnih stališč stroke ter usmeritev dela stroke – večji pomen pro-



mocije zdravja, izobraževanje delodajalcev in zaposlenih, analiz negativnih kazalnikov zdravja, ergonomskih ukrepov, komunikaciji z delavcem in delodajalcem);

f) podpis na poročilu vedno najprej poda ocenjevani kolega, šele nato ocenjevalec, tako da ni možen očitak, da je poročilo zlonamerno ali celo nepošteno.

1. primer

Psihološki pregled zajema psihološki razgovor in aplikacijo potrebnih osebnostnih vprašalnikov in glede na namen pregleda izbranih preizkusov splošnih kognitivnih ter specifičnih zmožnosti pregledovanega ter strokovno interpretacijo rezultatov in mnenja. Noben posamezen psihološki inštrument ne more nadomestiti celovitega psihološkega pregleda z interpretacijo rezultatov in mnenjem, ki jih poda usposobljen psiholog. Avtomatične, v računalniku generirane interpretacije, ki jih »izdelajo« nekateri računalniško vodeni psihološki preizkusi, so lahko le v pomoč psihologu, nikakor pa ne morejo nadomestiti interpretacije rezultatov in mnenja, kot ga poda psiholog na podlagi celovitega psihološkega pregleda.

Sklep:

Psihološkega pregleda ne more in ne sme opraviti strokovnjak nobene druge stroke, tudi medicine dela ne, razen psiholog, usmerjen v psihologijo dela.

2. primer

ORL-klinika je o stabilometriji iz-

oblikovala jasno pisno mnenje, da stabilometrija ali Rombergova plošča ne more nadomestiti vestibulografije. Rombergova plošča ni namenjena testiranju ravnotežja, pač pa spremljanju premikanja težiščnice (je le zapis Rombergovega testa in ne da celovite informacije o ravnotežju, kot jo potrebujemo pri oceni delazmožnosti).

Sklep:

Na podlagi strokovnega znanja članov RSK, strokovne literature in mnenja ORL-klinike ocenjujemo, da stabilometrija ne daje ustreznih podatkov za oceno stanja ravnotežnostnega aparata. Edina primerna preiskava za to je bitermalni frekvenčni vestibulogram.

Zaključek

Osnovni cilj rednega strokovnega nadzora naj bo izboljšanje kakovosti oskrbe bolnikov. Če s takimi nadzori iščemo le odstopanja v slabo, neustrezno, ima to majhen vpliv na splošen dvig kakovosti. Bolje je, če nadzorni zdravniki ugotavljajo tudi dobre strani dela, ki jih potem spodbujajo pri nadzorovanem zdravniku in s svetovanjem prenašajo drugim zdravnikom. Pri vrednotenju zdravnikove strokovnosti morajo nadzorni zdravniki upoštevati veljavne predpise, sprejeta doktrinarna stališča in smernice ter izbrana merila za nadzor. Merila morajo biti splošno znana in naj bodo podprta z dokazi. Ker vemo, da idealnih ambulant in zdravnikov ni, je potreben dogovor v obliki smernic, kolikšno izpolnjevanje meril je še sprejemljivo.

Nekateri zdravniki se bojijo strokovnega nadzora s svetovanjem, vendar cilj teh nadzorov ni zastraševanje. Če se zdravnik pri svojem delu trudi biti strokoven in uspešen ter hkrati tudi ustrezno dokumentira, bodo to zagotovo lahko ugotovili tudi člani nadzorne komisije, zavedajoč se, da smo tudi zdravniki ljudje, ne pa idealni stroji. Kdor se ne poskuša približati k boljšemu, naj mu bo morebiten strokovni nadzor rajši spodbuda za izboljšanje kakovosti dela (preventivni smisel nadzora), ne pa zavora ali ovira za samostojno delo.

Zdravniške odločitve ne temeljijo na matematično jasnih postavkah, ampak so pogosto stvar ocene ali presoje. Tudi v najbolj idealnih okoliščinah je popolnoma nemogoče, da bi bile prav vse odločitve optimalne. Zgodi se lahko, da gre do stvari hudo narobe. Največkrat gre za splet okoliščin: netipičen potek bolezni, utrujenost in časovna stiska, slaba komunikacija z bolnikom ali svojci, slaba predaja bolnika ob zamenjavi zdravniške ekipe. Idealiziranje zdravnikov, ki naj bi bili nezmotljivi, je ne le ne-realno, temveč hudo škodljivo za vse: za zdravnike, bolnike in družbo v celoti. Mnogo bliže resnici je, če povzamemo po Svetem pismu: naj vrže kamen tisti, ki je brez greha. Zdravnike tako idealiziranje močno obremenjuje, ker jih ob razkritju napake javnost in celo kolegi obsojajo kot najbolj zvržene zločince. Zato je razumljivo, da je pri nas izjemno malo prijav zdravniških napak: težko bi našli



zdravnika, ki se bo sam pribil na sramotilni steber. Dejstvo je, da večina zdravniških napak ostaja v zaprtem krogu in ne pride niti do strokovne obravnave, kaj šele do opravičila bolniku ali javnega pojasnila. Prikrivanje napak pa seveda najbolj škodi bolnikom in družbi v celoti. Zdravnikove napačne odločitve nikakor ne smemo jemati kot nekaj samoumevnega. Vsako napako, še posebej tako z resnimi ali usodnimi posledicami, moramo resno strokovno in organizacijsko analizirati. Edino prav pa je, da napake ne povezujemo z obvezno kazensko odgovornostjo. Zavračamo prakso našega sodstva, ki podpira zavarovalnice v absurdnem pogoj, da bolniku izplačajo odškodnino le v primeru kazenske odgovornosti zdravnika. Taka sodna praksa napeljuje zdravnika k prikrivanju napake. Manjši del zdravniških napak res sodi pod kazensko odgovornost, veliko večino pa bi morali rešiti s strokovno analizo, opravičilom bolniku in primerno odškodnino.

Literatura

Anon. Kodeks medicinske deontologije. ISIS 1992, 1997.
 Anon. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. (2006). Robida, A. (ur.). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
 Anon. Pravilnik o strokovnem nadzoru s svetovanjem. Ur. l. RS, 35-1651/00.
 Anon. Zakon o zdravniški službi. Ur. l. RS, 98/99.
 Anon. Zakon o zdravstveni dejavnosti. Ur. l. RS, 9/91 z dopolnitvami.
 Anon. Zakon zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Ur. l. RS, 9/459/92 z dopolnitvami.
 Anon. Zapisniki RSK za medicino dela, prometa in športa, 2010-2012.
 Balažič, J. (2002). Obravnava zdravstvene napake skozi zgodovino. Kersnik, J. (ur.). Zdravstvene napake. Ljubljana: SZD-ZZDM, 7-9.
 Drev, A. V Sloveniji je premalo dobrih zgledov (pogovor z dr. M Cerarjem). Polet, 3. 1. 2012.
 Kersnik, J. (2002). Zagotavljanje in izboljšanje kakovosti. Družinska medicina, Združenje zdravnikov družinske medicine. Ljubljana:

SZD, 724-30.

Kersnik, J. Človeški dejavniki pri napakah. (2002). Kersnik, J. (ur.). Zdravstvene napake. Ljubljana: SZD- ZZDM, 51-6.

Kersnik, J. Kakovost oskrbe. (1998). Kersnik, J. (ur.). Kakovost v splošni medicini. Ljubljana: SZD-SSM.

Kersnik, J. Kakovost v zdravstvu. (2010). ZZDM, Zbirka PIP.

Kersnik, J. Opredelitev in oblike zdravstvenih napak. (2002). Kersnik, J. (ur.). Zdravstvene napake. Ljubljana: SZD-ZZDM, 11-6.

Kolšek, M. Strokovni nadzor s svetovanjem. (2002). Kersnik, J. (ur.). Zdravstvene napake. Ljubljana: SZD-ZZDM, 121-6.

Leape, L. L. Error in medicine. (1994). Boston: JAMA, 272: 1851-7.

Pajntar, M., Verdenik, I., Leskošek, B. Kakovost v zdravstvu Slovenije. (2004). ISIS, 13: 42-7.

Robida, A. Napake so kot dihanje, ne da se jih preprečiti. Dnevnik, 19. 12. 2009.

Šostar, A. Management kakovosti. (2000). Maribor: UM Fakulteta za strojništvo, Tiskarna tehniških fakultet,

Švab, I. Značilnosti zdravstvenih napak v družinski medicini. (2002). Kersnik, J. (ur.). Zdravstvene napake. Ljubljana: SZD-ZZDM, 43-50.

West, E. Organisational sources of safety and danger. Sociological contributions to the study of adverse events. Quality in Health care 2000; 9: 120-6.

Zwitter, M. Kdo je zdravniškemu poklicu ukradel idealizem. Delo, 2. 8. 2012.