



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE



8. Dnevi Angele Boškin
PRIMERI IZ PRAKSE – SMO ZRELI, DA SPREGOVORIMO O
NELJUBIH DOGODKIH?



ZBORNİK PRISPEVKOV

23. oktober 2015, hotel Špik, Gozd Martuljek

8. DNEVI ANGELE BOŠKIN: PRIMERI IZ PRAKSE – SMO ZRELI, DA SPREGOVORIMO O NELJUBIH DOGODKIH?

Urednica:

Mateja Bahun

Programski odbor:

Mateja Bahun
Sandra Jerebic
Tanja Pristavec
Karmen Janša
Marija Mežik Veber

Organizacijski odbor:

Tanja Pristavec
Mateja Bahun
Andreja Kraigher
Sandra Jerebic
Marija Mežik Veber
Karmen Janša
Mojca Strgar
Alenka Bijol
Jana Lavtižar
Nada Macura Višić
Zorica Panić

Izdala in založila:

Splošna bolnišnica Jesenice

Oblikovanje in tisk: Antus, d.o.o. Jesenice

Naklada: 200 izvodov

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

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

614.2:005.336.3(082)(0.034.2)

DNEVI Angele Boškin (8 ; 2015 ; Gozd Martuljek)

Primeri iz prakse - smo zreli, da spregovorimo o neljubih dogodkih? [Elektronski vir] : zbornik prispevkov / 8. dnevi Angele Boškin, 23. oktober 2015, Gozd Martuljek ; [urednica Mateja Bahun]. - El. knjiga. - Jesenice : Splošna bolnišnica, 2015

ISBN 978-961-93891-0-2 (pdf)

1. Gl. stv. nasl. 2. Bahun, Mateja

281355520

KAZALO

SMO ZRELI, DA SPREGOVORIMO O NELJUBIH DOGODKIH? ODGOVOR JE V KULTURI SODELOVANJA, V "IZDELKU", KI GA VODJE DOBAVLJAJO ZAPOSLENIM Marko Kiauta	1
KOMUNIKACIJA V PROCESU ZDRAVSTVENE OSKRBE – PREDNOSTI IN SLABOSTI UPORABE E-POŠTE Jana Bogdanovski	9
OPTIMIZIRAN PROCES LAHKO PREPREČI NELJUBI DOGODEK Sandra Jerebic.	15
POMEN DOBRO DEFINIRANEGA PROCESA NA KAKOVOST ZDRAVSTVENE OSKRBE Saša Kadivec, Danica Šprajcar	21
NEŽELENI DOGODKI IN MEDICINSKE SESTRE – SI UPAMO SPREGOVORITI? Tatjana Trotojšek, Nika Škrabl	25
VZROČNO POSLEDIČNA KONFERENCA Tanja Pristavec, Zorica Panić, Manca Pogačnik	31
NEUSTREZNA PREDAJA PACIENTA LAHKO POVZROČI NELJUBI DOGODEK Mojca Strgar, Nada Macura Višić, Mateja Bahun	37
DEJAVNIKI V STRATEGIJI PREPREČEVANJA PADCEV Mojca Dobnik, Brigita Skela Savič.	45
NEPREKINJENO STROKOVNO IZOBRAŽEVANJE LABORATORIJSKIH DELAVCEV – MODEL ZA ZAGOTAVLJANJE VARNEGA LABORATORIJSKEGA TESTIRANJA Urška Lužnik, Simon Brlogar, Ivica Avberšek-Lužnik.	53
NEŽELENI DOGODKI PRI UPORABI ZDRAVIL – ALI SE JIM LAHKO IZOGNEMO? Brigita Mavsar-Najdenov	59
IZBOLJŠANJE OBRAVNAVE PACIENTOV NA RADIOLOŠKEM ODDELKU ONKOLOŠKEGA INŠTITUTA LJUBLJANA Anastazija Šelih, Anita Plaustejner, Nuša Germ	67
KOLEKTIVNA RAST S SPREMLJANJEM NELJUBIH DOGODKOV Jožica Rešetič	75
MULTIDISCIPLINARNO REŠEVANJE PRITOŽB PACIENTOV Z NAMENOM IZBOLJŠANJA KAKOVOSTI IN VARNOSTI ZDRAVSTVENE OSKRBE Ivan Tandler	85
OBVLADOVANJE IZBRUHOV VEČKRATNO ODPORNIH BAKTERIJ V REGIONALNI BOLNIŠNICI V LETU 2014 Helena Ribič, Jana Lavtižar	91

PROGRAM

7.45 – 8.15	Registracija
8.15 – 8.45	Uvodni pozdravi
Moderatoriki: Sandra Jerebic, Brigita Mavsar Najdenov	
8.45 – 9.05	Bernarda Kociper Opozorilni nevarni dogodki - namen in poročanje
9.05 – 10.50	Ksenija Benedetti Protokolarna pravila
10.50 – 11.10	Marko Kiauta Smo zreli, da spregovorimo o neljubih dogodkih? Odgovor je v kulturi sodelovanja, "izdelku", ki ga vodje dobavljajo zaposlenim
11.10 – 11.20	Razprava
11.20 – 11.30	Odmor
Moderatoriki: Mateja Bahun, Jana Lavtižar	
11.30 – 11.50	Jana Bogdanovski Komunikacija v procesu zdravstvene oskrbe – prednosti in slabosti uporabe e-pošte
11.50 – 12.10	Sandra Jerebic Optimiziran proces lahko prepreči neljubi dogodek
12.10 – 12.30	Saša Kadivec, Danica Šprajcar Pomen dobro definirane procesa na kakovost zdravstvene oskrbe
12.30 – 12.50	Tatjana Trotovec, Nika Škrabl Neželene dogodki in medicinske sestre – si upamo spregovoriti?
12.50 – 13.10	Mojca Strgar, Nada Macura Višič, Mateja Bahun Neustrezna predaja pacienta lahko povzroči neljubi dogodek
13.10 – 13.25	Razprava
13.25 – 14.30	Odmor za kosilo
Moderatoriki: Mojca Strgar, Tina Ahačič	
14.30 – 14.50	Tanja Pristavec, Zorica Panič, Manca Pogačnik Vzročno posledična konferenca
14.50 – 15.10	Mojca Dobnik, Brigita Skela Savič Dejavniki v strategiji preprečevanja padcev
15.10 – 15.30	Urška Lužnik, Simon Brlogar, Ivica Avberšek-Lužnik Neprekinjeno strokovno izobraževanje laboratorijskih delavcev – model za zagotavljanje varnega laboratorijskega testiranja
15.30 – 15.50	Brigita Mavsar Najdenov Neželene dogodki pri uporabi zdravil - ali se jim lahko izognemo.
15.50 – 16.05	Razprava
16.05 – 16.35	Odmor s pogostitvijo ali »da bo lažje zdržati do konca«
Moderatoriki: Tanja Pristavec, Karmen Janša	
16.35 – 16.55	Anastazija Šelih, Anita Plaustejner, Nuša Germ Izboljšanje obravnave pacientov na radiološkem oddelku Onkološkega inštituta Ljubljana
16.55 – 17.15	Jožica Rešetič Kolektivna rast s spremljanjem neljubih dogodkov
17.15 – 17.35	Ivan Tandler Multidisciplinarno reševanje pritožb pacientov z namenom izboljšanja kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe
17.35 – 17.55	Helena Ribič, Jana Lavtižar Obvladovanje izbruhov večkratno odpornih bakterij v regionalni bolnišnici v letu 2014
17.55 – 18.10	Razprava
Konec srečanja	

UVODNE MISLI

Prva medicinska sestra in socialna delavka v Sloveniji in takratni Jugoslaviji – Angela Boškin – se je rodila 6. junija 1885. Ko je odrasla je smisel svojega življenja iskala na področjih pomoči sočloveku. Pri tem so ji zbudile zanimanje ženske v modrih oblekah, ki so jim rekli »Plave sestre« - negovalke bolnikov šolane v Dunajskem zavodu splošne bolnišnice in klinik. Njeno šolanje se s 27. januarjem 1919 smatra za začetek delovanja takratne skrbstvene sestree, oziroma današnjih medicinskih sester in socialnih delavcev v Sloveniji.

Ponosni smo, da lahko že osmo leto zapored naše strokovno srečanje nosi ime Angele Boškin, ker s tem obeležujemo njene začetke delovanja v Sloveniji. S tem želimo nadaljevati pot plemenitega poklica, ki ima na gorenjskem, točneje na Jesenicah tradicijo vse od ustanovitve zdravstvene dejavnosti naše bolnišnice od leta 1948. Želimo si slediti ciljem, temeljem in usmeritvam stroke in poklica, ki so vodili že Angelo Boškin.

Letošnja tema strokovnega srečanja Angele Boškin nosi ime: **Primeri iz prakse - smo zreli, da spregovorimo o neljubih dogodkih?** Nenehno zavedanje zdravstvenih delavcev, da gre kdaj lahko tudi kaj narobe, mora biti prioriteta vsakega. Biti o tem sposoben spregovoriti je naša dolžnost, hkrati pa s tem kažemo na zrelost zaposlenih v zdravstvenih ustanovah. Da pridemo do stopnje odkritega poročanja je potrebno vzpostaviti ustrezno okolje, v katerem se zaposleni zavedajo, da so morebitna poročanja neljubih dogodkov njihova dolžnost in hkrati privilegij sodelovanja pri izpopolnjevanju varnega zdravstvenega sistema. Hkrati je s tem potrebno opozoriti in zagotoviti tudi ustrezen odziv vodstvenih struktur posameznih organizacij in uvedbo sistemskih varnostnih rešitev za izboljšanje varnosti za paciente. V veliko veselje nam bo, če bomo tudi z letošnjim strokovnim srečanjem Angele Boškin prispevali korak več na poti k še bolj varnem zdravstvenem sistemu.

V imenu Splošne bolnišnice Jesenice se zahvaljujem vsem, ki ste s svojimi strokovnimi članki prispevali h kakovosti strokovnega srečanja in širitvi našega znanja s področja kulture varnosti v zdravstvu. Zahvaljujem se tudi kolegicam organizacijskega in programskega odbora.

Tanja Pristavec, mag. zdr. neg.

Pomočnica direktorja za zdravstveno nego in oskrbo

SMO ZRELI, DA SPREGOVORIMO O NELJUBIH DOGODKIH? ODGOVOR JE V KULTURI SODELOVANJA, V "IZDELKU", KI GA VODJE DOBAVLJAJO ZAPOSLENIM

Marko Kiauta

IZVLEČEK

Prispevek obravnava kulturo sodelovanja kot del delovne kulture, ki odloča o uspešnosti komunikacije o napakah v organizacijah. Kultura sodelovanja je v prispevku obravnavana kot socialno zdravje organizacije. Sposobnost komunikacije o napakah je pomemben vidik socialnega zdravja. Vrednost, ki ga vodje dobavljajo svojim podrejenim so njihova delovna mesta. Skupni izdelek vseh vodij neke organizacije paj je kultura delovnega okolja, v katerem zaposleni delujejo. Vodje razvijajo ozaveščenost zaposlenih o vlogi njihovega dela, načrtujejo in zagotavljajo komuniciranje, vključno s tistimi o napakah. To je okolje, v katerem "rastejo" izboljšave, ki temeljijo na učenju iz prepoznanih primerov dobrih praks in iz učenja iz napak. Mnogi nekompetentni vodje se lotevajo zagotavljanja tega zdravja organizacij kot zdravilci, ne da bi upoštevali z dokazi podprte pristope. Posledica takega pristopa so nezavzeti zaposleni in pa tudi pregorevanje mnogih. Da je temu tako pojasnjuje raziskava, obravnavana v prispevku. Predstavljeni so pogledi o nekaterih značilnost vodij, ki svojim nalogam niso dorasli in sistemi organiziranosti ne sledijo potrebam časa. Obravnavane so karakteristike dobrega sogovornika, lastnosti, ki jih naj razvijajo vodje, najprej pri sebi in potem še pri svojih podrejenih. Za razvoj kulture sodelovanja je potrebno, da vodja z različno zavzetimi komunicira različno. Zavzeti potrebujejo voditelja, ki jim daje čim več prostosti (svoboda), nezavzeti potrebujejo varnost enakosti tako, da dobijo od vodje jasno zahtevo naloge, s predpisi navodila o načinu (enakost) in nadzor, ki jih razbremenjuje osebne odgovornosti, aktivno nezavzeti pa potrebujejo s strani vodje spoštovanje človeškega dostojanstva (bratstvo). Obravnavane vsebine so podprte s standardi s področja vodenja kakovosti.

KLJUČNE BESEDE: socialno zdravje organizacij, komuniciranje, zavzetost

1 IZHODIŠČA ZA PRISPEVEK

Kot inženir elektronike sem delal v razvoju zahtevnih profesionalnih elektronskih naprav, kot sta na primer proti-radarska zaščita, radio-kompas za (vojaška) letala ali varnostna avtomatika v železniškem prometu. Delal sem v velikem sistemu Iskre, kjer nas je takrat bilo 36.000 zaposlenih, kar je primerljivo s številom zaposlenimi v zdravstvu. Ena najpomembnejših dejavnosti je bila prepoznavanje napak, njihovo odpravljanje in pa, najpomembnejše, odpravljanje vzrokov zanje. Ugotovil sem, da je odpravljanje vzrokov za napake nemogoče brez aktivnega sodelovanja ljudi. Da to ni mogoče brez

kulture pripravljenost obravnavanja vzrokov za napake in preseganja iskanja krivde in obtoževanja. Tema konference je priložnost, da strnem vtise, ki so se v desetletjih nabrali o tem. Obravnavo sem omejil na vsebino, ki jo vidim kot področje, na katerem univerzalno veljajo enotne temeljne zakonitosti, ne glede na področje obravnave varnosti v zdravstvu, letalstvu, bankah, farmaciji, šolstvu,...

Bralci si boste lahko sami ustvari upravičenost teze, da tako, kot matematika velja za področja vseh strok enako, tako veljajo za vse stroke enako tudi osnovne zakonitosti varnosti. (Ne)sposobnost komunikacije o napakah je lahko obravnavamo kot parameter socialnega zdravja. Ob tej predpostavki se lahko vprašamo, kako se socialno bolne organizacije zdravi, z na dejstvih temelječem pristopu, ki vključuje prepoznavanje simptomov, diagnozo in terapijo? To je namreč ločnica med v Sloveniji uveljavljenim pojmom "zdravilstva" in uradnimi znanostmi zdravstvene obravnave. In tako, kot uradna medicina oporeka upravičenost delovanja zdravilcev na področju zdravja ljudi, tako lahko kot zdravilce, ki zdravijo organizacije, lahko vidimo vodje, ki nimajo potrebnih kompetenc za vodenje. Gallupova raziskava (2014) za ZDA v letu 2013 ugotavlja, da je 80% in več vodij osebno in po usposobljenosti neprimernih za vodenje. Vključene zahteve standardov, ki se tičejo vsebine.

Parametri socialnega zdravja Iz nekaterih definicij socialnega zdravja (Lara-Braud, 1999) lahko izpostavimo socialno zdravje kot sposobnost: druženja z drugimi ljudmi; razvijati in ohranjati odnose oziroma sodelovati z drugimi; spoštovanja drugih in sebe; razumevanja (kulturnega) konteksta družbe; zblíževanja; sklepanja prijateljstev; učinkovitega komuniciranja; razreševanja konfliktov, preseganje različnosti; razvijanja občutka pripadnosti; voditeljske vloge

2. KAJ JE "IZDELEK" VODIJ?

2.1 VODJE DOBAVLJAJO" DELOVNA MESTA" ZAPOSLENIM

Naloga vodje je, da podrejenim omogočijo optimalne možnosti dela, glede na razmere v organizaciji. Poenostavljeno lahko rečemo, da svojim podrejenim dobavljajo "delovno mesto". V novem ISO 9001:2015 je v zvezi z tem tudi zahteva 7.1.4 **Okolje za delovanje procesov** (okolje v katerem delajo izvajalci; MK), ki med drugim zahteva primerno delovno okolje, ki je lahko kombinacija človeških in fizičnih dejavnikov, kot so družbeni dejavniki (npr. nediskriminatornost, mirnost, nekonfliktnost) ali psihološki dejavniki (npr. zmanjševanje stresa, preprečevanje izgorelosti, čustvena zaščita). Glede **zmanjševanja stresa** se zdi primerno prisluhniti sledečemu nauku:

Psiholog je hodil okoli po sobi, medtem ko je poučeval občinstvo o obvladovanju stresa. Ko je dvignil kozarec vode, so vsi pričakovali, da bo vprašal, ali je ta kozarec na pol prazen ali na pol poln. Namesto tega pa je z nasmehom na obrazu vprašal: »Koliko je težak ta kozarec vode?» Odgovori so bili različni, od 80 pa do 500 gramov. Psiholog je odgovoril, da absolutna teža sploh ni pomembna. To je odvisno od tega, kako dolgo ga držim. Če ga držim eno minuto, to sploh ni problem, če ga držim eno uro, bom imel bolečine v roki, če ga držim en dan, bo moja roka otopela in paralizirana. V vsakem

primeru se teža kozarca ne spremeni, vendar dlje kot ga držim, težje postaja. Nato je nadaljeval: »Stres in skrbi v življenju so kot kozarec vode. Razmišljaj o njih kratek čas in nič se ne bo zgodilo. Razmišljaj o njih dlje časa in začnejo boleti. Razmišljaj o njih cel dan in počutil se boš paraliziranega in ne boš sposoben narediti ničesar.« (podčrtal avtor glede na temo prispevka)

S tem da vodje ustvarijo kulturo sposobnosti obravnave neljubih dogodkov, omogočijo, da ljudje odlagajo "kozarce vode", da jim "roka ne otopi".

2.2 VODJE RAZVIJAJO KULTURO DELOVNEGA OKOLJA

Skupni izdelek vseh vodij neke organizacije je kultura delovnega okolja, v katerem zaposleni delujejo. Seveda je ta kultura rezultat vplivov vseh zaposlenih, a niso vsi zaposleni za vse enako dobri. Vodje naj bi bili izbrani ravno zaradi njihove nadpovprečne sposobnosti vplivati na primerno delovno kulturo. Standard oSIST prENISO 9000:2014, z enim načel kakovosti v točki 2.3.3 **Voditeljstvo** določa da *"Voditelji na vseh nivojih vzpostavljajo enotnost namena in usmeritev in ustvarjajo pogoje v katerih se zaposleni zavzemajo za doseganje ciljev kakovosti organizacije."* V razlagi poudarja, da ustvarjanje enotnosti namena ter usmeritve in zavzetosti zaposlenih omogoča organizaciji uskladiti njene strategije, politike, procese in vire za doseganje njenih ciljev. Med ključnimi koristmi navaja *"Izboljšana komunikacija med nivoji in funkcijami v organizaciji"*. Kot možne aktivnosti, ki vodijo k temu navaja *"komunicirajte o poslanstvu, viziji, strategiji, politikah in procesih; Ustvarite trajne skupne vrednote, poštenost in etične modele obnašanja na vseh nivojih organizacije; Vzpostavite kulturo zaupanja in integritete"*.

2.3 VODJE ZAGOTAVLJAJO OZAVEŠČENOST ZAPOSLENIH

Na to, da je naloga vodij zagotavljati svojim zaposlenim razumevanje smisla dela organizacije, oddelka v katerem delajo in pa dela, ki ga sami opravljajo, opozarja nova verzija standarda SIST ISO 9001:2015 v zahtevi točke 7.3 **Ozaveščenost**, v kateri določa, da *"mora organizacija zagotoviti, da se osebje, ki dela pod njenim nadzorom, zaveda ...posledic neizpolnjevanja zahtev sistema vodenja kakovosti"*. Več o zavzetosti prinaša standard oSIST prENISO 9000:2014, z enim načel kakovosti v točki **2.3.4 Zavzetost ljudi (engagement of people)**...*"Za uspešno in učinkovito upravljanje organizacije je pomembno vključevanje in spoštovanje vseh ljudi na vseh nivojih. Prepoznavanje, opolnomočanje (empowerment) in povečevanje kompetentnosti omogoča, da se ljudje zavzemajo pri doseganju ciljev kakovosti organizacije.... To prinaša "...povečano vključevanje zaposlenih v aktivnosti izboljševanja, povečano osebna rast, iniciativnost in kreativnost; prinaša povečano zadovoljstvo, zaupanje in sodelovanje zaposlenih po celi organizaciji..."* Aktivnosti, s katerimi se to dosega so lahko: *"Komunicirajte z ljudmi da spodbujate razumevanja njihovega individualnega prispevka; Spodbujajte sodelovanje med vsemi v organizaciji (proti silosom; MK); Omogočajte / spodbujajte diskusije in izmenjavo znanja in izkušenj; Pooblaščajte / opolnomočajte (empower) zaposlene da ugotavljajo omejitve izvajanja (njihovega*

dela; MK) in da brez strahu dajejo pobude; Prepoznavajte in priznavajte doprinos zaposlenih, njihovo učenje in izboljševanje; Omogočajte samoevalvacijo rezultatov (delovanja) v primerjavi z osebnimi cilji; Izvajajte raziskave zadovoljstva zaposlenih, komunicirajte o rezultatih teh raziskav in ustrezno ukrepajte.

Sposobnost odnosov je eden bistvenih parametrov socialnega zdravja Ena od razširjenih metod za evalvacijo oziroma samo-evalvacijo je metoda 360°. V smislu merjenja socialnega zdravja pri tej metodi ne sprašujemo, kako nekdo vidi sebe in drugi njega. Predmet obravnave naj bodo **odnosi**, ki jih boljše ali slabše zmore obravnavana oseba.

2.4 VODJE NAČRTUJEJO IN ZAGOTAVLJAJO KOMUNICIRANJE

Da vodje dosežejo tako ozaveščenost zaposlenih je poleg osebnega zglada potrebna tudi primerna komunikacija. Zato je del poslanstva vodij tudi, da načrtujejo in zagotavljajo izvajanje komunikacije. Na to opozarja SIST ISO 9001:2015 v zahtevi točke 7.4 **Komuniciranje**. Ta nova verzija standarda prinaša bistveno bolj konkretne zahteve: *"Organizacija mora opredeliti notranje in zunanje komuniciranje, ki je pomembno za sistem vodenja kakovosti, vključno s podatki: a) o čem bo komunicirala, b) kdaj bo komunicirala, c) s kom bo komunicirala, d) kako bo komunicirala, kdo bo komuniciral".* V zahtevi 7.2.3 **Komuniciranje z odjemalci** pa določa, da mora organizacija vzpostaviti in izvajati sistem komuniciranja o vsebinah: *"...neskladnosti, vključno z skorajšnjimi napakami (near misses), incidenti in odkloni."*

2.5 VODJE ZAGOTAVLJAJO HRANJENJE IN OBRAVNAVO INFORMACIJ O ODKLONIH

Kot obvezno ta standard tudi določa obvladovanje informacij o odklonih, ki so v tem standardu označeni s pojmom "neskladni izhodov". Točka 8.7.2 **Organizacija mora hraniti dokumentirane informacije** zahteva obvladovanje informacij, ki: *"a) opisujejo neskladnost, b) opisujejo sprejete ukrepe, c) opisujejo pridobljeno dovoljenje za (eventualno; MK) izvzetje, d) identificirajo organ, ki je sprejel odločitev za ukrepanje glede neskladnosti"*.

3 KO VODJE SVOJIM NALOGAM NISO DORASLI

Pomembnost vloga vodij ni samo v času priprav in izvedbe načrtovanega (PD iz PDCA kroga). Še pomembnejša je v fazi učenja (preverjanja in analize, CA iz PDCA kroga). Iz česa pa se lahko največ naučimo? Učimo se iz dogodkov, ki so povsem zunaj povprečja, tako v negativni kot v pozitivni smeri.

Iskanje dokazov, da je vse (vodja) OK Zavedati se moramo, da večinoma najdemo le to kar iščemo. Sicer vidimo tudi drugo, a tega ne ozavestimo toliko, da bi nam lahko kaj pomagalo. Vodje, ki svoji nalogi niso povsem dorasli, iščejo dokaze, da je delo, glede na možnosti, primerno opravljeno in si želijo le informacij, ki potrjujejo da področje, za katerega so odgovorni, dela dobro.

Dokazi o odklonih Ne želijo si informacij o negativnih pojavih, saj bi to sprožilo težje diskusije, ki jim morda niso kos. Ogrožena bi bila njihova vloga (apriorne) avtoritete.

Dokazi o primerih dobre prakse Prav tako si ne želijo prepoznavati nadpovprečno dobrih primerov, saj bi se pri tem domnevno povečevala vplivnost zaposlenih, ki so nosilci teh nadpovprečnih dosežkov. In tako lahko bi rasli potencialni konkurenti sedanjega vodje. *S tem povzročajo izgubljene priložnosti učenja od najboljših in učenja iz napak.*

Zadušeni viri novega znanja V obeh primerih sta zadušena dva najdragocenejša vira novega znanja. Ti vodje se branijo, da ni časa za komunikacijo, saj da je drugega dela preveč. Katero delo vodij, pa je tako pomembno, da nimajo časa za komunikacijo s podrejenimi? Tako ne pride do novega znanja in njegove uporabe – izboljšav. Ker pa se svet premika, delo v takšnem okolju vedno težje lovi korak s časom. Taki vodje se izgovarjajo, da je premalo ljudi in premalo denarja. Vendar se ne zavedajo dejstva, da **več istega ni izboljšava**. Stanje kritičnega pomanjkanja denarja in ljudi se kaže v vseh delih družbe, ki uvaja le nove tehnologije-”koščke”, te pa ne povezuje kot ”delčke” v nove sistemske ureditev. Zelo poenostavljeno povedano, kot da bi podjetje za prevoz uvajalo v svoje kočije sodobno lakiranje, GPS, najboljše gume, najnovejše luči in klimo, a bi še vedno ostajale pri konjski vpregi. Z nekoliko pretirane svobode pri metafori, lahko uspešen razvoj vodij na vseh nivojih v zdravniške socialnega zdravja organizacije, vidimo kot zamenjavo ”konjev” z ”motorji”.

Na potrebnost takega pristopa opozarja Priročnik za pozitivno evolucijo (De Bono, 2005) in ponatis z dopolnjenim naslovom Priročnik o pozitivni revoluciji v razmišljanju (De Bono, 2014). V poglavju Učinkovitost in akcija opozarja, da je problem sedanje družbe, da...” *ljudje, ki imajo oblast vse prevečkrat svojo inteligenco uporabljajo predvsem za zaščito svoje pozicije in preživetje. Gledajo na svoje kratkoročne interese. Potrebujejo vso svojo energijo in inteligenco za svojo obrambo. Pobude so tvegane, ker samo potrjujejo prijatelje in ustvarjajo sovražnike. In inteligentni podrejeni takih vodij v glavnem uporabljajo svojo inteligenco za napade, kritiko in grajanje drugih oseb (ne vodij, MK). To je lahko in ne predstavlja visokega tveganja. Hkrati pa je to visoko cenjena zahodna tradicija ”kritično iskanje resnice”. Vsi drugi pa so dovolj inteligentni, da so pasivni, imajo svoje lastno življenje.* (nezavzeti; MK) De Bono v uvodu knjige opozarja da negativnost ni najvišja naloga inteligence, ampak je podobna joku otroka, ki nima boljšega načina opozoriti nase in ni zmožen delovati (aktivno nezavzeti; MK). Za razvoj kulture sodelovanja je potrebno, da vodja z različno zavzetimi komunicira različno. Zavzeti potrebujejo voditelja, ki jim daje čim več prostosti (**svoboda**), nezavzeti potrebujejo varnost enakosti tako, da dobijo od vodje jasno zahtevo naloge, s predpisi navodila o načinu (**enakost**) in nadzor, ki jih razbremenjuje osebne odgovornosti, aktivno nezavzeti pa potrebujejo s strani vodje spoštovanje človeškega dostojanstva (**bratstvo**) (Kiauta, 2015).

4 O KOMUNICIRANJU

”Resnica se začne z dvema” - Walter Tubbs

Smo zreli, da spregovorimo o tem, kar je povezano z našo odgovornostjo? Pogovor je temelj sodelovanja, ki obema stranema širi zorni kot in povečuje realnost naših pogledov. Ko spregovorimo, smo poklicani, da se o zadevi najprej sami opredelimo in sebi povemo kaj o nečem mislimo. Če imamo dobrega sogovornika je to lažje in bolj ustvarjalno. S svojim umom in vedenjem nam pomaga preverjati razumljivost in verodostojnost naših informacij in pogledov.

Štirje pogoji za odlično komuniciranje

Za pogovor je potrebnih več pogojev (Powell, Brady, 1995):

(1) Za pogovor si je najprej potrebno vzeti čas.

(2) Da lahko sogovornik pove kar misli, moramo biti dovolj časa tiho, da sogovornik lahko pove kar želi. S tem zagotovimo da tako druženje ni le ”govoriti nekemu” (talking to) temveč govoriti z” (talking with).

(3) Da sporočila sogovornika pridejo v našo zavest pa je potrebno, da ga, med tem ko govori, tudi poslušamo. Premagati moramo skušnjavo, da ob tem, ko sogovornik govori, ne poslušamo, temveč razmišljamo, kaj bomo govorili, ko bo sogovornik umolknil.

(4) V tretjem koraku smo sogovornika slišali. Da ga pa tudi razumemo, je potrebno, da povedano vsebino sogovornika skušamo razumeti v kontekstu njegovega dojetanja teme pogovora. Kako težko je razviti to 4. stopnjo, da misliti nauk Konfucija, ki je poročal, da se je njemu ”uho odprlo” šele po 70-tem letu (Yu Dan, 2009).

Razlagal je, da je kontekst sogovornika mogoče razumeti le, če sta oba na istem nivoju. Torej je naloga razvitejšega, da se sogovorniku prilagodi. Kitajci imajo pregovor: *”Dva oblaka lahko sprožita dež le, če se srečata na isti višini”*. Kako je višino – kontekst sogovornika potrebno prilagoditi vsakemu sogovorniku posebej, pa govori kitajska zgodba: *Moški je v gozdu lovil zajca. Ta se je na begu zaletel v drevo in omedlel. Moški ga je ujel. Od tedaj je moški vedno kadar je šel loviti zajca, čakal pri tem drevesu, da spet kakšen tam omedli. A pri tistem drevesu ni bilo nobenega zajca več.*

5 ZAKLJUČEK – ”PREVEČ JE SLABŠE KOT PREMALO”

To je stara konfucijanska modrost, ki opozarja na škodljivost pretiranega uveljavljanja svoje moči. Povečevanje moči, ki istočasno ne razvija večje odgovornosti, je škodljivo za tiste, ki to moč uporabljajo, kakor tudi za tiste, nad katerimi jo uporabljajo. Zavedanje in upoštevanje tega v angleščini pojmujejo kot ”humility”, kar je v slovenščini žal splošno razumljeno kot slabšalni pojem ”ponižnost”. Ponižnost se kaže tudi v tem, da si nekdo, ki je na visokem položaju in je vrhunsko usposobljen v svoji stroki, ne jemlje pravice odločati na področju, za katerega ni usposobljen in da spoštljivo povabi k reševanju takih problemov strokovnjake iz zadevnega področja. Da je pripravljen z njimi enakopravno (interaktivno) iskati ustreznost rešitev. Da stopi iz komunikacijsko sodelovalnega silosa hierarhije oziroma stroke.

LITERATURA

- Lara-Braud J., 1999, Chair COMMUNITY ACTION NETWORK Dostopno na: <https://answers.yahoo.com/question/index?qid=20100425031326AA8PRQB>.
- Gallup's State of American Workplace report. Blue Ocean Leadership; Harvard Business Review, May 2014.
- Powell J, Brady L., 1995. Se bo izkazal moj pravi jaz? 25 smernic za dobro komunikacijo. Ljubljana : Župnijski urad Ljubljana-Dravlje, 1995.
- De Bono E., 2005. Priročnik pozitivne evolucije, IPAK Velenje, 2005.
- De Bono E., 2014. Priročnik pozitivne revolucije v razmišljanju Maribor : Rotis, 2015.
- Kiauta M., 2015. SIST ISO 26000, Podpora družbeno odgovornemu vodenju, The 10th IRDO international conference, 2015, Maribor.
- Dan Y., 2009. Konfucij iz srca. Brežice : Primus, 2009 .
- oSIST prENISO 9000:2014. Sistemi vodenja kakovosti – osnove in slovar.
- SIST ISO 9001:2015. Sistemi vodenja kakovosti – zahteve.

KOMUNIKACIJA V PROCESU ZDRAVSTVENE OSKRBE – PREDNOSTI IN SLABOSTI UPORABE E-POŠTE

Jana Bogdanovski

IZVLEČEK

Pomena notranjega obveščanja in pretoka informacij se vsi dobro zavedamo, uporabljamo najrazličnejša dobro razvita komunikacijska orodja in na voljo imamo čedalje sodobnejšo elektronsko opremo. Skoraj vso komunikacijo lahko opravimo s pisarniškega stola ali z domačega kavča, našo storilnost povečuje bliskovita hitrost sporočanja po elektronski pošti, pametnem telefonu ali tablici, zahteve po nenehni dosegljivosti in čim hitrejši odzivnosti so vsak dan večje. Polni smo teoretičnega znanja o komunikacijskih veščinah. Kako je mogoče, da se večina delovnih nesporazumov v resnici izkaže za komunikacijske?

Elektronska pošta, ki jo danes v službi in doma uporabljamo skoraj vsi, je lahko učinkovito in koristno komunikacijsko orodje, vendar skriva v sebi tudi številne pasti. V poslovni rabi po eni strani prinaša osebne in delovne koristi, večjo produktivnost in denarne prihranke, po drugi pa siromaši komunikacijo z neosebnostjo, pogosto s preveliko hitrostjo, slabim jezikovnim izražanjem in pogosto nepremišljeno izbiro naslovnikov. Včasih po nepotrebnem povzroči hudo kri.

V nenehnem prizadevanju po napredku in razvoju pozabljamo, da je še vedno najboljše osebno komuniciranje, ki v pogovor prinese nepogrešljiva komunikacijska sredstva: pogled, nasmeh, obrazno mimiko, glas, telesno govorico in osebni čar. Vse tisto torej, kar manjka pri pisni komunikaciji. V razumevajočem in spoštljivem osebnem pogovoru, pri katerem več poslušamo kot govorimo, je mogoče (lažje) rešiti vsak konflikt in se pri tem izogniti neskončnemu pisanju malo učinkovitih e-sporočil.

1 PREVIDNO Z E-POŠTO

Tehnološko dovršeni pripomočki nas silijo v čedalje večjo hitrost komuniciranja in nas zasipavajo z neprebavljivo veliko količino informacij, ki vsak dan obremenijo naše možgane. Morda največji premik v našem sporazumevanju (do zdaj) je povzročila elektronska pošta, ki ima nekaj prednosti in kup slabosti, na katere pri vsakodnevnem hitenju pozabljamo. Vprašanje seveda ni, ali jo uporabljati ali ne, vprašanje je, ali jo znamo tako uporabljati, da nam koristi in ne povzroča komunikacijskih šumov.

Elektronska pošta, ki jo danes v službi in doma uporabljamo skoraj vsi, je lahko učinkovito in koristno komunikacijsko orodje, vendar skriva v sebi tudi številne pasti. V poslovni rabi po eni strani prinaša osebne in delovne koristi, večjo produktivnost in denarne prihranke, po drugi pa siromaši komunikacijo z brezosebno, včasih preveliko hitrostjo, slabim jezikovnim izražanjem in pogosto nepremišljeno izbiro naslovnikov. Včasih po nepotrebnem povzroči hudo kri, zato si razčistimo nekaj glavnih pojmov in zapomnimo nekaj preprostih pravil.

Prednosti elektronske pošte so, vendar niso samoumevne in vsaka ima svoj TODA.

1. Hitrost sporočanja – prejemnik dobi sporočilo v trenutku, četudi se nahaja na drugem koncu sveta, prebere ga lahko na računalniku, tablici in pametnem telefonu ter lahko nanj takoj odgovori.

TODA – bojmo se prenagljenih odzivov, vzemimo si čas za umiritev, zberimo misli in šele nato odgovorimo. Včasih je bolje prespati, kot nemudoma ustreliti nazaj. Možnost elektronskega besednega pingponga je v zadnjem desetletju močno spremenila naše medsebojno komuniciranje ter posledično odnose in kakovost življenja. Ali kot pravijo v prometu: hitro je hitro prehitro.

2. Doseganje več naslovnikov hkrati – zelo udobno in hitro za sklicevanje sestankov ali preprosta obvestila, ki zadevajo več ljudi hkrati.

TODA – poslano sporočilo ni vedno tudi prebrano, in če pošiljatelj ne dobi povratne informacije, nima nobenega zagotovila, da so naslovniki njegovo sporočilo prejeli in prebrali. Pa tudi če so ga prejeli in prebrali – so ga tudi (vsi) pravilno razumeli?

3. Okolju prijazno vedenje – elektronsko pošto je mogoče hraniti, oblikovati, tiskati in deliti bistveno ceneje kot sporočila na papirju.

TODA – večina ljudi še vedno raje bere s papirja, veliko je tudi dokumentov, ki jih je primerneje hraniti v papirni obliki. Tudi tehnologija ni stoo odstotna – komu se še ni kdaj pripetilo, da je sporočilo preprosto izginilo, da smo ga s prehitrim klikom po nesreči izbrisali ali pa ga sploh nismo prejeli? Če pa kdo samo reče, da ga ni dobil, pa tako ali tako ne moremo preveriti ...

4. Udobnost – »pogovarjamo se« kar s pisarniškega stola ali z domačega kavča.

TODA – elektronska pošta ni povsem varna, tajnosti ni mogoče zagotavljati, omogoča vohunstvo, ki ga je sorazmerno lahko prestreči, če prihaja od zunaj, skoraj nemogoče pa, če prihaja od znotraj, prek nje se prenašajo virusi, popolne zasebnosti ni.

2 KADAR POŠILJAMO ELEKTRONSKA SPOROČILA:

- pomislimo, da je, ne glede na to, da komuniciramo prek računalnika, na drugi strani – človek;
- spoštujmo ljudi in njihov čas – ne zasipavajmo jih s sporočili, ne pošiljajmo sporočil ljudem, ki jih ne zadevajo, ne pošiljajmo sporočil enega za drugim, ker smo v prvem nekaj pozabili, ne pošiljajmo sporočil ob neprimernih dnevih in urah (samo zato, da ne bi pozabili);
- ne zanemarjajmo svojega poštnega predala – redno pregledujmo svojo pošto, odgovarjajmo na sporočila oz. potrdimo prejem in brišimo oz. shranjujmo stara sporočila, da ne zamašimo računalniškega spomina;

- sprejmimo odgovornost za vsebino in namen sporočila – s klikom »pošlji« se nismo izognili odgovornosti za posledice neprejetega, neprebranega ali napačno razumljenega sporočila. Za delegiranje nalog, pojasnjevanje, razčiščevanje in daljše razlage je primernejša osebna ali telefonska komunikacija.

3 PRAVILNA UPORABA POLJ »ZA«, »KP« IN SKP«

V polje »Za« vpišemo prejemnike, ki jim je sporočilo namenjeno in od katerih **pričakujemo odziv na sporočilo**.

V polje »Kp« vpišemo tiste, ki jih želimo obvestiti, kaj se dogaja, a od njih **ne pričakujemo odziva**.

V polje »Skp« vpišemo prejemnike, za katere ne želimo, da se med seboj vidijo. V poslovnem komuniciranju to polje zelo **redko uporabljamo**. Zloraba tega polja, ko npr. prepir s sodelavcem zatožimo šefu, ki ga vpišemo v to polje, je **huda kršitev bontona** in velika podlost.

4 NEKAJ KORISTNIH NASVETOV ZA UPORABO ELEKTRONSKE POŠTE:

- **pišimo kratko, jasno in jedrnato** in že v začetku opredelimo, ali sporočilo zahteva odgovor, akcijo, premislek ali predlog ali je le informativnega značaja;
- če nagovarjamo več naslovnikov hkrati, moramo tudi **vsak odgovor poslati vsem**, da kdo ne ostane brez informacije, razen če gre za res osebno pripombo;
- **ne pišimo z VELIKIMI ČRKAMI**, ker to pomeni, da na sogovornika vpijemo, to pa je vedno slaba komunikacija;
- **previdno s klicaji in vprašaji** v pisni komunikaciji: klicaj prehitro dojamemo kot jezo, nestrpnost ali vpitje, še posebej v povezavi z vprašaji (?!?!?!). Obstaja pravilo, da je človeku dovoljeno pet klicajev v življenju, tako da jih mora pametno izkoristiti;
- v polje »Zadeva« vpišemo opisen naslov sporočila, od katerega je odvisno, ali se bo prejemnik sploh odločil sporočilo prebrati;
- **uporaba simbolov** za opisovanje čustev v poslovnem komuniciranju ni zaželena;
- kadar sporočilo dlje kroži med številnimi prejemniki, je pametno, da se polje »Zadeva« ne spreminja, da ne povzroči zmede;
- **gumb za visoko pomembnost** (klicaj) uporabimo redko – pomembnost se izgubi, če je prepogosta;
- **posredovanje** dolge kače elektronskih sporočil z opazko »glej spodaj« je velika skušnjava, a veliko boljše je na kratko napisati, za kaj gre, ker se sicer bistvo sporočila pogosto izgubi;
- priporočljivo je, da se v prvem sporočilu novi osebi **podpišemo** s polnim imenom, nazivom, kontakti in naslovom, ni pa treba tega dodajati vsakič, sploh ne sodelavcem;

- tipkarske napake se zgodijo, slovničnih pa naj bo čim manj: tudi v elektronski pošti moramo uporabljati **velike začetnice, vejice, pike** in druga ločila;
- ne klikajmo prehitro in preverimo, ali smo res pripeli datoteko, ki jo želimo priložiti;
- **ne pripenjajmo** velikih fotografij in večjega števila priponk, obstajajo boljši načini (dropbox. google drive ipd.);
- ko pošljemo sporočilo, dajmo prejemniku čas (vsaj dve uri, še bolje en dan), da ga prebere – nismo vsi ves dan pred pošto na računalniku.

5 ETIČNA NAČELA UPORABE ELEKTRONSKE POŠTE:

- za elektronsko pošto veljajo enaka pravila medsebojnega komuniciranja in odnosov kot sicer v življenju: **pišemo vljudno** in s primernimi besedami;
- prek elektronske pošte sodelavcem **ne pošiljamo kritik in negativnih sporočil**, če že moramo kritizirati, to storimo osebno;
- če sami prejmemo negativno elektronsko sporočilo, **desetkrat vdihnemo** in umirimo čustva, preden odgovorimo;
- tudi v elektronskem komuniciranju se držimo pravila **uvodni pozdrav, prosim in hvala, pozdrav na koncu**;
- elektronska pošta z izrazi diskriminacije, rasizma, nespodobnega izrazoslovja ali žaljenja lahko **privede do tožb**;
- kroženje avtorskih gradiv brez dovoljenja avtorja je **nezakonito**.

Nekaj pogostih okrajšav, za tiste, ki nismo več najstniki:

AFAIK	As Far As I know (Kolikor vem ...)
AKA	Also Known As (Znan tudi kot ...)
ASAP	As Soon As Possible (Čim prej ko bo mogoče.)
BRB	Be Right Back (Tako se vrnem.)
BTW	By The Way (Mimogrede.)
CU	See You (Vidimo se.)
F2F	Face To Face (Iz oči v oči.)
JAM	Just A Minute (Samo malo!)
LOL	Laughing Out Loud (Smejem se naglas!)
NBD	No Big Deal (Nič posebnega.)
NP	No Problem (Ni problema.)
THX	Thanx (Hvala.)

Pa še nekaj pogostih oznak čustev v osebnih e-sporočilih:

:) ali :-)	nasmešek
:D	smeh
;)	nasmeh in pomežik
:*	poljub
:(žalost
:(jok
:l	ravnodušnost
:P	kazanje jezika

Te oznake so v poslovnem komuniciranju načeloma neprimerne, uporabljamo pa jih zato, ker nam v taki komunikaciji zmanjkajo tista komunikacijska sredstva, ki so nam na voljo pri osebnem komuniciranju: pogled, nasmeh, obrazna mimika, glas, govorica telesa, energija ... Osnova komunikacije je najprej zavest posameznika o njegovem stanju in počutju, nato pa razumevanje drugih, so-čutenje z njimi, strpnost in spoštovanje.

Brez vsega tega je pot do veliko dela z branjem pošte in odgovarjanjem nanjo, do slabo delegiranih ali napačno razumljenih nalog, čustvene prizadetosti, splošnega nerazumevanja in konflikta veliko krajša.

Prezentacija teme Komunikacija v procesu zdravstvene oskrbe sloni na konkretnem primeru pritožbe pacienta, ki s pravo jaro kačo dopisovanja po elektronski pošti ponazarja in dokazuje številne slabosti takega komuniciranja: preveliko hitrost pri odzivanju, nespretno oblikovanje informacij, slabo razumevanje, veliko po nepotrebnem vpletenih oseb, pa seveda slabo voljo, nervozo, dodatno delo itd. Pritožba je bila na koncu zadovoljivo rešena, vmesni elektronski drami pa bi se lahko izognili z manj pisanja in več pogovora.

OPTIMIZIRAN PROCES LAHKO PREPREČI NELJUBI DOGODEK

Sandra Jerebic

IZVLEČEK

V prispevku želimo predstaviti, da je optimiziran proces lahko odlično orodje za preprečitev nastanka neljubih dogodkov. V Splošni bolnišnici Jesenice imamo vzpostavljen sistem vodenja kakovosti po ISO standardu 9001: 2008 in akreditacijskem standardu - DIAS. Izvajamo procesno vodenje, v letošnjem letu smo se odločili, da bomo procese optimizirali in ob tem spoznali, da dobro optimiziran proces lahko prepreči nastanek marsikaterega neljubega dogodka.

KLJUČNE BESEDE: *optimizacija procesa, sistem vodenja kakovosti, procesno vodenje, neljubi dogodek*

1 PROCESNO VODENJE PO ZAHTEVAH STANDARDOV KAKOVOSTI

V Splošni bolnišnici Jesenice (SBJ) imamo vzpostavljen sistem vodenja kakovosti po ISO standardu 9001:2008 od leta 2009. Ta mednarodni standard spodbuja privzem procesnega pristopa pri razvijanju, izvajanju in izboljševanju uspešnosti sistema vodenja kakovosti z namenom, da bi se z izpolnjevanjem zahtev odjemalcev povečalo njihovo zadovoljstvo. Da bi organizacija delovala uspešno, mora opredeliti in voditi številne povezane aktivnosti. Aktivnosti ali skupek aktivnosti, ki uporabljajo vire in se vodijo z namenom, da omogočijo spremembo vhodov v izhode, se lahko obravnava kot proces. Izhod enega procesa pogosto tvori vhod v drugi proces. Uporaba sistema procesov znotraj organizacije, vključno z njihovo identifikacijo, medsebojnimi vplivi in njihovim vodenjem z namenom ustvariti želeni rezultat, lahko poimenujemo procesni pristop (SIST EN ISO 9001, 2008).

Ob vzpostavitvi procesnega pristopa v SBJ smo prepoznali 28 procesov v bolnišnici. Razdelili smo jih na:

- glavni proces - Celostna obravnava pacienta
- strokovne podporne procese
- bivalne podporne procese
- poslovne podporne procese



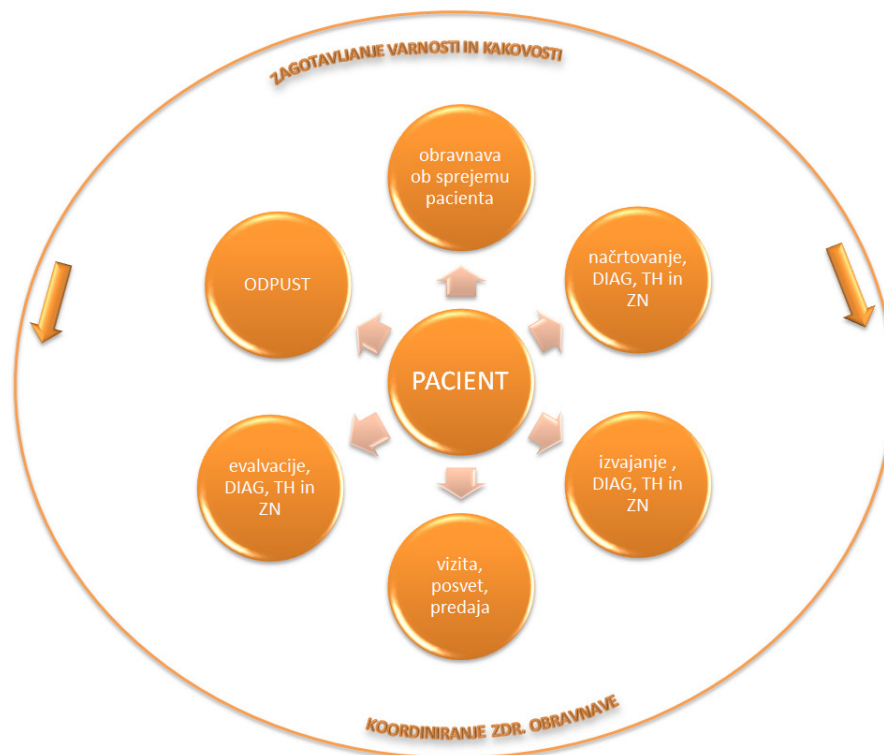
Slika 1: Shema procesov v SBJ

Izvajanje procesov vsako leto preverjamo preko zunanjih presoj, notranjih presoj, spremljanja kazalnikov kakovosti, itd. Ob izvajanju ukrepov strmimo k stalnemu izboljševanju procesov z namenom, da se le ti izvajajo tekoče, s čimbolj racionalno uporabo vseh virov, s tem pa našim pacientom zagotavljajo kakovostno in varno celostno obravnavo.

Tudi mednarodni akreditacijski standard Det Norske Veritas International Accreditation Standard - DIAS zahteva, da bolnišnica v kolikor še ni certificirana, v roku treh let po začetni akreditaciji za bolnišnice dokaže skladnost z načeli sistema vodenja kakovosti po ISO 9001. Eno od načel je tudi procesni pristop.

Ob stalnem izboljševanju sistema vodenja kakovosti procese v bolnišnici vsako leto spreminjamo, dopolnjujemo in jih s tem poskušamo čimbolj optimizirati. Tako ima npr. Proces celostne obravnave pacienta - SOP 7 že 5 verzijo.

Potek aktivnosti od sprejema do odpusta pacienta v procesu Celostne obravnave pacienta je prikazan v sliki 2.



Slika 2: Potek aktivnosti pri procesu Celostne obravnave pacienta

2 OPTIMIZACIJA PROCESA

V letu 2015 smo se odločili, da bomo v sklopu racionalizacije stroškov določene procese v bolnišnici poskušali še dodatno optimizirati. Optimizacijo procesa smo zastavili projektno na pilotnem primeru z nedvoumno določenim načrtom aktivnosti in pomočjo zunanje sodelavke.

Optimizacija poslovnih procesov oziroma optimizacija poslovanja nam omogoča boljši izkoristek gospodarskih kategorij v vseh segmentih poslovanja. Omogoča boljšo izrabo delovnih sredstev, delovnega časa zaposlenih in finančnih sredstev. Optimizacija procesov ima za posledico večjo preglednost poslovanja, zmanjšanja stroškov poslovanja ter izboljšano zadovoljstvo zaposlenih in še bolj zadovoljne stranke.

3 VPLIV OPTIMIZACIJE PROCESOV NA POJAV NELJUBIH DOGODKOV

V SBJ smo se odločili, da optimizacijo procesa najprej izvedemo v internistični službi. Izdelali smo plan projekta in se nato lotili prve faze optimizacije procesa, to je analiza stanja. Finančno računovodska služba je pripravila finančna poročila o

poslovanju internistične službe za leto 2014. Po pregledu poslovanja je sledil razgovor z odgovornimi nosilci procesa v internistični službi, torej s predstojnikom in glavno medicinsko sestro. Proces celostne obravnave pacienta v internistični službi smo pregledali od prve aktivnosti v procesu, to je sprejem pacienta, do zadnje aktivnosti, odpusta domov ali v drugo zdravstveno ustanovo. Sledili smo t.i. toku pacienta. Že skozi razgovor smo ugotovili oziroma ponovno prepoznali, kje so šibke točke ali pomanjkljivosti v procesu in se že sproti dogovarjali o možnih rešitvah za odpravo letih. Tako smo predlagali 12 ukrepov, ki vsi izhajajo iz ugotovitev pri izvajanju aktivnosti optimizacije procesa internistične službe. Nekateri od njih lahko preprečijo nastanek odklona in s tem omogočijo kakovostno in varno obravnavo pacientov. Ugotovili smo, da je potrebno natančno opredeliti komunikacijske poti in katere informacije so potrebne ob predaji pacienta iz urgence na oddelke in med oddelki, da se zagotovi ustrezna namestitvev pacienta. Posledica te ugotovitve je nov način predaje pacienta v naši bolnišnici. Odpravili smo nepotrebno, dvojno naročilo za radiološke preiskave pacienta, kar je tudi predstavljalo potencialno nevarnost za nastanek morebitnega odklona, saj je medicinska sestra morala naročila fizično odnesti na radiološki oddelek, kar za določen čas pomenilo manj zdravstvenega kadra na oddelku. Priložnosti za izboljšave smo prepoznali tudi pri procesu obvladovanja in preprečevanja bolnišničnih okužb, ki smo ga prenovili ter pri zmanjševanju stroškov prehrane pacienta s pravočasnim objavljanjem odpustov pacientov.

Optimizacija procesa internistične službe se bo nadaljevala v prihodnjih mesecih. Prva faza procesa optimizacije internistične službe je pokazala, da se že izvaja vrsto aktivnosti za zmanjševanje stroškov, ki so načrtani v okviru sanacijskega programa, kar potrjujejo tudi letošnji polletni rezultati poslovanja. Pri stroškovni optimizaciji procesa se ravnamo po načelu, ki se mu želimo približati in sicer, da naj denar sledi pacientu. V drugi fazi projekta bo sledilo opazovanje procesa in iskanje priložnosti za izboljšave.

4 ZAKLJUČEK

Optimizacija procesov predstavlja eno od orodij s katerimi lahko preprečimo nastanek odklona oz. dogodka, ki si ga nismo želeli. Optimiziran proces je zagotovilo, da aktivnosti tečejo nemoteno in da je izkoristek vseh virov čim bolj optimalen. Ob tem pa zagotavljamo pacientom kakovostnejšo in varnejšo celostno obravnavo, kar je naš najpomembnejši cilj.

LITERATURA

Slovenski standard SIST EN ISO 9001, december 2008.

DNV standard, DNV – DS – HC 101, Mednarodne akreditacijske zahteve, Standard za bolnišnice, december 2011, verzija 2.0.

Optimizacija. Dostopno na: <https://sl.wikipedia.org/wiki/Optimizacija> (1. 10. 2015).

White Papers in IHI's Innovation Series, Optimizing Patient Flow, Moving Patients Smoothly Through Acute Care Settings, Institute for Healthcare Improvement, Cambridge, MA 2003. Dostopno na: www.ihl.org (30. 9. 2015).

POMEN DOBRO DEFINIRANEGA PROCESA NA KAKOVOST ZDRAVSTVENE OSKRBE

Saša Kadivec, Danica Šprajcar

IZVLEČEK

Standard ISO 9001 med drugim jasno zahteva da ima organizacija prepoznane in definirane procese, ter da v sklopu teh procesov prepozna zahteve odjemalca, preveri svojo sposobnost, da zahteve realizira ter da učinkovito izmenjuje informacije o storitvi oz. proizvodu z odjemalcem. V primeru uvajanja novosti v proces, jih mora na ustrezen način obvladovati. S procesnim pristopom, ki ga zahteva standard ISO 9001, organizacija zagotavlja nenehni nadzor nad povezavami nad posameznimi procesi znotraj sistema procesov, kot tudi nad njihovimi kombinacijami in medsebojnimi vplivi. Smiselnost tovrstnih zahtev smo med drugim prepoznali tudi pri uvedbi postopka triažiranja pri bolnikih, napotnih na alergološko obravnavo.

1 PRIMER TRIAŽIRANJA BOLNIKA NA ALERGOLOŠKO OBRAVNAVO

Zaradi neustreznega izpolnjevanja navedenih zahtev je v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Klinika Golnik) prišlo do problemov ob uvedbi postopka triaže. Triaža je razvrščanje bolnikov v skladu s strokovnimi kriteriji. Izvaja jo zdravnik specialist. Zdravstveno osebje, ki izvaja uvrščanje bolnikov v čakalno knjigo, mora poleg ugotovitev triaže upoštevati tudi določila pravilnika o uvrščanju na čakalne sezname.

Zdravnik je napotil pacienta na alergološko obravnavo v Kliniko Golnik. V triažnem postopku je zdravnik ki ga je izvajal, kontaktiral napotnega zdravnika. Na osnovi razgovora obeh zdravnikov, je diktiral navodila pacientu za ravnanje v času do pregleda v Kliniki Golnik. Rezultat triažnega postopka je bil dopis bolniku, oz. napotnemu zdravniku. Dopis je napisala in odposlala zdravstvena administratorka. Dopis in ostalo dokumentacijo je vložila v arhiv, ker je odpustno pismo običajno zaključek obravnave. V tem primeru pa bi moral nekdo posredovati informacijo medicinski sestri, ki izvaja naročanje, da ga je potrebno naročiti na pregled v Kliniko Golnik. Po enomesečnem čakanju se je bolnik na Kliniki Golnik obrnil z vprašanjem, kdaj lahko pričakuje termin pregleda. Takoj smo mu ga posredovali, hkrati pa začeli z izvajanjem aktivnosti, da do podobne napake ne bi ponovno prišlo. Definirali smo proces triažiranja tako, da so jasno razvidne aktivnosti, ki jih je potrebno izvesti na osnovi ugotovitve zdravnika v triažnem postopku.

Ob uvedbi triažnega postopka nismo predvideli vseh možnih aktivnosti, ki jih predvidi

zdravnik ob pregledu napotnice in morebitnih drugih informacij o zdravstvenem stanju bolnika, ki ga je potrebno naročiti na obravnavo. Zato je v opisanem primeru, za katerega je zdravnik izvedel triažni pregled, dobil datum pregleda šele, ko je urgiral zaradi dolgega čakanja na datum pregleda.

Po pregledu procesa naročanja bolnikov na obravnavo smo ugotovili pomanjkljivosti v izmenjavi informacij med zdravnikom, zdravstveno administratorko in medicinsko sestro. Problem smo rešili z jasnejšim definiranjem posameznih aktivnosti v procesu naročanja glede na različne možnosti pri izvedbi procesa.










2 UVEDENE IZBOLJŠAVE PROCESA

Na osnovi razgovora z zdravniki, medicinskimi sestrami in zdravstveno administracijo, ki izvajajo posamezne procese triažiranja, smo jasno določili:




- kakšni so možni rezultati triažnega postopka
- kakšne so potrebne aktivnosti na osnovi teh rezultatov in
- kdo je odgovoren za izvedbo posamezne aktivnosti.

Določila smo zapisali v dokument sistema vodenja kakovosti.

Tabela 1: Aktivnosti po triaži

1 	Bolnika naročiti na standarden ambulantni pregled pri alergologu
2 	Bolnik naj bo na pregled naročen ob koncu ambulantnega časa (zahtevna obravnavo)
3 	Bolnika naročiti na pregled, ko ima alergolog __(ime napisati na napotnico)__ reden ambulantni dan
4 	Poslati standarden dopis napotnemu zdravniku
5 	Poslati diktiran dopis napotnemu zdravniku in bolniku
6 	Bolnika naročiti na izvedbo kožnih vbodnih testov: - Število: - Vrsta:
7 	Bolnika naročiti na izvedbo standardnih epikutanih testov
8 	Bolnika naročiti na izvedbo nestandardnih epikutanih testov
9 	Izdelati načrt izvedbe nestandardnih epikutanih testov
10	Drugo (napisati na napotnico)

Izvajalci aktivnosti

-  Zdravnik
-  Medicinska sestra
-  Zdravstvena administratorka

3 ZAKLJUČEK

Jasno definirani procesi zagotavljajo kakovostno in varno zdravstveno obravnavo pacientov, bolj učinkovito delo, jasno definirane naloge zaposlenih. Končni rezultat se odraza v večji stopnji zadovoljstva bolnikov z našimi storitvami.

LITERATURA

Slovenski standard. SIST EN ISO 9001, Sistemi vodenja kakovosti – Zahteve (ISO 9001:2008).
Ljubljana: Slovenski inštitut za standardizacijo, 2008.

NEŽELENI DOGODKI IN MEDICINSKE SESTRE – SI UPAMO SPREGOVORITI?

Tatjana Trotošek, Nika Škrabl

IZVLEČEK

Zagotavljanje kakovostne zdravstvene obravnave je osnovna pravica vsakega človeka in cilj izvajalca zdravstvenih storitev.

Neželeni dogodki pri zdravstveni obravnavi se dogajajo vsem poklicnim skupinam pri izvajanju zdravstvenih storitev.

Medicinska sestra je odgovorna na več ravneh in sicer do pacientov, svojih sodelavcev, delodajalcev, svoje stroke, do širše družbe in sama sebi. Za svoje delo prevzema moralno, poklicno – deontološko, odškodninski in kazensko odgovornost.

Medicinske sestre v zadnjih letih pridobivajo nova znanje o kakovosti, o namenu spremljanja in obravnave neželenih dogodkov. V kliničnih okoljih so napisani protokoli ukrepanja ob pojavu neželenih dogodkov, ki se vedno ne upoštevajo. Prijava in obravnava neželenih dogodkov je lahko problematična zaradi izpostavljenosti medicinske sestre, posebno v multidisciplinarnih timih.

Medicinske sestre si želimo delati v taki organizaciji, ki ustvarja varen in za kakovost odprt prostor, ki temelji na sodelovanju, znanju in procesnem pristopu vseh strok.

V prispevku na strokovnem srečanju bodo predstavljeni primeri prijave in obravnave neželenih dogodkov v multidisciplinarnem tipu, ki jih je zaznala medicinska sestra.

KLJUČNE BESEDE: neželen dogodek, pacient, odgovornost

1 UVOD

Kakovostna zdravstvena obravnava je osnovna pravica človeka. Cilj zdravstvene ustanove in zdravstvenih delavcev je zagotoviti kakovostno zdravstveno oskrbo, ki bo učinkovita in varna.

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

Nova oblika zdravstvenih organizacij ne zahteva samo nove strukture, ampak tudi razvoj nove klinične prakse, ki sloni na sodelovanju udeleženi. Pri kliničnem delu

se srečujejo s profesionalci različnih disciplin in z različnimi tipi zdravstvenih institucij na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju (D'Amour idr., 2008). Pri tem pa ne gre pozabiti, da sodelovanje temelji na profesionalnosti in strokovnosti. Napačno bi bilo razumeti sodelovanje kot željo po deprofesionalizaciji ali amaterizaciji določenih organizacijskih funkcij. Skrb, da bo opolnomočenje (ang. empowerment) zaposlenih zmanjšalo moč in avtoriteto menedžmenta, ki jo le-ta nujno potrebuje za opravljanje svoje vloge vodenja podjetja, temelji na preseženi definiciji razdelitve moči. Moč je namreč mogoče (in smotrno) povečevati vsem udeležencem v organizaciji istočasno, kar povzroči ugodne posledice na organizacijsko uspešnost.

2 NEŽELENI DOGODKI IN POROČANJE MEDICINSKIH SESTER

Terminologija pojava neželenih dogodkov v slovenski zdravstveni negi in zdravstvu še ni dorečena. V klinični praksi se srečujemo z različnimi izrazi: varnostni zaplet, zdravstvena napaka, kirurška napaka, zdravniška napaka, incident, odklon, neželeni dogodek...

Neželeni dogodki pri zdravstveni obravnavi pacientov so se dogajali, se dogajajo in se bodo dogajali. Zdravstvena obravnava pacienta bo vedo kritično presojana s strani pacienta, svojcev in bližnjih ter medijev zaradi delovanja na področju človekovega zdravja in življenja.

Raziskave kažejo, da pri 3,8 do 17% bolnišničnih obravnav pride do neželenega dogodka. Prepreči se lahko med 37 in 51% neželenih dogodkov. Približno 7% dogodkov privede do trajne invalidnosti in še 7% do smrti pacienta (Bosma idr., 2011).

V izraelski raziskavi Kagan in Barnoy (2013) ugotavljata, da se večina medicinskih sester (64,7%), dnevno ali tedensko srečuje z neželenimi dogodki. Na letni ravni ni prijavilo neželenega dogodka le 1,6% medicinskih sester. Medicinske sestre so v 44,1% poročale lastne napake medtem ko je 6% anketiranih medicinskih sester ni nikoli poročalo neželenega dogodka. Le 16,9% medicinskih sester je odgovorilo, da so o vseh neželenih dogodkih poročali.

Po podatkih raziskave Eurobarometra (2006) je 78% državljanov Evropske unije navedlo, da so neželeni dogodki pri zdravstveni obravnavi velik problem v njihovi državi, z neželenim dogodkom je bilo prizadetih osebno ali v družini 23% državljanov. Robida (2013) v raziskavi, ki jo je opravil v slovenskih akutnih bolnišnicah ugotavlja, da 47% anketiranih ni sporočilo nobenega neželenega dogodka v zadnjih 12 mesecih.

Ujeti smo med vprašanja kaj delamo in kako?

Skrb za bolne se je prenesla v bolnišnice, ki se je organizirala na podoben način kot materialna proizvodnja v tovarnah na osnovi delitve dela in hierarhije. V bolnišnicah se je razvila nova ideologija, nov besednjak in nove prioritete. Beseda nega, nežno ravnanje, skrb, pomoč, naklonjenost, bližina, sočutje, dobroti so se umaknile v ozadje. Prevladal je institucionalni besednjak s pojmi pravila, standardi, nadzor, red, hierarhija, organizacija, kadri (Pahor, 2006:7).

Kaj zmoremo in kaj smemo narediti ter na kaj imamo kot posamezniki v sistemu vpliv?

3 ODGOVORNOST MEDICINSKE SESTRE

Če opazujemo proces zdravstvene obravnave pacienta vidimo, da vsi profili zdravstvenih delavcev med seboj sodelujejo. V protokolih sodelovanja so opredeljene formalne vloge zaposlenih: kaj se od njih pričakuje in kaj lahko pričakujejo od sodelavcev. Sistem zdravstvene oskrbe je reguliran z zakoni in podzakonskimi akti, ki določajo pristojnosti in odgovornosti akterjev. Priporočila, nacionalne smernice, klinične poti, medicinske in negovalne diagnoze, predpisani obrazci in delovni procesi, poenotena dokumentacija izboljšujejo izmenjavo informacij in komunikacijo ter s tem kakovost zdravstvenih storitev ter primerljivost.

Zdravstveno osebje mora v procesu obravnave in oskrbe pacienta delovati v soglasju s predpisanimi etičnimi načeli. Medicinske sestre zavezuje pri svojem delu Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). V načelu IV. je navedeno, da medicinska sestra upošteva:

- načela kulture varnosti in odkloni vsak poseg, ki bi bil po njihovem strokovnem prepričanju lahko za pacienta škodljiv ali ni v skladu z načeli poklicne etike,
- pacienta ščitijo pred nestrokovnim, neetičnim ali samovoljnim ravnanjem svojih sodelavcev.

V skladu s kodeksom etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov je medicinska sestra prvenstveno odgovorna pacientu.

Filipič (2002) navaja naslednje odgovornosti medicinskih sester:

- osebna (moralna) odgovornost, ki je najširša odgovornost,
- poklicno - deontološka odgovornost, ki je posledica etičnih pravil, zapisanih v Kodeksu,
- odškodninska odgovornost, ki jo sodišče za povzročeno škodo ugotavlja v pravnem postopku,
- disciplinska odgovornost, ki se izreče v primeru kršitev dolžnosti in delovnih obveznosti,
- kazenska odgovornost kot najtežja oblika odgovornosti za izvršitev kaznivih dejanj.

Medicinska sestra, ki je bila udeležena v neželenem dogodku ali pa je bila samo priča neželenega dogodka je dolžna poročati o neželenem dogodku.

4 ZAKLJUČEK

Reforme v zdravstvu, ki so usmerjene na strukturne spremembe ne prinašajo pričakovanih izboljšav v kakovosti dela v zdravstvenih organizacijah. Zaradi vedno večje kompleksnosti dela, hitrega razvoja novih spoznanj in tehnologije ter vedno večjih zahtev pacientov ni še izoblikovan sistemski pristop v zdravstvu. Osredotočenost na pacienta in ne na le izpolnjevanje lastnih delovnih nalog ali opravljanje dela posamezne poklicne skupine je eden izmed razpoznavnih načel kakovosti.

Tedensko se srečujemo z novicami o zdravniških napakah oziroma neželenimi dogodki. Neželeni dogodki so za javnost zelo zanimiva tema in novinarji tekmujejo,

kdo bo senzacionalno poročal o novem neželenem dogodku. Vpliv nekaterih neželenih dogodkov v medijih in javnem mnenju ni mogoče prezreti.

Ko pride do napake z zdravstveno škodo za pacienta, običajno obtožimo posameznika, ki je bil vpleten pri dogodku, ga ožigosamo, odstranimo iz delovnega procesa, velikokrat kaznujemo in pri tem zmotno mislimo, da smo s tem rešili problem. V resnici ga še poslabšamo, ker ustvarjamo kulturo strahu namesto kulture varnosti in se kasneje čudimo, zakaj ljudje napak ne sporočajo (Škrabl in Trotovšek, 2014).

Kultura varnosti ne temelji na iskanju krivde, sramotanju in kaznovanju, uveljavi se v okolju, ki temelji na zaupanju in učenju iz neželenih dogodkov. Da varnostna kultura zaživi in postane del vsakdanjika, morajo biti vzpostavljen sistem odgovornosti za delo, ker brez odgovornosti posameznika ni varnosti in kakovosti (Škrabl in Trotovšek, 2014).

Za vzpostavitev kulture varnosti in sistema poročanja o neželenih dogodkih je odgovorno vodstvo zdravstvene organizacije. Izvajalci zdravstvene oskrbe, zdravniki, medicinske sestre in ostali strokovnjaki so odgovorni za izvajanje in izboljševanje lastne prakse.

Za spremembe, ki so potrebne za izboljševanje kakovosti in varnosti, je pomembna predvsem kultura izvajalcev, ki jo razumemo kot vrednote, odnose, zaznavanje, usposobljenost in vzorce obnašanja, ki določajo zavzetost, slog in strokovnost upravljanja celovite kakovosti in varnosti. To mora postati način razmišljanja najvišjega in srednjega vodstva, ki nezavedno vpliva na obnašanje in delovanje zaposlenih. Odgovornost za uvajanje metod in orodja kakovosti in varnosti mora biti vključena v vsakdanje zdravstveno in poslovno delo. Na tej podlagi bodo izvajalci zdravstvene dejavnosti zagotavljali možnosti za uresničevanje pravic pacientov in partnerske odnose s pacienti med zdravstveno obravnavo. Pospeševati je treba medpoklicno sodelovanje in timsko delo pri izvajanju zdravstvene obravnave za doseganje boljše kakovosti obravnave in večje varnosti pacientov (Re NPZV, 2010).

LITERATURA

- Bosma E, Veen E. J, Roukema J. A. Incidence, nature and impact of error in surgery. *British Journal of Surgery* November 2011; Volume 98, Issue 11: 1654–1659.
- D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, San Martin-Rodriguez L, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations, *BMC Health Services Research*, 8: 188. Dostopno na: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/188> (16. 9. 2015).
- Eurobarometer survey on medical errors 2006. Dostopno na: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/adverse_events/eurobarometer/index_en.htm(18.9.2015)
- Filipič K. Pravna odgovornost medicinske sestre za poslabšanje zdravja in izdajo poklicne skrivnosti. *ObzorZdrN*. 2002; 36:15-21.
- Kaganl, Barnoy S. Organizational Safety Culture and Medical Error Reporting by Israeli Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 2013; 45:3, 273-280. Dostopno na: <http://cmk-proxy.mf.uni-lj.si:3752/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=2e720754-926c-43be-9d31-133bb0d2eb47%40sessionmgr4005&vid=11&hid=4211>(17.9.2015)

- Kiauta M, Poldrugovac M, Rems M, Robida A, Simčič B. Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010 – 2015): 3-14. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/page/uploads/kakovost/nacionalna_strategija_kakov_in_varn_2010-2015/Nacionalna_strategija_kakovosti_in_varnosti_v_zdravstvu_2010-2015.pdf(18.9.2015)
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014).Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Dostopno na: <http://www.drustvo-med-sester-lj.si/CMS/Item/File/8460/Kodeks-etike-v-zdravstveni-negi-in-oskrbi-Slovenije-marec-2014.pdf> (19.9.2015)
- Nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013, »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev«, Ljubljana, MZ, 2010.
- Pahor M. Sodelovanje v zdravstvu kot predmet premišljevanja, pojasnjevanja in ukrepanja. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti. Zbornik z recenzijo. Ljubljana. Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov,112-122. 2006.
- Škrabl N, Trotovšek T. Zakaj prijavljamo neželjene dogodke? In: Požarnik T. Zbornik XXXII Približajmo operacijsko zdravstveno nego pacientu, Ptuj, 11.-12.april 2014: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2014: 109-11. Dostopno na: <http://www.soms.si/publications/Zbornik-XXXII-www.pdf>(18.9.2015)

VZROČNO POSLEDIČNA KONFERENCA

Tanja Pristavec, Zorica Panić, Manca Pogačnik

IZVLEČEK

V prispevku je opisana analiza dogodkov in dejavniki, ki botrujejo k neljubim dogodkom v zdravstvu. Predstavljeni so ukrepi za zagotavljanje varne obravnave in stalno zavedanje, da je nujen sistem, ki zmanjšuje možnost neljubih dogodkov na najnižjo možno stopnjo. Avtorice so v prispevku predstavile vzroke za pomanjkanje pozornosti za neljube dogodke v zdravstveni negi in primer dobre prakse, to je vzročno posledična konferenca. Opisane so potek konference, odzivi prisotnih na konferenci in učinki konference. V središču dogajanja konference je analiza dogodka, odnosi, komunikacija, razprava in ukrepi.

KLJUČNE BESEDE: neljubi dogodki v zdravstvu, analiza napak, ukrepi po napakah

1 UVOD

Star latinski pregovor pravi: »Motiti se je človeško, neumno pa vztrajati v napaki.« Errare humanum est, in errore perservare stultum. Zato je prav, da ko pride do neželenih dogodkov ne vztrajamo pri obtoževanju osebe, ki je napako storila, ampak skušamo z analizo dogodkov najti globlje vzroke za nastali dogodek in ugotoviti zakaj so zaposleni v določeni situaciji ravnali tako kot so in zakaj je prišlo do napake in ne nazadnje iskati rešitve v samem procesu oziroma sistemu, ki bi v prihodnosti zagotovil, da se takovrstni neželeni dogodki ne bi ponavljali.

Napake v zdravstvenih ustanovah lahko škodujejo uporabniku zdravstvenih storitev, vendar z učenjem iz napak in soočanjem z izzivom strokovni delavci lahko izboljšajo varnost kakovostne oskrbe.

2 ANALIZA DOGODKOV

Po svetu poznajo zdravstvene ustanove različne oblike obravnave izjemnih dogodkov, kot so poročanje o incidentih pri zdravljenju (angl. incident reporting), o odkrivanju izjemnih dogodkov (angl. occurrence screening), o pomembnih dogodkih (angl. significant event auditing), pritožni sistem (angl. complaint procedures) in celo zaupno proučevanje o takih dogodkih na državni ravni. V Sloveniji poleg omenjenega zbiranja opozorilnih nevarnih dogodkov že desetletja poznamo tudi poročanje o neželenih učinkih zdravil. Ker imajo vse oblike precej skupnih potez, smo pri nas to dejavnost poimenovali analiza izjemnih dogodkov (AID). AID (angl. pomoč) je orodje izboljševanja kakovosti, ki omogoča sistematično zbiranje podatkov o neustreznih, nepotrebni in napačni oskrbi, seznanjanje širše strokovne javnosti o ugotovitvah, načrtovanje ustreznih posegov za

odpravo pomanjkljivosti, preverjanje uspešnosti dela in hkrati eno izmed zanesljivih meril kakovosti dela zdravstvenih delavcev (Kersnik, 2002).

Danes varnost pacientov zagotavljamo z nenehnim iskanjem, analiziranjem in obvladovanjem tveganj za pacienta. Namen nenehnega zagotavljanja varnosti je izvajanje varne obravnave in njeno stalno zmanjševanje na najnižjo možno stopnjo škode za pacienta. Varna zdravstvena obravnava izvira iz medsebojne povezanosti posameznih delov sistema (Kristensen, Mainz in Bartels, 2007, cit. po Kramar, 2014).

Pomanjkanje pozornosti za napake v zdravstveni negi bi lahko predpisali tradicionalnemu prepričanju, da se je vsem napakam mogoče izogniti (Crigger, 2005). Zagotovo se pojavnost napak lahko zmanjša, vendar je nerealno, da se vsem napakam lahko v celoti izognemo. Napake so del človeške narave, vendar prevlada mnenje, da so izvajalci zdravstvenih storitev, ki naredijo napako nesposobni in malomarni (Leape, 1994). Blendon idr., 2002 opisuje, da nekatere raziskave kažejo, da je skrivnost pri napakah veliko bolj škodljiva kot dejanska napaka.

Medicinske sestre, ki storijo napako, trpijo zaradi občutka krivde. Zaradi napake se lahko medicinske sestre počutijo izolirane in to takrat, kadar se ne počutijo zadosti varno, da bi o incidentu razpravljale. Neprimerni načini ravnanja pri storjeni napaki lahko pripeljejo do nezadovoljstva in izgorelosti medicinske sestre (Casement, 2004; Crigger, 2004).

Obvladovanje zdravstvene nege v posebnih razmerah v kombinaciji s finančnimi omejitvami, povečanjem prebivalstva, demografskimi spremembami ter pomanjkanje osebja prispevajo k napakam, ki imajo vpliv na zdravje in socialno varstvo hkrati pa tudi na razvoj zdravstvenih storitev (Burton, 2003; Hunter idr., 2011).

Sodobna spoznanja nam nudijo široko znanje o možnih virih napačnega ravnanja posameznika in slabe organizacije dela, ki lahko vodijo do zdravstvenih napak z neugodnimi izidi. Hkrati nam ponujajo tudi številne modele obvladovanja tveganj in neugodnih izidov, kar naše delo lahko naredi še bolj varno. Analiza izjemnih dogodkov nam ponuja pravi zaklad za preprečevanje napak (Kersnik, 2002).

Vodstveni delavci bi morali prepoznati in razumeti množico možnih vzročnih dejavnikov, spremenljivk in čustev, ki vplivajo na napake, vključno z človeškimi dejavniki (Leonard, Graham in Bonacum, 2004).

3 PRIMER DOBRE PRAKSE »VZROČNO POSLEDIČNA KONFERENCA«

V Splošni bolnišnici Jesenice smo se odločili, da bomo poimenovali analizo dogodkov po neljubem dogodku »Vzročno posledična konferenca«. To je način odkrivanja in

odpravljanja odstopanj pri našem vsakdanjem delu. Skupinska analiza je uveljavljena oblika, ki sloni na dejstvu, da v skrbno sestavljeni skupini pride do odprtih pogovorov, misli in tudi izraza stiske. Teoretično temelji na socialni psihologiji, lahko tudi na teoriji psihoanalize, razvojni psihologiji, ter na dognanjih o skupinski dinamiki in splošni teoriji sistemov. V središču dogajanj v skupinski analizi so odnosi in komunikacija, ki se ne razvija le med članom in vodjo, temveč med vsemi udeleženci vzročno posledične konference. Skupinska komunikacija vodi k boljšemu, bogatejšemu in svobodnejšemu delovanju slehernega posameznika. Pri vzročno posledični konferenci posameznik in skupina vzpostavlja, gradi in se odziva v pomembnih medosebnih odnosih, odkriva značilnosti neljubega dogodka, odkriva sistemske pomanjkljivosti in posebnosti, ter v okviru te izkušnje išče rešitve in postavlja ukrepe.

Nekdo, ki doživlja hude občutke krivde zaradi napake, ki se mu je dogodila, lahko občuti veliko olajšanje, ko ugotovi, da se s podobnimi občutki srečujejo tudi drugi in da so ti občutki povsem naravni. Mnenja drugih udeležencev lahko ponudijo različne poglede na določeno napako. S tem načinom se odkrije, če tudi na drugih oddelkih prihaja do podobnih napak ali opozorilnih nevarnih dogodkov. Hkrati se s tem pridobi informacije na kakšen način se podobnimi primeri spopadajo drugod. Ob izmenjavi informacij se nad stanjem dobi širši pogled tudi iz drugega zornega kota kar nemalokrat pripomore k bistvenem zmanjšanju napak.

3. 1 Potek in vsebine vzročno posledične konference

Vzročno posledično konferenco skliče pomočnica direktorja za zdravstveno nego in oskrbo (PDZNO) ali njena namestnica. Ob sklicu se določi vsebino konference, sestavo udeležencev, datum in uro konference. Sestava udeležencev je odvisna od vrste napake ali vrste opozorilnega nevarnega dogodka. Običajno sta prisotna oba profila zdravstvene nege skupaj, lahko tudi posamično. Glede na obseg ali težo dogodka se vabi tudi posameznega zdravnika, strokovno direktorico, praviloma pa so vedno prisotne glavne medicinske sestre oddelkov, vodje enot in predstavnica za kakovost. V letošnjem letu smo imeli štiri vzročno posledične konference.

Tematika letošnjih konferenc je bila:

- Nepravilna priprava in aplikacija zdravila
- Izguba pokojnikove lastnine
- Odstopanja pri uvajanju venske kanile
- Aplikacija napačnega zdravila

Vsebina običajno vsebuje:

- Uvodni pozdrav PDZNO, predstavitev in namen vzročno posledične konference
- Analizo dogodka, ki jo predstavi vpleteni v dogodek
- Pregled in analiza SOP-a ali protokola, ki se navezuje na dogodek
- Ugotavljanje sistemskih lukenj

- Določanje: ukrepov, posameznih nosilcev ukrepov in terminskega načrta izvedbe ukrepov
- Razpravo in mnenja udeležencev
- Zaključne misli

Na konferenci se držimo politike ne-obtoževanja in nekaznovanja. Rdeča nit vzročno posledičnih konferenc je poudarek na preprečevanju nadaljnjih podobnih neljubih dogodkov in primeri dobrih praks na drugih oddelkih. Predvsem se vzpodbuja prisotne, da izražajo svoja mnenja, dileme, opažanja in da predlagajo sistemske izboljšave.

Prisotni se zelo aktivno vključujejo v razpravo. Odzivi so pozitivni. Udeleženec, ki predstavi analizo napake požanje aplavz prisotnih, ne zaradi odobravanja neljubega dogodka, ampak zato, ker je pripravljen javno, brez zadržkov, natančno, kronološko predstaviti dogodek, ki je botroval za napako. To dodatno vzpodbuja in krepi kulturo varnosti pri zaposlenih.

4 ZAKLJUČEK

Ali smo pripravljeni spregovoriti o napakah? Glede na odzive udeležencev na vzročno posledični konferenci lahko trdimo, da v naši bolnišnici smo in lahko rečemo, da imamo varnostno kulturo na visoki ravni.

»Biti odgovoren prav gotovo ne pomeni, da moramo opraviti vse sami, temveč pomeni prizadevanje, da tudi vsi drugi store to ali ono, da nihče niti hote niti iz nevednosti ne opusti, kar mora biti storjeno...tudi ne pomeni, da vsak opravi samo tisto dolžnost, za katero je bil postavljen.«

»Florence Nightingale, Iz beležk o negi«

LITERATURA

- Blendon J, DesRoches M, Brodie M, Benson JM, Rosen AB, Schneider E, et al. Views of practicing physicians and the public on medical errors. *New England Journal of Medicine* 2002; 347: 1933–1940.
- Burton J. Managing mistakes and challenges. In: Seden J, Reynolds J eds. *Managing Care in Practice*. Open University and Routledge: Milton Keynes; 2003.
- Casement P. Learning from our mistakes. *Counseling & Psychotherapy* 2004; 15(7): 11–16.
- Crigger NJ. Always having to say you're sorry: Anethical response to making mistakes in professional practice. *Nursing Ethics* 2004; 11(6): 568–576.
- Crigger NJ. Two models of mistake – making in professional practice: Moving out of the closet. *Nursing philosophy* 2005; 6: 11–18.
- Hunter S, Tate B, Dzieweczynski J, et al. Leaders make mistakes: a multilevel consideration of why. *Leadership Quarterly* 2011; 22 (2): 239-258.
- Kersnik J. Učenje iz napak – analiza izjemnih dogodkov (AID). *Zdravstvene napake /19. učne delavnice za zdravnike družinske medicine* In: Kersnik J. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD 2002: 137-142.
- Kramar Z. Spremembe zaznavanja kulture varnosti pacientov v Splošni bolnišnici Jesenice (magistrsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru; 2014.
- Leape LL. Error in medicine. *JAMA* 1994; 272: 1851–1857.
- Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care* 2004; 13: 85-90.
- Naša prva medicinska sestra Angela Boškinova. *Obzornik zdravstvene nege*, Internetni vir. Povzeto 18. 10. 2015. http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=b5881b11-e717-40a7-ba1e-cb157a9d48c5

NEUSTREZNA PREDAJA PACIENTA LAHKO POVZROČI NELJUBI DOGODEK

Mojca Strgar, Nada Macura Višič, Mateja Bahun

IZVLEČEK

Teoretična izhodišča: Predaja pacienta se pojavlja ob času, ki je za to določen in tudi izven tega. Namen predaje pacienta je izmenjava informacij o pacientu za zagotavljanje njegove varne in kontinuirane oskrbe. Najbolj pogosta je ustna predaja pacienta, za zagotavljanje varne in kakovostne obravnave pa je smiselna uporaba tudi drugih orodij.

Metoda: izdelali smo žepno verzijo pripomočka oz. opomnika, ki uporabnika vodi preko vseh pomembnih točk za kakovostno predajo pacienta. po 14 dneh uporabe so uporabniki (vse medicinske sestre internih in kirurških oddelkov) izpolnili kratek vprašalnik. Podatke smo obdelali s pomočjo SPSS programa.

Rezultati: Navodil za uporabo pripomočka se niso držali vsi respondenti (le 78%). Tisti ki so pripomoček uporabili pa so menili, da se s pomočjo pripomočka pri predaji izgubi manj informacij (PV=1,46), ter da se jim uporaba zdi izboljšava pri predaji službe (PV=1,59). Odzivi so bili pozitivni, kot negativno lahko smatramo, da jih 58,6 % meni, da porabijo več časa kot prej. Najbolj jih motijo zunanje motnje med predajo službe (sprejemi, tel. klici...)

Razprava in zaključek: Ugotovljamo, da za kakovostno predajo službe obstoječi način dela ni več pravi, kajti uporaba pripomočka (opomnika) se je izkazala za primerno. Ne bo pa ta pripomoček sam po sebi zadosti, ker potrebujemo kontinuirano izobraževanje in spodbujanje zaposlenih. Opomnik je izboljšava, izgubi se manj informacij, torej je strukturirana oblika predaje pravi način, ki pripomore h kakovostnejši in varnejši obravnavi.

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena nega, predaja pacienta, komunikacija, strukturiran obrazec

1 UVOD

Izmenjava informacij o pacientih je pri odločilna za sodelovanje v bolnišnicah na splošno, prav posebej pa v praksi zdravstvene nege, pomembno je tudi za vzdrževanje in ohranjanje kontinuitete oskrbe pacientov v času in prostoru. V procesu predaje pacienta med zaposlenimi v zdravstveni negi igra ustna oblika pomembno vlogo in takšna oblika je močno vgrajena v bolnišnično kulturo (Meum in Ellingsen, 2010). Medicinske sestre uradno komunicirajo druga z drugo ob rednih predajah pacienta in ob tem uporabljajo pacientovo dokumentacijo. Med predajo pacienta so medicinske sestre, ki prevzemajo pacienta seznanjene z njegovim trenutnim stanjem, njihovim potekom zdravljenja in načrtom zdravstvene nege ter njihovo razporeditvijo in katere so prioritete pri negovalnih intervencijah (Tucker, Brandling in Fox, 2009). Johnson, Sanchez, Basilakis, Dawson, Kelly in Hanlen (2013) v svojem članku navajajo, da je

natančen prenos informacij o pacientu ob zaključku vsake delovne izmene medicinskih sester bistven za zagotavljanje kontinuitete zdravstvene nege ter zagotavljanja njene kakovosti (cit. po Poletick in Holly, 2010). Poudarjajo tudi, da so težave največkrat pri komunikaciji in da je prav ta ključni dejavnik za neljube dogodke. V Združenih državah Amerike težavna komunikacija s pridruženim faktorjem možnih napak pri komunikaciji predstavlja kar 65% delež opozorilnih nevarnih dogodkov (Johnson idr., 2013, cit. po Haig idr., 2006). Podobni so tudi rezultati v avstralskih zdravstvenih ustanovah, kjer na področju klinične zdravstvene nege nastane 22% incidentov, ki so povezani z nezadostno komunikacijo pri predaji pacienta ali nezadostno dokumentacijo (Johnson idr., 2013, cit. po Tran in Johnson, 2010). Tudi Cornell, Townsend Gervis, Yates in Vardaman (2014) v svoji raziskavi ugotavljajo, da neglede na veliko skrb, ki se posveča komunikaciji med zaposlenimi v vsaki zdravstveni ustanovi prav ta, če ni zadostna, lahko povzroči težke posledice ali celo izgubo življenja. Navajajo tudi podatke Joint Commision-a iz leta 2006 (Cornell idr. 2014), da je 65% opozorilnih nevarnih dogodkov rezultat težav pri komunikaciji.

Nedvomno je zagotavljanje varne in pravilne zdravstvene obravnave izrednega pomena v pacientovi zdravstveni obravnavi. Na splošno se v zdravstvenih organizacijah srečujejo z širokim spektrom izzivov na področju varnosti pri zagotavljanju varne obravnave pacientov in prav zato je bilo potrebno razviti veliko novih strategij na področju zaposlenih in organizacije dela (Malekzadeh, Mazluom, Etezadi, Tasseri, 2013).

Predaja pacienta v zdravstveni negi je sicer običajni del procesa in je bistvenega pomena za varno prakso zdravstvene nege, kljub temu pa se v literaturi ne najde veliko usmeritev ali navodil kako jo dobro in pravilno izvesti (O'Connell, Macdonald in Kelly, 2008). Navajajo tudi, da je predaja pacienta utrjena veščina, spretnost, ki je vpeljana v vsakodnevno delo prakse zdravstvene nege, kjer ob menjavi izmen medicinskih sester prehajajo informacije o pacientu (O'Connell idr., 2008, cit. po Manias in Street, 2000). Ob tem potekajo tudi številne druge pomembne aktivnosti, vključujoč izmenjavo informacij, organizacija dela ter izobraževanje in poročanje (O'Connell idr., 2008, cit. po Kerr, 2002; O'Connell in Penney, 2001; Hopkinson, 2002). Malekzadeh idr. (2013) pa v svoji raziskavi opozarjajo, da medicinske sestre standardizirane in učinkovite predaje pacienta ter komunikacijskih veščin nimajo vključenih v svoje izobraževanje, celo nasprotno, tega se naučijo skozi vsakodnevno prakso ter pri starejših in izkušenih kolegicah. Prav te veščine pa so potrebne za učinkovito in varno predajo pacientov.

Obstaja veliko modelov predaje pacienta. Najbolj pogoste oblike so: predaja ob pacientovi postelji, kjer izmenjava informacij med medicinskimi sestrami poteka neposredno ob pacientu, pisno poročilo, v katerem so združene zapisane informacije o pacientu vendar ta zmanjšuje možnost razprave »iz oči v oči«, posneta predaja pacienta, ki jo tisti, ki prevzema pacienta posluša ter predaja, ki je bazirana v sestrskem prostoru, kjer se informacije o njem izmenjavajo brez njegove prisotnosti (Fenton,

2006, cit. po McKenna, 1997). Obstajajo pa tudi različne kombinacije vsega naštetega (Sherman, Sand-Jecklin, Johnson, 2013). V svojem preglednem članku nadalje navajajo, da je ustna predaja pacienta ob njegovi postelji sicer pogosto omenjena v literaturi kot tista, ki ima mnogo koristi tako za medicinsko sestro kot za pacienta, vendar nadalje v razpravi na podlagi pregledane literature ugotavljajo, da je najbolj praktična kombinacija ustne in pisne (Sherman idr., 2013).

V veliki raziskavi v 10 evropskih državah med 22 902 medicinskimi sestrami (Kerr, Lu, McKinlay, Fuller, 2011, cit. po Meissner, Hasselhorn, Esryn-Behar, Nezet, Pokorski, Gould, 2007) so ugotavljali, da je velika večina medicinskih sester nezadovoljna z pogostostjo motenj ter neprimernim časom za in med predajo pacienta. Ker idr. (2011) navajajo, da sta Davies in Priestly (2006) z opazovanjem predaje pacienta zaradi nezadovoljstva medicinskih sester poleg dolgega trajanja opazila, da se predajo nebistvene, nepomembne in subjektivne informacije, da je predaja dostikrat netočna in se ne nanaša na pacientovo dokumentacijo ter da je komunikacija »banalna« in se nanaša na podatke iz preteklosti kot da bi se nanašala na bodočnost. Prav iz teh razlogov standardizirana oblika lahko pomaga razjasniti namen in vsebino predaje pacienta, postopoma tudi kontinuiteto zdravstvene nege ter zmanjševanje napak in škode za paciente (Kerr idr., 2011, cit po Jorm idr., 2009, Sexton idr., 2004). O'Connell idr. (2008) v svojem članku predlagajo razvijanje opomnikov za izvajanje racionalizirane predaje pacienta v smislu podpore za izmenjavo objektivnih in relevantnih informacij.

V Splošni bolnišnici Jesenice smo že pred desetletjem pričeli z uvajanjem predaje pacienta ob njegovi postelji. Izvedli so krajše izobraževanje za zaposlene v zdravstveni negi ter pripravili prvo verzijo Protokola o predaji pacienta. In tam obstali, kljub temu, da je bilo to za tisti čas razvoja zdravstvene nege v naši ustanovi revolucionarno dejanje. Žal nismo v tistem trenutku začeli z razvijanjem orodja z uporabo z na dokazih podprte prakse, če in v kolikšni meri medicinske sestre v naši ustanovi razumejo pomen in namen takšne oblike predaje pacienta.

V letu 2013 smo začeli tudi z strokovnimi nadzori v zdravstveni negi, v njih je bil vključen tudi nadzor nad predajo pacienta. Nadzor je imel opredeljene kriterije, predvsem glede na napisan protokol. V prvem letu opazovanja je bila skupno upoštevanje kriterijev 92,22%, leta 2014 93,85%, v letošnjem letu skupnega doseganja odstotka še nimamo. Preliminarni rezultati pa so pokazali, da bo odstotek višji kot leto poprej. V letu 2013 smo pripravili tudi opomnik za pravilno predajo pacienta, ki pa ni dosegel pričakovanih rezultatov, zaposleni niso v celoti niti razumeli, niti upoštevali kriterijev, ki so bili napisani in nameščeni v prostorih, kjer se največkrat izvaja predaja pacienta.

Kljub vsemu naštetemu smo preko števila izvedenih varnostnih vizit, javljenih odklonov oz. neljubih dogodkov še vedno izgubljali informacije o pacientih, bodisi zaradi neustrezne, predvsem pa pomanjkljive komunikacije. Ker smo se zavedali problema, smo spomladi leta 2015 izvedli krajšo raziskavo, ki je pokazala, da se zaposleni zavedajo pomembnosti predaje pacienta, pravilne komunikacije, vendar pa nam manjka neke ustrezne standardizirane oblike v smislu opomnika. Začeli smo razmišljati

v smeri kombinacije dveh oblik; predaje pacienta ob njegovi postelji ter oblikovanje opomnika, ki bi bila dodatna varovalka za pravilno izvedbo in dobro, učinkovito ter ustrezno komunikacijo.

2 EMPIRIČNI DEL

Ker smo želeli predajo pacienta izboljšati, preprečiti izgubo pomembnih informacij, potek predaje strukturirati in optimizirati sam proces predaje pacienta, smo izdelali pripomoček. Ta pripomoček je žepna verzija spodaj prikazane tabele 1, ki jo medicinska sestra lahko nosi s seboj in jo uporabi za predajo pacienta med oddelki in ob menjavi službe med različnimi turnusi. Lahko pa ga uporabi tudi kot opomnik ob razgovoru po viziti, ko se člani tima srečajo in prediskutirajo spremembe v načrtih dela glede na ugotovitve vizite in dogovorijo prioritete.

Tabela 1: Pripomoček za predajo pacienta

PREDAJA PACIENTA
INFORMACIJE O PACIENTU (IME PRIIMEK, STAROST, SPOL, SOBA), SVOJCI DOSEGLJIVI IDENTIFIKACIJSKA ZAPESTNICA
DIAGNOZA
OPIS SPLOŠNEGA STANJA IZVEDENI POSEGI, VITALNI ZNAKI - MONITORING
GLAVNA TVEGANJA PRI PACIENTU NEVARNOST ZA PADEC, ALERGIJE, NEVARNOST SAMOMORA, RZP, PVU...
EPIDEMIOLOŠKO STANJE (IZOLACIJA, ZAKAJ?)
ŠE NI BILO IZVEDENO, SE ŠE ČAKA... DIAGNOSTIČNO TERAPEVTSKI POSTOPKI, IZVIDI, PREISKAVE, ODVZEM VZORCEV, ...)
NAČRT ZDRAVSTVENE NEGE – PLAN, CILJI, AKTIVNOSTI DOKUMENTACIJA UREJENA, TEKOČINSKA BILANCA IZPOLNJENA
ŽIVLJENJSKE AKTIVNOSTI (DIHANJE, PREHRANJEVANJE IN PITJE, ODVAJANJE, GIBANJE, SPANJE IN POČITEK, OBLAČENJE, VZDRŽEVANJE TELESNE TEMPERATURE, SKRB ZA ČISTOČO IN UREJENOST, IZOGIBANJE NEVARNOSTIM V OKOLJU, KOMUNICIRANJE, VEROVANJE, KORISTNO DELO, REKREACIJA, UČENJE ZDRAVEGA NAČINA ŽIVLJENJA)
MEDICINSKE TEHNIČNI PRIPOMOČKI I.V. POT JE OCENJENA / PREVITA / BREZ ZNAKOV INFEKCIJE DRUGO (EDK, DRENI, OVK, AV FISTULA, KISIKOVA TERAPIJA,...)
TERAPIJA JE APLICIRANA
OCENA BOLEČINE - UKREPI
RANA JE OCENJENA / PREVITA / BREZ ZNAKOV INFEKCIJE
V OBRAVNAVO POTREBNO VKLJUČITI ŠE: SOCIALNO DELAVKO, DIETETIKA, IZVAJALCA ZV, KZO , PLANIRAN TERMIN ODPUSTA LASTNINA PACIENTA
POSEBNA OPOZORILA ZA SODELAVCE

Pripomoček smo razdelili vsem zaposlenim v zdravstveni negi na internih in kirurških oddelkih in jih prosili da ga 14 dni uporabljajo pri predaji službe. Nato smo zaposlenim razdelili vprašalnike. Na anketni vprašalnik je odgovorilo 37 zaposlenih od 90, kolikor je zaposlenih na internem in kirurškem oddelku, kjer smo izvedli raziskavo, kar predstavlja 41 %.

3 REZULTATI

Pri trditvi »Pri predaji službe sem uporabil pripomoček za predajo« se je izkazalo, da je le 7 (18,9 %), zaposlenih navodila dosledno upoštevalo in predajo vsakokrat vršilo s pomočjo novega pripomočka. 22 (59,4 %) jih je predajo s pomočjo pripomočka izvajalo občasno, vendar je pokazatelj (ne)sodelovanja podatek, da pripomočka kljub navodilom ni uporabilo 8 (21,6 %) anketirancev. Te smo nadalje izključili iz analize. Tako da končni vzorec šteje 29 oseb oz. 32 % vseh zaposlenih v zdravstveni negi na kirurškem in internem oddelku.

Povprečna delovna doba anketirancev je 7,4 leta (razpon pa od nedopolnjenega leta delovne dobe do 20 let delovne dobe). Na anketo je odgovorilo 16 oseb iz internega oddelka in 13 oseb s kirurškega oddelka. Odgovarjalo je 8 diplomiranih medicinskih sester in 18 zdravstvenih tehnikov, trije se o svoji izobrazbi niso opredelili.

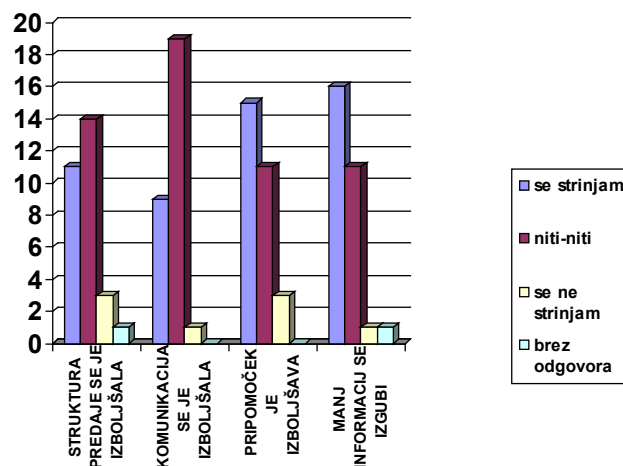
Na vprašanje, koliko jih meni, da z novim načinom porabijo manj oz. več časa smo dobili odgovore: porabim več časa meni 17 anketirancev (58,6%), enako količino časa meni 10 (34,5 %) anketirancev, da pa so porabili manj časa menita le 2 (6,9 %) anketiranca.

Vprašali smo tudi ali so bili anketiranci tudi pred uporabo novega pripomočka zadovoljni s predajo službe in dobili odgovore, da je bilo že prej zadovoljnih 13 (44,8 %), niti da, niti ne je ravno tako menilo 13 (44,8 %) anketirancev. Nezadovoljni s prejšnjim načinom dela so bili le trije anketiranci (10,3 %) in sicer dva s srednješolsko in en z visokošolsko izobrazbo.

Tabela 2: Opisne statistike

trditve	n	PV	SD
struktura predaje se je izboljšala, predaja je bolj tekoče tekla	28	1,71	0,659
komunikacija med člani tima se je izboljšala	29	1,72	0,528
pripomoček se mi zdi izboljšava pri moji predaji službe	29	1,59	0,682
manj informacij se je izgubilo pri predaji s pomočjo pripomočka	28	1,46	0,576
že pred uporabo pripomočka sem bil zadovoljen s predajo službe	29	1,66	0,670

PV – povprečna vrednost, SD – standardni odklon, 1- se strinjam, 2 - niti se strinjam niti se ne strinjam, 3 - se ne strinjam



Graf 1: Mnenje anketirancev o uporabnosti pripomočka

Zadnje vprašanje je omogočalo dopisati mnenja glede novega pripomočka oz. načina dela. Spodaj so naštetih odgovori, ki smo jih dobili:

- Super priročna žepna izdaja (opomnik).
- Opomnik se mi dopade, vendar se mi zdi le za novozaposlene.
- Pripomoček za predajo službe se mi zdi dobra stvar, kajti z njim si lahko pomagaš, da česa ne pozabiš. Predaja teče bolj tekoče.
- Za 1. dan je zelo izčrpan in te vodi, za naslednji pa preobširen (ko spoznaš paciente, večino podatkov že poznaš).
- Ne bo več toliko napak, predaja bo bolj izpopolnjena.
- Kljub vsem pripomočkom nas med predajo službe vedno motijo svojci, urgencia s sprejemom, zdravniki z naročili.
- Predaja službe je v večini primerov motena s strani zdravnikov, tel. klicev, svojcev ter sprejemov ob času predaje službe.
- Potrebujemo manj motenj s strani sprejemov med predajo službe.

4 RAZPRAVA IN ZAKLJUČEK

Kakor koli je predaja pacienta rutina v praksi zdravstvene nege že desetletja, so rezultati naše pilotne raziskave pokazali, da imajo medicinske sestre v naši ustanovi še vedno premalo znanja in veščin ter tudi dvomov pri izvajanju tega procesa. Anketiranci sami ocenjujejo, da težav pri izvajanju nimajo, oziroma so neopredeljeni. To kaže na dejstvo, da je bilo izobraževanju na tem področju v naši ustanovi posvečeno zelo malo časa ali skoraj nič, učenje te veščine je potekalo v največji meri izkustveno, na podlagi tradicije. Zopet se je pokazalo, kar so v svoji raziskavi ugotovile že Strgar, Macura Višić in Pogačnik (2015), da so oblike kot strukturiran standardiziran obrazec, uporaba elektronske predaje službe in tudi predaja pacienta ob postelji z uporabo vsega naštetega vsaj tako pomembni kot uporaba ustrezne negovalne in medicinske dokumentacije.

Rezultati v raziskavi so pokazali, da so anketiranci za izvedbo predaje pacienta z opomnikom porabili več časa (58,6 %), enako količino časa pa 34,5 %, kar je mogoče

glede na pregled literature pripisati temu, da je v začetni fazi uvajanja novosti (v našem primeru opomnika) potrebno nekoliko več časa za sledenje opornim točkam ali pa dejstvu, da se na takšen način v preteklosti ni komuniciralo. Tudi nadzor nad izvajanjem predaje službe je v vseh letih pokazal, da se velikokrat daje prednost bodisi subjektivnim ali objektivnim podatkom, opomnik pa nudi možnost individualnega in celostnega pristopa v predaji pacienta. Glede na mnenje anketirancev je opomnik izboljšava in menja so, da se izgubi manj informacij kar kaže na to, da je strukturirana oblika zaželena in bistveno pripomore h kakovosti in varnosti pri predaji pacientov in njihovi obravnavi.

Naša raziskava ima seveda omejitve, predvsem je bila pilotna in zato izvedena na majhnem številu zaposlenih. Bila je tudi časovno omejena z kratkim rokom, kratkim vprašalnikom, raziskovali nismo varovanja osebnih podatkov, motenj med izvajanjem predaje pacienta in še nekaterih kriterijev, ki so pri predaji pacienta pomembni. Kljub temu smo menja, da bomo z razvijanjem in implementacijo opomnika nadaljevali, izvedli bomo tudi izobraževanja in delavnice za zaposlene. V kasnejši fazi bomo ponovno izvedli nadzore nad izvajanjem predaje pacienta na vseh nivojih. Glede na rezultate teh nadzorov bomo uvedli dodatne izboljšave trenutnega opomnika in kontinuirano spodbujali zaposlene k njegovi uporabi.

LITERATURA

- Cornell P, Townsend Gervis M, Yates L, Vardaman MJ. Impact of SBAR on Nurse Shift Reports and Staff Rounding. *Med Surg Nurs* 2014; Vol 23, 5:334-42.
- Fenton W. Developing a guide to improve the quality of nurses' handover. *Nurs Old Peop* 2006;18,11:32-36.
- Johnson M, Sanchez P, Basilakis J, Dawson L, Kelly B, Hanlen L. Comparing nursing handover and documentation: forming one set of patient documentation. *I Nurs Rev* 2013; 73-81.
- Malekzadeh J, Mazluom SR, Etezadi T, Tasseri A. A standardized Shift Protocol: Improving Nurses' Safe Practice in Intensive Care Units. *J of Car Scien* 2013; 2(3), 177-85.
- Meum T, Ellingsen G. »Sound of silence« - changing from an oral to a computer-mediated handover. *Behaviour&Information Techn* 2011; 30: 479-88.
- O'Connell B, Macdonald K, Kelly C. Nursing handover: It's time for a change. *CN* 2008; Vol 30;1: 2-11.
- Sherman J, Sand-Jecklin K, Johnson J. Investigating Bedside Nursing Report: A Synthesis of the Literature. *Med Surg Nurs* 2013; 22;5:308-18.
- Strgar M, Macura Višić N, Pogačnik M. Uporaba subjektivnih in objektivnih podatkov na vseh nivojih pri predaji pacienta med medicinskimi sestrami – kako kakovostni in učinkoviti smo? V: Z optimalnimi viri do učinkovite zdravstvene in babiške nege: zbornik prispevkov z recenzijo/ 10. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Brdo pri Kranju 11. in 12. maj 2015; Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. 2015.
- Tucker A, Brandling J, Fox P. Improved record-keeping with reading handovers. *N Manag* 2009; Vol 16, 8: 30-34.

DEJAVNIKI V STRATEGIJI PREPREČEVANJA PADCEV

Mojca Dobnik, Brigita Skela Savič

IZVLEČEK

Teoretična izhodišča: Padec je najpogosteje prijavljen varnostni zaplet pri hospitaliziranih pacientih in se pojavlja v vseh kliničnih okoljih. Namen študije je bil preveriti, kateri od posameznih v študiji proučevanih dejavnikov vplivajo na padec bolnika v bolnišnici.

Metoda: V kvantitativni raziskavi je sodelovalo 17,6 % ($n = 256$) zaposlenih v zdravstveni negi, v večjem zdravstvenem zavodu v Sloveniji. Raziskovalni instrument je bil vprašalnik 112 vprašanj zaprtega tipa, z rangiranjem na Likertovi lestvici. Za zanesljivost instrumenta je bil za različne spremenljivke uporabljen koeficient alfa in je znašal od 0,717 do 0,839. Podatki so bili obdelani z deskriptivno statistiko, t -testom, korelacijsko ter regresijsko analizo. Statistična značilnost (p) je bila enaka ali manjša od 0,05.

Rezultati: Zaposleni menijo, da je za strategijo preprečevanja padcev s statistično pomembnostjo pomembna komunikacija ($PV = 1,87$), zelo pomembni zapisani procesi dela ($PV = 0,75$), zadostno število zaposlenih ($PV = 3,14$), ustrezna usposobljenost zaposlenih ($PV = 2,01$), stalni nadzor nad bolnikom ($PV = 1,76$), pravilna in natančna ocena tveganja za padec ($PV = 1,65$), pogosta ocena zdravstvenega stanja ($PV = 0,97$) in kot najbolj pomembna finančna sredstva za izobraževanje ($PV = 0,41$) ter zadostna in prilagojena oprema ($PV = 1,37$). S t testom smo proučevali in ugotovili statistično pomembnost devetih od enajstih proučevanih spremenljivk. Regresijska analiza pokaže mejno statistično pomembnost vpliva delovnega mesta ($t = -1,902$; $p = 0,058$), ne pokaže pa statistične pomembnosti za starost ($t = 1,298$; $p = 0,195$), izobrazbo ($t = 2,171$; $p = 0,031$) in status zaposlitve zaposlenih na preobremenjenost ($t = -0,558$; $p = 0,577$).

Razprava: Zaposlene v zdravstveni negi v je potrebno izobraziti o varnosti pacientov za kakovost glede na situacijske dejavnike. Znanje s področja varnosti bi zaposleni morali pridobivati kontinuirano, znanje bi bilo potrebno nadgrajevati, tudi na raziskovalnem področju. Delovanje na področju kakovosti zahteva strokovna znanja iz zdravstvene nege, izkušnje, veščine ter razumevanje interesov bolnika. Raziskava je potrdila ugotovitve že izvedenih raziskav, predvsem v tujini in je osnova za nadaljnje in ponovne raziskave.

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena nega, ocena zdravstvenega stanja, dejavniki tveganj

1 PREPREČEVANJE PADCEV

Dostop do kakovostne zdravstvene obravnave je osnovna človekova pravica, ki jo prepoznajo in spoštujejo Evropska unija, vse njene institucije in državljani Evrope (Luksemburška deklaracija o varnosti pacientov, 2005). Kakovost je širok pojem, ki zajema različne vidike zdravstvene obravnave. Leta 2004 je Nacional Quality Forum potrdil 15 nacionalnih standardov, ki se uporabljajo pri zdravstveni obravnavi (Kurtzman

in Corrigan, 2007). Zdravstvena dejavnost mora biti načrtovana tako, da preprečuje napake in neželene dogodke ter tako zagotavlja odpravo hudih napak in poveča delovanje v skladu z varnostnimi postopki. Osredotočenje na pacientovo varnost vodi k zmanjšanju stroškov obravnave pacienta, izpostavljenim neželenim dogodkom, kar posledično vodi v ustrežnejšo izrabo finančnih virov. Najpomembnejše pa je, da varnost pacienta pripomore k porastu kakovosti življenja (Luksemburška deklaracija o varnosti pacientov, 2005). Današnja zdravstvena oskrba je s svojo kombinacijo tehnologij, procesov, človeških interakcij prinesla veliko korist za paciente zaradi večje učinkovitosti. Vendar pa ostaja dejstvo, da se skupaj s spreminjajočimi značilnostmi pacienta, z naraščajočo starostjo, z večjo obolevnostjo, zahtevajo bolj zapleteni pristopi, zdravstvena oskrba predstavlja večje tveganje za nastanek škode pacienta (Gonzales-Formosol idr., 2011).

Število padcev pri starostnikih postaja pomemben javno - zdravstveni problem v naši družbi. V preteklosti se je življenjska doba povečala s 75 let v letu 1990 na 79 let v letu 2009 v ZDA. V zadnjih desetletjih se je pričakovana življenjska doba povečala s 77 let v letu 1990 na 81 let v letu 2009 na Nizozemskem. Podobne trende so opazile tudi druge države. To omogoča oceno povečanja pričakovane življenjske dobe v zahodnih državah po vsem svetu (WHO, 2011). Vincent in Velkoff (2010) ocenjujeta, da se bo število oseb, starih 65 let ali več, v ZDA do leta 2050 podvojilo. V letu 2010 je 14 % prebivalstva v ZDA, starih 85 let ali več, leta 2050 bi se naj ta delež povečal za več kot 21 %. Trenutno je 15,6 % prebivalstva na Nizozemskem starega 65 let ali več in se bo po ocenah povečal na 25 % 2050 (CBS, 2011).

Padec je neželen dogodek oziroma najpogosteje sporočen incident varnosti, ki se pojavlja v vseh kliničnih območjih, kjer so v stacionarni obravnavi nastanjeni odrasli. V vseh teh okoljih narašča interes zaposlenih v zdravstvenih timih za uvajanje preventivnih strategij preprečevanja padcev pri pacientih, ki vključujejo tudi orodja za oceno tveganja. Le-ta so lahko koristna, če je njihov namen izpostavljanje skupnih dejavnikov tveganja in specifičnih vzrokov za nastop padcev pri pacientih ter če predvidijo takojšnjo uvedbo aktivnosti za preprečevanje nastopa padcev v bodoče (Zemljič, 2010).

Padec v času hospitalizacije sovпада v kombinacijo dejavnikov tveganja, vključno z učinki dolgoletnih in akutnih bolezni, proces staranja in neželenih učinkov zdravil v kombinaciji z nepoznavanjem okolja bolnišnice (Healey in Darowski, 2012). Tukaj raste zanimanje za preventivne strategije in v okviru tega orodja za oceno tveganja. Koristno je, če je cilj opozoriti na skupne dejavnike tveganja, vzroke padcev in hitre intervencije. Preprečevanje padcev se mora osredotočiti na širok spekter ukrepov na ravni pacienta in organizacije (Oliver in Healey, 2009). Raziskava je pokazala, da obstaja povezava med inkontinenco ter padci pri starejših. Inkontinenca oslabi mobilnost, pacient potrebuje pomoč, saj vpliva na hojo, premikanje iz postelje na stol, kognitivno dožemanje, posameznike moti vizuelno, poveča se navarnost iz okolja. Uporaba zdravil, znižan krvni tlak ob inkontinenci zviša možnost za padec (Chiarelli,

Mackenzie in Osmotherly, 2009). Raziskava Jocelyn in Anne (2012) je v naključnem vzorcu 500 poročil analizirala incidente. Raziskava pokaže, da posamezni zaposleni niso upoštevali priporočil in politike za oceno tveganja, na primer pri izbiri ustreznih ukrepov za pomoč pacientom, in za preprečevanje nadaljnjih incidentov. Omejeno vpliva na obravnavanje vzrokov nesreč in ukrepov, ki bi jih lahko sprejeli, da se preprečijo nadaljnji incidenti. Raziskava Ang idr. (2011) je pokazala, da so usmeritve v več posegov učinkovito zmanjšale pojavnost padcev pri pacientih v akutni negi. O padcih se najpogosteje poroča v poročilih o incidentih v skoraj vseh akutnih bolnišnicah in psihiatriji (National Patient Safety Agency, 2010). Padec pretežno vpliva in škodi starejšim, šibkejšim, več kot 80 % padcev v bolnišnicah se pojavi pri pacientih, starejših od 65 let. Najvišjo stopnjo padcev in največjo ranljivosti so opazili pri pacientih, starih več kot 85 let (National Patient Safety Agency, 2007).

Ključne organizacijske spremembe preventive padcev vključujejo (Oliver, Healey in Haines, 2010):

- aktivno preprečevanje padcev zaposlenih,
- preventivno politiko in postopke, ki temeljijo na dokaz,
- politika z prakso,
- dostop do strokovnega nasveta kliničnega svetovalca s strokovnim znanjem,
- analiza potreb po usposabljanju zaposlenih po kompetencah,
- ustrezno število zaposlenih in podporne službe,
- učenje iz padcev,
- učinkoviti sistemi za hitro prepoznavanje in reševanje okoljskih nesreč, kot so poškodovana tla ali slaba osvetlitev, učinkoviti sistemi za zagotovitev dostopa do bistvene opreme padcem za preprečevanje padcev, vključno s pripomočki za gibanje,
- novogradnja ali obnova prilagaja bolnišnično okolje potrebam starejših izpostavljenih pacientov, vključno z demenco.

Večina padcev ne povzroči trajne poškodbe, povzroča pa veliko breme za paciente in njihove družine, ki poročajo o slabih izkušnjah in posledicah za njihovo psihološko in socialno blaginjo (Patient Safety First, 2009).

2 METODA

V raziskavi smo uporabili vprašalnik za zaposlene v zdravstveni negi. Pripravili smo ga na osnovi študije literature o managementu kakovosti in vplivu na preprečevanje padcev. Vprašalnik je iz 6 sklopov, 112 vprašanj zaprtega tipa, s čemer obstaja manjša verjetnost, da bi dobili dvoumne in preširoke odgovore, kar omogoča natančno obdelavo. Del vprašalnika, ki se je nanašal na Strategija preprečevanja padcev je sklop, zasnovan po pregledu raziskave avtorice Čuk (2011), Kako lahko v zdravstveni negi vplivamo na izboljšanje kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe? Sklop je iz štirih delov: Dejavniki za nezaželene dogodke pri pacientih in izvajalcih, Vzroki za padec, Neučinkovito vedenje in Dejavniki v strategiji preprečevanja padcev. Prve tri sklope so

anketiranci rangirali po pomembnosti trditve, pri čemer je 1 najpomembnejša trditev, sklop ena je imel 4 trditve, sklop dva 5 trditve in sklop štiri 6 trditve. V četrtem sklopu so izmed 11 trditve izbrali 5 najpomembnejših trditve, pri čemer je 1 najpomembnejša trditev. Rezultati notranje konsistentnosti vprašalnika so 0,817.

2.1 OPIS VZORCA

Naključno smo razdelili 500 vprašalnikov, kar predstavlja 34,4% vseh zaposlenih, vrnjenih smo dobili 256 vprašalnikov, kar predstavlja 51,2% odziv, s tem smo vključili 17,6% vseh zaposlenih v zdravstveni negi Univerzitetnega kliničnega centra Maribor. Vprašalnike smo razdelili v negovalnih timih med diplomirane medicinske sestre, medicinske sestre in zdravstvene tehnike.

2.2 REZULTATI

Povprečna starost anketiranih je 37,8 let (min 21 let in max 57 let). Zaposleni, ki so vrnili anketni vprašalnik, so v povprečju zaposleni v bolnišnici 16 let, kar kaže na to, da dobro poznajo razmere v bolnišnici in delujejo kot strokovnjaki na svojem strokovnem področju. Med anketiranci jih ima 59,4 % srednješolsko izobrazbo, 1,94 % višješolsko, 29,7 % visoko šolsko izobrazbo, 7,4 % univerzitetno, 1,56 % jih ima končan magisterij. V tabeli 1 so prikazane povprečne vrednosti in za t testa za dejavnike v strategiji preprečevanja padcev.

Tabela 1: Povprečne vrednosti in t test dejavnikov v strategiji preprečevanja padcev (N=256)

Trditve:	PV	t	p
Komunikacija	1,87	4,689	0,000
Zapisani procesi dela	0,75	4,55	0,000
Zadostnost osebja	3,14	5,16	0,000
Usposobljenost osebja	2,01	5,00	0,000
Stalni nadzor nad pacientom	1,76	3,84	0,000
Pravilna, natančna ocena tveganja za padec pacienta	1,65	4,09	0,000
Pogostejša ocena zdravstvenega stanja	0,97	4,84	0,000
Finančna sredstva za izobraževanje	0,41	3,86	0,000
Zadostna in prilagojena oprema	1,37	5,40	0,000
Izobraževanje o dejavnih tveganja za padec	0,70	-0.33	0,737
Izobraževanje o orodjih za preprečevanje padcev	0,44	-1,00	0,317

PV= povprečna vrednost, t= t test, p= statistična pomembnost (*p<0,05; **p<0,01)

Zaposleni menijo, da je za strategijo preprečevanja padcev s statistično pomembnostjo pomembna komunikacija (PV=1,87), zelo pomembni zapisani procesi dela (PV=0,75),

zadostnost osebja (PV=3,14), usposobljenost osebja (PV=2,01), stalni nadzor nad pacientom (PV=1,76), pravilna in natančna ocena tveganja za padec (PV=1,65), pogosta ocena zdravstvenega stanja (PV=0,97), najbolj pomembna finančna sredstva za izobraževanje (PV=0,41) ter zadostna in prilagojena oprema (PV=1,37).). S t testom smo proučevali statistično pomembnost proučevanih spremenljivk. Ugotovili smo statistično pomembnost devetih od enajstih proučevanih spremenljivk: komunikacija (t=4,689, p=0,000), zapisani procesi dela (t=4,55, p=0,000), zadostnost osebja (t=5,16, p=0,000), usposobljenost osebja (t=5, p=0,000), stalni nadzor nad pacientom (t=3,84, p=0,000), pravilna, natančna ocena tveganja za padec pacienta (t=4,09, p=0,000), pogostejša ocena zdravstvenega stanja (t=4,84, p=0,000), finančna sredstva za izobraževanje (t=3,86, p=0,000), zadostna in prilagojena oprema (t=5,40, p=0,000), izobraževanje o dejavnih tveganja za padec (t=-0,33, p=0,737) in izobraževanje o orodjih za preprečevanje padcev (t=-1,00, p=0,000).

Korelacijska analiza

Opravili smo korelacijsko analizo spremenljivk: izobraževanje, preprečevanje padcev, zaznavanje kulture varnosti, preobremenjenosti zaposlenih, komunikacijo, padci, vplivom na varnost, viri za zagotavljanje varnosti in demografskimi dejavniki (starost, spol, delovnim mestom zaposlitve, izobrazbo in statusom zaposlitve). Ugotovili smo statistično pomembno povezavo med spolom in starostjo zaposlenih (r=0,331**, p=0,000), med delovnim mestom zaposlitve in starostjo (r=0,896**, p=0,000) ter spolom (r=0,330**, p=0,000). Ugotovili smo statistično pomembno povezavo med izobrazbo in spolom (r=0,188**, p=0,003). Prav tako je statistično pomembna povezava med statusom zaposlitve in starostjo (r=0,274**, p=0,000), tudi z spolom (r=0,219**, p=0,000), delovnim mestom zaposlitve (r=0,335**, p=0,000) ter tudi z izobrazbo (r=0,170**, p=0,007).

Statistično pomembna povezava je med preprečevanjem padcev in zaznavanje kulture varnosti (r=0,265**, p=0,000), preobremenjenostjo zaposlenih (0,680**, p=0,000), komunikacijo (r=0,563, p=0,000), vplivom na varnost (r= 0,255**, p=0,000) in potrebnimi viri za zagotavljanje varnosti (r=0,272**, p=0,000). Statistično pomembne je povezava med zaznavanjem kulture varnosti in izobraževanjem (r=0,495**, p=0,000) ter preprečevanjem padcev (r=0,0,256**, p=0,000). Statistično pomembne je povezava med preobremenjenostjo zaposlenih in izobraževanjem (r=0,374**, p=0,000), preprečevanjem padcev (r=0,680**, p=0,000) ter zaznavanjem kulture varnosti (r=0,342**, p=0,000). Korelacijska analiza pokaže pozitivno povezavo komunikacije in vpliva na kakovost (r=0,212, p=0,001) ter potrebnimi viri (r=0,190**, p=0,002). Statistično pomembne je povezava med komunikacijo in preprečevanjem padcev (r=0,563**, p=0,000), zaznavanjem kulture varnosti (r=0,279**, p=0,000), preobremenjenostjo zaposlenih (r=0,247**, p=0,000). Prav tako je statistično pomembna negativna povezava med padci in statusom zaposlitve (r=-0,218**, p=0,000). Statistično

pomembna je povezava med vplivi na varnost in izobraževanjem ($r=0,164^{**}$, $p=0,009$), preprečevanjem padcev ($r=0,255^{**}$, $p=0,000$), preobremenjenostjo zaposlenih ($r=0,307^{**}$, $p=0,000$), komunikacijo ($r=0,212$, $p=0,001$), potrebnimi viri ($r=0,226^{**}$, $p=0,000$).

3 ZAKLJUČEK IN RAZPRAVA

Današnja zdravstvena oskrba je s svojo kombinacijo tehnologij, procesov, človeških interakcij prinesla veliko korist za paciente zaradi večje učinkovitosti. Vendar pa ostaja dejstvo, da se skupaj s spreminjajočimi značilnostmi pacienta, z naraščajočo starostjo, z večjo obolevnostjo, zahtevajo bolj zapleteni pristopi, zdravstvena oskrba predstavlja večje tveganje za nastanek škode pacienta (Gonzales-Formosol idr., 2011).

Podpora managementa v bolnišnici je eden najpomembnejših elementov za kakovostno delovanje zaposlenih tudi na področju preprečevanja padcev. Najpomembnejši dejavnik kakovostne bolnišnice so izobraženi in osveščeni zaposleni s pripravljenostjo delovati na področju kakovosti, se ustrezno izobraževati in tako delovati. Ugotovili smo, da kot vzrok za nastanek neželenega dogodka kot najpomembnejšega zaposleni navedejo značilnosti pacienta. Da bi lahko z gotovostjo to potrdili, bi morali podrobneje raziskati dejavnike pri pacientu, ki vplivajo na nastop neželenega dogodka. Zaposleni menijo, da je za strategijo preprečevanja padcev pomembna komunikacija. Komunikacijo na vseh ravneh organizacije ocenjujemo kot ključni element zagotavljanja kakovostne in varne zdravstvene obravnave.

LITERATURA

- Ang, E, Mordiffi S Z, Zubaidah S, Wong H B. Evaluating the use of a targeted multiple intervention strategy in reducing patient falls in an acute care hospital: a randomized controlled trial. *J Adv Nurs* 2011; 67 (9): 1984-92.
- CBS. 2011. Bevolking; kerncijfers. Netherlands: Centraal Bureau voor de Statistiek. [Http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication](http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication) (20.11.2012).
- Chiarelli P E, Mackenzie L A, Osmotherly. P G. Urinary incontinence is associated with an increase in falls: a systematic review. *Aust J Physiother* 2009; 55 (2): 89-95.
- Čuk V. Kako lahko v zdravstveni negi vplivamo na izboljšanje kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe. *Varnostni zapleti pri pacientu – priložnost za učenje*; 2011 52-61; Maribor, Slovenija.
- González-Formosol C M, Miguel M, Fernández-Domínguez J, Rial A, Lago-Deibe F, Ramil-Hermida L, Pérez-García M, Clavería A. Adverse events analysis as an educational tool to improve patient safety culture in primary care: A randomized trial. *BMC Family Practice* 2011; 12: 50.
- Healey, F, Darowski A. Older patients and falls in hospital. *Clin Risk* 2012; 18: 170-76.
- Kurtzman E T, Corrigan J. Measuring the contribution of nursing to quality, patient safety, and health care outcomes. *Policy, Politics & Nursing Practice* 2007; 8 (1): 20-36.
- National Patient Safety Agency. Slips, Trips and Falls in Hospital. 2007. London: NPSA.
- National Patient Safety Agency. Slips Trips and Falls in Hospital.2010. London: NPSA.

- Jocelyn C, Anne J. Moving and handling and patient safety: analysis of clinical incidents. *British J of Nur* 2012; 21 (3): 166-70.
- Luksemburška deklaracija o varnosti pacientov. Evropska konferenca Patient safety: Making it Happen! [Http://eu2005.lu/en/actualites/document travail/2005/04/06Patientsafety/](http://eu2005.lu/en/actualites/document%20travail/2005/04/06Patientsafety/) (22.11.2012).
- Oliver D, Healey F. Falls risk prediction tools for hospital inpatients: do they work? *Nursing Times*; Pfeiffer J, Sutton R. Evidence-based management. *Harvard Business Rev* 2009; 84: 63-74.
- Oliver D, Healey F, Haines T. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. *Clinics in Geriatric Medicine*. *Clin Geriatric Medicine* 2010; 26 (4): 645-92.
- Patient Safety First. The 'How to' Guide for Reducing Harm From Falls. 2010. London: National Patient Safety Agency.
- Vincent G K, Velkoff V A. The next four decades, the older population in the United States: 2010 to 2050. *Current Population Reports*. Washington: US Census Bureau.
- Zemljič B. Ali in koliko lahko z izbiro orodja, ki ugotavlja tveganje nastopa padcev pri pacientih v bolnišnicah, zaposleni v zdravstvenem timu pripomoremo k preprečevanju le teh? Zbornik predavanj 2. dnevi Marije Tomšič - Vrednote v zdravstveni negi, 2010 71–90; Novo Mesto, Slovenija..
- World Health Organization. Global health data repository: life expectancy. Geneva: World Health Organisation. 2011. [Http://www.who.int/ghodata/](http://www.who.int/ghodata/) (22.2.2013).

NEPREKINJENO STROKOVNO IZOBRAŽEVANJE LABORATORIJSKIH DELAVCEV – MODEL ZA ZAGOTAVLJANJE VARNEGA LABORATORIJSKEGA TESTIRANJA

Urška Lužnik, Simon Brlogar, Ivica Avberšek-Lužnik

IZVLEČEK

Teoretična izhodišča: Rezultati laboratorijskih analiz neposredno vplivajo na varnost diagnostične obravnave pacientov. Zato je laboratorijsko osebje po Kodeksu deontologije laboratorijskih delavcev (Ur. list RS, št. 9/92) zavezano k strokovnemu in vestnemu izvajanju testiranja ne glede na pacientovo poreklo, status, pripadnost in prepričanje. Za zagotavljanje varnih laboratorijskih rezultatov so se laboratorijski delavci dolžni stalno strokovno izpopolnjevati in izobraževati. Namen naše retrospektivne raziskave je predstaviti rezultate analize modela strokovnega izobraževanja zaposlenih v laboratoriju (SI LAB).

Metodologija: Izvedli smo analizo SI LAB za obdobje od 2010 do 2014. Za analizo smo uporabili podatke iz laboratorijske evidence (Obr 005), v kateri so vpisana opravljena izobraževanja za vse laboratorijske delavce po tematskih sklopih in programih izvedbe. Model SI LAB vključuje pet tematskih sklopov (laboratorijski procesi, avtomatizacija, interpretacija rezultatov, kakovost in varnost, raziskovanje) in tri vrste izvedbe tematskih sklopov (vodene delavnice ali eksterni treningi na avtomatizaciji, tematske konference in kongresi, e-izobraževanje). Podatke o zabeleženih odklonih v procesu »Laboratorijske preiskave« smo zajeli iz zapisov v obrazcih Obr 075 in Obr 134. V teh dveh dokumentih so zabeleženi tehnični, strokovni in individualni odkloni ter zapisi o ukrepih in učinkovitosti ukrepov. Izvedli smo »rank analizo« sklopov izobraževanj in primerjavo s številom in vrsto odklonov. Za statistično analizo smo uporabili statistični program SPSS 21.0 za Windows okolje (SPSS, Inc. Chicago, USA).

Rezultati: Od leta 2010 do 2014 so se laboratorijski delavci z različno stopnjo izobrazbe udeležili 94 eksterno in 21 interno organiziranih programov izobraževanja. Izobraževanja so pokrivala vseh pet tematskih sklopov. Rank udeležbe je bil najvišji za tematski sklop »interpretacija rezultatov« in najnižji za sklop »raziskovanje«. Najpogostejša vrsta izvedbe teh sklopov so bile »tematske konference in kongresi«, najmanj pa je bilo zastopano e-izobraževanje. Število zabeleženih odklonov je bilo 69, najpogostejši so bili individualni odkloni (N=32), število strokovnih in tehničnih odklonov pa je bilo najnižje v letu 2013 (N=4), ko je bilo izvedeno največje število internih (N= 18) in eksternih (N= 19) izobraževanj.

Razprava in zaključek: Iz rezultatov naše analize je razvidno, da samo kontinuirano izobraževanje in usposabljanje laboratorijskih delavcev pomembno vpliva na število strokovnih in tehničnih odklonov, nima pa vpliva na pogostnost individualnih odklonov. Med laboratorijskimi delavci prevladuje mnenje, da jim pri delu najbolj koristijo izkušnje, ki jih pridobijo na »eksternih treningih na avtomatizaciji«. Ta oblika usposabljanja je med vsemi najdražja, zato jo bo v prihodnosti deloma nadomestilo e-izobraževanje in video konference ter preverjanje doseženih kompetenc v obliki kvizov.

KLJUČNE BESEDE: varnost laboratorijskih rezultatov, izobraževanje in usposabljanje laboratorijskih delavcev, odkloni

1 TEORETIČNA IZHODIŠČA

Rezultati laboratorijskih analiz so pomembni za uspešno preprečevanje bolezni, oceno tveganja za pojav bolezni, postavitve in/ali potrditev diagnoze, za spremljanje zdravljenja ter za napovedovanje izida bolezni. Viri navajajo, da je približno tri četrtine kliničnih odločitev v zdravstvu vezanih na izvide laboratorijskih preiskav (Plebani, 1997; Abdullahi, 2014). Zaradi tako velikega vpliva na medicinske odločitve morajo laboratoriji zagotavljati visoko kakovost rezultatov in izvajati meritve vseh parametrov po standardih dobre laboratorijske prakse. Laboratorijsko osebje je po Kodeksu deontologije laboratorijskih delavcev (Uradni list Republike Slovenije št. 9/92), zavezano k strokovnemu in vestnemu izvajanju testiranja ne glede na pacientovo poreklo, status, pripadnost in prepričanje.

Napake se lahko zgodijo v predanalitični, analitični oz. poanalitični fazi laboratorijskega procesa. Glede na dejstvo, da je pri obvladovanju napak najbolj kritična predanalitična faza, ki vključuje odvzem vzorcev, označevanje vzorcev, hranjenje in transport vzorcev v laboratorij in del postopkov kot so evidentiranje in priprava vzorcev za analize znotraj laboratorija, se bomo v prispevku omejili le na vire napak, ki se lahko zgodijo v analitični fazi. Analitična faza je zagotovo najbolj kompleksen in zahteven del laboratorijskega procesa. Izpostaviti je potrebno dejstvo, da je to tehnološko najbolj dovršen in zgodovinsko najbolj hitro spreminjajoč del procesa. Zaradi nenehnega uvajanja novih laboratorijskih testov, ki so diagnostično bolj uporabni in zaradi izvajanja testiranja na visoko razviti tehnološki opremi, je potrebno nenehno usposabljanje laboratorijskega osebja in že v osnovi višja izobrazbena raven zaposlenih.

Laboratorijska avtomatizacija deluje brezhibno in zagotavlja točne in ponovljive rezultate analiz takrat, ko jo laboratorijsko osebje pravilno uporablja, vzdržuje, kalibrira in kontrolira. Nadgradnjo operativnih postopkov pa predstavlja pravilno razumevanje izpisov, varnostnih opozoril, arhiviranje surovih podatkov in zagotavljanje sledljivosti vseh meritev in odčitkov za posamezni parameter. V tej fazi so najpogostejše napake: nezadosten volumen delovnih in spiralnih raztopin na posameznem aparatu, neprecizno raztapljanje kalibratorjev in kontrol, neukrepanje ob odstopih notranje in/ali zunanje kontrole, neizvajanje notranje kontrole, neizvajanje analize po priporočenem postopku. Za nastanek teh napak je vedno odgovoren človek, ki lahko napako stori zaradi nevednosti, zaradi nedoslednosti, zaradi stresa ali slabe organizacijske klime. Ustrezno vodenje tima in izobraževanje zaposlenih sta učinkoviti orodji za preprečevanje napak, katerih povzročitelji so zaposleni. Dolgoletna praksa je tudi v našem laboratoriju pokazala, da je stalno strokovno izobraževanje in usposabljanje laboratorijskega osebja za delo na laboratorijski avtomatizaciji najboljše sistemsko rešitev za preprečevanje pojavnosti napak in odklonov, ki vplivajo na kakovost in varnost laboratorijskih rezultatov. Namen našega prispevka je predstaviti rezultate analize modela strokovnega izobraževanja zaposlenih v laboratoriju (SI LAB).

2 METODE DELA

Izvedli smo analizo SI LAB za obdobje od 2010 do 2014. Za analizo smo uporabili podatke iz laboratorijske evidence (Obr 005), v kateri so vpisana opravljena izobraževanja za vse laboratorijske delavce po tematskih sklopih in programih izvedbe. Model SI LAB vključuje pet tematskih sklopov (laboratorijski procesi, avtomatizacija, interpretacija rezultatov, kakovost in varnost, raziskovanje) in tri vrste izvedbe tematskih sklopov (vodene delavnice ali eksterni treningi na avtomatizaciji, tematske konference in kongresi, e-izobraževanje). Podatke o zabeleženih odklonih v procesu »Laboratorijske preiskave« smo zajeli iz zapisov v obrazcih Obr. 075 in Obr. 134 (Poslovnik Oddelka za laboratorijsko diagnostiko, SBJ 2015). V teh dveh obrazcih so zabeleženi tehnični, strokovni in individualni odkloni ter zapisi o ukrepih in učinkovitosti ukrepov. Izvedli smo »rank analizo« sklopov izobraževanj in primerjavo s številom in vrsto odklonov. Za statistično analizo smo uporabili statistični program SPSS 21.0 za Windows okolje (SPSS, Inc. Chicago, USA).

3 REZULTATI

V laboratoriju Splošne bolnišnice Jesenice poteka analitična faza na devetih velikih avtomatih, ki pripadajo svetovno znanim firmam, Siemens in Roche. Ti avtomati so zahtevni za upravljanje. Laboratorijsko osebje lahko dela na njih šele ko pridobi certifikat usposobljenosti za rutinsko delo. Vsako leto firme organizirajo osvežitvene treninge, ki jih vodijo posebej usposobljeni mentorji. Za uporabo specialnih funkcij na avtomatih pa so potrebni treningi, ki so organizirani v tujini in se jih lahko udeleži samo tisti del laboratorijskega osebja, ki obvladuje avtomatizacijo na višji stopnji. Ostala avtomatizacija, 11 analizatorjev, je po kapaciteti v nižjem razredu, kar pa ne pomeni, da lahko testiranje na njej izvaja neusposobljeno osebje. Tudi ti analizatorji imajo zahtevne protokole delovanja. Ker večinoma niso namenjeni za rutinske preiskave (Sebia aparat za elektroforezo, Phadia aparat za določanje alergenov, Multiplate za motnje hemostaze, N-Prospec za specifične proteine, ...) je za delo na njih usposobljeno omejeno število laboratorijskih delavcev.

Laboratorijsko avtomatizacijo lahko upravljajo samo usposobljeni laboratorijski delavci, sicer so avtomati v okvari oz. rezultati testiranja izven klinično pričakovanih okvirov. Vodstvo laboratorija zelo precizno načrtuje strokovno izobraževanje zaposlenih. V laboratoriju je 11 zaposlenih: 3 specialisti medicinske biokemije, dva diplomirana inženirja laboratorijske biomedicine in 6 laboratorijskih tehnikov. Na letni ravni ima laboratorij dodeljeno zelo nizko vsoto denarja (2700 EUR) za izobraževanje osebja, zato je velik poudarek tudi na pripravi in udeležbi na internih strokovnih srečanjih.

Od leta 2010 do 2014 so se laboratorijski delavci z različno stopnjo izobrazbe udeležili 94 eksterno in 21 interno organiziranih programov izobraževanja. Eksterna izobraževanja so pokrivala pet tematskih sklopov izobraževanj: laboratorijski procesi, avtomatizacija, interpretacija rezultatov, kakovost in varnost, raziskovanje. Rank udeležbe je bil najvišji za tematski sklop »interpretacija rezultatov« in najnižji za sklop »raziskovanje«.

Eksterna izobraževanja so bila organizirana v obliki vodenih delavnic ali treningov na avtomatizaciji, v obliki tematskih konferenc in kongresov in v obliki e-izobraževanja. Najpogostejše so bile udeležbe na konferencah in kongresih, najmanj pa je bilo priljubljeno e-izobraževanje.

Vzporedno z vodenjem udeležbe na izobraževanjih so bili vodeni tudi odkloni v analiznem delu laboratorijskega procesa. Število vseh zabeleženih odklonov je bilo 69, od 2010 do 2015 so si številčno sledili v zaporedju: 18,19,17,4 11. Najpogostejša analitična napaka je bila neizvajanje postopkov dnevnega in/ali tedenskega vzdrževanja aparatov, sledilo je neprecizno raztapljanje kalibratorjev in kontrol, in na koncu neukrepanje ob odstopu notranje kontrole. Primer neukrepanja ob odstopu notranje kontrole pri določanju vitamina D v plazmi predstavlja zelo neprijetno izkušnjo za laboratorij. Zgodil se je zaradi prevelikega zaupanja v firmo, ki proizvaja reagente za določanje vitamina D. Notranja kontrola za vitamin D se je izvajala po utečenem postopku, rezultati so sicer kazali na trend zniževanja, vendar se specialist ni odločil za ukrep (rekalibracija, menjava reagenta). Ob tem se je zgodilo, da smo določitev vitamina D izvedli za preiskovanko, ki je naš rezultat šla kontrolirat v drugo ustanovo. Seveda nas je o razliki v rezultatih seznanila. Sledilo je opravičilo z naše strani in znotraj laboratorija takoj vstavljeno varovalo, ki je vključevalo za dve stopnji bolj precizno spremljanje trendov v rezultatih notranje kontrole za vse analite ter uvedbo korekcijskega faktorja za potencialno nižjo reaktivnost posameznih reagentnih mešanic.

Odklone smo vodili kot individualne (N= 32), tehnične (N= 29) in strokovne (N= 8). Na pojavnost odklonov vplivajo različni dejavniki: stres, čustva, družinsko okolje in negativni delovni pristop posameznika. To so dejavniki na katere je praktično težko vplivati, z ustreznimi orodji voditeljstva in motivacije zaposlenih pa so uspehi zagotovljeni. Število strokovnih in tehničnih odklonov pa je bilo značilno nižje v letu 2013 (N=4), ko je bilo izvedeno največje število internih (N= 18) in eksternih (N= 19) izobraževanj. V letu 2013 smo opravili 261583 biokemičnih preiskav. Delež odklonov znaša 0,002 %.

4 RAZPRAVA

Izvedena je bila analiza strokovnega izobraževanja in izpopolnjevanja laboratorijskih delavcev za obdobje od 2010 do 2014. Rezultati analize kažejo, da je pojavnost strokovnih in tehničnih odklonov v analitični fazi laboratorijskega procesa nizka, odvisna je od stopnje usposobljenosti zaposlenih in teoretičnega znanja specialistov. Laboratorijski delavci menijo, da jim pri analitičnem delu najbolj pomagajo izkušnje in znanje, ki ga pridobijo z udeležbo na treningih za posamezni tip avtomatizacije.

Rezultate naše raziskave smo primerjali z izsledki raziskave, ki je bila objavljena na začetku letošnjega leta v Ann Med Health Sci Res (Sakyi, 2015). Raziskava o frekvenci napak je potekala v terciarni učni bolnišnici v severnem delu Gane. Bolnišnica je imela opremljen laboratorij z Roche tehnologijo. Biokemični laboratorij je v triletnem obdobju opravil 589510 biokemičnih preiskav za 188053 pacientov. Delež evidentiranih laboratorijskih napak je znašal 4,7%, od tega je bilo 3,7% napak v predanalitični, 0,1% v analitični in 0,9% v poanalitični fazi. Mi smo v letu 2013 zabeležili 4 napake v

analitični fazi, opravili smo 261583 biokemičnih testov, delež analitičnih napak znaša samo 0,002%, kar je v primerjavi z rezultati Sakyi raziskave značilno nižje. Dopuščamo možnost, da niso bili zabeleženi vsi odkloni v analitični fazi laboratorijskega procesa, vendar bi tudi v primeru dvakrat ali trikrat višjega števila napak bil delež v primerjavi z laboratorijem v Gani nižji, kar je nedvomno posledica intenzivnega izobraževanja laboratorijskega osebja v tem letu..

Tudi tuji raziskovalci (Abdollahi, 2014; Lehmann, 2013) navajajo, da predstavlja kontinuirano izobraževanje in praktično usposabljanje laboratorijskega osebja rešitev izbora za preprečevanje pojavnosti laboratorijskih napak. Laboratorijsko osebje ocenjuje, da so za delo v praksi najbolj uporabna teoretična in praktična znanja, ki jih pridobijo na usmerjenih delavnicah za posamezno avtomatizacijo. Primerjava je dobesedno identična izsledkom v raziskavi Kasvosve in sodelavcev iz leta 2014.

5 ZAKLJUČEK

Rezultati laboratorijskih preiskav vplivajo na diagnostične in terapevtske odločitve zdravnikov, zato je vodenje odklonov v predanalitični, analitični in poanalitični fazi laboratorijskega procesa zelo pomembno. Dosledno evidentiranje napak je ena najpomembnejših nalog laboratorijskega osebja. Vodstvo laboratorija podatke o odklonih in napakah analizira, poišče vzroke njihovega nastanka in poskrbi zato, da so sprožilni dejavniki za nastanek napak odstranjeni iz laboratorijskega procesa v največjem možnem obsegu.

LITERATURA

- Abdollahi A, Saffar HI, Saffar HA. Types and Frequency of Errors during Different Phases of Testing At a Clinical Medical Laboratory of a Teaching Hospital in Teheran, Iran. *N Am J Med Sci* 2014; 6(5): 224-228.
- Kasvosve I, Ledikwe JH, Phumaphi O, Mpofo M, Nyangah R, Motswaledi MS, et al. Continuing professional development training needs of medical laboratory personnel in Botswana. *Human Resources for Health* 2014; 12:46.
- Kodeks deontologije v laboratorijski medicini. Uradni list Republike Slovenije št. 9/92; 87. člen zakona o zdravstveni dejavnosti in 8. člen statuta Zbornice laboratorijske medicine Slovenije.
- Lehmann R, Bosse HM, Simon A, Nikendei C, Huwendiek S. An innovative blended learning approach using virtual patients as preparation for skills laboratory training: perceptions of students and tutors. *BMC Medical Education* 2013; 13-23.
- Plebani M, Carraro P. Mistakes in a stat laboratory: Types and frequency. *Clin Chem* 1997; 43: 1348-51.
- Avberšek-Lužnik I. Poslovnik Oddelka za laboratorijsko diagnostiko. Splošna bolnišnica Jesenice, 2015.
- Sakyi AS, Laing EF, Ephraim RK, Asibey OF, Sadique OK. Evaluation of analytical errors in a clinical chemistry laboratory: A 3 year experience. *Ann Med Health Sci Res* 2015; 5(1): 8-12.

NEŽELENI DOGODKI PRI UPORABI ZDRAVIL – ALI SE JIM LAHKO IZOGNEMO?

Brigita Mavsar-Najdenov

IZVLEČEK

Zdravila ponujajo velike koristi, hkrati pa prinašajo tudi tveganja. Neželeni dogodki pri uporabi zdravil so težave povezane z zdravili, ki so lahko posledica lastnosti zdravil ali neustreznega ravnanja z zdravilom. Večine napak pri uporabi zdravil ne zaznamo, med tistimi, ki jih zaznamo, pa se jih le manjšina izrazi v obliki težav povezanih z zdravili. Večji del težav povezanih z zdravili se da preprečiti. Pomembno je zavedanje, da smo pri delu vsi zmožljivi in aktivno pristopanje k upravljanju s tveganj, v okolju z razvito kulturo varnosti in z vzpostavljenim sistemom za ugotavljanje, spremljanje in analiziranje težav povezanih z zdravili.

KLJUČNE BESEDE: težave povezane z zdravili, napake pri uporabi zdravil, dejavniki tveganja, poročanje, varnost pacientov

1 UVOD

Osnovni namen zdravljenja z zdravili je doseganje definiranih terapevtskih izidov, ki izboljšujejo bolnikovo kakovost življenja in zmanjšujejo tveganja v povezavi z zdravstvenim stanjem bolnika. Zdravila ponujajo velike koristi, hkrati pa prinašajo tudi tveganja. Tveganja - poznana, kakor tudi nepoznana, so povezana z načinom uporabe zdravil in medicinskih pripomočkov, ki jih uporabljamo pri aplikaciji zdravil. Incidenti ali nevarnosti, ki izhajajo iz teh tveganj, so opredeljeni kot neželeni dogodki pri uporabi zdravil. Neželeni dogodki pri uporabi zdravil so težave povezane z zdravili, med katere prištevamo neželene učinke zdravil in napake pri zdravljenju z zdravili. V prispevku obravnavamo slednje (ASHP Guidelines 1883, FDA 2009).

2 TERMINOLOGIJA

Enotna terminologija je osnovni pogoj za vzpostavitev učinkovitega in standardiziranega sistema poročanja, kakortudi za vrednotenje, primerjavo in analizo podatkov, pridobljenih na različnih nivojih obravnave (farmakovigilanca, zdravstvene institucije, raziskovalna dejavnost) (WHO 2014). Neželene dogodke pri uporabi zdravil (angl. *adverse drug events, medication incidents*) v farmacevtski stroki poimenujemo kot težave povezane z zdravili (angl. *drug related problems*). Sem prištevamo vse dogodke ali okoliščine, ki z vpletanjem v proces zdravljenja z zdravili dejansko ali potencialno vplivajo na želene izide zdravljenja. Težave povezane z zdravili lahko povzročijo dejavniki, ki izhajajo iz lastnosti zdravil, kakor tudi dejavniki, ki izhajajo iz neustreznega ravnanja z zdravilom.

V prvem primeru gre za t.i. intrinzično toksičnost zdravil, ki nastane zaradi interakcij farmacevtskih, kemijskih ali farmakoloških lastnosti zdravila s človeškim biosistemom. Klinično jih prepoznavamo kot neželene učinke zdravil ali zastrupitve z zdravili. V drugem primeru pa gre za ekstrinzično toksičnost zdravil, ki nastane zaradi nepravilne uporabe zdravila s strani zdravstvenega osebja ali pacienta (PCNE 2003-2010). Pri zdravstvenem osebju gre predvsem za nezavedne in nenamerne tovrstne primere, ki so posledica pomanjkljivosti individualnih značilnosti (znanja, zbranosti pri delu) ali sistemskih pomanjkljivosti (navodila, pogoji za delo) (Aronson 2009).

3 NAPAKE PRI ZDRAVLJENJU Z ZDRAVIL ALI EKSTRINZIČNA TOKSIČNOST ZDRAVIL

Pogostnosti pojavljanja napak pri zdravljenju z zdravili z nobeno metodologijo detekcije ni mogoče natanko določiti. Večine napak niti ne zaznamo in v literaturi govorijo o t.i. »ledeni gori napak pri zdravljenju z zdravili«. Med tistimi, ki jih zaznamo, pa se jih le manjšina izrazi v obliki težav povezanih z zdravili in med temi je najmanj takih, ki resno ogrožajo zdravstveno stanje pacientov (Aronson 2009). Ocenjujejo, da med 2-14% hospitaliziranih pacientov utrpi škodo zaradi napak pri zdravljenju z zdravili (Barber in sod. 1998, Williams 2007). V študiji Bates in sod. iz l. 1995 so ugotovili, da se največ napak, ki privedejo do težav povezanih z zdravili, zgodi na nivoju predpisovanja (56%) in dajanja zdravil (34%). V manjšem obsegu sta se izkazala kot pomembna dejavnika tveganja tudi prepisovanje predpisov zdravil (6%) in izdajanje zdravil (4%) (Bates in sod. 1995). V študiji Dean B in sod. iz l. 2000 so, podobno kot v drugih tovrstnih študijah, ugotovili, da je največ napak pri predpisovanju v povezavi z izbiro odmerka zdravil (do 59%) (Dean in sod. 2000). Grissinger je na podlagi študije v l. 2007 opredelil deset najpogostejših zdravil, ki so bila vpletena v težave povezane z zdravili, ki so zahtevale urgentno bolnišnično obravnavo in sicer: insulin (8%), antikoagulanti (6,2%), amoksicilin (4,3%), acetilsalicilna kislina (2,5%), trimetoprim/sulfametoksazol (2,2%), hidrokodon/paracetamol (2,2%), ibuprofen (2,1%), paracetamol (1,8%), cefaleksin (1,6%) in penicilin (1,3%), pri čemer je šlo najpogosteje za nenamerna predoziranja (40%) (Grissinger 2007). Nepravilna uporaba zdravil je opredeljena tudi v *Pravilniku o razvrščanju, predpisovanju in dajanju zdravil za uporabo v humani medicini* v sledečih primerih: če se zdravila uporabljajo, kadar niso indicirana, za daljše obdobje, kot je priporočeno, če se priporočeni odmerki prekoračijo ali če se pri uporabi ne upošteva opozoril in kontraindikacij (Pravilnik RS 86/2008). Pri predpisovanju zdravil se torej napake lahko pojavijo na nivoju indikacij, kontraindikacij in interakcij ter pri izbiri vrste zdravila, odmerka, odmernega intervala in dolžine zdravljenja. Pomemben dejavnik tveganja za napake pri ročno predpisanih zdravilih predstavljajo nečitljivi, nejasni, nepopolni in neavtorizirani predpisi zdravil, uporaba kratic, neustreznih merskih enot in predpisovanje zdravil »po potrebi« - brez točno opredeljene »potrebe« ter največjega dovoljenega dnevnega odmerka. V procesu dajanja oz. aplikacije zdravil se napake pojavijo lahko pri deljenju (npr. nepreverjanje roka uporabnosti,

neupoštevanje pravila 10P) in pri pripravi zdravil (npr. uporaba neustreznih vehiklov za raztapljanje in redčenje zdravil, drobljenje za to neprimernih farmacevtskih oblik zdravil) ter načinu (npr. neustrezna količina in vrsta tekočine za aplikacijo zdravila, neustrezna izbira farmacevtske oblike zdravil za aplikacijo preko nazogastrične sonde) in času aplikacije (npr. neupoštevanje časovnih intervalov pri odmerjanju antibiotikov in pri obrokih hrane). Prav tako morajo odgovorni za pripravo in dajanje zdravil dobro poznati in upoštevati vse postopke za preprečevanje mehanične, kemijske, biološke in mikrobiološke kontaminacije zdravil ter prenosa okužb, s poudarkom na ustrezni higieni rok in uporabi zaščitne opreme. Pomemben dejavnik tveganja predstavljajo tudi neustrezno shranjena zdravila, ki so lahko neučinkovita ali celo škodljiva za pacienta (Mavsar Najdenov 2011). Nedavne raziskave izpostavljajo kot pomembne dejavnike tveganja tudi utrujenost, stres in preobremenjenost zdravstvenega osebja (Dean 2001). Ob pretiranem poudarjanju individualne ustreznosti dela zdravstvenega osebja lahko kaj hitro spregledamo sicer nezanemarljive systemske pomanjkljivosti (npr. organizacijske, kadrovske in prostorske pomanjkljivosti, pomanjkljivosti informacijskih sistemov in ročno predpisovanje zdravil, telefonska naročila zdravil, zavajajoča in nejasna ovojnina zdravil), ki predstavljajo pomembne dejavnike tveganja za nastanek napak pri zdravljenju z zdravili (Hahn 2007, Anderson in sod. 2010).

4 PREPREČEVANJE

Več kot polovica težav povezanih z zdravili je takih, da jih je mogoče preprečiti. (Hahn 2007). Prvi korak pri tem je zavedanje, da je vsak izmed nas pri svojem delu izpostavljen temu, da naredi napako. Skladno s tem dejstvom mora slediti prizadevanje k zniževanju tveganj na najmanjšo možno mero oz. aktiven pristop k upravljanju s tveganji. Prepoznavanje dejavnikov tveganja, v katere usmerimo ukrepe za preprečevanje omogoča vzpostavljen sistem za spremljanje, ugotavljanje in analiziranje težav povezanih z zdravili. Učinkovitost upravljanja s tveganji je odvisna od razvitosti delovnega okolja, katerega kultura temelji na učenju iz neželenih dogodkov. Glavne metodologije za prepoznavanje odklonov na področju upravljanja z zdravili so pregledi medicinske dokumentacije, računalniško podprto spremljanje, neposredno opazovanje procesov upravljanja z zdravili in redno ter sistematično poročanje težav povezanih z zdravili (Montesi in sod. 2009).

5 UPRAVLJANJE S TVEGANJI NA PODROČJU UPORABE ZDRAVIL V SB JESENICE

Spremljanje težav povezanih z zdravili je v naši državi urejeno le delno. Na področju intrinzične toksičnosti zdravil imamo vzpostavljen državni sistem farmakovigilance in poročanja zastrupitev (Pravilnik RS 57/2014, Pravilnik RS 38/2000). Manjkajoče področje spremljanja ekstrinzične toksičnosti zdravil smo v Splošni Bolnišnici

Jesenici dopolnili v sklopu sistema vodenja kakovosti - z metodologijo prostovoljnega anonimnega poročanja odklonov v bolnišnični informacijski sistem in v sklopu dejavnosti klinične farmacije - z rednimi pregledi predpisovanja protimikrobnih zdravil, s farmakoterapijskimi pregledi vseh predpisanih zdravil posameznim pacientom ter s sistematičnimi nadzori predpisovanja in dajanja zdravil ter težav povezanih z zdravili. Na podlagi *PCNE - Pharmaceutical Care Network Europe* klasifikacije smo določili parametre za spremljanje ekstrinzične in intrinzične toksičnosti zdravil, ki smo jih uskladili tudi z zahtevami bolnišničnega protokola za predpisovanje in dajanje zdravil (Mavsar Najdenov 2014).

Prostovoljno anonimno poročanje odklonov v bolnišnični informacijski sistem se je dosedaj izkazalo kot preskromno, da bi lahko ocenjevali stanje varnosti in kakovosti na področju upravljanja z zdravili. Eden ključnih vzrokov za to je nerazvitost kulture varnosti v bolnišničnem okolju, saj se zaposleni, kljub anonimnosti poročanja, še vedno bojijo negativnih posledic v medsebojnih odnosih (maščevalnost, šikaniranje). Več podatkov za oceno stanja varnosti in kakovosti pri predpisovanju in dajanju zdravil pridobimo z rednimi sistematičnimi nadzori, ki omogočajo tudi nenehno izboljševanje kakovosti v skladu s *PDCA metodologijo*.

Anonimna poročila težav povezanih z zdravili v bolnišnični informacijski sistem so se v največjem številu nanašala na nejasna navodila za uporabo zdravil v tujem jeziku, pri čemer so bile težave razjasnjene pred aplikacijo zdravila pacientu. Evidentiran pa je bil tudi en primer aplikacije napačnega zdravila pacientu zaradi preobremenjenosti odgovorne osebe za aplikacijo zdravila, pri čemer pa pacient ni utrpel poslabšanja zdravstvenega stanja.

Najpogostejše težave povezane z zdravili, ki jih je ugotovila klinična farmacevtka pri svojem vsakodnevnem delu so bile tako na področju predpisovanja zdravil (predpis antibiotikov, ko niso indicirani, predpis vrste antibiotika, ki ni usklajena z mikrobiološkim izvidom, predolg odmerni interval antibiotika s časovno odvisno farmakokinetiko, več primerov previsokih odmerkov antibiotikov glede na očistek kreatinina, neustrezno odmerjanje antibiotikov z ozko terapevtsko širino zaradi napačnega razumevanja referentnih vrednosti plazemskih koncentracij, neustrezna pot vnosa hidrofilnega antibiotika, neustrezna pot vnosa antibiotika glede na indikacijo, predpisi dveh kontraindiciranih zdravil, dva primera predpisov napačnega zdravila zaradi napačno prebranega rokopisa zdravnika, ki je predhodno predpisoval terapijo pacientu) kakor tudi na področju priprave (uporaba neustreznega vehikla za raztapljanje zdravila za parenteralno uporabo, redčenje zdravila za parenteralno uporabo, ki se ne sme aplicirati v razredčeni obliki) in dajanja zdravil (več primerov časovne neustreznosti pri aplikaciji antibiotikov, ekstravazacija infuzije z večjedrnim kompleksom železa). Posebej je pereča problematika polifarmakoterapije pri starejših, ki imajo predpisana zdravila, ki so po različnih kriterijih (*Priscus lista*, *Beersova merila*, *Kanadska merila*, *STOPP/START merila*) za njih neprimerna (npr. nekatera zdravila z delovanjem na osrednji živčni sistem).

Z rednimi sistematičnimi nadzori smo ugotavljali večje število pomanjkljivosti na nivoju predpisovanja zdravil, kot na nivoju dajanja zdravil. Najpogostejše pomanjkljivosti pri

predpisih zdravil na temperaturno terapevtski list (TTL) so bile: ura predpisa in podpis zdravnika (neveljaven predpis), pot vnosa zdravila, farmacevtska oblika, predpisi »po potrebi« brez jasno opredeljene potrebe in navedbe največjega dovoljenega dnevnega odmerka, nečitljivost in nejasnost predpisov zdravil. Najpogostejše pomanjkljivosti na področju dajanja zdravil pa: manjkajoča evidenca aplikacije zdravil, neevidentirane zamenjave predpisanega zdravila z generičnimi in neevidentirane aplikacije, ko si pacient aplicira zdravilo sam.

Na podlagi ugotovljenih dejavnikov tveganja in težav povezanih z zdravili smo uvedli tudi nekaj ukrepov za povečanje varnosti pri zdravljenju z zdravili in sicer: preoblikovali smo TTL in racionalizirali način avtorizacije predpisov zdravil na TTL ter ustrezno prenovili protokol predpisovanja in dajanja zdravil, izdelali smo sezname zamenljivih zdravil za parenteralno uporabo, navodila za raztapljanje in redčenje zdravil za parenteralno uporabo, seznam antidotov z indikacijami, načini odmerjanja in dostopnostjo, seznam rezervnih antibiotikov, seznam in označevanje ter ločeno shranjevanje zdravil s povečanim tveganjem (koncentrirane raztopine za parenteralno uporabo, insulin, heparin). Klinična farmacevtka s pomočjo računalniškega farmakokinetičnega programa individualno določi ustrezne odmerke vankomicina in gentamicina pacientom z okvarjenim delovanjem ledvic. Na podlagi kriterijev (npr. polifarmakoterapija, sum na težave povezane z zdravili) izdelava za določene paciente farmakoterapijski pregled predpisanih zdravil. Vsa priporočila izda v obliki izvida, ki je sestavni del pacientove dokumentacije in jih zdravniki tudi vključijo v odpustnico.

6 ZAKLJUČEK

Dejstvo je, da smo vsi pri svojem delu podvrženi temu, da kdaj naredimo napako. Vzrokov za nastanek neljubih dogodkov v povezavi z zdravljenjem z zdravili je veliko, izognemo se jim lahko na različne načine. Pri vsakem delu se moramo zavedati možnosti nastanka napak in istočasno postopati tako, da znižujemo tveganja. Najpomembnejše pri tem je vzpostavitev »nekaznovalnega okolja«, ki omogoča kakovostno upravljanje s tveganji, z natančnim spremljanjem, odkrivanjem in poročanjem ter z analiziranjem težav povezanih z zdravili in spreminjanjem načina dela v skladu z ugotovitvami. V Splošni Bolnišnici Jesenice je aktivnega pristopa osebja k poročanju težav povezanih z zdravili še premalo, kar poskušamo nadoknaditi z različnimi aktivnostmi v sklopu sistema vodenja kakovosti in na področju klinične farmacije. V prihodnosti nas čaka še dolga pot k uveljavitvi zaupanja vrednega okolja, ki bo omogočalo aktivnejši pristop osebja k upravljanju s tveganji.

LITERATURA

ASHP Guidelines on Preventing Medication Errors in Hospitals. *Am J Hosp Pharm.* 1993; 50: 305-14
FDAs Safe Use Initiative Collaborating to Reduce Preventable Harm from Medications. U.S. Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration, November 4, 2009

- WHO Reporting and Learning Systems for Medication Errors; The Role of Pharmacovigilance Centres. World Health Organisation, 2014 (ISBN 978 92 4 150794 3)
- PCNE Classification for Drug related problems V6.2. Pharmaceutical Care Network Europe Foundation, 2003-2010
- Aronson JK. Medication errors; what they are, how they happen and how to avoid them. *Q J Med* 2009; 102: 513-21
- Barber N, Dean B. The incidence of the medication errors and ways to reduce them. *Clinical Risk* 1998; 4: 103-6
- Williams DJP. Medication errors. *J R Coll Physicians Edinb* 2007; 37: 343-6
- Bates DW, Cullen DJ, Laird N et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. ADE Prevention Study Group. *JAMA* 1995; 274(1): 29-34
- Dean B, Schachter M, Vincent C, Barber N, et al. Causes of prescribing errors in hospital inpatients: a prospective study. *Lancet* 2000; 359 (9315): 1373-8
- Grissinger M. Top 10 adverse drug reactions and medication errors. Program and abstracts of the American Pharmacists Association 2007 Annual Meeting, Atlanta Georgia; March 16–17, 2007
- Pravilniku o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini, Ur.l. RS, št.86/2008
- Mavsar Najdenov B. Zagotavljanje varnosti in kakovosti pri dajanju zdravil v: *Varnost – rdeča nit celostne obravnave pacientov*, zbornik prispevkov strokovnega srečanja 4. dnevi Angele Boškin, 7. in 8. april 2011 (ISBN 978 961 92918 4 9)
- Dean B. Prescribing Errors – Whats the story? *Chronic*ill (Journal of the Maltese Pharmaceutical Association* 2001; 5: 19-22
- Hahn K. The »Top 10« Drug Errors and How To Prevent Them. *Medscape Pharmacists* 2007, dosegljivo na <http://www.medscape.org/viewarticle/556478> (dostopano 2. september 2015)
- Anderson P, Townsend T. Medication errors: do not let them happen to you. *American Nurse Today* March 2010: 23-8
- Montesi G, Lechi A. Prevention of medication errors: detection and audit. *Br J Clin Pharmacol* 2009; 67 (6): 651-5
- Pravilnik o farmakovigilanci zdravil za uporabo v humani medicini. Ur.l.RS, št. 57/2014
- Pravilnik o sporočanju, zbiranju in urejanju podatkov o zastrupitvah na območju Republike Slovenije. Ur.l.RS, št. 38/2000
- Mavsar Najdenov B. Proces predpisovanja in dajanja zdravil v krogu kakovosti v: *Preverjanje učinkovitosti korakov C in A kroga kakovosti*, zbornik prispevkov strokovnega srečanja 7. dnevi Angele Boškin, 21. november 2014 (ISBN 978 961 92389 6 7)

IZBOLJŠANJE OBRAVNAVE PACIENTOV NA RADIOLOŠKEM ODDELKU ONKOLOŠKEGA INŠTITUTA LJUBLJANA

Anastazija Šelih, Anita Plausteiner, Nuša Germ

IZVLEČEK

Modernizacija oddelka je z uvedbo RIS sistema poleg pozitivnih stvari prinesla tudi odklone. Prihaja do napak, ki imajo za posledico, da prihod pacientov ni zabeležen v sistemu RIS, kar povzroči podaljšanje čakalnega časa na preiskavo. Izboljšave vidimo z uvedbo večkratne kontrole po čakalnici, nakupom monitorja in dodatni kontroli naročenih in nevpisanih pacientov.

KLJUČNE BESEDE: *pacient, radiološki oddelek, kvalitetna obravnava, čakalne dobe*

1 UVOD

Onkološki inštitut Ljubljana je javni zdravstveni zavod, ki izvaja zdravstveno dejavnost na sekundarni in terciarni ravni ter opravlja pedagoško in raziskovalno dejavnost na področju onkologije za celotno Slovenijo. (Onkološki inštitut, 2015).

Vizija in poslanstvo OI Ljubljana je izvajanje kakovostne zdravstvene nege in obravnave pacientov. S pojmom kakovost običajno označujemo skupek pozitivnih lastnosti nečesa. Pojem kakovost je izrazito težko definirati. Raje se poslužujemo kriterijev, ki opredeljujejo kakovost in preko njih, opredelimo iskani pojem. Na kriterije kakovosti se sklicuje tudi naslednja definicija kakovosti, ki pravi: »kakovost je skladnost med dejansko zdravstveno nego in predpisanimi kriteriji« (Donabedian v: Sekavčnik, 2002). Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije je v Nacionalnih usmeritvah za razvoj kakovosti v zdravstvu, pojem kakovost definiralo z naslednjimi kriteriji: (Ministrstvo za zdravje RS, 2006).

- Uspešnost – ali naši posegi izboljšajo zdravstveno stanje pacienta?
- Varnost – ali bomo škodili pacientu?
- Pravočasnost – koliko časa mora pacient čakati?
- Učinkovitost – ali lahko to storimo ceneje z enakim izidom?
- Enakost – ali prihaja do razlik na podlagi spola, starosti, socialnega statusa...?
- Osredotočenje na pacienta – ali zdravimo paciente tako, kot bi zdravili lastne starše ali otroke?

Osnova v kakovosti zdravstvene nege je torej tudi tisto, kar odgovarja na vrsto vprašanj, s katerimi se ob vsakodnevnem delu srečujemo izvajalci storitev zdravstvene nege. Sem pripisujemo številna vprašanja, ki se nanašajo na profesijo zdravstvene nege, njene cilje, odnose med izvajalci zdravstvene nege in pacienti, na management v

zdravstveni negi, na sodelovanje v timih in na izobraževanje kadrov v zdravstveni negi (Horvat, 2007).

Ko govorimo o kakovosti v zdravstveni negi, ne smemo pozabiti na avtonomijo pacientov. Pozornost, odprtost, komunikacija, zaupanje in odgovornost so za vse izvajalce zdravstvene nege neprecenljivega pomena. Zavedati se moramo, da pacienti v zdravstveni obravnavi, potrebujejo strokovno pomoč, ki mora biti s strani izvajalcev zdravstvene nege, prežeta z občutkom za njihove stiske, potrebe in čustva. Zdravstvena nega brez sočutja in solidarnosti, brez spoštovanja in upoštevanja fizičnih, psihičnih, socialnih in duhovnih potreb pacientov, ni kakovostna zdravstvena nega. Organska povezanost med deli zdravstvenega sistema in njegovim širšim okoljem pa omogoča tudi to, da potencialno prezrte a vendar izrazite potrebe pacienta postanejo evidentirane tako na ravni izvajanja storitev, poslovanja v organizacijah, pa vse do upravljanja na državnem nivoju (Lubi, 2015).

Leta 2011 je bila izvedena dopolnitev Zakona o pacientovih pravicah. Za 14. členom se dodata 14. a in 14. b člen, ki natančno določata predviden čas obravnave pacientov na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju.

14. a člen opredeljuje čakalni čas v katerem je zavedeno, da je izvajalec zdravstvene dejavnosti dolžan zagotoviti obvezno sistematično naročanje na določeno uro znotraj ordinacijskega časa in, da je dolžan zagotoviti, da je delo organizirano tako, da je čakalni čas čim krajši, oziroma ne presega 60 minut. Omejitev iz prejšnjega stavka ne velja, kadar izvajalec zdravstvene dejavnosti izvaja nujno medicinsko pomoč oziroma v primeru izvajanja nujnih operativnih ali drugih medicinskih posegov, povezanih z večjim tveganjem, o čemer obvesti paciente v čakalnici (Zakon o pacientovih pravicah, 2008).

Menimo, da je z vidika kakovostne obravnave pacienta v ambulantni dejavnosti zelo pomembno, da se spoštuje čakalni čas, saj jim v nasprotnem primeru neopravičeno povzročamo dodaten negativen stres.

2 ORGANIZIRANOST DELA NA RADIOLOŠKEM ODDELKU ONKOLOŠKEGA INŠTITUTA LJUBLJANA

Radiologija na Onkološkem inštitutu v Ljubljani je v zadnjem obdobju z razvojem računalniške tehnologije doživela izjemen napredek.

Novejše slikovne metode (CT in MR) nam omogočajo natančnejši pregled v človeško telo in s tem hitreje in natančnejše odkrivanje rakavih in tudi drugih bolezni, njihovih začetkov in ponovitev.

Na oddelku za radiologijo delujemo multidisciplinarno, pomembno vlogo imamo pri

odkrivanju bolezni, načrtovanju obsega operativnih posegov, načrtovanju zdravljenja in sledenju bolnikov pa tudi pri odkrivanju zapletov zdravljenja in bolezni. Zlasti pomembna je naša vloga pri odkrivanju netipnih tumorjev dojk. Z odkrivanjem majhnih, netiplivih tumorjev, se namreč izrazito zmanjša umrljivost za to boleznijo (Mušič, 2008).

Tudi oddelek za rentgensko in ultrazvočno diagnostiko se je razvil v sodoben oddelek z najsodobnejšo opremo. Imamo popolnoma digitalen oddelek s katerim se je izboljšala kakovost slik in zmanjšala obremenjenost pacientov z ionizirajočim sevanjem.

Na oddelku za radiologijo poleg slikovne diagnostike opravljamo histološke punkcije s pomočjo kontrole MR - ja in CT – ja, vakumsko debelo igelne punkcije, pod kontrolo rentgena, debelo igelne punkcije, pod kontrolo ultrazvoka ter tanko igelne punkcije, pod kontrolo ultrazvoka.

Z razvojem oddelka smo prejeli-uvredli? tudi informacijski sistem RIS, in sicer leta 2006. Sistem se je tekom let spreminjal in nadgrajeval. Zadnja nadgradnja je bila opravljena letos marca. Nova nadgradnja je prinesla tudi model brezpapirne dokumentacije, ki pa je na bolnišničnih oddelkih nimajo. Uvedba RIS – a pa je z leti prinesla tudi določene odklone in povzročila zmedo, tako med pacienti kot tudi med osebjem.

3 AMBULANTNA ZDRAVSTVENA NEGA

Zdravstvena nega mora biti usmerjena k človeku, predvsem k pacientu. Pri profesionalnem udejstvovanju mora medicinska sestra upoštevati pacientovo individualnost in tudi njegovo širše socialno okolje, pacientove pravice, mu dajati možnost izbire in odločitve. Pacientu moramo zagotavljati psihično in fizično ugodje ter ga celostno in kontinuirano obravnavati. Govorimo o usmerjenosti k pacientu, ki je hkrati tudi ključno načelo kakovosti zdravstvene nege (Kolenc in Červ, 2015).

Uvedba sistema naročanja pacientov in s tem odprava nepotrebnega čakanja pacientov na obisk v ambulanti, kot ena od zahtev zakona o pacientovih pravicah, terja od medicinske sestre med drugim tudi obvladovanje širokega spektra ravni komunikacije, visoko stopnjo čustvene inteligence, kar pa je ob veliki frekvenci obiskov – tudi 45 pacientov na dan, v povprečno 7 ordinacijskih urah ambulante brez odmora za malico, za eno osebo velike obremenitve.

Medicinska sestra v ambulantni obravnavi mora poleg svojih profesionalnih nalog in kompetenc:

- znati poslušati,
- zaznati besedno in nebesedno izražanje,
- ne samo slišati, tudi občutiti,
- preveriti ali je pacient dojel naše sporočilo
- ne govoriti zviška,

- dopuščati stališča, drugačna od naših,
- ne povzdigovati glasu,
- ostati v mejah svojih pristojnosti,
- se opravičiti in sprejeti opravičilo (Makari, 1999).

Na našem oddelku se kljub povečanemu obsegu dela trudimo držati zgoraj navedenih načel in pacientu nuditi kakovostno in kvalitetno obravnavo.

4 OPIS INCIDENTOV NA RADIOLOŠKEM ODDELKU ONKOLOŠKEGA INŠTITUTA LJUBLJANA

Medicinske sestre na radiološkem oddelku Onkološkega inštituta v Ljubljani pogosto prihajamo v nepotrebne konflikte s pacienti.

Predhodno naročeni pacienti se javijo v sprejemni pisarni in s tem opravijo administrativni del sprejema na obravnavo. Zaradi povečanega obsega dela, raznih motečih dejavnikov lahko prihaja do napak, da se pacientov v računalniškem sistemu ne potrdi. Tako medicinske sestre ne vidimo v RIS sistemu da se je pacient javil v sprejemni pisarni in, da že čaka pred ambulanto. Prihaja do nepotrebne, dolgotrajnega čakanja na pregled. Pacientom se s tem povzroča stres in nepotreben strah. Medicinske sestre bi morale večkrat preveriti kdo od naročenih pacientov je že v čakalnici, ne glede na listo čakajočih v računalniškem sistemu, posebej pozorne bi morale biti na paciente, ki že dlje časa sedijo v čakalnici. Ena od možnih rešitev tega "problema" je tudi nakup monitorja s seznamom čakajočih v čakalnici, tako bi lahko pacienti tudi sami opazili, da niso označeni kot prispeli. Vsekakor pa je rešitev v temeljitem delu celotnega tima.

4.1 SWOT ANALIZA OBSTOJEČE OBRAVNAVE PACIENTOV V ČASU ČAKANJA NA PREISKAVO

SWOT analiza je analiza prednosti, pomanjkljivosti, priložnosti in groženj (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats). Uporablja se predvsem v podjetništvu v namen načrtovanja strategij, lahko pa jo uporabimo tudi v lastni - samoanalizi pred začetkom kakšnega projekta. V bistvu gre za metodo, ki le strukturira to, kar sicer običajno sami že intuitivno počnemo - preverjamo, kje smo dobri, slabi, kaj lahko naredimo in kaj nam grozi (Bajec, 2015).

- ANALIZA PREDNOSTI:
 - kvalitetna in kakovostna obravnavo pacienta
 - skrajšana čakalna doba pred obravnavo
 - visoka mera zadovoljstva pacienta
 - ni dodatnega dela za zdravstveno osebje
 - evidenca čakalnega časa pacienta.

- ANALIZA SLABOSTI:
 - povzročanje nezadovoljstva pacienta
 - povečanje strahu pacientov pred preiskavo
 - povzročanje dodatnega stresa pacienta
 - nezadovoljstvo zdravstvenega osebja
 - dodatni stroški za Onkološki inštitut Ljubljana
 - poraba nepotrebne časa

- ANALIZA PRILOŽNOSTI:
 - dvig kakovostne obravnave pacienta

- ANALIZA NEVARNOSTI:
 - zmanjšana konkurenčnost na trgu (odhod pacientov v tujino)
 - zmanjšanje števila zaposlenih
 - tožbe pacientov

Glede na že tako predolgo čakanje na obravnavo v čakalnici smo zaradi napak ta čas še podaljšali in s tem povzročili nezadovoljstvo. Vsekakor želimo vpeljati dodatne korake za preprečevanje napak. Povečati želimo kvaliteto obravnave naših pacientov, dvigniti zadovoljstvo tako pacientov kot zaposlenih. Za kontinuirano spremljanje tega vidika obravnave pa je potrebno na oddelku vzpostaviti sistem spremljanja kazalcev kakovosti za opisan delovni proces.

4.2 IZVEDENI KOREKTIVNI UKREPI

Medicinske sestre večkrat in sproti kontroliramo čakajoče paciente, tako tiste, ki so označeni za prispele kot tiste, ki niso. Tako lahko pravočasno opazimo pacienta, ki ni evidentiran v sistemu, ga same označimo kot prispelega in tako preprečimo preseganje čakalnega časa.

5 ZAKLJUČEK

Ugotavljamo, da pogosto prihaja pri obravnavi pacientov do ponavljajočih se odklonov, kar ima za posledico, da pacienti niso vpisani v RIS sistem. Tako prihaja do dolgotrajnega, nepotrebne čakanja, povzročanja dodatnega stresa ter nepotrebne dela. Posledično prihaja do veliko slabe volje pacientov in zmanjša se kvaliteta obravnave. Rešitev vidimo v temeljitem delu ter dodatni kontroli že naročenih in nevpisanih pacientov. Prav tako smo zaznali, da prihaja do težav pri sledljivosti oddelčnih pacientov, ki prihajajo na preiskave na naš oddelk. Kot smo že zgoraj omenile, bolnišnični oddelki nimajo vpogleda v naš RIS sistem, kar ima za posledico, da ne morejo slediti v kateri fazi obravnave je pacient, zato se velikokrat zgodi, da tudi pacienti iz oddelkov na obravnavo predolgo čakajo.

Zdravstveni delavci se bomo v bodoče še dodatno trudili, da v prihodnje ne bi prihajalo do takšnih incidentov z uvedbo večkratne kontrole čakajočih pacientov v čakalnici, s čimer bomo lahko medicinske sestre opazile dolgo čakajoče paciente. Menimo, da bil tudi smiselni nakup monitorja za čakalnice, kar bi zagotovo pripomoglo k dodatni kontroli vpisa pacientov v RIS sistem, tako s strani zdravstvenega osebja kot s strani pacientov samih. Dobro bi bilo, da bi v prihodnosti razmislili kako bi lahko odpravili tudi težave, ki jih imajo oddelki s sledljivostjo. Naša želja - zdravstvenih delavcev je, da v prihodnje poskrbimo v čim večji meri za kvalitetno obravnavo naših pacientov, s čimer bi dvignili tudi nivo zadovoljstva tako pacientov kot zaposlenih.

LITERATURA

- Bajec, B. 2015. Swot. Dostopno na: http://bajec_bostjan.tripod.com/swot.html.
- Horvat, M. 2007. Zdravstvena in babiška nega v primarnem zdravstvenem varstvu v nenehnem spreminjanju – Smo še »prijatelji varovancev«?. Zbornik predavanj ob 80 letnici delovanja medicinskih sester v ljubljanski regiji, Ljubljana, 27. November 2007. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 113-124.
- Kolenc, K. Červ, B., 2015. Pacient – enakovreden partner v procesu zdravstvene nege. Dostopno na: http://www.zbornicazveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/142D.pdf (2.9.2015).
- Lubi, T., 2015. Kakovost v zdravstveni negi. Dostopno na: http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/132B.pdf. (2.9.2015).
- Makari, Z., 1999. Pomen komuniciranja z bolnikom oz. varovancem ob sprejemu v splošno ambulanto. Zdrav var. 33: 183-186.
- Mušič, M., 2008. Onkološki inštitut Ljubljana 70 let. Dostopno na: http://www.onko-i.si/fileadmin/onko/datoteke/dokumenti/zbornik_Onkoloski_institut__2008_spread.pdf (11.9.2015).
- Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. 2006 Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS; 4: 39. Onkološki inštitut. Dostopno na: http://www.onko-i.si/onkoloski_institut/ (2.9.2015).
- Sekavčnik. T., 2002. Razvijanje standardov in kriterijev kakovosti zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije. 30-31.
- Zakon o pacientovih pravicah 2008. Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200815&stevilka=455> (2.9.2015).

KOLEKTIVNA RAST S SPREMLJANJEM NELJUBIH DOGODKOV

Jožica Rešetič

IZVLEČEK

Vsem, ki smo danes zaposleni v javnih zavodih, se je naše življenje v zadnjih letih korenito spremenilo. Današnja družba od nas pričakuje nenehno sledenje potrebam sodobnega človeka in fleksibilnost v izvajanju vseh aktivnosti. Pri tem se osredotočamo na tiste elemente, ki omogočajo našo poklicno uspešnost, preživetje in kolektivno rast. Zato se nam pogosto postavlja vprašanje: Kako uspešni smo pri neljubih dogodkih, ali jih priznamo, o njih spregovorimo in se o njih pogovorimo v svojem zavodu ter izven njega? Naša uspešnost se v zdravstvenih zavodih oceni in meri ter spremlja s kazalniki kakovosti (higiena rok, razjeda zaradi pritiska, pohvale/pritožbe, incidenti, bolnišnične okužbe).

V prispevku bomo dali poudarek na pritožbe pacientov in njihovih svojcev v Splošni bolnišnici Novo mesto, ker menimo, da zajemajo vse pomembne elemente neljubih dogodkov in so zelo pomembne za ugled bolnišnice. Pritožbe nam dajo vedeti, kako uspešni smo na različnih področjih svojega dela, pri komuniciranju in informiranju pacientov in njihovih svojcev, v medsebojni odnosih do pacientov in njihovih svojcev, predvsem pa ugotovimo, kakšna je naša vljudnost in spoštljivost do njih. Hkrati dobimo tudi odgovor na vprašanje, kako vestni in natančni smo pri razkuževanju rok in zagotavljanju zasebnosti. Zavedamo se, da uspešnost pomeni tudi iskanje priložnosti za izboljšave pri vsakodnevnih aktivnostih.

Namen prispevka je s primerjalno študijo pritožb pacientov in njihovih svojcev skozi štiriletno obdobje ugotoviti, na katerih področjih se nam dogajajo neljubi dogodki in kako uspešni smo pri njihovem reševanju. Cilj prispevka je predlagali izboljšave na področjih, ki bodo v študiji izstopale, v zadovoljstvo vseh zaposlenih in uporabnikov naših storitev.

KLJUČNE BESEDE: neljubi dogodki, zdravstveni zavod, uspešnost, ugled

1 UVOD

Obvladovanje organizacije je obvladovanje usode skupnosti ljudi – od najmanjše, to je družine, preko podjetij in nepridobitnih organizacij ter javne uprave do države (Tavčar, 2002). Korže (2015) meni, da država danes izgublja svoj tradicionalni pomen, njeno nekdanjo zunanjo vlogo vse bolj prevzemajo multinacionalke in mednarodne organizacije, zato te velike spremembe v svetu posledično vplivajo tudi na neprofitne organizacije. Žurga (2003) pravi, da mora organizacija za doseganje vseh postavljenih ciljev in načrtovanih rezultatov spremeniti tudi način delovanja. Organizacija bo namreč morala postati še bolj fleksibilna v odnosu do svojega okolja in svojih uporabnikov storitev, kar pomeni, da bo morala tudi delovati na bolj fleksibilen način, ter z zaposlenimi, ki bodo imeli več pristojnosti in odgovornosti. Današnje neprofitne organizacije morajo svoje sisteme obravnavati kot poslovne sisteme: kot odprte, dinamične in

celovite sisteme z mnogimi, tudi protislovnimi značilnostmi. Vedno bolj se uveljavlja procesni vidik delovanja teh organizacij. V njihovem upravljanju in delovanju se poleg 'trdih' komponent vedno bolj uveljavljajo tudi 'mehke' organizacijske komponente, ki se nanašajo na zaposlene in na njihove značilnosti, stališča, vzgibe, delovanja, na organizacijsko kulturo, medsebojne odnose in ugled. Čedalje bolj se uveljavlja tudi prepričanje, da brez organizacijske kulture ne moremo razumeti dinamike razvoja in spreminjanja organizacije (Žurga, 2003). Našo zgodovino in razvoj civilizacije pišejo različni dogodki. Dogodki nas vse spremljajo skozi naše celo življenje. Tako kot vplivajo na nas posameznike, pa vplivajo tudi na organizacije, zato so še kako pomembni tudi v zdravstvu. V nalogi se bomo usmerili na neljube dogodke, ki se dogajajo v zavodih in so povezani z zaposlenimi v njih. Putar (2013) govori, da je neljubi dogodek vsak nepričakovan dogodek, ki je ali bi lahko pacientu povzročil škodo v času zdravstvene oskrbe oziroma zdravstvene nege in posledica narave pacientove bolezni. Nadaljuje, da neljubi dogodek v zdravstvu je težko preprečiti, ker je ta posledica timske obravnave pacienta. To obravnavo izvajajo različni in številčni zdravstveni delavci ter sodelavci v zdravstvu.

Namen članka je predstaviti pomen reševanja pritožb pacientov in njihovih svojcev v upanju, da povečamo njihovo zadovoljstvo z našimi storitvami. Cilj članka je s pomočjo izbranih podatkov izdelati štiriletno primerjalno študijo pritožb v bolnišnici in podati statistične ugotovitve s pomočjo Likertove lestvice (ocene so od 1 - 5) o dejanskem stanju na tem področju. Na osnovi teoretičnega znanja in rezultatov primerjalne študije bomo v nadaljevanju članka podali priporočila za izboljšanje posameznih področij, kjer je možno kvaliteto dvigniti na še višjo raven, in s tem posledično povečati ugled v svojem ožjem in širšem okolju, predvsem pa med uporabniki naših storitev.

2 KAKOVOST

Dema (2009) govori, da kakovost v zdravstvu temelji na šestih načelih kakovosti: uspešnosti, varnosti, pravočasnosti, učinkovitosti, enakosti in osredotočenju na pacienta. Ministrstvo za zdravje in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije sta bila v zadnjih letih pobudnika zbiranja kazalnikov o poslovanju, poslovni učinkovitosti in kazalnikov kakovosti na zdravstvenem področju v slovenskih bolnišnicah. Bevk in Ščepanović (2008) menita, da je v današnji družbi pomembno dati tudi poudarek na čim bolj kakovostne storitve, s čim manj porabljenimi sredstvi. Odbor za kakovost zdravstvene oskrbe spodbuja raziskave o pojavnosti zdravstvenih napak v različnih okoljih, raziskovanje organizacijske kulture in infrastrukture, razvoj informacijske tehnologije in sistemov poročanja. Spodbujajo rešitve za zmanjševanje tveganj v zdravstveni oskrbi in povečanje varnosti pacientov. Posebno področje delovanja programa za varnost pacientov zajema tudi usposabljanje in učenje izvajalcev ter uporabnikov za večjo varnost in kakovost zdravstvene oskrbe na osnovi učenja iz napak (Čuk, 2008). V svojem delu govori, da spremljanje, evidentiranje in poročanje o nezaželenih dogodkih omogoča učenje ter iskanje novih možnosti za izboljšanje in sposobnosti za preventivne akcije v bodočnosti tistih zdravstvenih okoljih, kjer se to dogaja.

2.1 DOGODKI IN NEZAŽELENI DOGODKI

Dogodki so vse tisto, kar se je zgodilo. Že od nekdaj so med najpomembnejšimi načini komuniciranja. Učinek dogajanja ob dogodku vpliva na čustva in miselnost udeležencev. Dogodki imajo različne značilnosti, zato jih je potrebno uspešno prepoznati in različno obravnavati. Predvsem pa se jih ne sme metati v en koš. Gider (2008) pravi, da so moč dogodkov prepoznali v gospodarstvu in negospodarstvu in jo začeli uporabljati v prid vedno večje konkurence na trgu, v obeh dejavnostih. Po Skela-Savić (2014) je ključnega pomena inicializacija, da se o dogodkih kritično razpravlja, čemur sledi prevzemanje odgovornosti za reševanje nezaželenih problemov. V Splošni bolnišnici Novo mesto v »Sistem kakovosti« spada kakovostna in varna oskrba pacientov, s tem so povezani tudi neljubi dogodki. Del neljubih dogodkov so tudi pritožbe kot eden od pomembnih kazalnikov kakovosti.

2.2 PRITOŽBA

Marušič (2005) trdi, da je pritožba vsaka pritožba, predlog, pobuda ali mnenje vlagatelja, ki kaže na njegovo nezadovoljstvo. V naši bolnišnici vse zaposlene, paciente in njihove svojce spodbujamo, da spregovorijo o neljubih dogodkih, ki so se jim tu zgodili. Neljube dogodke (pritožbe) lahko prijavijo na različne načine: na list »pritožbe in pohvale«, ki ga oddajo v zato namenjene nabiralnike, ki so nameščeni po vseh oddelkih in ambulantah, ter po elektronski pošti, telefaksu, ustni in navadni pošti. Pritožba je lahko podpisana ali anonimna. Vsebina pritožbe se lahko nanaša na uresničevanje pacientovih pravic, dostopa do zdravljenja in zdravstvene nege, strokovnosti zdravljenja, odnosa do pacienta in njihovih svojcev ter drugo. Vlagatelj mora navesti podatke, ki so potrebni za ugotavljanje dejstev. Strokovna sodelavka za kakovost glede na vrsto in vsebino pritožbe preda pritožbo v obravnavo in reševanje strokovnemu direktorju, poslovnemu direktorju, pomočnici direktorja za področje zdravstvene nege, predstojnikom in glavnim medicinskim sestram oddelkov. Vse pritožbe se obravnavajo na timskih sestankih, na predstojnikovi viziti, na sestankih odsekov in oddelkov, na kolegiju glavnih medicinskih sester, na strokovnem svetu in na prvih obravnavah s pomočjo pravne službe.

Zavedamo se tudi, da se nešteti zaposleni, pacienti in njihovi svojci bojijo prijaviti neljube dogodke, ker menijo, da bomo iskali predvsem krivca (žrtev). Tako miselnost lahko spremenimo pri vseh naštetih deležnikih, samo z odkritimi, iskrenimi in spoštljivimi pogovori. Nujno je, da vsi zaposleni v bolnišnici sprejmemo neljube dogodke kot sestavni del naše organizacije in s to miselnostjo najdemo poti za njihovo reševanje. Potrudimo se, da mislimo tudi na interese naših uporabnikov in s tem povečujemo kolektivno zavest in rast vseh zaposlenih. V raziskovalni nalogi bomo predstavili najbolj izpostavljane faktorje (medsebojni odnosi, organizacijska kultura, komunikacije, konflikti, informiranost, zasebnost ...) za neljube dogodke (pritožbe) v Splošni bolnišnici Novo mesto.

3 UGLED

Ugled je niz različnih pomenov (Veliki splošni leksikon, 1998) na podlagi katerih si ljudje določen objekt zapomnijo, ga opišejo in se povežejo z njim. Tavčar (2002) pravi, da je ugled strateško sredstvo delovanja bolnišnice. Menimo, da gre za interakcijo osebnih prepričanj, idej, občutkov in vtisov o organizaciji. Če govorimo z vidika ugleda bolnišnice, potem lahko rečemo, da na sliko ugleda bolnišnice bistveno vplivata njihova predstavitev ključnim deležnikom oziroma ciljnim skupinam. V našem zavodu smo mnenja, da je ugled nekakšna vrsta družbenega spomina, saj se oblikuje z našimi in uporabnikovimi izkušnjami. Tavčar (2002) meni, da je obstoj bolnišnice vse bolj odvisen od sposobnosti vodilnih delavcev, ti naj povabijo ključne deležnike na svojo stran, pri čemer so deležniki zaposleni, uporabniki, investitorji in konec koncev tudi družba in okolje, v kateri bolnišnica deluje. Kadar uspe bolnišnici ustvariti dober ugled, sočasno ustvarja tudi pomembno konkurenčno prednost na določenih področjih. Menimo, da je ugled bolnišnice stanje, ki nastane v očeh vseh obstoječih skupin deležnikov in je posledica obnašanja, komunikacije ter politike bolnišnice. Vila (1994, po Kovač, 1988) poudarja, da je za bolnišnico pomembna notranja kultura, katero lahko opredelimo kot celoviti sistem norm, vrednot, predstav, prepričanj in simbolov, ki določajo način obnašanja in odzivanja na probleme pacientov, njihovih svojcev ter vseh zaposlenih. S tem oblikujejo pojavno obliko bolnišnice.

4 PREDSTAVITEV PRIMERA ŠTUDIJE

Florjančič in Paape (2002) sta menja, da živimo v času, ko se vsak dan srečujemo s številnimi spremembami. Priče smo pomembnim dosežkom v znanosti, šolstvu, tehniki in ostalih področjih človekovega delovanja. V svoji razpravi poudarjata, da se moramo zavedati, da vse poti vodijo naprej - tistega, ki danes dela tako kot včeraj, jutri ne bo več. V nadaljevanju je prikazana primerjalna študija pritožb skozi štiriletno obdobje v Splošni bolnišnici Novo mesto. Ti podatki so doprinos k dobrim medsebojnim odnosom zaposlenih s pacienti in njihovimi svojci ter spodbuda za boljše komunikacijske odnose. Nenazadnje skrbi tudi za ugled zavoda s strani uporabnika in širše javnosti. Hkrati je namen tudi pridobiti podatke in argumente, ki bodo koristili pri odločanju in ukrepanju za izboljšanje zadovoljstva pacientov in njihovih svojcev, predvsem pa bodo vplivali na izboljšanje organizacije dela v Splošni bolnišnici Novo mesto. Pri analizi predmeta preučevanja je uporabljena teoretična raziskovalna metoda in metoda vsebinske analize relevantnih virov. Statistične ugotovitve so pridobljene s pomočjo 5 - stopenjske Likertove lestvice.

Pritožbe

8 in več - zelo slabo

6 - 7 - slabo

4 - 5 - dobro

2 - 3 - zelo dobro

0 - 1 - odlično

Odgovori po tej lestvici so bili obdelani s točkovanjem. Dobljeni podatki iz izpolnjenih vprašalnikov so bili ročno in računalniško obdelani v sistemu Windows, s programskim paketom Microsoft Office in preglednico Excel. Predstavljen je grafični in strukturni prikaz podatkov.

5 REZULTATI PRIMERJALNE ŠTUDIJE S POMOČJO LIKERTOVE LESTVICE

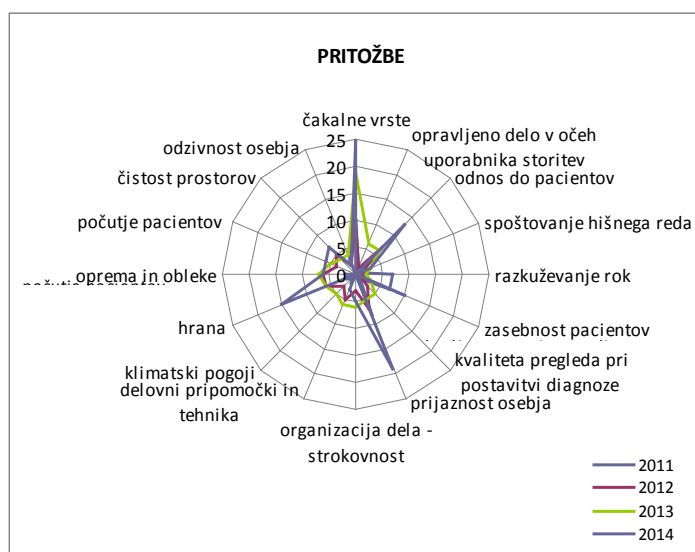
V Splošni bolnišnici Novo mesto je bilo v letu 2011 46 pritožb, v letu 2012 je bilo pritožb 66, v letu 2013 njih 92 in v letu 2014 114 pritožb. Vse pritožbe so prikazane v tabelah in grafih.

Tabela 1: Število pritožb skozi štiriletno obdobje

Leto	Skupaj obravnav	Pritožbe	Procent pritožb/obravnav
2011	221.201	46	0,021
2012	226.917	66	0,029
2013	222.225	92	0,041
2014	231.408	114	0,049

Tabela 2: Pritožbe po vsebini

VSEBINA PRITOŽBE	2011	2012	2013	2014
čakalne vrste	10	10	19	25
opravljeno delo v očeh uporabnika storitev	1	1	6	0
odnos do pacientov	1	7	6	13
spoštovanje hišnega reda	1	1	3	3
razkuževanje rok	7	2	2	0
zasebnost pacientov	7	1	3	10
kvaliteta pregleda pri postavitvi diagnoze	1	3	5	0
prijaznost osebja	8	7	5	19
organizacija dela - strokovnost	0	3	6	5
delovni pripomočki in tehnika	2	5	6	3
klimatski pogoji	1	3	5	0
hrana	2	6	6	15
oprema in obleke	2	6	7	6
počutje pacientov	0	4	5	6
čistost prostorov	0	5	4	7
odzivnost osebja	3	2	4	2



Slika 1: Pritožbe

Iz predstavljenih rezultatov je razvidno, da se pritožbe v letih 2011, 2012, 2013 in 2014 nanašajo na podobne aktivnosti. Radarska slika prikazuje, da se največ pritožb v vseh štirih predstavljenih letih nanaša na čakalne vrste, opravljeno delo, odnos do pacientov, prijaznost osebja, hrano, odzivnost osebja in opremo. V letu 2011 je bilo največ pritožb na čakalne vrste, razkuževanje rok, zasebnost, hrano in počutje pacientov. V letu 2012 so deležniki ponovno najbolj izpostavili čakalne vrste in prijaznost osebja. Nezadovoljni so bili tudi z opremo in bolnišnično hrano. V letu 2013 je bilo največ pritožb na čakalne vrste, odnosa do pacientov, prijaznost osebja, hrano in opremo (postelje). V letu 2014 se je število pritožb na čakalne vrste še povečalo. Povečale so se tudi pritožbe na odnose do pacientov, hrano, čistočo, zasebnost pacientov in opremo (postelje).

6 RAZPRAVA

Ugotovili smo, da so obravnavane pritožbe v večini prispele do strokovne sodelavke za kakovost iz nabiralnikov, ki so nameščeni po oddelkih Splošne bolnišnice Novo mesto, nekaj po elektronski pošti, zelo malo pa po navadni pošti. Nekaj pritožb je bilo tudi ustno posredovano do vodstva bolnišnice. V bolnišnici je še vedno izpostavljena kot primarna funkcija oskrba ljudi, dobri zdravniki, okolje in prijazen zgled. Prijazna okolica in promocija pripomorejo k boljši prepoznavnosti in celostni sliki bolnišnice in prav na teh segmentih bo morala bolnišnica še veliko postoriti. Medsebojni odnosi so osnovni pojav v vsaki organizaciji in vse bolj jih povezujemo z njeno uspešnostjo in ugledom. Za kakovostno opravljanje storitev je pomembno, da so medsebojni odnosi v organizaciji dobri. To pomeni, da se osebje med seboj dobro razume, si zaupa, podpira in dobro sodeluje z uporabniki njihovih storitev. Do konfliktov na delovnem mestu med zaposlenimi, pacienti in njihovimi svojci pride zaradi različnih ciljev, mnenj, interesov in položaja posameznika. Aristotel je zapisal: »Vsakdo se lahko ujezi – to

res ni težko. Toda težko se je ujeziti na pravo osebo, ravno prav, v pravem trenutku, iz pravega razloga in na pravi način«. Pri reševanju konfliktov mora vsak posameznik imeti občutek spoštovanja, sprejemanja in zaupanja, saj ima vsak človek pravico do lastnega mnenja. Komunikacija medicinske sestre in ostalih zdravstvenih delavcev je spodbuda za osebno reakcijo pacienta. Dobra komunikacija vpliva tudi na izboljšanje medsebojnih odnosov in kvalitetno opravljeno delo. V veliki meri pa vpliva tudi na večje zadovoljstvo zaposlenih, pacientov in njihovih svojcev, zato je pomembno, da vemo kako komunicirati s pacienti in njihovimi svojci, da jih ne užalimo, razburimo, ne dajemo napačnega upanja in da znamo v določeni situaciji pravilno ter strokovno reagirati. Organizacijska kultura je dobrodošla v zdravstvu, jo pa težko spremenimo skozi noč, ker je navada železna srajca in zato zaposleni pogosto nočejo spremeniti svojih navad. Pacienti imajo danes velike možnosti za pridobivanje informacij, vendar pa te ne morejo nadomestiti osebnega kontakta. Večina pacientov in njihovih svojcev še vedno pričakuje, da bodo pomembne informacije pridobili z medicinsko sestro, zdravnikom in ostalim zdravstvenim osebjem. Pri informiranju ima medicinska sestra velik pomen, saj pacientu in njegovim svojcem nudi potrebne informacije na razumljiv in obziren način ter v okviru svojih kompetenc. Prehrana je bolnišnici izrednega pomena. Hrana je del zdravja, zato je zelo pomembno da je okusna, vizualno privlačna, barvita, raznolika in kakovostna. Z ustrežno prehrano pripomoremo k ohranjanju in krepitvi zdravja ter hitrejšemu okrevanju. V bolnišnici se moramo prizadevati za visoko raven higiene, ker le tako lahko zagotavljamo varno in kakovostno oskrbo. Zavedamo se tudi, da zgolj en sam dotik zadostuje za širjenje okužb in bolezni. Virusi in bakterije, ki povzročajo bolezni, se namreč v največji meri prenašajo ravno preko naših rok. Zato je ustrezna higiena rok ključnega pomena pri ohranjanju našega zdravja in zdravja naših pacientov. Veliko govorimo in pišemo o zasebnosti, vendar še vedno pri svojem delu pozabljamo nanjo. Pogosto bi se morali postaviti v vlogo pacienta, da bi svoje delo opravili bolj kakovostno. V bolnišnici se čedalje bolj zavedamo pomena kakovostnega spanca, ker vpliva na hitrejšo okrevanje pacientov in posledično na skrajšanje ležalne dobe. Zato pa rabimo dobra, udobna in predvsem zdrava ležišča.

7 ZAKLJUČEK

Vsem se primeri, da kaj ne naredi dobro, zato so vsa opozorila od naših uporabnikov storitev dobrodošla. Pritožbe v Splošni bolnišnici Novo mesto vedno sprejemamo kot nekaj dobronamernega. Vse pritožbe skrbno preučimo v osmih dneh od dneva podane pritožbe in podamo ukrepe za izboljšanje procesov našega dela. Pogosto nas spodbujajo k boljšemu in kakovostnejšemu delu z našimi oskrbovanci in njihovimi svojci. Naš cilj je prav njihovo zadovoljstvo. Zavedamo se, da so nosilci sprememb vedno ljudje, zato stremimo k temu, da se vsak posameznik v bolnišnici zavzema za uresničevanje skupnih ciljev. Da bomo to dosegli moramo zaposlene dodatno seznanjati, izpopolnjevati, usposablјati in izobraževati; predvsem na področju komunikacije, medsebojnih odnosov, informiranosti, higiene rok, zasebnosti pacientov. Z rednim merjenjem pritožb bo bolnišnica natančno identificirala šibke, močne

in kritične elemente, ki vplivajo na vse izpostavljene faktorje v raziskavi. Glede na dobljene rezultate primerjalne študije bomo predlagali ukrepe na naslednjih področjih:

- dosledno naročanje pacientov na uro pregleda,
- dosledno upoštevanje čakalne vrste,
- zagotovitev stalne prisotnosti zdravnika v urgentni ambulanti,
- dosledno upoštevanje ordinacijskega časa ambulanti,
- vsi zdravstveni delavci (zdravniki, medicinske sestre, administrativni delavci) potrebujejo izobraževanje o primerni komunikaciji,
- ob izvajanju varnostnih pogovorov na oddelkih, odsekih in službah naj se pogovarjajo o spoštljivem obravnavanju pacienta in primerni komunikaciji,
- večje upoštevanje zasebnosti in intimnosti ter ureditev prostora za dostojno slovo od pokojnika na oddelkih,
- nabava novih postelj po posameznih oddelkih,
- nudenje pacientom več menijev hrane glede na njihove diete.

V bolnišnici Novo mesto stremimo k temu, da neljube dogodke uspešno obvladujemo brez posebnih predpriprav, hkrati pa ugotavljamo, da je usklajevanje zaradi večjega števila udeležencev (kar bolnišnica je) zelo zahtevna naloga.

Zaključili bi z mislijo, da je ugled najpomembnejši kapital, predvsem pa res redka dobrina in konkurenčna prednost, ki pa se je še vsi zaposleni v Splošni bolnišnici Novo mesto ne zavedamo, zato bomo morali v prvi vrsti spoznati sebe, spoznati naše deležnike, njihova pričakovanja in na osnovi izkušenj priti do spoznanj v prid za lastni obstoj. Z visokim ugledom si bolnišnica povečuje podobo organizacije navzven in kolektivno rast vseh, ki delajo v njej.

LITERATURA

Bevk T., Ščepanović D. *Stroški urinske inkontinence*. Ljubljana: Obzornik zdravstvene nege, 2008.

Čuk V. *Zasnova obvladovanja neželenih dogodkov v procesu zdravstvene nege (magistrsko delo)*.

Maribor: Univerza v Mariboru. Fakulteta za organizacijske vede management kakovosti, 2008.

Dema H. *Analiza poslovnega okolja v zdravstvu*. (diplomsko delo). Koper: *Univerza na Primorskem Fakulteta za management, 2009.*

Florjančič J. in Paape B. *Organizacija in management*. Kranj: Moderna organizacija, 2002.

Gider P. *Organizacija dogodka kot oblika tržnega komuniciranja na primeru maratona treh src* (diplomsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani ekonomska fakulteta, 2008.

Korže Varstvo ustavnih pravic v postopkih cenitve davčne osnove. Podjetje in delo. Ljubljana: Publisher: IUS SOFTWARE, d. o. o., 2015.

Marušič D. *Pravilnik o pritožbenih poteh*. Ljubljana: Onkološki inštitut.

Putar B. *BOLTOP novice 5/2013*

Skela-Savič B. *Odgovornosti za razvoj zdravstvene nege: jih poznamo?* Ljubljana: Obzornik zdravstvene nege, 2014.

Tavčar M. I. *Strateški management*. Izola: Birografika Bori, 2002.

Vila A. *Organizacija in organiziranje*. Kranj: Moderna organizacija, 1994.

Veliki splošni leksikon. Ugled. Ljubljana: Tiskarna Mladinska knjiga, 1998.

Žurga G. Dobre prakse v slovenski javni upravi. Ljubljana : Ministrstvo za notranje zadeve Republike Slovenije, 2003.

MULTIDISCIPLINARNO REŠEVANJE PRITOŽB PACIENTOV Z NAMENOM IZBOLJŠANJA KAKOVOSTI IN VARNOSTI ZDRAVSTVENE OSKRBE

Ivan Tandler

IZVLEČEK

Pacientove pravice predstavljajo zelo specifičen sistem, zato zahtevajo tudi specifično ureditev. Zdravje ni več najvišji zakon, temveč je to pacientova volja, ki ga iz pasivnega udeleženca v procesu zdravstvene oskrbe spreminja v aktivnega in odločilnega akterja pri sprejemanju odločitev o lastnem telesu, zdravju in življenju.

Pacienti imajo pravico, da se pritožijo nad zdravstveno oskrbo, ter da se njihove pritožbe obravnava in, kadar je to možno, tudi razreši. Prav tako, odločitve glede zdravstvene oskrbe včasih sprožijo vprašanja, konflikte ali druge dileme za bolnišnico in pacienta.

Reševanje pritožb je osnovna in izredno pomembna dejavnost vsakega zdravstvenega zavoda, urejene pritožbene poti pa pomemben dokument, ki regulira to dejavnost.

V zdravstvenih ustanovah je izjemnega pomena reševanje pritožb pacientov, ki mora biti skladno z Zakonom o Pacientovih pravicah. Vsekakor pa rešena pritožba še ni dovolj.

Potrebno je narediti analizo in določiti ukrepe, ki preprečujejo, da se situacija ne bi ponovila.

Seveda pa je potrebno pripravljati ukrepe multidisciplinarno z vključevanjem vseh profilov zaposlenih v zdravstvu ob upoštevanju varovanja informacij.

KLJUČNE BESEDE: *pacientove pravice, reševanje pritožb, multidisciplinarno sodelovanje*

1 UVOD

Vsak pacient je edinstven, s svojimi potrebami, prednostmi, vrednotami in prepričanji. Zdravstvene ustanove si prizadevajo vzpostaviti zaupanje in odprto komunikacijo s pacienti ter razumeti in zaščititi kulturne, psihosocialne in duhovne vrednote vsakega pacienta. Izidi zdravstvene oskrbe pacientov so boljši, kadar so pacienti udeleženi pri odločitvah in procesih oskrbe na način, ki je v skladu s kulturnimi pričakovanji.

Pacientove pravice predstavljajo zelo specifičen sistem, zato zahtevajo tudi specifično ureditev. Zdravje ni več najvišji zakon, temveč je to pacientova volja, ki ga iz pasivnega udeleženca v procesu zdravstvene oskrbe spreminja v aktivnega in odločilnega akterja pri sprejemanju odločitev o lastnem telesu, zdravju in življenju (Kraljič, 2009).

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), je sprejel državni zbor Republike Slovenije 29. 01. 2008. Uporabljati se je pričel 26.08. 2008. Zakon določa pravice pacienta kot uporabnika zdravstvenih storitev v javni in zasebni zdravstveni mreži. ZPacP ima 92 členov, v katerih v štirinajstih sklopih ureja pacientove pravice. ZPacP je

interdisciplinaren zakon, saj posega tako na področje pacientovih pravic, kakor tudi na področje zdravstvenega sistema in socialne politike. Kot krovni zakon celovito ureja področje varstva pacientovih pravic, čeprav tematiko varstva pacientovih pravic lahko zasledimo tudi v drugih zakonih: v zakonu o zdravstveni dejavnosti, zakonu o zdravniški službi, zakonu o nalezljivih boleznih ter v zakonu o duševnem zdravju (Lešnik, 2010).

ZPacP prinaša vsebinsko dopolnitev in razširitev kataloga pacientovih pravic, na področju doslednega spoštovanja pacientove avtonomije, težnje po zagotavljanju kakovostne, primerne in varne zdravstvene oskrbe, prizadevanja za doseganje čim večje stopnje obveščeniosti in sodelovanja pacientov, varstva enakopravnosti, varstva zasebnosti in osebnih podatkov ter urejen postopkovni vidik varstva pacientovih pravic. (Zalar, 2009)

Pri uresničevanju pravic pacientov se po ZPacP upoštevajo zlasti naslednja načela:

- spoštovanje vsakogar kot človeka in spoštovanje njegovih moralnih, kulturnih, verskih, filozofskih in drugih osebnih prepričanj,
- spoštovanje telesne in duševne celovitosti ter varnosti,
- varstvo največje zdravstvene koristi za pacienta, zlasti otroka,
- spoštovanje zasebnosti,
- spoštovanje samostojnosti pri odločanju o zdravljenju,
- spoštovanje osebnosti in dostojanstva tako, da nihče ni socialno z aznamovan zaradi svojega zdravstvenega stanja in vzrokov, posledic ter okoliščin tega stanja ali zdravstvene oskrbe, ki je je bil zaradi tega deležen (ZPacP, čl. 3).

V postopkih reševanja sporov imajo pomembno vlogo zastopniki pacientovih pravic, saj njihovo sodelovanje v postopku bistveno pripomore k učinkovitemu reševanju kršitev oziroma sporov. Osnovna naloga zastopnika je, da daje pacientu osnovne informacije, nudi strokovno pomoč in daje konkretne usmeritve na področjih uveljavljanja pravic s področja zdravstvenega varstva, zdravstvenega zavarovanja in izvajanja zdravstvene dejavnosti. Na zastopnika pacientovih pravic se lahko pacient obrne vedno, kadar potrebuje nasvet, pomoč ali zastopanje, kadar se sooči s problemom, ki se nanaša na katero koli od pacientovih pravic določenih v ZPacP (Lešnik, 2010).

Prizadevanja Splošne bolnišnice Slovenj Gradec (SB SG) pri nudenju varstva pacientovih pravic so bila na podlagi veljavne zdravstvene zakonodaje že v preteklosti uspešna. Leta 2008 sprejet ZPacP, je na novo uredil postopek za reševanje pritožb pacientov. Temu je namenjen tudi Pravilnik o reševanju pritožb pacientov in o pritožbenem postopku v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec. Pravilnik je bil v skladu z navodili ZPacP pripravljen za učinkovito delo reševanja pritožb pacientov. V Splošni bolnišnici Slovenj Gradec so se izobesila vsa potrebna obvestila glede na ZPacP praktično na vse oddelke in na vsako ambulanto.

ZPacP kot temeljno izhodišče postavlja preprosto, hitro in učinkovito reševanje t. i. pritožb pacientov, ter obravnavanje in možnosti mirnega reševanja sporov, saj se spori najlažje in najhitreje rešijo tam, kjer je nastal povod zanje. Če pacient neposredno med zdravstveno oskrbo izrazi nezadovoljstvo pri izvajanju zdravstvene oskrbe ali nezadovoljstvo z odnosom zdravstvenega delavca, je treba poskusiti nesporazum z dodatnimi pojasnili ali ukrepi odpraviti takoj.

Pri iskanju rešitev, kako pritožbeno pot čim bolj približati pacientu in slediti določbam ZPacP, smo v SB SG ostali pri utečenem načinu reševanja pritožb pacientov. V prvi vrsti so na oddelkih in enotah za reševanje pritožb odgovorni predstojniki in glavne medicinske sestre. Kadar pacient s takimi dodatnimi pojasnili ali ukrepi ni zadovoljen, ga mora zdravstveni delavec seznaniti s pravico in postopkom vložitve zahteve za prvo obravnavo kršitve pacientovih pravic. V veliko primerih pa že na oddelkih vključijo pristojno osebo za reševanje pritožb pacientov, da jim svetuje oz. opravi razgovor s svojci.

Spodbujanje pacientovih pravic v zdravstveni ustanovi se začne z opredelitvijo teh pravic in nadaljuje z izobraževanjem pacientov in osebja o teh pravicah. Paciente se pouči o njihovih pravicah in, kako naj ravnajo v zvezi z njimi. Osebje se nauči razumeti in spoštovati pacientova prepričanja in vrednote in zagotavljati obzirno in spoštljivo oskrbo, ki varuje pacientovo dostojanstvo. Z namenom poenotenja reševanja pritožb, iskanja sistemskih rešitev ter vpeljevanja ukrepov za preprečevanje morebitnih odklonov pri obravnavi pacienta je v SB SG v veljavi da se za vse pritožbe, ki pridejo na naslov bolnišnice oz. jih na oddelkih ne morejo razrešiti posredujejo pristojni osebi za sprejemanje in obravnavo zahteve za prvo obravnavo kršitve pacientovih pravic.

Pristojna oseba skladno z ZPacP začne postopek prve obravnave kršitve pacientovih pravic. Vsak primer se rešuje individualno, vendar za vse velja ustaljen postopek. V kolikor je pritožba posredovana v pisni obliki se preveri če vsebuje vse zakonsko predpisane vsebine. Vsekakor je vedno potrebno preveriti, če je pritožba primerna za obravnavo oz. ali se mora pritožnika napotiti na druge inštitucije. V kolikor prijava ne vsebuje vseh potrebnih elementov se pritožnika prosi za dopolnitev. Pritožnika se povabi na prvo obravnavo kršitve pacientovih pravic. Običajno se povabi na prvo obravnavo tudi vse osebe, ki so omenjene v pritožbi z namenom hitrega in uspešnega reševanja pritožbo. Glede prisotnosti vpletenih oseb na prvi obravnavi se pristojna oseba odloči glede na vsebino pritožbe, predhodnega razgovora s pritožniki in predhodnega zbiranja informacij. Zagotoviti moramo, da pritožnik na vsa vprašanja dobi konkretne odgovore in mu moramo nuditi vso podporo. Vsekakor pa moramo pridobiti odgovore »obtoženih«, saj je potrebno imeti vedno vpogled v pritožbo s primerno širino.

V SB SG je bilo od leta 2010 do leta 2015 naslovljenih in rešenih preko 90 pritožb. Razpisanih je bilo preko 50 prvih obravnav pritožb pacientov. Vsebine pritožb so večplastne in že pred obravnavo zahtevajo od pristojne osebe, da jih natančno preuči.

V nadaljevanju je predstavljenih nekaj izrezkov iz pritožb pacientov, ki predstavljajo večplastne zahteve pacientov in iz tega pogleda se vidi pomembnost multidisciplinarnega obravnavanja pritožb:

- *Po vsem prestanem, hvala za vaš trud, saj smo se s skupnimi močmi ognili najhujšemu, vendar se mi poraja vprašanje, saj je k vam prišel praktični zdrav moški na preventivni pregled, kar se je zgodilo, tako zdrav več ne bo nikoli. Kje se je torej zalomilo? Zgodila se je zelo redka možna komplikacija, kljub varnostni hospitalizaciji. Ali ste odredili vse aktivnosti optimalno s strani vaše stroke?*
- *In ob vsej prizadetosti tega dne sem kljub vsemu ob pogledu na vodeno dokumentacijo videla toliko pomanjkljivosti, da me je zbolelo srce.*
- *Zaradi neizsledljivosti in nedokazljivosti obstaja in za vedno ostaja upravičen dvom, da za rešitev življenja ni bilo storjeno vse, kar bi bilo lahko. Dokazov za to ni.*
- *Nič nam ne bo povrnilo našega najbližjega, toda vse napake, ki ste jih storili in se jih po mojem globokem prepričanju tudi zavedate, naj bodo izkušnje, da ne bo v prihodnosti po nepotrebnem umrl še kakšen dober človek.*

Vse pritožbe pacientov je potrebo jemati resno in zagotoviti, da se bodo tako tudi obravnavale. Vsekakor pa je pomembno, da se iz vsake pritožbe, v kolikor je bila ugotovljena upravičenost, izluščijo preventivni in kurativni ukrepi, ki bodo preprečevali nadaljnje ponavljanje situacije. Pri analizi dogodka, ter pri določevanju preventivnih in kurativnih ukrepov pa je izjemnega pomena multidisciplinarno sodelovanje. Multidisciplinarno sodelovanje omogoča veliko prožnost in večjo verjetnost ustvarjanja rešitev. Nikakor ne smemo dopustiti, da bi se obravnavane pritožbe pospravile v predal in bi služile same sebi. Z vsem obravnavanimi pritožbami se seznanijo vodstvo bolnišnice. Prav tako se vse pritožbe v anonimni obliki predstavijo na strokovnih kolegijih v bolnišnici, kjer se tudi sprejemajo in predlagajo morebitni kurativni in preventivni ukrepi. Zato je izjemnega pomena, da se o pritožbah pogovarjamo in da v kolikor so bile upravičene sprejete ukrepe lansiramo po celotni ustanovi.

Kvalitetno reševanje pritožb v zdravstveni ustanovi lahko s pomočjo multidisciplinarnega pristopa pripomore k dvigu kvalitete in varnosti. Albert Einstein je zapisal, »*Problema ne moremo rešiti z enakim razmišljanjem, ki je do problema pripeljalo*«, kar pomeni, da mora biti multidisciplinarno reševanje pritožb pacientov preprosto, pregledno, hitro in učinkovito ter nepristransko in pošteno. Vsekakor moramo poskrbeti za sprotno dokumentiranje postopkovnih dejanj udeležencev, ter si prizadevati, da bi postopek končali tam, kjer je nastal povod za spor, po možnosti z mirno rešitvijo spora in z ukrepi, ki bodo omogočili, da se dogodki ne bodo ponovili.

LITERATURA

- Kraljič, S. Pacientova avtonomija v novi zakonodaji in praksi. V: Reberšek Gorišek, J., Kraljič, S. (ur.) Medicina in pravo. Maribor: Slovensko zdravniško društvo Maribor in Pravniško društvo v Mariboru, 2009: 135–44.
- Lešnik A, Pacientove pravice in njihova aplikacija v prakso [magistrsko delo], Maribor, Univerza v Mariboru, 2010.
- Zalar, A. Pacientova avtonomija v novi zakonodaji in praksi. V: Reberšek Gorišek, J., Kraljič, S. (ur.) Medicina in pravo. Maribor: Slovensko zdravniško društvo Maribor in Pravniško društvo v Mariboru, 2009: 11–12.
- Zakon o pacientovih pravicah, Uradni list RS, št. 15/2008.

OBVLADOVANJE IZBRUHOV VEČKRATNO ODPORNIH BAKTERIJ V REGIONALNI BOLNIŠNICI V LETU 2014

Helena Ribič, Jana Lavtižar

IZVLEČEK

Teoretična izhodišča: Okužbe s proti antibiotikom odpornimi bakterijami predstavljajo danes enega največjih problemov v zdravstvu. Z njimi se srečujemo tudi v bolnišnicah v Sloveniji. V letu 2014 smo v Splošni bolnišnici Jesenice obravnavali dva razmeroma obsežna izbruha: izbruh, povzročen s proti karbapenemom odporno bakterijo *Acinetobacter baumannii* (CRAb) in izbruh s proti vankomicinu odpornim *Enterococcus faecium* (VRE). Namen prispevka je prikazati obsežnost obeh izbruhov, predstaviti ukrepe za njuno obvladovanje in pomen seznanjanja širše strokovne javnosti.

Metoda: Podatke o bakterijskih sevih, ki smo jih osamili v času od 1.1. 2014 do 31.12. 2014, smo pridobili s pomočjo laboratorijskega informacijskega sistema na Oddelku za medicinsko mikrobiologijo Kranj Nacionalnega laboratorija za zdravje, okolje in hrano; podatke o bolnikih pa iz dokumentacije in informacijskega sistema bolnišnice.

Rezultati: Ob izbruhu CRAb smo od začetka februarja do konca leta sev CRAb ugotovili pri 44 bolnikih, ob izbruhu VRE pa od začetka oktobra do konca leta sev VRE pri 21 bolnikih. Da bi izbruha omejili in preprečili nadaljnje širjenje teh bakterij, smo izvajali številne ukrepe bolnišnične higiene in postrlji njihov nadzor, dosledno smo obveščali druge ustanove ob premeščanju bolnikov ali ob njihovi namestitvi v stacionarni zavod. Seznanili smo tudi širšo strokovno javnost in vodstva bolnišnic v Sloveniji: o izbruhu CRAb smo poročali na strokovnem srečanju ob 18. novembru, evropskem dnevu antibiotikov, o VRE pa v elektronski mesečni reviji eNBOZ, ki je prosto dostopna strokovni in laični javnosti.

Razprava in zaključki: Obvladovanje okužb z odpornimi bakterijami predstavlja v zdravstvenih ustanovah velik izziv. Že manjše odstopanje od dobre prakse lahko pripelje do izbruha okužb z obsežnimi posledicami za bolnike, zaposlene in za ustanovo. Okužbe se z bolniki lahko širijo v druge ustanove, s tem so posledice še hujše. Pri preprečevanju in obvladovanju izbruhov imajo pomembno vlogo redno obveščanje, osveščanje in posredovanje znanja ter izkušenj v lastni ustanovi in izven nje.

KLJUČNE BESEDE: odporne bakterije, proti karbapenemom odporni *Acinetobacter baumannii*, CRAb, proti vankomicinu odporni *Enterococcus faecium*, VRE, izbruh

1 UVOD

Okužbe, povezane z zdravstvom, dandanes prizadenejo 5 do 10 % hospitaliziranih bolnikov in so najpogostejši zaplet zdravljenja. Kot največja grožnja so prepoznane okužbe s proti antibiotikom odpornimi bakterijami. V Sloveniji se, podobno kot v drugih evropskih državah, srečujemo z bakterijami proti met icilinu odpornim *Staphylococcus*

aureus (angl. Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus*, MRSA), proti vankomicinu odpornimi enterokoki, (angl. Vancomycin-Resistant enterococcus, VRE), bakterijami z encimi ESBL (ang. Extended-spectrum betalactamases) in s proti karbapenemom odpornimi bakterijami (acinetobaktri, enterobakterijami in pseudomonasi) (Pirš idr., 2013; Triglav T, Pirš M, Lejko-Zupanc T, Harlander T in Kofol R, 2013, Štrumbelj idr., 2014). V pričujočem prispevku prikazujemo dva razmeroma obsežna izbruha, ki smo jih v letu 2014 obravnavali v Splošni bolnišnici Jesenice: izbruh, povzročen s proti karbapenemom odporno bakterijo *Acinetobacter baumannii* (CRAb) in izbruh s proti vankomicinu odpornim *Enterococcus faecium* (VRE) in ukrepe za njuno obvladovanje.

Acinetobacter baumannii

Bakterija *Acinetobacter baumannii* je gramnegativen bacil, ki ga uvrščamo med oportuniste. Pri sicer zdravih ljudeh in v domačem okolju zelo redko povzroči okužbo. Drugače pa je pri bolnikih v bolnišnici, ki imajo zmanjšano imunost, eno ali več osnovnih bolezni, so resno bolni ali celo šokirani, po operativnih in drugih invazivnih posegih ali imajo druge dejavnike, ki zmanjšujejo odpornost in omogočajo okužbe z oportunističnimi bakterijami. *A. baumannii* povzroča različne okužbe, povezane z zdravstveno oskrbo: bolnišnične pljučnice v povezavi z umetnim predihavanjem, druge bolnišnične pljučnice, okužbe sečil, ran, okužbe v zvezi z žilnimi katetri, sepsa in druge okužbe. Pri človeku je bakterija lahko prisotna v prebavilih, na drugih sluznicah in na vlažnih predelih kože. V bolnišničnem okolju preživi tako na suhih kot na vlažnih površinah tudi več mesecev in je med najbolj na dejavnike okolja odpornimi bakterijami v bolnišnici (IFIC, 2011, Goel V, Hogade SA in Karadesai SG, 2012)

Enterokoki

Enterokoki so po Gramu pozitivni koki, ki se pri človeku kot komenzali nahajajo v črevesju, lahko pa tudi na koži, v sečilih, spolovilih, v ustih in žrelu. Okužbe povzročajo kot oportunisti, najpogosteje pri starostnikih, bolnikih z resno osnovno boleznijo in/ali zmanjšano imunostjo, pri bolnikih po invazivnih postopkih, dolgotrajni hospitalizaciji in/ali po zdravljenju s širokospektralnimi antibiotiki. V domačem okolju povzročajo predvsem okužbe sečil, v bolnišnicah pa tudi okužbe ran, okužbe v trebuhu, bakteriemijo, sepsa, endokarditis in druge okužbe. Veliko večino okužb pri človeku povzročata vrsti *Enterococcus faecalis* in *Enterococcus faecium* (Martins Teixeira L in Facklam RR, 2003).

Odpornost proti različnim vplivom okolja omogoča enterokokom dobro preživetje v bolnišničnem okolju. Neživo okolje ima pri širjenju pomembno vlogo, saj enterokoki preživijo na površinah tudi več tednov (IFIC, 2011).

Proti karbapenemom odporni *Acinetobacter baumannii* in proti vankomicinu odporni enterokoki

Bakteriji *A. baumannii* in *Enterococcus faecium* sta naravno odporni (proti številnim antibiotikom, ki jih sicer uporabljamo za zdravljenje okužb (t.i.prirojena odpornost). Pogosto pa tega obe vrsti pridobita še številne druge mehanizme odpornosti (t.i.

pridobljena odpornost). V teh primerih je nabor antibiotikov za zdravljenje okužb zelo okrnjen. Za zdravstvo predstavljajo med okužbami s temi bakterijskimi vrstami največjo grožnjo acinetobaktri, odporni proti karbapenemom (angl. Carbapenem resistant *Acinetobacter baumannii*, CRAb) in enterokoki, odporni proti vankomicinu (angl. Vancomycin resistant enterococci, VRE). Problema sta predvsem dva: zdravljenje okužb, ki jih te bakterije povzročajo, in širjenje bakterij med bolniki. CRAb in VRE se s človeka na človeka prenašajo s stikom, najpogosteje preko rok zdravstvenega osebja, ki se je pred tem kontaminiralo ob stiku s koloniziranim ali okuženim bolnikom, ali ob dotiku površin ali predmetov v bolnikovi neposredni okolici. VRE se, podobno kot ostali enterokoki, nahaja v prebavilih koloniziranih bolnikov, CRAb pa predvsem v prebavilih in na vlažnih predelih kože, obe bakteriji se lahko razmnožujeta tudi na mestu okužbe, npr. v sečilih ali rani, kar vse predstavlja v bolnišnicah pomemben rezervoar.

V raziskavi so DeLisle in sod. med epidemijo VRE pregledovali površine in bakterijo VRE ugotovili v 7 do 30 % brisov površin v okolici bolnika (DeLisle S in Perl TM, 2003). Nevarnost za kontaminacijo okolja je posebej velika, če ima bolnik drisko ali ima VRE še na drugih mestih telesa razen v prebavilih, npr. v rani ali na koži. Možen je tudi prenos CRAb in VRE preko kontaminiranih predmetov in instrumentov.

2 MATERIALI IN METODE

Podatke o bakterijskih sevih, ki smo jih osamili v času od 1.1. 2014 do 31.12. 2014, smo pridobili s pomočjo laboratorijskega informacijskega sistema MBL na Oddelku za medicinsko mikrobiologijo Kranj Nacionalnega laboratorija za zdravje, okolje in hrano (SRC Infonet, Slovenija); podatke o bolnikih pa iz dokumentacije in informacijskega sistema Birpis Splošne bolnišnice Jesenice (SRC Infonet, Slovenija).

Za opazovanje ustreznosti higijene rok smo uporabili metodologijo pet trenutkov za higieno rok v skladu s smernicami Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), (WHO, 2009). Za nadzor nad izvajanjem kontaktne izolacije in čiščenja smo uporabljali obrazce SBJ.

3 REZULTATI

Izbruh proti karbapenemom odporne bakterije *Acinteobacter baumannii*

V letu 2014 smo v bolnišnici obravnavali 44 bolnikov z okužbo ali kolonizacijo s CRAb (incidenca 0,33 primerov na 100 sprejemov). Pri 18 bolnikih smo ugotovili CRAb iz kliničnih kužnin z namenom diagnostike in zdravljenja (iz brisov rane, vzorcev spodnjih dihal, iz urina, kože ob vnetju, iz krvi ob sumu na sepsu), pri nekaterih bolnikih iz dveh ali več kliničnih kužnin. Pri 26 bolnikih smo CRAb ugotovili samo iz nadzornih kužnin (pri 5 bolnikih samo iz kože, pri 4 bolnikih samo iz žrela in pri 9 bolnikih samo iz rektuma, pri 8 bolnikih sta bili pozitivni vsaj dve kužnini). Bris rektuma in žrela smo odvzeli pri vseh bolnikih, bris kože pa le ob sumu na izbruh in izjemoma pri drugi indikaciji. Povprečna starost bolnikov z ugotovljeno bakterijo CRAb je bila 76 let (50 do 96 let). Moškega spola je bilo 23 bolnikov, ženskega pa 21.

Izbruh proti vankomicinu odpornega enterokoka

E. faecium VRE smo v letu 2014 ugotovili pri 22 bolnikih. Prvi bolnik je imel VRE ugotovljen v aprilu v vzorcu urina iz stalnega urinskega katetra po premestitvi iz druge bolnišnice. Ostalih 21 primerov VRE (incidenca 0,16 primerov na 100 sprejemov) je bilo ugotovljenih v času od 4. 10. do 31.12. 2014. Razen dveh primerov, ki sta bila povezana z drugima dvema bolnišnicama, so bili vsi ostali primeri najverjetneje pridobljeni v SB Jesenice. Primeri so se pojavljali na več oddelkih (na kirurškem in internem oddelku vključno z intenzivnima enotama ter na oddelku zdravstvene nege). Povprečna starost bolnikov z VRE je bila 75 let (od 57 do 93 let). Moškega spola je bilo 10 bolnikov, ženskega 11 (Ribič idr., 2015). Med izbruhom je bil VRE pri sedmih bolnikih ugotovljen iz kliničnih kužnin: pri petih bolnikih v brisu rane ali abscesa, pri eni bolnici iz urina in pri eni bolnici iz hemokulture; pri 14 bolnikih je bil VRE ugotovljen samo iz nadzorne kužnine. Tako VRE kot CRAb sta se pojavljala pri bolnikih internega in kirurškega oddelka vključno z intenzivnima enotama ter na oddelku za zdravstveno nego.

Ukrepi za obvladovanje izbruhov

Vse bolnike z ugotovljeno bakterijo CRAb ali VRE smo osamili in izvedli druge ukrepe za preprečevanje prenosa mikrobov s stikom, skladno s standardom bolnišnice. Izvedli smo epidemiološko poizvedovanje in ugotavljali kontakte. Kot kontakt je bil opredeljen bolnik, ki je bil v stiku z bolnikom z ugotovljeno bakterijo CRAb oz. VRE. Vsem kontaktom smo za ugotavljanje nosilstva odvzeli nadzorne kužnine: za ugotavljanje nosilstva CRAb brise žrela, rektuma (ali vzorec fecesa), kože ali rane, za ugotavljanje VRE pa bris rektuma (ali vzorec fecesa) in bris rane. V novembru smo imenovali delovno skupino, ki se je aktivno ukvarjala z obvladovanjem izbruha; člani te skupine so dnevno obiskovali oddelke in z zaposlenimi razpravljali o primerih in ukrepih. Na novo smo opredelili dejavnike tveganja za odvzem nadzornih kužnin in kontaktno izolacijo: vključili smo predhodno hospitalizacijo v bolnišnicah v Sloveniji, ki pred izbruhom niso bile opredeljene, predhodno hospitalizacijo v tujini in hospitalizacijo v SBJ. Poostriili smo nadzor higiene rok, nadzorovali smo doslednost izvajanja kontaktne izolacije koloniziranih in okuženih bolnikov, intenzivirali čiščenje in razkuževanje izolacijskih enot in nadzor čiščenja in razkuževanja.

Nadzor higiene rok

V letu 2014 smo v SBJ izvajali nadzor higiene rok z opazovanjem po metodologiji SZO »Pet trenutkov za higieno rok« (WHO, 2009) in s preverjanjem uspešnosti razkuževanja s pomočjo fluorescentnega razkužila in pripomočka Black box. Del nadzorov je bil načrtovanih, del pa smo jih izvajali v primerih, ko se je na oddelku ali v enoti pojavil bolnik z odporno bakterijo.

Opazovanje po metodologiji SZO smo izvajali v treh časovnih obdobjih: v marcu, maju in novembru. Opazovali smo vseh 5 trenutkov za higieno rok, ki predstavljajo priložnosti za higieno rok: pred stikom s pacientom, pred čistimi ali aseptičnimi postopki, po stiku s telesnimi tekočinami in izločki, po stiku s pacientom, po stiku s pacientovo neposredno

okolico. Zajetih je bilo 1016 priložnosti. Doslednost upoštevanja higiene rok je bila 85%; pri prvem koraku je bila 84%, pri drugem in tretjem 70%, pri četrtem 90% in pri petem koraku 83%.

Uspešnost razkuževanja rok so s pripomočkom Black Box preverjali sestra za obvladovanje bolnišničnih okužb in promotorji higiene rok. Uspešnost so ocenjevali z ocenami od 1 do 5, pri čemer sta oceni 5 in 4 pomenili ustrezno (ocena 5 ustrezno razkužene roke brez odstopanj, ocena 4 zadovoljivo razkužene roke z manjšimi odstopanji na mestih, ki niso kritična za delo). Ocene 3, 2 in 1 so pomenile neustrezno. V letu 2014 je bilo pri preverjanju udeleženih 216 oseb. 94% oseb si je uspešno razkužilo roke in 6% oseb je bilo neuspešnih.

O rezultatih smo se pogovorili na mestu opazovanja ali nadzora in na oddelčnih sestankih.

Nadzor izvajanja kontaktne izolacije

Izvajanje kontaktne izolacije smo v letu 2014 preverjali s 4 rednimi nadzori in z enim razširjenim nadzorom. Pri vseh nadzorih je bila pregledana po ena izolacijska soba v vseh enotah ali oddelkih. Preverjali smo ustreznost namestitve bolnika v večposteljni sobi: v primeru, da ni bilo na voljo enoposteljne sobe, smo preverjali razdaljo med bolniškimi posteljami bolnikov (1,5 m), ustreznost pripravljenega materiala, pripomočkov in opreme, čas odvzema nadzornih kužnin (v 24 urah po sprejemu v bolnišnico) in upoštevanje opredeljenih dejavnikov tveganja za odzem kužnin in kontaktno izolacijo. Preverjali smo izvajanje razkuževanja rok pred vstopom in ob izstopu iz bolniške sobe in uporabo ustrezne osebne varovalne opreme, pri razširjenem nadzoru pa smo preverjali tudi uspešnost razkuževanja rok. Ustreznost izolacij v rednih nadzorih je bila 93 %, pri razširjenem nadzoru pa 86 %. Največje odstopanje je bilo na področju razdalje med posteljnimi enotami, ki je bila v več kot 40 % neustrezna (manj kot 1,5 m). Nadzor je izvajala medicinska sestra za obvladovanje bolnišničnih okužb in štiri krat letno poročala vodstvu ter vodjem oddelkov in enot.

Čiščenje in nadzor čiščenja

V bolniških sobah, v katerih so bili bolniki v kontaktni izolaciji, smo čiščenje in razkuževanje površin ter predmetov v bolnikovi neposredni okolici izvajali intenzivno, večkrat na izmeno (odvisno od nege in drugih postopkov pri bolniku). Pogosteje kot sicer smo razkuževali površine, ki se ji bolniki pogosto dotikajo v bolniških sobah, toaletnih prostorih in v skupnih prostorih. Redno smo izvajali končno čiščenje in razkuževanje izolacijskih enot po odpustu bolnikov z aparatom, ki sprošča vodikov peroksid (Glosair 400™ system, Johnson & Johnson).

V začetku novembra smo odsek za abdominalno kirurgijo izpraznili in izvedli temeljito čiščenje in razkuževanje prostorov z aparatom Glosair. Vsem bolnikom smo pred čiščenjem odvzeli nadzorne kužnine, katerih izvidi so bili na VRE in CRAb negativni. S temi ukrepi smo obe bakteriji na odseku za abdominalno kirurgijo zamejili. Na žalost pa sta se bakteriji CRAb in VRE v novembru in decembru pojavili še na drugih oddelkih. V letu 2014 smo izvedli štiri redne vizualne nadzore čiščenja. Pri vsakem nadzoru smo

opazovali po eno bolniško sobo in ene sanitarije na vsakem oddelku ali enoti, in sicer čistost površin (tla, omare, postelja, mizica, stoli) v bolniški sobi in sanitarije (ploščice, WC, umivalnik, pipa). Ustreznost je bila 97%.

Obveščanje drugih ustanov in širše strokovne javnosti

Zdravniki so dobili navodila, da ob premestitvah ali sprejemu bolnikov v varstveno ustanovo poročajo o morebitnem nosilstvu ali okužbi s CRAb ali VRE.

Zaradi premeščanja bolnikov iz drugih in v druge ustanove smo izmenjali informacije z bolnišnico v osrednji slovenski regiji, ugotavljali morebitno povezanost primerov obeh ustanov; povezanost primerov smo z manjšo raziskavo ovrgli.

Z razmerami smo seznanili širšo strokovno javnost in vodstva bolnišnic v Sloveniji: o izbruhu CRAb smo poročali na strokovnem srečanju ob 18. novembru, evropskem dnevu antibiotikov, o VRE pa v elektronski mesečni reviji eNBOZ, ki je prosto dostopna strokovni in laični javnosti (Ribič idr., 2015).

4 RAZPRAVA IN ZAKLJUČEK

Okužbe, povezane z zdravstvom so pogost in pomemben zaplet zdravstvene oskrbe, njihovo preprečevanje in obvladovanje pa predstavlja pomemben segment kakovosti v zdravstvu. Posebno velik problem predstavljajo okužbe, povzročene s proti antibiotikom odpornimi bakterijami, med katere spadata tudi CRAb in VRE. Zaradi prilagojenosti na bolnišnično okolje se bakteriji uspešno širita z bolnika na bolnika, najpogosteje z rokami zdravstvenih delavcev, lahko pa tudi preko predmetov, instrumentov in površin. Kljub utečenemu sistemu za obvladovanje okužb lahko v bolnišnicah pride do izbruhov, ki so največkrat posledica sovpadanja več dejavnikov in imajo obsežne posledice za bolnike, zaposlene in za ustanovo (Pirš idr., 2013, Triglav T, Pirš M, Lejko-Zupanc T, Harlander T, Kofol R 2013, Ribič H, Grmek-Košnik I, Kramar Z, Rus I. 2007) Okužbe se z bolniki lahko širijo v druge ustanove, s tem so posledice še hujše. Obvladovanje izbruhov je običajno povezano tudi z visokimi stroški (Escauld idr., 2013).

Odporne bakterije so problem v Evropi in Sloveniji. Podatki o VRE v Evropskih državah so dostopni na spletni strani Evropske mreže za spremljanje odpornosti proti antibiotikom pri bakterijah, ugotovljenih iz krvi ali likvorja (European Antimicrobial Resistance Surveillance Network, EARS-Net, 2015). V mreži je v letu 2013 sodelovalo 30 evropskih držav. Med skupaj 8278 prvimi *E. faecium* je bil delež VRE 8,9 %. Med sodelujočimi državami se je delež zelo razlikoval (od 0 % do 42,7 %); v Sloveniji je znašal 1 %, kar bi lahko razumeli, kot da v Sloveniji VRE ni večji problem. Vendar temu ni tako. Občasno se pojavljajo izbruhi z obsežnimi posledicami (Triglav T, Pirš M, Lejko-Zupanc T, Harlander T, Kofol R 2013). Ker v večini izbruhov ni invazivnih okužb, ki so razmeroma redke, izbruh ne vpliva na podatke mreže.

Opisana izbruha v SBJ sta prizadela skupaj 65 bolnikov: CRAB 4b bolnikov (incidenca 0,33/100 sprejemov) in VRE 21 bolnikov (incidenca 0,16/100 sprejemov). Povprečna starost je bila visoka: pri CRAb 76 let in pri VRE 75 let. Pri 25-tih bolnikih je bil VRE ali CRAb ugotovljen iz klinične kužnine, kar pomeni, da je velika verjetnost, da je šlo

za okužbo s temi bakterijami. Pri dveh bolnikih je bila ugotovljena invazivna okužba pri enem z VRE in pri enem s CRAbi. Ostalih 40 bolnikov je bilo s tema bakterijama le koloniziranih. Izbruha sta bila veliko breme za bolnike, osebje in nenazadnje velik strošek za bolnišnico, ki bi ga bilo smiselno ugotoviti.

V primeru obeh izbruhov je bilo ugotovljenih več možnih razlogov za izbruh. Eden izmed njih so ozko opredeljeni dejavniki za odvzem nadzornih kužnin, zaradi katerih v obeh primerih nosilci teh bakterij niso bili pravočasno ugotovljeni (Ribič idr., 2015). Podobno ugotavljajo tudi Escaul s sodelavci v eni izmed bolnišnic v Franciji: zaradi varčevanja so zmanjšali ugotavljanje VRE z nadzornimi kužninami, zaradi neugotovljenega vnosa VRE je prišlo do izbruha na kirurškem oddelku (Escaul idr., 2013). Drugi možni razlogi so: omejeno število enoposteljnih sob in toaletnih prostorov v bolnišnici in s tem omejene možnosti izolacije bolnikov, pomanjkljivosti pri izvajanju rednega čiščenja in premalo usklajen odziv ob prvih primerih. Bolnišnica je stara, enoposteljnih sob je zelo malo, majhno je tudi število toaletnih prostorov zato so prostorske možnosti namestitve zelo omejene. To smo ugotavljali tudi z internimi nadzori, v katerih je bilo najpogostejše odstopanje neprimerna namestitvev v večposteljnih sobah in premajhna razdalja med posteljnimi enotami.

Čeprav izvor in poti izbruhov niso bili dokazani, glede na zamejitev širjenja obeh bakterij po temeljitem čiščenju in razkuževanju na kirurškem oddelku ocenjujemo, da ima pri širjenju bakterij VRE in CRAb v bolnišnici pomembno vlogo kontaminirano okolje. Pomembno vlogo imata tudi nadzor čiščenja in poročanje o rezultatih. Goodman in sodelavci navajajo, da so ustrezno razkužilo za površine, izobraževanje čistilnega osebja in poročanje o rezultatih nadzora čiščenja s fluorescentnimi označevalci pomembno povečali ustreznost čiščenja in razkuževanja (Goodman idr., 2008).

Med izbruhoma smo ocenili, da z vizualnim nadzorom ne moremo zanesljivo ugotoviti, ali je bilo čiščenje na oddelkih in v enotah dosledno izvedeno. Na videz čiste površine še ne zagotavljajo, da je bila površina dosledno očiščena, kot je opredeljeno v navodilih bolnišnice (interna navodila Tehnologija čiščenja in vzdrževanja prostorov v Splošni bolnišnici Jesenice). Zato smo se odločili, da v bodoče izvedemo nadzor z označevanjem s fluorescentnimi barvili pred čiščenjem in preverjanje po čiščenju, ki bo omogočil objektivno vrednotenje učinkovitosti čiščenja.

Higieni rok v bolnišnici že več let posvečamo veliko pozornosti in izvajamo številne aktivnosti, predvsem izobraževanje in opazovanje higiene rok. Vseeno pa so še številne priložnosti za izboljšave, ki jih bomo dosegli s pomočjo intenzivnejšega izobraževanja, rednih nadzorov in razgovorov ob ugotovljenih nepravilnostih. Pomembno je, da obeležujemo posebne dneve kot so 5. maj Svetovni dan higiene rok in 15. oktober Svetovni dan umivanja rok. To sta dve priložnosti, ko zaposlene, paciente in obiskovalce ozaveščamo, kako pomembna je higiena rok.

V obravnavanih izbruhih je bilo za učinkovito obvladovanje ključno hitro obveščanje, v katero so bili vključeni osebje, vodstvo bolnišnice, člani komisije za obvladovanje bolnišničnih okužb in člani posebne delovne skupina. Izkazalo se je, da je za učinkovito ukrepanje potrebno vsakodnevno seznanjanje z razmerami, sodelovanje med vsemi vpletenimi in preverjanje izvajanja ukrepov. Pri tem je bilo pomembno,

da so vsi vključeni delovali transparentno in usklajeno s sodelavci. Z raziskovanjem primerov in ugotavljanjem medsebojne povezanosti z epidemiološkimi in molekularnimi raziskavami smo pridobili neprecenljive izkušnje, ki smo jih ves čas izbruha in tudi kasneje nadgrajevali. Posredovali smo jih sodelavcem v bolnišnici in tudi strokovnjakom s področja obvladovanja okužb v drugih ustanovah. Zaradi premeščanja bolnikov iz ene ustanove v drugo se je namreč izkazalo, da je velikega pomena izmenjava znanja in izkušenj med ustanovami. Strokovno javnost in vodstva bolnišnic smo z razmerami seznanili s sodelovanjem na strokovnem srečanju ob Evropskem dnevu antibiotikov in z objavo prispevka v strokovni reviji (Ribič idr., 2015).

LITERATURA

- DeLisle S, Perl TM. Vancomycin-resistant enterococci: a road map on how to prevent the emergence and transmission of antimicrobial resistance. *Chest* 2003; 123 Suppl. 5: 504-18.
- Goel V, Hogade SA, Karadesai SG. Ventilator-associated pneumonia in a medical intensive care unit: microbial aetiology, susceptibility patterns of isolated microorganisms and outcome. *Indian J Anaesth.* 2012;56(6): 558-62.
- Goodman ER, Platt R, Bass R, Onderdonk AB, Yokoe DS, Huang SS. Impact of environmental cleaning intervention on the presence of International federation of infection control. *IFIC Basic concepts of infection control, 2011:* 81-108. Dostopno na: <http://www.theIFIC.org> (16.8. 2015).
- Martins Teixeira L, Facklam RR. Enterococcus In: Murray PR, Baron EJ, Jorgensen JH, Pfaller MA, Tenover FC, Tenover FC. *Manual of Clinical Microbiology.* 8th edition. Washington: ASM, 2003: 422-33.
- Pirš M, Cerar Kišek T, Lejko-Zupanc T, Mrvič T, Logar M, Seme K, Mueller Premru M, et al. Karbapenemaze pri *Acinetobacter baumannii* – izbruh v UKC Ljubljana in prenosi v druge bolnišnice. In: Petrovec M, editor. 5. Baničevi dnevi – Okužbe, povezane z zdravstvom. *Med Razgl* 2013; 52: S 6: 149-60.
- Ribič H, Rems M, Lavtižar J, Grmek Košnik I, Dermota U, Janša K, Poklukar J. Izbruh proti vankomicinu odpornega *Enterococcus faecium* v Splošni bolnišnici Jesenice v letu 2014. *Enboz* 2015; 3 : 4-8. Dostopno na: www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/enboz_marec_2015.pdf (16.8. 2015).
- Ribič H, Grmek-Košnik I, Kramar Z, Rus I. Naše izkušnje s proti vankomicinu odpornim enterokokom v Splošni bolnišnici Jesenice. *Zdrav Vest* 2007; 76: 701-8.
- Štrumbelj I, Berce I, Harlander T, Jeverica S, Kavčič M, Kolman J, et al. Pregled občutljivosti za antibiotike – Slovenija 2013. Ljubljana: Slovenska komisija za ugotavljanje občutljivosti za protimikrobna zdravila (SKUOPZ); 2014. 1. izdaja. Dostopna na: <http://www.imi.si/strokovna-zdruzenja/skuopz/skuopz> (9.7. 2015).
- The European Antimicrobial surveillance network. EARS-Net results. Dostopno na: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/antimicrobial_resistance/database/Pages/database.aspx (16.8. 2015).
- Triglav T, Pirš M, Lejko-Zupanc T, Harlander T, Kofol R. Izbruha proti vankomicinu odpornega *Enterococcus faecium* v letu 2012. In: Petrovec M, editor. 5. Baničevi dnevi – Okužbe, povezane z zdravstvom. *Med Razgl* 2013; 52: S 6: 223-32.

WHO guidelines on hand Hygiene in health care. World alliance for patient safety; 2009. Dostopno na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf (1.9. 2015).

Escaut L, Bouam S, Frank-Soltysiak M, Rudant E, Saliba F, Kassis N, et al. Eradication of an outbreak of vancomycin-resistant Enterococcus (VRE): the cost of a failure in the systematic screening. *Antimicrobial Resistance and Infection Control* 2013, 2: 18. Dostopno na: <http://www.aricjournal.com/content/2/1/18> (15.1. 2015).

