Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

in

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

in

Psihiatrična bolnišnica Ormož

KAKOVOST IN VARNOST ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE PACIENTA Z DUŠEVNO MOTNJO V ZDRAVSTVENIH USTANOVAH

Zbornik prispevkov

Ormož, oktober 2016

Organizator:
ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE – ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI in PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA ORMOŽ

STROKOVNI SEMINAR Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije in Psihiatrične bolnišnice Ormož

KAKOVOST IN VARNOST ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE PACIENTA Z DUŠEVNO MOTNJO V ZDRAVSTVENIH USTANOVAH
Ormož, 10. oktober 2016
Zbornik prispevkov brez recenzije (za strokovno vsebino odgovarja avtor)

Urednika:
Darko Loncnar
Branko Bregar

Zbral in tehnično uredil:
Darko Loncnar

Lektoriral:
Kristjan Šinkec

Tiskarna:
ABO grafika

Naklada:
100 izvodov

Programski organizacijski odbor: Branko Bregar, Darko Loncnar, Kristjan Nedog, Vesna Krof, Majda Keček

Založila in izdala:
Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih
sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Univerzitetna knjižnica Maribor

614(082)

KAKOVOST in varnost zdravstvene obravnave pacienta z duševno motnjo v zdravstvenih ustanovah : zbornik prispevkov / [urednika Darko Loncnar, Branko Bergar] ; organizatorja Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji in Psihiatrična bolnišnica Ormož]. - El. zbornik. - Ormož : Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2016

Način dostopa (URL): http://www.sekcijapsih-zn.si/

ISBN 978-961-93121-8-6
1. Loncnar, Darko 2. Zbornica zdravstvene nege. Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji 3. Psihiatrična bolnišnica (Ormož)
COBISS.SI-ID 88768001

PROGRAM SREČANJA

08.00 – 08.45 **REGISTRACIJA UDELEŽENCEV**

08.50 – 09.05 **Pozdravne besede**
Majda Keček, v. d. direktorica Psihiatrične bolnišnice Ormož mag. Branko Bregar, predsednik sekcije
Monika Ažman, predsednica Zbornice - Zveze

09.05 – 09.15 **50-let psihiatrije v Ormožu, predstavitev Psihiatrične bolnišnice Ormož**
Majda Keček, viš. med. ses., univ. dipl. org. dela

09.20 – 09.50 **PODELITEV PRIZNANJ ZA DELO V PSIHIATRIČNI ZDRAVSTVENI NEGI**

09.50 – 10.10 **SATELITSKI SIMPOZIJ Eli Lilly: Prednosti depo terapije in varna uporaba Zypadhere (Barbara Možgan)**

I. SKLOP ***moderator: Romana Nedog***

10.15 – 10.45
30 min
Kultura varnosti
Izr. prof. dr. Andrej Robida

10.50 – 11.20
30 min
Akreditacija – Izziv za kakovostno in varno obravnavo oseb z duševno motnjo v psihiatričnih ustanovah
prim. asist. Daniel Graber, dr. med., spec. anesteziolog

11.20 – 12.00 **ODMOR**

II. SKLOP ***moderator: Majda Keček***

12.00 – 12.30
30 min
Kakovost in varnost zdravstvene obravnave pacienta v luči komunikacije zdravnik – medicinska sestra
Kristjan Nedog, dr. med., spec. psih.

12.35 – 12.55
20 min
Delovanje sistema vodenja kakovosti v Psihiatrični bolnišnici Ormož
Marija Kovačec, mag. zdrav. - soc. manag.

13.00 – 13.20
20 min
Sistem upravljanja s tveganji v zdravstveni oskrbi
Tatjana Skoliber, mag. zdrav. - soc. manag.

13.25 – 14.25 **ODMOR ZA KOSILO**

III. SKLOP ***moderator: Romana Nedog***

14.25 – 14.45
20 min
Kakovost in varnost zgrajena na dokazih podprtih z raziskavami – primer
Irena Us, dipl. m. s., univ. dipl. org. dela

14.50 – 15.10
20 min
Smernice preprečevanja bolnišničnih okužb
Višnja Munđer, dr. med., spec. psih.

15.15 – 15.30 **ZAKLJUČEK STROKOVNEGA SREČANJA**
Majda Keček, viš. med. ses., univ. dipl. org. dela

KAZALO

50 – LET PSIHIATRIJE V ORMOŽU - PREDSTAVITEV PSIHIATRIČNE BOLNIŠNICE ORMOŽ 1

Majda Keček

KAKOVOST IN VARNOST V ZDRAVSTVENIH USTANOVAH - IZ TEORIJE V PRAKSO 9

Darko Loncnar

KULTURA VARNOSTI 13

Andrej Robica

AKREDITACIJA – IZZIV ZA KAKOVOSTNO IN VARNO OBRAVNAVO OSEB Z DUŠEVNO MOTNJO V PSIHIATRIČNIH USTANOVAH 17

Daniel Grabar

KAKOVOST IN VARNOST ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE PACIENTA V LUČI KOMUNIKACIJE ZDRAVNIK – MEDICINSKA SESTRA 21

Kristjan Nedog

DELOVANJE SISTEMA VODENJA KAKOVOSTI V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI ORMOŽ 23

Marija Kovačec

SISTEM UPRAVLJANJA S TVEGANJI V ZDRAVSTVENI OSKRBI 26

Tatjana Skoliber

KAKOVOST IN VARNOST ZGRAJENA NA DOKAZIH PODPRTIH Z RAZISKAVAMI – primer 31

Irena Us

SMERNICE PREPREČEVANJA BOLNIŠNIČNIH OKUŽB 37

Višnja Munđer

50 – LET PSIHIATRIJE V ORMOŽU
PREDSTAVITEV PSIHIATRIČNE BOLNIŠNICE ORMOŽ

Majda Keček, viš. med. ses., univ. dipl. org. dela
Psihiatrična bolnišnica Ormož
pbo.tajnistvo@siol.net

Zgodovina nekega kraja je gotovo povezana z zgodovino ustanov v njem in z ljudmi, ki tam živijo. Tako tudi zgodovina tega humanitarnega zavoda skriva v sebi pomembne in dragocene podatke o minulem času, zgodovinskem spominu, stavbni arhitekturi, ter odseva gospodarske, kulturne in politične razmere v Ormožu. Pove tudi veliko o ljudeh, ki so v njej delali, se zdravili ali bili z njo kako drugače povezani.

Bolnišnica je namreč zrcalo kulturne ravni, je zrcalo družbe, ki jo obdaja. V zadnjih 100 letih je spremljala in plemenitila življenja na širšem ormoškem območju.

Poslopje ormoške bolnišnice stoji na zahodnem robu Ormoža ob vhodu v mesto. Najbrž ni slučaj, da stoji ob reki Dravi, ki z mirnim, tihim in mogočnim tokom ponazarja življenje in je protiutež minljivosti hospitalizacije bolnikov in službovanja delavcev.

Zgradil jo je nemški viteški križniški red leta 1898. O tem priča še zmeraj ohranjena marmorna plošča pritrjena ob vhodu v bolnišnično kapelico s slovenskim napisom »Trpečemu človeštvu postavil nemški križniški red«.

Nova bolnišnica je bila zgrajena za 32 postelj. V njej so delovale usmiljene sestre križniškega reda, ki so zaradi svoje humanosti in žrtvovanja postale pojem humanosti med ljudstvom. Ko jo je ob koncu druge svetovne vojne okupator hotel porušiti, so jo s pasivnim odporom (niso hotele zapustiti bolnišnice) tudi rešile.

Bolnišnica se je imenovala Bolnišnica cesarja Franca Jožefa.

Od ustanovitve pa do leta 1948 je ormoška bolnišnica služila potrebam splošne bolnišnice, upravljal jo je križniški red s pravico javnosti. Imela je kirurški, interni, ginekološki, ortopedski oddelek, splošno ambulanto, po letu 1945 pa tudi porodnišnico. V tem času je bolnišnico na zavidljivo raven dvignil kirurg izrednega znanja in sposobnosti dr. Tone Hrovat. Slovel je predvsem po abdominalnih operacijah.

Med okupacijo v drugi svetovni vojni je bolnišnica dajala hrano in zdravila prenekateremu borcu.

Konec aprila 1948 je vlada Ljudske republike Slovenije splošno bolnišnico v Ormožu zaprla, jo preuredila in preimenovala v bolnišnico za Tuberkulozo in pljučne bolezni.

Kot cerkvena ustanova v posesti križniškega reda, ki so jo vodile in upravljale usmiljene sestre – redovnice, ni bila več zaželena niti potrebna.

Leta po osvoboditvi se je na veliko odkrivalo tuberkulozo. Zdravil ni bilo, bolezen je uničevala prebivalstvo. Starejši Ormožani še danes ne morejo preboleti, da je sicer velika in primarna splošna bolnišnica postala specializirana ustanova za tuberkulozne bolnike.

To preusmeritev je boleče doživelo tako zaposleno osebje, kot ormoško prebivalstvo.

V prvih letih delovanja azila so bile delovne razmere izredno slabe. Postopoma pa so se razmere uredile in TBC bolnišnica je pričela delovati na ravni ostalih specializiranih bolnišnic in tako je leta 1956 sprejela na zdravljenje 281 bolnikov, povprečna ležalna doba pa je bila 130 dni.

Bolnišnica je bila opremljena s takrat najsodobnejšimi sredstvi za zdravljenje pljučnih bolezni. Imela je tudi zobno ambulanto in organizirano delovno terapijo. Bolniki so se v času zdravljenja učili raznih obrti, zlasti pletarske in šiviljske. Njihove izdelke so prodajale razne ormoške trgovine.

V prvi polovici šestdesetih let je prišlo do upada bolnikov obolelih za jetiko. Tuberkuloza se je namreč po zaslugi dobro organizirane zdravstvene dejavnosti tako zmanjšala, da je bil nadaljnji obstoj TBC bolnišnice v Ormožu nepotreben. Hkrati pa je obstajala potreba po psihiatrični bolnišnici.

Zaradi teh potreb je bila na pobudo Sekretariata za zdravstvo ormoška TBC bolnišnica preusmerjena v psihiatrično. 1.10.1966 je bil ustanovljen psihiatrični oddelek kot sestavni del ptujske bolnišnice z nalogo, da nudi psihiatrično oskrbo in zdravljenje prebivalstvu ožjega ormoškega in ptujskega področja, delu bistriškega in gornjeradgonskega območja, Ljutomera z okolico in Prekmurja.

Psihiatrični oddelek je bil ustanovljen s 120 posteljami, leta 1969 se je razširil na 140, 1973 pa zaradi potreb že na 160 postelj, po obnovi leta 2000 pa se je število postelj zmanjšalo na 140.

Oddelek torej že od vsega začetka ni bil namenjen samo varovanju in zdravljenju tistih kategorij duševno obravnavanih, ki se zaradi posledičnih motenj obnašanja, zaradi izgube realitetne kontrole ne morejo gibati na prostosti. Povezanost s ptujsko bolnišnico pa mu je dala pečat oddelka z enakovrednim delovanjem z ostalimi somatskimi oddelki, dislociranost pa je vplivala na to, da se ga je lahko prilagodilo specifičnosti stroke. Od oddelka se je torej zahtevalo, da mora bolnike intenzivno vračati družbi, s tem pa je povezan ne samo medicinski, ampak tudi profesionalni del rehabilitacije. Glede na znanje in bogata izkustva so lahko začeli z delom, ne da bi se otepali s tradicionalno psihiatrično miselnostjo, ki se v časih zakorenini v kakšni starejši psihiatrični instituciji. Tako sta za bolnišnico značilna odprtost in ozračje, ki se ju poskuša čim bolj približati okolju, iz katerega je bolnik prišel.

Leta 1979 je prišlo do združitve ptujsko-ormoškega zdravstva v Zdravstveni center Ptuj-Ormož TOZD Psihiatrični oddelek. 10. marca 1988 je dobil ime Zdravstveni center dr. Jožeta Potrča Ormož-Ptuj, TOZD Psihiatrija Ormož. Začetek samostojnosti ormoške bolnišnice in izločitev TOZD-a iz ZC sta se pričela s 27. septembrom 1990, ko je nastala Psihiatrična bolnišnica Ormož, ki se jo je 10. aprila 1996 organiziralo v skladu z Zakonom o javnih zavodih v Javni zavod Psihiatrična bolnišnica Ormož.

Psihiatrija je odraz humanosti, njen razvoj pa je vsekakor odvisen od odnosa družbe do posameznika.

Naš oddelek je imel to srečo, da je nastal iz bolnišnice, za razliko od drugih psihiatričnih ustanov, saj je večina le-teh v Sloveniji nastala v starih gradovih, jetnišnicah in zaporih.

Pomembno pa je bilo tudi to, da je preureditev pričel izpeljevati sodoben in energičen psihiater dr. Zvone Lamovec ob pomoči prof. dr. Kanonija, prof. dr. Kobala in prim. dr. Jurija Zalokarja. Vsem je bila že takrat osnovna ideja ta, da je potrebno čim bolj zagotoviti raznovrstnim in številnim potrebam bolnika – osebe, ki zaradi bolezni ni mogla ostati v svojem okolju. Prioriteta jim ni bila varstvo bolnikov, ampak so iskali način, kako bolnike čim prej ozdraviti.

PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA ORMOŽ DANES

Danes opravlja Psihiatrična bolnišnica Ormož svoje poslanstvo kot javni zavod, pomembna regijska specialna bolnišnica, upoštevajoč načela kakovosti, človekove pravice in ustrezne zakonodaje. Osrednja skrb našega poslanstva je pacient.

Sledimo viziji in ciljem, ki smo si jih zapisali v naše strateške dokumente, dolgoročnim in letnim ciljem.

Kakovostna storitev je merljiva kategorija, zato posvečamo veliko pozornost merjenju, analiziranju in ocenjevanju storitev tako na poslovnem kot strokovnem področju. Sprejemamo preventivne in kurativne ukrepe in ugotavljamo tveganja.

Trudimo se, da bi bile naše storitve strokovne, kakovostne, varne in prijazne do uporabnikov naših storitev.

Pri delu upoštevamo načela strokovne in poslovne etike, kot so:

- dostojanstvo, učinkovitost, ustreznost, pravičnost, zasebnost, profesionalnost,
- usmerjenost k celoviti obravnavi pacienta,

KAZALO

50 – LET PSIHIATRIJE V ORMOŽU - PREDSTAVITEV PSIHIATRIČNE BOLNIŠNICE ORMOŽ 1

Majda Keček

KAKOVOST IN VARNOST V ZDRAVSTVENIH USTANOVAH - IZ TEORIJE V PRAKSO 9

Darko Loncnar

KULTURA VARNOSTI 13

Andrej Robica

AKREDITACIJA – IZZIV ZA KAKOVOSTNO IN VARNO OBRAVNAVO OSEB Z DUŠEVNO MOTNJO V PSIHIATRIČNIH USTANOVAH 17

Daniel Grabar

KAKOVOST IN VARNOST ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE PACIENTA V LUČI KOMUNIKACIJE ZDRAVNIK – MEDICINSKA SESTRA 21

Kristjan Nedog

DELOVANJE SISTEMA VODENJA KAKOVOSTI V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI ORMOŽ 23

Marija Kovačec

SISTEM UPRAVLJANJA S TVEGANJI V ZDRAVSTVENI OSKRBI 26

Tatjana Skoliber

KAKOVOST IN VARNOST ZGRAJENA NA DOKAZIH PODPRTIH Z RAZISKAVAMI – primer 31

Irena Us

SMERNICE PREPREČEVANJA BOLNIŠNIČNIH OKUŽB 37

Višnja Munđer

50 – LET PSIHIATRIJE V ORMOŽU
PREDSTAVITEV PSIHIATRIČNE BOLNIŠNICE ORMOŽ

Majda Keček, viš. med. ses., univ. dipl. org. dela
Psihiatrična bolnišnica Ormož
pbo.tajnistvo@siol.net

Zgodovina nekega kraja je gotovo povezana z zgodovino ustanov v njem in z ljudmi, ki tam živijo. Tako tudi zgodovina tega humanitarnega zavoda skriva v sebi pomembne in dragocene podatke o minulem času, zgodovinskem spominu, stavbni arhitekturi, ter odseva gospodarske, kulturne in politične razmere v Ormožu. Pove tudi veliko o ljudeh, ki so v njej delali, se zdravili ali bili z njo kako drugače povezani.

Bolnišnica je namreč zrcalo kulturne ravni, je zrcalo družbe, ki jo obdaja. V zadnjih 100 letih je spremljala in plemenitila življenja na širšem ormoškem območju.

Poslopje ormoške bolnišnice stoji na zahodnem robu Ormoža ob vhodu v mesto. Najbrž ni slučaj, da stoji ob reki Dravi, ki z mirnim, tihim in mogočnim tokom ponazarja življenje in je protiutež minljivosti hospitalizacije bolnikov in službovanja delavcev.

Zgradil jo je nemški viteški križniški red leta 1898. O tem priča še zmeraj ohranjena marmorna plošča pritrjena ob vhodu v bolnišnično kapelico s slovenskim napisom »Trpečemu človeštvu postavil nemški križniški red«.

Nova bolnišnica je bila zgrajena za 32 postelj. V njej so delovale usmiljene sestre križniškega reda, ki so zaradi svoje humanosti in žrtvovanja postale pojem humanosti med ljudstvom. Ko jo je ob koncu druge svetovne vojne okupator hotel porušiti, so jo s pasivnim odporom (niso hotele zapustiti bolnišnice) tudi rešile.

Bolnišnica se je imenovala Bolnišnica cesarja Franca Jožefa.

Od ustanovitve pa do leta 1948 je ormoška bolnišnica služila potrebam splošne bolnišnice, upravljal jo je križniški red s pravico javnosti. Imela je kirurški, interni, ginekološki, ortopedski oddelek, splošno ambulanto, po letu 1945 pa tudi porodnišnico. V tem času je bolnišnico na zavidljivo raven dvignil kirurg izrednega znanja in sposobnosti dr. Tone Hrovat. Slovel je predvsem po abdominalnih operacijah.

Med okupacijo v drugi svetovni vojni je bolnišnica dajala hrano in zdravila prenekateremu borcu.

Konec aprila 1948 je vlada Ljudske republike Slovenije splošno bolnišnico v Ormožu zaprla, jo preuredila in preimenovala v bolnišnico za Tuberkulozo in pljučne bolezni.

Kot cerkvena ustanova v posesti križniškega reda, ki so jo vodile in upravljale usmiljene sestre – redovnice, ni bila več zaželena niti potrebna.

Leta po osvoboditvi se je na veliko odkrivalo tuberkulozo. Zdravil ni bilo, bolezen je uničevala prebivalstvo. Starejši Ormožani še danes ne morejo preboleti, da je sicer velika in primarna splošna bolnišnica postala specializirana ustanova za tuberkulozne bolnike.

To preusmeritev je boleče doživelo tako zaposleno osebje, kot ormoško prebivalstvo.

V prvih letih delovanja azila so bile delovne razmere izredno slabe. Postopoma pa so se razmere uredile in TBC bolnišnica je pričela delovati na ravni ostalih specializiranih bolnišnic in tako je leta 1956 sprejela na zdravljenje 281 bolnikov, povprečna ležalna doba pa je bila 130 dni.

Bolnišnica je bila opremljena s takrat najsodobnejšimi sredstvi za zdravljenje pljučnih bolezni. Imela je tudi zobno ambulanto in organizirano delovno terapijo. Bolniki so se v času zdravljenja učili raznih obrti, zlasti pletarske in šiviljske. Njihove izdelke so prodajale razne ormoške trgovine.

V prvi polovici šestdesetih let je prišlo do upada bolnikov obolelih za jetiko. Tuberkuloza se je namreč po zaslugi dobro organizirane zdravstvene dejavnosti tako zmanjšala, da je bil nadaljnji obstoj TBC bolnišnice v Ormožu nepotreben. Hkrati pa je obstajala potreba po psihiatrični bolnišnici.

Zaradi teh potreb je bila na pobudo Sekretariata za zdravstvo ormoška TBC bolnišnica preusmerjena v psihiatrično. 1.10.1966 je bil ustanovljen psihiatrični oddelek kot sestavni del ptujske bolnišnice z nalogo, da nudi psihiatrično oskrbo in zdravljenje prebivalstvu ožjega ormoškega in ptujskega področja, delu bistriškega in gornjeradgonskega območja, Ljutomera z okolico in Prekmurja.

Psihiatrični oddelek je bil ustanovljen s 120 posteljami, leta 1969 se je razširil na 140, 1973 pa zaradi potreb že na 160 postelj, po obnovi leta 2000 pa se je število postelj zmanjšalo na 140.

Oddelek torej že od vsega začetka ni bil namenjen samo varovanju in zdravljenju tistih kategorij duševno obravnavanih, ki se zaradi posledičnih motenj obnašanja, zaradi izgube realitetne kontrole ne morejo gibati na prostosti. Povezanost s ptujsko bolnišnico pa mu je dala pečat oddelka z enakovrednim delovanjem z ostalimi somatskimi oddelki, dislociranost pa je vplivala na to, da se ga je lahko prilagodilo specifičnosti stroke. Od oddelka se je torej zahtevalo, da mora bolnike intenzivno vračati družbi, s tem pa je povezan ne samo medicinski, ampak tudi profesionalni del rehabilitacije. Glede na znanje in bogata izkustva so lahko začeli z delom, ne da bi se otepali s tradicionalno psihiatrično miselnostjo, ki se v časih zakorenini v kakšni starejši psihiatrični instituciji. Tako sta za bolnišnico značilna odprtost in ozračje, ki se ju poskuša čim bolj približati okolju, iz katerega je bolnik prišel.

Leta 1979 je prišlo do združitve ptujsko-ormoškega zdravstva v Zdravstveni center Ptuj-Ormož TOZD Psihiatrični oddelek. 10. marca 1988 je dobil ime Zdravstveni center dr. Jožeta Potrča Ormož-Ptuj, TOZD Psihiatrija Ormož. Začetek samostojnosti ormoške bolnišnice in izločitev TOZD-a iz ZC sta se pričela s 27. septembrom 1990, ko je nastala Psihiatrična bolnišnica Ormož, ki se jo je 10. aprila 1996 organiziralo v skladu z Zakonom o javnih zavodih v Javni zavod Psihiatrična bolnišnica Ormož.

Psihiatrija je odraz humanosti, njen razvoj pa je vsekakor odvisen od odnosa družbe do posameznika.

Naš oddelek je imel to srečo, da je nastal iz bolnišnice, za razliko od drugih psihiatričnih ustanov, saj je večina le-teh v Sloveniji nastala v starih gradovih, jetnišnicah in zaporih.

Pomembno pa je bilo tudi to, da je preureditev pričel izpeljevati sodoben in energičen psihiater dr. Zvone Lamovec ob pomoči prof. dr. Kanonija, prof. dr. Kobala in prim. dr. Jurija Zalokarja. Vsem je bila že takrat osnovna ideja ta, da je potrebno čim bolj zagotoviti raznovrstnim in številnim potrebam bolnika – osebe, ki zaradi bolezni ni mogla ostati v svojem okolju. Prioriteta jim ni bila varstvo bolnikov, ampak so iskali način, kako bolnike čim prej ozdraviti.

PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA ORMOŽ DANES

Danes opravlja Psihiatrična bolnišnica Ormož svoje poslanstvo kot javni zavod, pomembna regijska specialna bolnišnica, upoštevajoč načela kakovosti, človekove pravice in ustrezne zakonodaje. Osrednja skrb našega poslanstva je pacient.

Sledimo viziji in ciljem, ki smo si jih zapisali v naše strateške dokumente, dolgoročnim in letnim ciljem.

Kakovostna storitev je merljiva kategorija, zato posvečamo veliko pozornost merjenju, analiziranju in ocenjevanju storitev tako na poslovnem kot strokovnem področju. Sprejemamo preventivne in kurativne ukrepe in ugotavljamo tveganja.

Trudimo se, da bi bile naše storitve strokovne, kakovostne, varne in prijazne do uporabnikov naših storitev.

Pri delu upoštevamo načela strokovne in poslovne etike, kot so:

- dostojanstvo, učinkovitost, ustreznost, pravičnost, zasebnost, profesionalnost,
- usmerjenost k celoviti obravnavi pacienta,

- načelo profesionalne etike in odgovornosti,
- zagotavljanje zdravljenja in zdravstvene oskrbe pacientov na najvišji strokovni ravni,
- spoštovanje pravic pacientov do njihove zasebnosti, osebne integritete in dostojanstva.

Prizadevamo si za varnost naših storitev in za zagotavljanje prijaznega, varnega in čistega bivalnega okolja in za dobro počutje naših pacientov in zaposlenih.

Da bi dosegli vse te cilje, smo se odločili, da bomo izboljšali ekonomsko učinkovitost našega poslovanja in kakovost zdravstvenih storitev s pomočjo načrtovanja poslovnih in strokovnih sprememb. Zaradi tega smo v letu 2012 pristopili k Projektu uvajanja celovite kakovosti.

Prizadevamo si za varnost naših storitev, za zagotavljanje prijaznega in varnega bivalnega okolja in za dobro počutje naših pacientov in zaposlenih. Za spoštovanje njihovih pravic, za človeški odnos pacient – osebje in da bi jim omogočili, da postanejo aktivni subjekti pri svojem zdravljenju.

Želimo postati uspešna evropska bolnišnica na strokovnem in poslovnem področju, upoštevajoč najpomembnejša načela razvoja: kakovost, človeške vire in upravljanje s človeškimi viri.

Pri tem pa ne smemo pozabiti, da smo tukaj zaradi pacientov in da imajo le-ti osrednji položaj v bolnišnici.

Psihiatrična bolnišnica Ormož je tudi učni zavod za dijake srednjega strokovnega izobraževanja programa tehnik zdravstvene nege, študentov visokošolskega in univerzitetnega programa zdravstvena nega, delovne terapije, psihologije, specializacijo s področja psihiatrije pa nudimo specializantom družinske medicine in ambulantni del specializantom s področja psihiatrije.

Za hospitalno dejavnost imamo namenjenih 140 postelj, ki jih imamo razdeljene na šestih oddelkih, in sicer:

- Ženski odprti oddelek,
- Ženski varovani oddelek,
- Moški odprti oddelek,
- Moški varovani oddelek,
- Oddelek za zdravljenje bolezni odvisnosti in

- Psihogeriatrični oddelek.

V hospitalni dejavnosti obravnavamo letno v povprečju 1165 primerov. Uporabljamo sodobne metode zdravljenja od medikamentozne psihoterapije, individualne in skupinske, različne oblike delovne terapije in muzikoterapije.

V izvenbolnišnični dejavnosti pregledamo v Psihiatrični ambulanti Ormož in Ptuj vključno z Ambulanto za bolezni odvisnosti letno v povprečju 11.150 oseb in opravimo 118.707 točk.
V Psihološki ambulanti pregledamo povprečno 1097 oseb letno in opravimo 23.058 točk, v psihoterapijo pa imamo vključenih 67 oseb in opravimo okrog 800 obravnav letno.
V EEG ambulanti pregledamo letno povprečno 261 oseb in opravimo 7078 točk.
V Skupnostni obravnavi imamo letno povprečno 35 oseb, v Nadzorovani obravnavi pa 4 osebe.

ZAPOSLOVANJE V OBDOBJU 1966–2016

NAZIV DELOVNEGA MESTA	ŠT. ZAP. 1966	ŠT. ZAP. 31.12. 1976	ŠT. ZAP. 31.12. 1990	ŠT. ZAP. 31.12. 2003	ŠT. ZAP. 31.12. 2005	ŠT. ZAP. 31.12. 2006	ŠT. ZAP. 16.12. 2011	ŠT. ZAP. 30.9.2016
Zdravniki specialisti, specializ., sobni zdravnik	3	5	11	13	12	10	11	13
Klinični psih. spec., specializ.	0	1	2	3	3	3	4	4
Mag. farm. spec. klin. farm.	0	0	0	0	0	0	1	1
Dipl. med., sestra, VMS, direktorica, pomočnica za ZN	1	3	9	14	12	14	19	24
Medicinska sestra, tehnik	8	23	31	35	39	35	37	36
Dipl. del. terap. DT	1	3	7	8	8	8	9	8
Dipl. soc. del., soc. del.	0	2	4	3	3	3	3	3
Med. lab. ing., laborat. teh.	1	2	2	2	1	1	2	2
Bolničar	8	0	0	0	0	0	0	0
Strežniki, čistilke	23	21	21	21	20	19	19	18
Instr. na DT, KV frizerka	3	7	7	3	3	3	3	3
Finančno rač. del., ref. za kadre, informatik	6	8	10	8	8	8	8	8
Administratorke, tajnica	2	5	7	6	6	6	7	7
Delavke v kuhinji	10	14	16	15	15	13	15	12
Delavke v pralnici	3	5	7	8	8	8	9	7
Ostali delavci	13	14	12	13	13	14	11	7
SKUPAJ	**82**	**113**	**146**	**149**	**151**	**145**	**158**	**153 + 4 javna dela**

VIR: Letna poročila, statistika kadrovske službe 2016

PREGLED INVESTICIJ V LETIH OD 1998–2016

Leta 1998	Postavitev temeljnega kamna za izvedbo Projekta rekonstrukcija, dogradnja in obnova celotne Psihiatrične bolnišnice Ormož. Gradnja je potekala fazno. Prva faza: Izgradnja prizidka - 4383 m2 neto površine.
Leta 2000	Zaključek prizidka.
Leta 2001 - 2006	Druga faza: Postopna adaptacija stare zgradbe bolnišnice. Dela so se izvajala etapno, ob sprotnem preseljevanju pacientov, poslovanje bolnišnice je moralo biti nemoteno. V tej fazi smo pridobili tudi dvigalo za paciente in osebje in izvedli fekalno kanalizacijo z navezavo na kolektor, ki je povezan s čistilno napravo.
Leta 2007	Obnova strehe in fasade na upravni stavbi bolnišnice in ureditev glavnega dovoza na dvorišče bolnišnice.
Leta 2008	Nadaljevanje Projekta ekonstrukcije, dogradnje in obnove Psihiatrične bolnišnice, ki je zajemalo tri sklope in sicer: Sklop A: je predstavljal adaptacijo dela kletnih prostorov v obstoječi bolnišnični zgradbi z namenom ureditve bolnišnične lekarne in prostora za arhiv. Sklop B: je zajemal dograditev večnamenskih prostorov nad obstoječimi terasami. Sklop C: je obsegal rekonstrukcijo in obnovo samostojnega objekta namenjenega za Izvenbolnišnično psihiatrično zdravstveno varstvo.
Leta 2013	Nadaljevali smo s Projektom obnova kletnih prostorov in adaptacije kuhinje. Dela so potekala fazno in sicer: 1. faza: Ureditev novega vhoda za surovine na zahodni strani objekta. 2. faza: Ureditev kuhinje na novi lokaciji. 3. faza: Ureditev nove jedilnice, sanitarij in garderobe. 4. faza: Ureditev starega stopnišča.

Sodelujemo tudi z nevladnimi organizacijami in lokalnim okoljem.
Z Območnim združenjem RK Ormož smo leta 2012 ustanovili Društvo Spominčica Ormož, katerega osnovno poslanstvo je pomoč osebam z duševno motnjo v starosti in njihovim svojcem.
Organiziramo predavanja, delavnice za strokovno in širšo lokalno javnost, sodelujemo z mediji, organiziramo redne mesečne oddaje z naslovom Duševno zdravje in mi, ponosni pa smo tudi na glasbeno skupino Zlate ribice, ki je sestavljena tako iz uporabnikov naših storitev kakor zaposlenih.

Smo akreditirana in certificirana bolnišnica. Leta 2014 smo pridobili akreditacijsko listino ACCI (American Accreditacion Council) in dva standarda sistema vodenja kakovosti: Standard ISO 9001:2008 in Standard EN 15224, specifičen za zdravstvo.

Naš slogan: Zadovoljen pacient, zadovoljni zaposleni!

LITERATURA IN VIRI

Arhiv Psihiatrične bolnišnice Ormož.

Izgradnja in adaptacija Psihiatrične bolnišnice Ormož, 1998 [arhiv ormoške bolnišnice].

Kosina, L., 1999. *Iz zgodovine za prihodnost: razvoj psihiatrične zdravstvene nege v Slovenije: 30 let strokovne sekcije*. Ljubljana: Psihiatrična in nevrološka sekcija ZZNS, pp. 155–175.

Letna poročila Psihiatrične bolnišnice Ormož.

Pokrajinski muzej Ptuj, 1999. *Ormoška bolnišnica 1898 – 1999* [zloženka]. Ptuj: Pokrajinski muzej Ptuj.

Psihiatrična bolnišnica Ormož, 1966. *Ustanovna listina bolnišnice* [interno gradivo]. Ormož: Psihiatrična bolnišnica Ormož.

Statistika kadrovske službe Psihiatrične bolnišnice Ormož.

Zaposleni v bolnišnici: 1966 - 2004 [arhiv obračuna plač in kadrovska služba ormoške bolnišnice].

KAKOVOST IN VARNOST V ZDRAVSTVENIH USTANOVAH – IZ TEORIJE V PRAKSO

Darko Loncnar, dipl. zn.
Psihiatrična bolnišnica Begunje
darko.loncnar@pb-begunje.si

UVOD

Zdravstvena dejavnost je načrtovana tako, da preprečuje nastanek tveganj, napak in neželenih dogodkov, ter tako zagotavlja odpravo resnih napak in poveča delovanje, skladno z varnostnimi postopki. Glede na rezultate in zbrane dokaze dela številnih inštitucij in drugih organizacij s tega področja je sedaj postalo jasno, da je prvi korak na poti k izgradnji varnosti za paciente uveljavitev kulture varnosti za paciente v celotnem zdravstvenem sistemu. Vanj bi morali rutinsko uvesti upravljanje s tveganji. Prvi pogoj za njegovo uvedbo predstavlja odprto in zaupanja vredno delovno okolje, katerega kultura temelji na učenju iz neželenih dogodkov, ki so ali niso pripeljali do škodljivosti do pacienta. Taka kultura ne temelji na iskanju krivde in sramotenja ter posledičnega kaznovanja. Škoda ki je bila pacientom povzročena, predstavlja veliko breme za družbo. Investiranje v varnost pacientov predstavlja torej potencialno povečanje prihrankov celotnih stroškov zdravstvene obravnave in hkrati predstavlja očitno dobrobit za pacienta. Osredotočenje na pacientovo varnost vodi k zmanjševanju stroškov obravnave pacientov, izpostavljenim tveganjem, neželenim dogodkom, kar po drugi strani vodi v ustreznejšo izrabo finančnih virov. Dodatno prihranimo tudi pri zmanjševanju stroškov, povezanih s pritožbami pacientov in zahtevami po kompenzaciji. Najpomembnejše pa je, da varnost pacientov pripomore k porasti kakovosti življenja.

KAKOVOST IN VARNOST

Luxembourška deklaracija (2005) o varnosti pacientov navaja, da je dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe osnovna človekova pravica, ki jo priznavajo in spoštujejo Evropska unija, vse njene institucije in državljani Evrope. V skladu s tem dokumentom imajo pacienti pravico pričakovati, da bo vložen trud v zagotovitev njihove varnosti kot uporabnika vseh zdravstvenih storitev. Pri nenehnem izboljševanju kakovosti zdravstvene obravnave je delovanje, skladno s standardi, najpomembnejša strategija zdravstvenih ustanov (Robida, 2004).

Tudi v Nacionalni strategiji zdravstvene nege in oskrbe v obdobju 2012–2016 je opredeljeno, da je uvajanje kakovosti in varnosti v zdravstveni negi in oskrbi integralni del vzpostavitve celovitega sistema upravljanja na področju kakovosti in varnosti celotnega zavoda. Kot pristop k izboljšanju kakovosti in varnosti se mora tudi v zdravstveni negi uporabljati sistem nenehnih izboljšav, ki vključujejo standardizacijo delovnih procesov in zdravstvenih storitev, redno merjenje kazalnikov kakovosti, identifikacijo vzrokov odstopanja, sistemsko in sistematično odpravljanje vzrokov ter upravljanje s tveganji (Kramar, 2014).

Definicija kakovosti, ki jo navaja Crosby (1989), pa pravi: »Kakovost je primernost za uporabo in opredeljuje kakovost kot skladnost z zahtevami, ki je dosegljiva, merljiva in dobičkonosna. Kakovost je tako opredeljena tudi kot določena stopnja, s katero predmet trgovanja izpolnjuje zahteve in pričakovanja kupca.«

Definicij za kakovost je verjetno toliko, kot je avtorjev, ki se na kakršen koli način ukvarjajo s kakovostjo. Največkrat uporabljena definicija kakovosti je opredeljena v standardu ISO 9000 in se glasi: »Kakovost je stopnja, v katerih skupek svojstvenih karakteristik izpolnjuje zahteve« (Zupan, 2016).

Sistemi kakovosti so se začeli uveljavljati v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja, ko je bilo preveč prostih proizvodnih kapacitet in premalo kupcev. Konkurenčni boj med proizvodnimi podjetji je sprva temeljil na nižanju proizvodnih stroškov in cen proizvodov. Ko so bili navedeni ukrepi izčrpani, so začeli uvajati ukrepe za izboljšanje kakovosti proizvodov. V današnjih razmerah na svetovnem trgu in hude konkurence so zahteve po kakovosti proizvodov in storitev vedno višje (Potokar, 2005). Tudi zdravstvene ustanove povsod po svetu so začele v svoje procese dela uvajati kakovost. Temu trendu je sledila tudi Slovenija, vendar bolj počasi in zadržano. Resnično sistematično uvajanje kakovosti in procesov dela se je začelo z akreditacijami slovenskih bolnišnic. Akreditacija zdravstvenih zavodov je formalen postopek, kjer zunanja institucija oceni in presodi, kako zdravstveni zavod izpolnjuje vnaprej pripravljene in objavljene standarde kakovosti in varnosti z namenom nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave. Je zunanji pregled delovanja zdravstvenega zavoda in pokriva vse njegove dejavnosti. Poudarek je predvsem na nenehnem izboljševanju kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave pacientov. Ne gre samo za oceno skladnosti s standardi pač pa tudi za analitični in svetovalni proces nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti pacientov. Presoja se zdravstveno ustanovo in ne posameznika. Z akreditacijo zdravstveni zavod ugotovi svoje dobre strani in svoje pomanjkljivosti. Zdravstveni zavod bolje spozna procese in kompleksnost svojega delovanja. Tako lahko načrtuje postopke za izboljševanje uspešnosti svojega delovanja (Simčič, 2011).

Pojmovanje kakovosti v zdravstvu lahko opredelimo kot nenehno izboljševanje zdravstvene prakse. Ker brez stalnega izboljševanja ne moremo zagotavljati primerne kakovosti, je bolj primerna definicija kakovosti naslednja: kakovost zdravstvene obravnave je nenehno prizadevanje vsakogar, t. j. zdravstvenih strokovnjakov, pacientov in njihovih svojcev, raziskovalcev, plačnikov, načrtovalcev in izobraževalcev, da uvajajo spremembe, ki bodo privedle do boljših zdravstvenih izidov za paciente, večje uspešnosti delovanja sistema in boljšega razvoja strokovnjakov (Bataladen & Davidof, 2007). Če želijo proizvajalci in storitvena podjetja slediti zahtevam trga, morajo stalno izboljševati sisteme upravljanja kakovosti. Modeli, standardi in celovito ravnanje kakovosti (angl. Total Quality Management – TQM) so se prilagodili za uporabo v storitvenih podjetjih, kjer je končni produkt storitev (Potokar, 2005).

Kakovost in varnost v zdravstvu sta preresni zadevi, da bi ju prepustili le strokovnim ali stanovskim organizacijam ne glede na to, za katero poklicno skupino gre. Narava dela v zdravstvu sta timska obravnava pacienta in sodelovanje. Zato mora biti poudarek kakovosti v zdravstvu na timskem pristopu presoje lastne zdravstvene prakse – v timu, mikrosistemu, torej tam, kjer se za pacienta dogaja dobro in slabo. Sistem kakovosti, skupaj z notranjo presojo, je stvar vrhnjih vodstev zdravstvenih ustanov. Strukture in načrti za varnost pacientov skupaj z odgovornostjo za ravnanje z varnostjo so dobro razviti v skoraj vseh bolnišnicah (Robida, 2009).

V tujini je zelo velik poudarek na samem zadovoljstvu pacientov. Potreba po učinkovitem in stroškovno obvladljivim zdravljenjem ter z upravljanjem kakovosti postaja vedno večja skrb za ponudnike zdravstvenih storitev. Sedaj je jasno, da morajo specialisti psihiatri spremljati

napredek in izid zdravljenja. V ta namen uporabljajo določene kazalnike kakovosti. Berwick ugotavlja, da morajo psihiatri vzpostaviti in imeti skupno vizijo zdravstvenega varstva. Opredeljuje 3 vidike upravljanja kakovosti (administrator, klinik in pacient).
Z vidika administratorja: Kot administrator je odgovoren za stroškovno učinkovitost in kakovost. Mora biti sposoben oceniti zmožnosti danih virov katere ima na razpolago glede na potrebe pacientov.
*Z vidika klinika (psihiater):*V preteklosti je veljajo da je psihiater avtoriteta v odnosu zdravnik – pacient. Če povzamemo Ellwoda, ki navaja da če psihiatri želijo obdržati kontrolo nad svojo stroko bodo morali se spoprijeti z beleženjem in sprotnim ocenjevanjem opravljenega dela.
Z vidika pacienta: Ta vidik je najbolj pomemben (zadovoljstvo pacientov, odnos do zdravljenja, kakovost življenja).
V idealnem primeru bo rezultat upravljanja upošteval vrsto perspektiv, kar vsaka vrednosti o delovanju sistema duševnega zdravja, in kaj vsak želi vedeti o tem. Sprememba je postala pravilo, in vsak dan prepletanje administratorja in klinika (psihiatra) bo temeljno gonilo pozitivne spremembe. Psihiatri in skrbniki duševnih zdravstvenih storitev, ki dnevno uporabljajo načela neprekinjenega vodenja kakovosti, bodo verjetno doživeli večjo učinkovitost, nižje stroške, in še več zadovoljnih pacientov (McGrath & Templer, 2003).

Če želi zdravstvena ustanova pričeti z uvajanjem kulture varnosti, mora imeti tudi orodje, s katerim bo dobila podatke o stanju na področju varnosti pacientov. Potrebno je uporabiti takšno ocenjevalno orodje, ki je osredotočeno na kulturo varnosti z vidika pacienta in si prizadeva za izboljšanje kulture varnosti. Spremeniti je potrebo filozofijo, ki zahteva odličnost brez napak uspešnosti pri posamezniku in osredotočenost na posameznika (Kramar, 2011). Pri našem delu se čedalje več srečujemo s pacienti, ki na nesprejemljiv način želijo doseči svoje cilje, npr. zdravstveno obravnavo, ali pa na neustrezen način kažejo svoje nezadovoljstvo. Zdravstvena ustanova mora imeti sprejeto načelo ničelne tolerance do agresije ne glede na vrsto (hetero-/avtoagresija, verbalne grožnje, fizični napadi itn.). S tem načelom morajo biti seznanjeni vsi zaposleni. Pomembno je, da vsi vključeni v morebitni pojav agresije to neprestano beležijo na posebne obrazce (poročilo o varnostnem zapletu) ali zgolj naredijo uraden zaznamek v pacientovi kartoteki. Le taki zaznamki so nam lahko v pomoč pri izvajanju načela ničelne tolerance in s tem pri povečanju varnosti ostalih pacientov in osebja.

IN KJE SMO SEDAJ V PRAKSI?

Pomembno je, da so vsi zaposleni seznanjeni z aktivnostmi, ki potekajo v nekem kliničnem okolju v zvezi z vpeljevanjem sistema kakovosti in varnosti. Na samem začetku moramo pričakovati tudi delen odpor s strani osebja, kajti v navadi nam je, da pri svojem delu zelo težko prenašamo novosti. Zelo pomembno je, da pri svojih odločitvah vztrajamo, sprotno seznanjamo zaposlene o aktivnostih, ki potekajo. V naši bolnišnici lahko rečem, da imamo vzpostavljen zelo dober sistem vodenja kakovosti. Na samem začetku je pomembno, da si postavimo dobre temelje, to je prav gotovo vpeljevanje standarda ISO 9001:2008, sedaj nadgrajenega ISO 9001:2015. Sam sistem ni težko vpeljati v prakso, težje ga je vzdrževati. Potrebno je vložiti veliko energije in truda. Da smo lahko primerljivi z ostalimi bolnišnicami, pa je potrebno imeti izdelane tudi enake kriterije vodenja in zagotavljanja kakovosti. Eden takih kriterijev je prav gotovo vpeljevanje DNV ali AACI standarda, v katerem so opredeljena ključna mesta v delovanju neke organizacije. Pomembno vlogo imajo tudi kazalniki kakovosti, ki si jih sami postavimo. Edino vodilo pri vzpostavitvi sistema kazalnikov kakovosti mora biti ta, da so ti kazalniki jasni, primerljivi, realni, merljivi in dosegljivi. Kazalnike je potrebno definirati, določiti pa je potrebno tudi, kaj bomo zbirali in koliko časa.

ZAKLJUČEK

V 21. stoletju morajo organizacije, da bi preživele, spoznati in razumeti, da kakovost ni več tisto, kar je pomenila v preteklosti. Tako kot se je v preteklosti poudarek kakovosti gibal od proizvoda k storitvam, se danes poudarek seli od procesov prek sistemov na organizacije kot celote. Edino, kar ostaja nespremenjeno, je dejstvo, da kakovost določa odjemalec, ki tudi izbira in plačuje, v našem primeru je to pacient. Dejstvo, da je kakovost več kot le dobro izpolnjevanje vseh zahtev, standardov kakovosti, upoštevanje navodil, pravil, odlično opravljenih postopkov in posegov ter vestno izpolnjevanje protokolov. Za uporabnika nimajo prave vrednosti, če sleherni posameznik ne prispeva svoje osebne note, humanega odnosa, empatije, prijaznosti, vljudnosti, skratka tistih drobnih stvari, ki pacientu v stiski povrnejo zaupanje, lajšajo bolečino in pomagajo sodelavcem strokovno rasti. To so kultura organizacije, vrednote, ljudje s svojim znanjem – in s tem se spet vračamo h krogu procesov.

LITERATURA IN VIRI

Bataladen, P.B., & Davidof, F., 2007. What is “quality improvement” and how can it transform healthcare? *Journal list - Qual Saf Health Care*, 16(2-3), pp. 2-3.

Crosby, P.B., 1989. *Kakovost je zastonj: umetnost zagotavljanja kakovosti* . Ljubljana: Gospodarski vestnik.

Kramar, Z., 2011. Uvajanje kulture varnosti – Izkušnje Splošne bolnišnice. In: Zdenka, K., Skela Savič, B., Hvalič Touzery, S., Kraigher, A. & Skinder Savič,K. *4.dnevi Angele Boškin: Strokovno srečanje: Varnost- rdeča nit celostne obravnave pacientov*. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice in Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 26–32.

Kramar, Z., 2014. *Spremembe zaznavanja kulture varnosti pacientov v Splošni bolnišnici Jesenice.* Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, pp.

Loncnar, D., & Zupan, J., 2015. *Poslovnik kakovosti* interno gradivo . Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje.

McGrath, B., & Templer, R., 2003. Implementing Quality Management in Psychiatry: From Theory to Practice—Shifting Focus From Process to Outcome. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(7), pp. 467–477.

Potokar, B., 2005. *Uvedba sistema kakovosti v državni upravi s primerom uveljavitve kakovosti v upravnem organu* magistrsko delo . Ljubljana: Ekonomska fakulteta, pp.

Robida, A., 2004. Opozorilni nevarni dogodki: kakovost v zdravstvu. *Zdravniški Vestnik*, pp. 681-687.

Robida, A., 2009. *Pot do odlične zdravstvene prakse: vodnik za izboljševanje kakovosti in presojo lastne zdravstvene prakse.* Ljubljana: Planet GV.

Simčič, B., 2011. *Model vzpostavitve sistema akreditacije zdravstvenih ustanov v Sloveniji.* Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Zupan, J., 2016. *Opredelitev tveganj posebnega varovalnega ukrepa po metodi FMEA v Psihiatrični bolnišnici Begunje* diplomsko delo . Kranj: Fakulteta za organizacijske vede, Univerza v Mariboru.

KULTURA VARNOSTI

izr. prof. Andrej Robida, dr. med.
Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene prakse – Prosunt

UVOD

Kultura varnosti je del kulture zdravstvene ustanove, oddelka, zdravstvenega tima. Koncept varnostne kulture ne izvira iz zdravstva, temveč iz študij visoko zanesljivih organizacij (Reason, 2000). Varnostna kultura je osnovana na individualnih vrednotah, stališčih in vzorcih vedenja vsakogar v zdravstveni ustanovi. Varnost moramo jemati resno na vseh ravneh zdravstvene ustanove, od čistilca do direktorja. Če kdo od osebja ne sporoči padca pacienta, je to lahko zaradi tega, ker v ustanovi prevladuje kultura obtoževanja posameznika za napako in se jo oseba boji sporočiti, ali pa pokaže kulturo te osebe, saj ji je morda lažje stvar prikriti, ker je pri poročanju, denimo, preveč dela pri pisanju poročila, ali ker oseba ni izvedla predhodne ocene tveganja za padec, ker »ni bilo časa«.

OVIRE ZA IZBOLJŠEVANJE VARNOSTI PACIENTOV

Varnost pacientov je bila desetletja zanemarjena znanost in praksa. Razlogi za to so bili in so še vedno prepričanja, da so visoko izobraženi strokovnjaki dolžni biti skrbni, nezmotljivi, neraztreseni, pazljivi, pozorni, da stvari ne smejo pozabiti in podobno. Ustvaril se je mit o perfektnosti zdravstvenih poklicev, zlasti zdravnikov in medicinskih sester. Ko pride do napake, se mit o perfektnosti še poglobi, še naprej smo perfektni, le »gnilo jabolko« moramo vzeti iz zabojnika, pa bo vse v redu. Ta mit je prisoten med ljudmi, pacienti in v medijih. Podpira ga zakonodaja in kar je morda še hujše, tudi stanovske organizacije, ki kot nekakšna država v državi s parasodnimi procesi odločajo o svojih članih, ali bodo dobili javni opomin ali odvzem licence in se nato še prepirajo, ali je dovolj, če komu vzamejo licenco za »pol ure ali za celo uro«. Javni opomini in druge sankcije so poseg v osebno dostojanstvo posameznika. Tako pride do občutka nesposobnosti, izolacije, moralne sramote in strahu. Stanovske organizacije tako s svojo ignoranco o znanosti varnosti pacientov ne delajo škode samo tistemu, ki so ga »obsodile«, ampak predvsem pacientom, čeprav so jih polna usta, da skrbijo za njihov dobrobit. Ustvarjajo in poglabljajo kulturo strahu, kar vodi do prikrivanja napak, zato se 90 do 95 % napak sploh ne sporoča, to pa vodi v to, da se na napake gleda kot na »kolateralno škodo« za pacienta, ki se jih skriva tako, da se jih pripiše komplikacijam bolezni in ne škodi za zdravje, ki je nastala zaradi napake. Ker se tveganja zakrije, se ne moremo ničesar naučiti in priložnost za popravo sistemskih vzrokov za napako je za vedno izgubljena. Izvaja se tudi vedno več »defenzivne« medicine, katere namen je zaščititi izvajalca pred možnimi tožbami. Tako se razsipava finančne, materialne in človeške vire in dela škodo pacientom, ker virov po nepotrebnem zmanjkuje. Raziskave so pokazale, da vsak 10. pacient v akutni bolnišnici utrpi škodo za zdravje zaradi napak in ne zaradi komplikacije svoje bolezni (Brennan, et al., 1991; Leape, et al., 1991; Wilson, et al., 1995; Vincent, et al, 2001; Davis, et al., 2002; Davis, et al, 2003; Baker, et al., 2004). Ekstrapolirani rezultati teh raziskav in raziskave Inštituta za medicino v ZDA (Institute of Medicine, 2000) kažejo, da v Sloveniji letno doživi škodo za zdravje zaradi napak okrog 35.000 pacientov, ki se jih zdravi v akutnih bolnišnicah in da jih zaradi tega umre 8- do 10-krat več kot v prometnih nesrečah.

Pri nas se varnosti pacientov, osnovane na znanstvenih dokazih, le stežka lotevamo, na kar kažejo nedavni dogodki obravnave odmevnih tragičnih dogodkov.

Pomanjkanje varnih in zanesljivih sistemov je problem, s katerim se soočajo vsi izvajalci zdravstvene obravnave pri zapiranju vrzeli med zdravstveno prakso, ki se jo trenutno izvaja, in tisto, ki bi se jo lahko. Rešitev tega problema zahteva spremembe kulture v zdravstvu.

POMEN KULTURE VARNOSTI

Izboljševanje kulture varnosti v zdravstvu je dolgoročen, sistematičen in nenehen proces. Je bistvena sestavina preprečevanja napak in izboljševanja kakovosti zdravstvene obravnave. Študije so pokazale velike razlike v zaznavanju kulture varnosti med zdravstvenimi ustanovami, poklicnimi skupinami in celo oddelki iste zdravstvene ustanove (Makary, et al., 2006; Huang, et al, 2007; Singer, et al., 2009). Kulturo varnosti je moč izmeriti. Eden od načinov je uporaba anketne raziskave. Tu gre za presečno raziskavo, saj merimo *zaznavanje* kulture varnosti v določenem trenutku. Pri nas uporabljamo izraz *zaznavanje* kulture varnosti, ki je enakovreden izrazu *varnostna klima*, saj gre za to, kaj osebje misli o kulturi varnosti v času poteka anketiranja.

V letu 2010 in 2011 je pri nas k raziskavi pristopilo 16 bolnišnic (Robida, 2013). Kultura varnosti pacientov je tudi eden od obveznih nacionalnih kazalnikov varnosti, a bolnišnice o tem kazalniku ne poročajo, ker nekatere kulture varnosti pacientov niso izmerile, druge pa samo pred 5 leti.

Rezultati za vseh deset splošnih bolnišnic so pokazali izredno veliko priložnosti za izboljšave. Ali so se te zgodile v vseh sodelujočih bolnišnicah, je nemogoče trditi, saj je bila kultura ponovno izmerjena samo v dveh, čeprav so bolnišnice dobile splošna navodila za izboljšave.

Raziskava je ugotovila, da zaznavanje kulture varnosti pacientov v slovenskih akutnih splošnih bolnišnicah ni dobro. Vsa področja, ki smo jih izmerili, kažejo, da so potrebne izboljšave. Posebej slabo je zaznavanje na področjih nekaznovalnega odziva na napake in pri pogostnosti sporočanja dogodkov. To je razumljivo pri sedanjem škodljivem pristopu pri obravnavi napak, ko se obtožuje posameznika, čeprav je vzrok za večino napak sistemski. Rezultati tudi niso dobri z ozirom na podporo vodstva bolnišnic na najvišji ravni pri varnosti pacientov, saj so bolnišnice brez strategije in programov za varnost pacientov, osebje pa ne zaznava resnične zavzetosti in praktične podpore vodstva za izboljševanje varnosti pacientov. Timsko delo med bolnišničnimi enotami in pri predaji pacientov ter premestitvah znotraj bolnišnice je tudi ocenjeno kot slabo zaradi slabe koordinacije dela med oddelki. Najslabše je bila ocenjena ustreznost števila osebja. Čeprav je število primerno usposobljenega osebja pomembno za varnost pacientov, to še zdaleč ni edini dejavnik. Rezultati kažejo, da osebje ne pozna dovolj metod in orodij za izboljševanje varnosti pacientov. Izčrpna priporočila, ki so jih prejele bolnišnice, naj bi izboljšala zavedanje o pomenu varnosti pacientov med osebjem s predpostavko, da je vodstvo na najvišji ali srednji ravni sporočilo rezultate osebju na primeren način in uvedlo ukrepe za pridobitev kompetenc s tega področja.

Zavzetost in odgovornost vodstva bolnišnic sta ključnega pomena pri uvedbi in spremljanju programov varnosti pacientov. Potrebno je usposabljanje vodstva in zaposlenih o metodah in orodjih za izboljševanje varnosti pacientov, uvajanje pravične in prožne kulture, kulture učenja in sporočanja dogodkov in izogibanje starim škodljivim pristopom k vprašanju varnosti pacientov. Raziskava o zaznavanju kulture varnosti pacientov pomeni za vodstva bolnišnic in osebje izhodišče za pripravo ukrepov za izboljševanje varnosti pacientov in za sledenje vpeljanim izboljšavam s ponovnim merjenjem kulture varnosti pacientov po preteku določenega časa.

DELJENE VLOGE ZA VARNOST PACIENTOV

Raziskave (Lamontagne, 2005; Ilan & Fowler, 2005) so pokazale, da je *vloga vodstva* na naslednjih področjih varnosti pacientov: razumevanje strategije načrta varnosti pacientov, podpora za razvoj varnih praks, nadzor, razvoj timskega dela, povratne informacije osebju po analizi napak, oblikovanje pravil profesionalnega obnašanja, podpora osebju pri ustvarjanju dobrih delovnih odnosov, skrb za nenehno strokovno izobraževanje, odprtost za skrbi osebja glede varnosti, izogibanje neupravičenemu obtoževanju, oblikovanje sistema upravljanja s tveganji. Ko pride do škodljivega dogodka, vodstvo podpira zaposlene, ki so bili vpleteni v dogodek. Cilj analize je preprečevanje škodljivih dogodkov v prihodnje (Vincent, et al., 2000; Robida, 2013).

Vloga osebja pri varnosti pacientov je velika, saj delajo neposredno s pacienti. Slaba komunikacija, nerazvite kompetence za varnost pacientov, nestandardizirana predaja pacienta, prevelika obremenitev z delom, slabi odnosi in podobno so največkrat vzroki za napake (17).

Vlogo pacientov in svojcev se velikokrat zanemarja. Nagnjenost k napakam in napake same so pogostejše, kadar pacient/svojci ne sodelujejo pri zdravstveni obravnavi. Upoštevanje pacientove izbire je tudi pomembno (Chiovitti, 2008).

ZAKLJUČEK

Prišel je čas, ko navdušenost posameznikov ali posameznih enot zdravstvene ustanove ni več dovolj za pristop k izboljševanju kakovosti zdravstvene obravnave in varnosti pacientov. Izboljšav se moramo lotiti sistemsko in sistematično, če res želimo pacientom dobro (tudi sami bomo ali smo že bili nekoč pacienti), da bomo zmanjšali nepotrebne smrti in nepotrebno trpljenje, povečali zanesljivost zdravstvene prakse in zaščitili tudi sami sebe pred zastarelim in škodljivim pristopom stanovskih organizacij in tudi pravnega sistema pri obravnavi napak s škodo za pacienta.

LITERATURA IN VIRI

Baker, G.R., Norton, P.G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox., J, et al., 2004. The Canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association journa*l, 170(11), pp. 1678–1686.

Brennan, T.A., Leape, L.L., Laird, N., Herbert, L., Localio, A.R., Lawthwers, A.G., et al., 1991. Incidence of adverse events and negligence in hospitalised patients: results of the Harvard Medical Practice Study. *New England Journal of Medicine*, 324(6), pp. 370–377.

Chiovitti, R.F., 2008. Nurses' meaning of caring with patients in acute psychiatric hospital settings: a grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(2), pp. 203–223.

Davis, P., Lay-Yee, R., Briant, R., Ali, W., Scott, A. & Schug S., 2002. Adverse events in New Zealand public hospitals. I. Occurrence and impact. *The New Zealand medical journal*, 115(1167), p. U271.

Davis, P., Lay-Yee, R., Briant, R., Ali, W., Scott, A. & Schug S., 2003. Adverse events in New Zealand public hospitals. II. Preventability and clinical context. *The New Zealand medical journal*, 116(1183), p. U624.

Huang, D.T., Clermont, G., Sexton, J.B., Karlo, C.A., Miller, R.G., Weissfeld, L.A., et al., 2007. Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution. *Critical care medicine*, 35(1), pp. 165–176.

Ilan, R. & Fowler, R., 2005. Brief history of patient safety culture and science. *Journal of Critical Care*, 20(1), pp. 2–5.

Institute of Medicine To err is human, 2000. *Building a sfer healh syem*. Washington: National Academy Press.

Lamontagne, C., 2005.Intimidation: a concept analysis. Nursing Forum, 45(1), pp. 54–65.

Leape, L.L., Brennan, T.A., Laird, N., Lawthers, A.G., Localio, A.R., Barnes, B.A., et al., 1991. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *New England Journal of Medicine*, 324(6), pp. 377–384.

Makary, M.A., Sexton, J.B., Freischlag, J.A., Holzmueller, C.G., Millman, E.A., Rowen, L., et al., 2006. Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *Journal of the American College of Surgeons*, 202(5), pp. 746–752.

Reason, J., 2000. Human error: models and management. *British medical journal*, 320(7237), pp. 768–770.

Robida, A., 2013. *Napake pri zdravstveni obravnavi pacientov – Sistematična analiza globljih vzrokov za napake in njihovo preprečevanje.* Bled: Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave, 2013.

Robida, A., 2013. Perception of patient safety culture in Slovenian acute general hospitals. Zdravstveni vestnik, 82, pp. 648–660. Available at: http://www.prosunt.si/publikacije/prosto-dostopne-publikacije-s-prijavo/ [5.10.2016].

Singer, S.J., Gaba, D.M., Falwell, A., Lin, S., Hayes, J. & Baker, L., 2009. Patient safety climate in 92 US hospitals: differences by work area and discipline. *Medical Care*, 47(1), pp. 23–31.

Vincent, C., Neale, G. & Woloshynowych, M., 2001. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *British Medical Journal*, 322(7285), pp. 517–519.

Vincent, C., Stanhope, N. & Taylor-Adams, S., 2000. Developing a systematic method of analysing serious incidents in mental health. *Journal of Mental Health*, 9, pp. 89–103.

Wilson, R.M., Runciman, W.B., Gibberd, R.W., Harrison, B.T., Newby, L. & Hamilton, J.D., 995. The Quality in Australian Health Care Study. *Medical Journal of Australia*, 163(9), pp. 458–471.

AKREDITACIJA – IZZIV ZA KAKOVOSTNO IN VARNO OBRAVNAVO OSEB Z DUŠEVNO MOTNJO V PSIHIATRIČNIH USTANOVAH

prim. asist. Daniel Grabar, dr. med., spec.
Splošna bolnišnica Murska Sobota
daniel.grabar@sb-ms.si

Specifičnost oskrbe psihiatričnih pacientov zahteva nadgrajevanje vodenja kakovosti in varnosti v smislu identificiranja posebnosti, ki so prisotne pri obravnavi, s pozornostjo na regulatorne zahteve in v kontekstu organizacije celotnega zdravstvenega sistema. Splošni akreditacijski standardi so lahko dober pristop, ko iskanje lastnih rešitev in usmerjanja kakovosti vodimo po zgledih dobre prakse z oporo v siceršnjih, za psihiatrijo specifičnih mednarodnih standardih, z lastno zavzetostjo in pripravljenostjo spreminjati organizacijsko kulturo.

UVOD

Bistvo vodenja kakovosti je sistematično izboljševanje znanja izvajalcev, organiziranosti procesa zdravstvene obravnave, delovnega okolja in vodenja. Kaže se v dvigu uspešnosti zdravljenja, povečani dostopnosti zdravljenja, boljših delovnih pogojih, predvsem pa v večji varnosti. Izboljšave temeljijo na različnih izhodiščih: na prilagajanju spreminjajočim se razmeram, na odpravljanju vzrokov za vrzeli med odkloni in standardno kakovostjo ter na razširjanji vzrokov za najboljše prepoznane prakse.

Kakovost v psihiatriji

Osnovne značilnosti oskrbe psihiatričnih bolnikov lahko strnemo kot zahteve: ohranitev dostojanstva oseb z mentalnimi motnjami, na dogovorjenih in klinično ustreznih metodah utemeljena oskrba, primerno interveniranje, učinkovita raba virov in izboljševanje klinične oskrbe. Nekaj navedenih izhodišč izpostavlja zahteve temeljitega pristopa k vodenju kakovosti in zagotavljanju prizadevanj za njeno izboljšanje.
Oskrba mentalnih motenj se po državah sveta močno razlikuje, kar 37 % držav sveta ne omogoča urejene psihiatrične oskrbe. V 20 % držav sveta ni na razpolago osnovnih neobhodnih psihotropnih zdravil (Smith, 2016).

Pomen kakovosti

1. Usmerjenost v kakovost zagotavlja primerno rabo virov;
2. Usmerjenost v kakovost omogoča uporabo najsodobnejših spoznanj v lastno klinično prakso;
3. Usmerjenost v kakovost zagotavlja izvajanje oskrbe v skladu s potrebami pacientov;
4. Uspešno vodenje kakovosti izgrajuje zaupanje v sistem;
5. Usmerjenost v kakovost odstranjuje ovire zagotavljanja primerne oskrbe na vseh ravneh.

Znanih je več incidentov v preteklosti zaradi zanemarjanja in zlorab človekovih pravic. Svetovna zdravstvena organizacija: Nadgrajevanje kakovosti psihiatrične oskrbe tudi v okoliščinah minimalnega izvajanja zagotavlja trdne temelje razvoja dejavnosti (Smith, 2016).

Proces izboljševanja kakovosti

Pomembno je začeti s sistematskim pristopom in zagotavljati izboljšave. Najustreznejši začetni koraki so:

- Priprava okvirnih opisov postopkov z vključevanjem elementov kakovosti z dokazi podprtimi smernicami in z rednim preverjanjem;
- Usposabljanje osebja;
- Razvoj primernih kazalnikov dobre prakse;
- Merjenje, ocenjevanje in usmerjanje napredka.
-

Nekaj primerov standardov v psihiatriji

- National standards for mental health services Australia 1996,
- Standards for psychiatric care South Africa 1998,
- Canadian standards for psychiatric and mental health nursing practice,
- National Service Framework for mental health and learning disabilities UK 1999.

Osnovna ocena in analiza odstopanj

Osnova vodenja kakovosti in varnosti tudi v psihiatriji ne more mimo postavljenih izhodišč. Splošne ocene ne pokažejo izboljševanja, možno ga je meriti le z dobro postavljenimi izhodiščnimi vrednostmi. V sistemu, kjer kazalnikov po enotni metodologiji spremljanja in vrednotenja ni na razpolago, je uvajanje lastnih kazalnikov priložnost predvsem za vrednotenje napredovanja na področju kakovosti v časovni determinanti, sicer pa tudi osnova k pristopu skupnega oblikovanja parametrov spremljanja kakovosti psihiatrične oskrbe.

Postavljanje kazalnikov kakovosti

Kazalnike kakovosti oblikujemo na osnovi zahtev:

- Specifični glede na diagnozo (depresija, osebnostne motnje, zloraba drog itn.),
- Specifični za ranljivo populacijo (otroci, mladostniki, starostniki, dvojne diagnoze),
- Obstoječe zbirke podatkov, ki jih lahko uporabimo (sprejemi, laboratorijske preiskave, zdravila, pregledi medicinske dokumentacije, spremljanje zadovoljstva pacientov in zaposlenih, pritožbe),
- Osredotočeni na določene vrste zdravljenja (zdravljenje z zdravili, psihoterapija),
- Osredotočeni na specifične zahteve obravnave (preventiva, odkrivanje, dostop, ocenjevanje, zdravljenje, nadaljevanje oskrbe, varnost in napake),
- Celovito spremljanje ne glede na omejitve (ambulantna obravnava, hospitalizacija).

Nekaj primerov možnih kazalnikov kakovosti:

- Delež hospitalizacij,
- Povprečno trajanje zdravljenja,
- Število smrti in samomorov,
- Pravni vidiki (prisilne hospitalizacije),
- Incidenti med zdravljenjem,
- Osamitve, uporaba prisilnih varovalnih ukrepov,
- Podatki o izvajanju nadzorov,
- Dvojne diagnoze,
- Predpisovanje določenih kritičnih medikamentov.

Napredek s ponavljanjem in izboljševanjem

Pomembno je izhodišče, kako vrednotimo kakovost oskrbe psihiatričnih pacientov. Opredeliti je potrebno področja kakovosti, predvsem na temeljih poznavanja zakonitosti delovanja, strukturni razpršenosti, izvajanih procesih in z izidi povezanih dejavnikih:

- Kakovost v povezavi s karakteristikami strukture: ustanove, izvajalci, družba, bolezenska stanja, finančni viri;
- Kakovost, vezana na procese: preventiva, odkrivanje, pristop, oskrba (zdravljenje), koordinacija, zagotavljanje kontinuitete oskrbe, varnost;
- Kakovost vezana na izide: simptomi, delovanje, kakovost življenja, zadovoljstvo, stroškovna učinkovitost.

Govorimo o izboljševanju oskrbe, kar samo po sebi vodi v nepogrešljiv proces merjenja dosežkov.

Nepogrešljiva povezanost vodenja kakovosti in varnega izvajanja oskrbe

Osnovni elementi zagotavljanja varnosti v angleškem zdravstvenem sistemu so:

- Izgrajevanje kulture varnosti,
- Vodenje in podpora izvajalcev,
- Integracija aktivnosti obvladovanja tveganj,
- Spodbujanje poročanja,
- Vključevanje in komunikacija s pacienti in javnostjo,
- Poučevanje in prenašanje znanj o varnosti,
- Vpeljava rešitev preprečevanja škodljivih posledic.

Ključni elementi zagotavljanja kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe psihiatričnih pacientov pri postavljanju osnov vodenja

Ključni elementi zagotavljanja kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe nas vse izvajalce v našem okolju v tem trenutku postavljajo pred nekaj skupnih zahtev, ki jih je po področjih udejstvovanja potrebno izpeljati:

- Spreminjanje kulture (organizacijska, profesionalna (klinična), splošna kultura, sodelovanje v timih zdravstvene oskrbe);
- Zavezanost vodstev ustanov h kakovosti: poglabljanje znanj o kakovosti v navezavi z izrabo virov, pozitivna motivacija izvajalcev, nadzorovanje izvajanja dogovorjenega (zahtevanega);
- Politika vodenja kakovosti in varnosti: izgrajevanje kulture poročanja, dosledno spremljanje odklonov, napak, skorajšnjih napak in varnostnih zapletov, doslednost izvajanja korektivnih ukrepov, gradnja odličnosti od »spodaj – navzgor«;
- Izvajanje zdravstvenih storitev: sledenje z dokazi podprti medicini (izobraževanja), pripravljanje, posodabljanje, dopolnjevanje politik, smernic, navodil, pripravljenost na spremembe, generiranje sprememb, priprava pobud, predlogov;
- Delo s podatki: spremenjen odnos do podatkov, merjenje, analiziranje, ukrepanje, podatki o uspešnosti ključnih izvajalcev.

ZAKLJUČEK

Kakovost in varnost v psihiatričnih osnovah ni zagotovljena sama po sebi, prizadevanja vzpostavitve morajo izhajati iz temeljne zavezanosti vrhnjega vodstva, celotnega vodilnega

osebja in vključenosti večine subjektov izvajanja. Ni pot solistov, ampak kolektivna gradnja z drobnimi kamenčki v veličastno palačo dobre psihiatrične oskrbe, v kateri bodo zadovoljni pacienti in izvajalci.

LITERATURA IN VIRI

Grabar, D., 2015. Izvajanje zdravstvenih storitev na temeljih zahtev kakovosti in varnosti. *Novis*, 42.

Smith, H., 2016. *Obvladovanje tveganj in register tveganj* [ustna predstavitev]. 13. konferenca za Management in vodenje v zdravstvu 2.-3. marec, Portorož.

Grabar, D., 2016. *Izkušnje z akreditacijo v slovenskih bolnišnicah in drugih zdravstvenih ustanovah – pogled mednarodnega presojevalca* [ustna predstavitev]. 13. konferenca za Management in vodenje v zdravstvu 2.-3. marec, Portorož.

Health and Social Care (Safety and Quality) Act, 2015. Available at: http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2015/28/notes/contents [5.10.2016].

AACI, Mednarodni akreditacijski standard za zdravstvene organizacije, verzija 4.2, 2015. Available at: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/aaci_22.2.2016/AACI_Mednarodni_akreditacijski_standard_V4.2_Feb_2016_SL_ISQua.pdf [5.10.2016].

Standard DNV, Mednarodne akreditacijske zahteve, 2013. Available at: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/kazalniki_kakovosti_marec_2011/DNV-DS-HC102__Hospital_Standard_Guidelines_and_Guidance__V3_1_SLO.pdf [5.10.2016].

JCI Standardi za akreditacijo bolnišnic. Available at: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/standardi/standard_JCI_110612.pdf [5.10.2016].

KAKOVOST IN VARNOST ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE PACIENTA V LUČI KOMUNIKACIJE ZDRAVNIK – MEDICINSKA SESTRA

Kristjan Nedog, dr. med., spec. psih
Psihiatrična bolnišnica Ormož
pbo.tajnistvo@siol.net

Komunikacija in odnosi med zaposlenimi so v zadnjih letih postali zelo popularen predmet razprave tako v zasebnem, kot v javnem sektorju. S pojavom medmrežja in komercialno dostopnostjo mobilne telefonije v devetdesetih letih prejšnjega stoletja ter predvsem z razrastom socialnih omrežij v zadnjih desetih letih je pojem komunikacije med ljudmi dobil povsem nove razsežnosti. To seveda ne velja samo na zasebnem, temveč tudi na poslovnem področju. Pričakovali bi, da glede na možnosti, ki se ljudem ponujajo, danes komuniciramo obilneje in kvalitetneje kot pred leti. Pa vendar v svetu vlada vsesplošni konsenz, da ob močnem naraščanju kvantitete komunikacije, kvaliteta le-te v splošnem upada.

Ker se to dogaja praktično v vseh porah družbe, niso odnosi in komunikacija med zdravstvenimi delavci in sodelavci nobena izjema. Zadnja leta je zato postal močno prisoten trend, da delodajalci zaposlene vse pogosteje pošiljajo na različne treninge komunikacijskih veščin, saj se smatra, da dobra, uspešna in predvsem strpna komunikacija med zaposlenimi bistveno pripomore k doseganju boljših rezultatov dela ter seveda prispeva k boljši medosebni klimi na delovnem mestu. Predavati o komunikaciji je na ta način v zadnjih letih postal za nekatere tudi precej lukrativen posel.

Kljub povedanemu pa rezultati niso zadovoljivi. Ni se možno izogniti občutku, da se kakovost komunikacije med posameznimi profili zdravstvenih delavcev v splošnem slabša. Do takšnih ugotovitev je pripeljalo kar nekaj anket med zdravstvenimi delavci v zadnjih letih, vsekakor pa med drugim verjetno tudi kakšna odmevna afera ali dve iz slovenskega zdravstvenega prostora, za katere se smatra, da so plod slabe komunikacije med zaposlenimi. Razloge za nastalo situacijo bi lahko iskali marsikje, opirajoč se na številne študije na to temo, na ankete in ne nazadnje tudi na lastne izkušnje iz vsakdanjega življenja kot zdravstveni delavci. Pa vendar se bomo tukaj omejili zgolj na en sklop razlogov, ki po avtorjevem mnenju zadnje čase vedno bolj izstopa: neupoštevanje kompetenčnih področij posameznih poklicnih profilov. Konkretno v našem primeru zdravnika in medicinske sestre.

Ko danes od blizu pogledamo življenje na marsikaterem bolnišničnem oddelku in/ali v zdravstveni ambulanti v naši državi, hitro dobimo občutek, da »vsi vedo vse«. Ali bi vsaj tako želeli. Iz vedenja zaposlenih, še bolj pa iz njihove komunikacije preprosto ni mogoče zaključiti, kje se konča kompetenčno področje enega in začne tisto drugega zaposlenega. Ali povedano konkretno: zdravnik se rad vmeša v delo medicinske sestre ter zahteva, da se njegove »nasvete« upošteva. Medicinska sestra mu prej ali slej vrne uslugo z njenim »videnjem« pacientove simptomatike ter prida še kakšno »priporočilo« o terapiji, ki da jo pacient po njenem potrebuje. V kolikor zdravnik njenim »priporočilom« ne sledi, se ona kasneje jezi, da se z njim »ne da komunicirati«, ker »je ne posluša«. Zmeda je seveda popolna, če se v to razpravo vključi še farmacevt, psiholog ali kakšen drug zdravstveni sodelavec, ki vsi po vrsti želijo, »da se jih posluša«, kar v večini primerov pomeni, da »se stori tako, kot so oni rekli«.

Jasno je, da kompetenčnih področij posameznih članov zdravstvenega tima ni možno do potankosti ločiti, ker se prekrivajo. Pa vendar je za normalno delo slehernega člana katerega

koli tima izredno pomembno, praktično ključno, da se zaveda svojih kompetenc in da se, kar je najbolj pomembno pri tem, nihče drug ne vmešava v njegovo delo. Le tako bo lahko pri delu umirjen, le tako bo lahko rezultate opravljenega dela zagovarjal in na podlagi povratnih informacij tudi sodil o uspešnosti svojega dela. V razmerah, kjer »vsi vedo vse« in bi tudi vsi želeli o vsem odločati, ne more biti jasno, kdo je zaslužen za rezultate (ne)dela, kakor seveda tudi ne, kje v sistemu je prišlo do napake, če in ko do nje pride. Stari pregovor, da »kdor dela tudi greši«, tukaj torej ne more veljati, saj »vsi vse delajo in torej vsi grešijo« oziroma kot se največkrat izkaže, »nihče ne dela in nihče ne greši«. Za morebitno napako pri delu pa se arbitrarno najde krivca po sistemu »iskanja gnilega jabolka«. Posledice takšnega načina dela so jasno vidne in vsesplošno prisotne: psihofizično preobremenjeni delavci, ki tožijo o stresu na delovnem mestu, le-ta pa večinoma ne izhaja iz samega dela, ampak iz (neuspešne) komunikacije s sodelavci in nadrejenimi. Delavci namreč po nepotrebnem porabijo ogromno energije, da si vsaj za silo uredijo svoje delovno okolje in osvobodijo kompetenčno področje. To je energija, ki bi jo lahko precej bolj koristno porabili pri delu samem.

Od tod naprej se podobne razprave po navadi nadaljujejo z ugotavljanjem odgovornosti za takšno stanje. In seveda je najbolj prikladno in vsesplošno razširjeno razmišljanje, da je za slabo komunikacijo med ljudmi na delovnem mestu odgovoren menedžment, srednji in vodilni. Se pravi raznorazni vodje služb, enot in oddelkov. Ne da bi želeli kakorkoli zmanjševati njihovo topogledno objektivno odgovornost, se bomo tokrat vseeno vzdržali komentarjev na račun (ne)funkcionalnosti menedžmenta v zdravstvu. Na ta način bomo tudi ostali politično korektni. Avtor je namreč mnenja, da je osnovna celica dobre komunikacije vsak sam. Dokler bo pomemben del ljudi živel v prepričanju, da je osnova dobre komunikacije to, da na glas povedo svoje stališče do vsega, za kar smatrajo, da jih zadeva – tudi takrat, ko jih nihče ne vpraša za mnenje, tudi takrat, ko predmetna tema tako ali drugače odstopa od njihovega kompetenčnega področja in ko se jih dejansko ne tiče – in bodo hkrati pričakovali poslušljivost s strani sogovornikov, do takrat dobra, strpna in plodna komunikacija ne bo možna. In tukaj niso nemočni le njihovi sogovorniki, nemočen je tudi menedžment in vsa politika z ministrico za zdravje vred.

DELOVANJE SISTEMA VODENJA KAKOVOSTI V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI ORMOŽ

Marija Kovačec, mag. zdrav. soc. managementa
Psihiatrična bolnišnica Ormož
pbo.tajnistvo@siol.net

IZVLEČEK

Kakovost izdelka ali storitev je relativen pojem. Zagotavljanje kakovosti je stalen proces, ki zahteva stalno izboljševanje lastnosti izdelkov ali storitev. Bistvo sistema kakovosti je, da vse dejavnosti v organizaciji, ki vplivajo na kakovost, planiramo, izvajamo, nadzorujemo in dokumentiramo. Kakovost moramo zaposleni v zdravstvenih institucijah vpeljati v vsakdanje delo sami tako, da nam postane del rutine, delovne dolžnosti in odgovornosti tako vodstev zdravstvenih ustanov in vsakega posameznika, pa naj bo to zdravstveni delavec ali sodelavec.
Izboljševanje sistema celovitega vodenja kakovosti, doseganje visoke varnosti zdravstvenih storitev in udejanjanje kulture nenehnega izboljševanja in sistematičnega povezovanja vseh partnerjev je vizija Psihiatrične bolnišnice Ormož.

UVOD

Zavedamo se, da so uspeh zdravljenja, zdravstvena nega in rehabilitacija odvisni od sposobnosti, znanja, veščin in motivacije zdravstvenega osebja in njihovega vzajemnega odnosa s pacienti, njihovimi svojci in okoljem, kjer živijo in delajo.

Da bi sledili tako poslanstvu bolnišnice, kot strategiji razvoja kakovosti Ministrstva za zdravje, smo v bolnišnici že v letu 2012 pristopili k Projektu ISO 9001 : 2008. Konec leta 2013 smo se v bolnišnici odločili izvesti akreditacijski postopek po standardih Ameriškega sveta za akreditacijo AACI (American Accreditacion Council), ki v postopku akreditacije združuje dva standarda sistemov vodenja kakovosti, in sicer splošnega ISO 9001:2008 ter sektorsko specifičnega za zdravstvo EN 15224.

Konec leta 2014 smo pridobili akreditacijsko listo AACI, na katero smo zelo ponosni.
AACI standard je mednarodni akreditacijski standard za zdravstvene organizacije. Poslanstvo AACI je razvoj na posameznika usmerjenih zdravstvenih storitev ter izboljšanje varnosti, dobrega počutja in kakovost življenja ter kakovost zdravstvenega varstva po vsem svetu. Standardi AACI so oblikovani tako, da se jih lahko izvaja na področju vseh zdravstvenih storitev in v vseh okoljih, obravnava pa tudi varnost zaposlenih, pacientov in obiskovalcev.
Hkrati z akreditacijo je v letu 2015 v bolnišnici potekala tudi presoja sistema vodenja kakovosti po standardu ISO 9001: 2008, ki postaja sestavni del sistema vodenja kakovosti naše ustanove. Uvajanje kakovosti v Psihiatrični bolnišnici Ormož s pridobitvijo ISO 9001 : 2008 je korak k uresničitvi strateških usmeritev.

Bolnišnica izpolnjuje vse zahteve standarda zagotavljanja kakovosti zdravstvenih storitev EN 15224 in upravljanje tveganj. Standard je namenjen zagotavljanju varnosti pacientov in obvladovanju tveganj. Standard nadgrajuje zahteve ISO 9001 in daje večji poudarek kliničnim procesom.

Sistem vodenja kakovosti v Psihiatrični bolnišnici Ormož zajema:
- opredelitev strateških usmeritev in politike kakovosti,

- opredelitev procesov,
- določitev medsebojnih vplivov teh procesov,
- opredelitev metod in kriterijev za učinkovito delovanje in obvladovanje procesov (kazalniki kakovosti procesov),
- opredelitev virov in informacij za delovanje in nadzor procesov,
- nadzorovanje, merjenje in analiziranje procesov,
- obvladovanje tveganj,
- opredelitev ukrepov za stalno izboljševanje sistema vodenja kakovosti (preventivni, korektivni ukrepi),
- opredelitev letnih ciljev kakovosti (strategija),
- cilje kazalnikov kakovosti procesa (kazalniki kakovosti procesov).

Zdravstvena storitev je sestavljena iz procesov, ki potekajo med zdravljenjem in kjer različne faze zdravljenja opravljajo izvajalci zdravstvenih storitev. Uspešnost in učinkovitost procesa zdravljenja lahko zahteva uporabo navodil za pacienta in/ali njegove svojce. Lahko je tudi potrebna komunikacija med različnimi izvajalci storitev. To vključuje protokole, standarde, navodila za delo, klinične poti na temelju dobre prakse in želje pacienta. Pri planiranju smo upoštevali potrebe vključenih izvajalcev, število in tip zdravstvenih storitev.

Psihiatrična bolnišnica Ormož planira in izvaja naslednje **zdravstvene procese**:

1. Obvladovanje procesa laboratorijske dejavnosti v hematološko-biokemijskem laboratoriju;
2. Obvladovanje strokovnih procesov ambulantne obravnave;
3. Obvladovanje procesa zdravstvene oskrbe pacienta od sprejema do odpusta;
4. Obvladovanje procesa bolnišnične obravnave;
5. Obvladovanje procesa skupnostne in nadzorovane psihiatrične obravnave;
6. Pogovori o varnosti in varnostne vizite;
7. Proces organizacije ZN (zdravstvene nege);
8. Proces obvladovanja delovne terapije;
9. Obravnava pacienta v klinično-psihološki službi;
10. Obravnava pacienta v socialni službi;
11. Proces dela kliničnega farmacevta in oskrba pacientov z zdravili.

V Psihiatrični bolnišnici Ormož nenehno izboljšujemo sistem vodenja kakovosti z uporabo:

- politike kakovosti,
- ciljev kakovosti,
- ciljev za kazalnike kakovosti,
- koristnih predlogov zaposlenih,
- rezultatov notranjih in zunanjih presoj,
- analiz podatkov,
- obvladovanje neskladnih storitev,
- obvladovanje tveganj,
- korektivnih in preventivnih ukrepov,
- vodstvenega pregleda.

Nenehno izboljševanje poteka po načelu kroga izboljšav PDCA (načrtuj, izdelaj, preveri, ukrepaj). Uvajanje sistema kakovosti je zahteven proces, pri katerem morajo sodelovati vsi zaposleni. Zavedati pa se moramo, da končno oceno kakovosti naših storitev oz. našega dela dajejo naši uporabniki storitev (pacienti, svojci) oz. plačniki storitev.

Pozitivni učinki ISO certificiranja in akreditacije v naši bolnišnici:

- Mednarodni standardi in akreditacije omogočajo objektivno ocenjevanje in mednarodno primerjavo med organizacijami/zavodi, ter imajo pozitiven učinek na poti stalnih izboljšav na področju kakovosti in varnosti;
- Pri izboljševanju procesov zdravstvene oskrbe je pomembno sodelovanje vseh zaposlenih;
- Dobro informiranost in sodelovanje med zaposlenimi je potrebno stalno vzdrževati;
- Številne delovne skupine v različnih dejavnostih imajo pomembno vlogo pri izboljševanju kakovosti;
- Definiranje kliničnih in podpornih procesov ter definiranje njihove medsebojne povezanosti in vplivov omogoča, da zaposleni spoznajo strukturo in delovanje celotne organizacije;
- Uvajanje skrbništva nad procesi omogoča nadzorovanje, merjenje in analiziranje delovanja identificiranih procesov, kar je pogoj za njihovo neprestano izboljševanje, ki se ga izvaja na osnovi kazalcev učinkovitosti in uspešnosti;
- Identificirani procesi so podprti z ustrezno dokumentacijo;
- Izboljšanje procesov dela, zmanjšanje nepreglednosti dokumentacije, odprava odvečne birokracije, poenotenje zdravstvene dokumentacije in procesov dela na bolniških oddelkih;
- Izboljšanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave pacientov;
- Zagotavljanje primerljive visoko kakovostne in varne zdravstvene obravnave vsem pacientom.

ZAKLJUČEK

Ob primerni uporabi standarda kakovosti ter certificiranja se doseže pozitivne učinke, ki pripomorejo k boljši organiziranosti, kjer so zaposleni zadovoljni in svojim odjemalcem nudijo kakovostne ter varne storitve.
Akreditacija ni končni cilj, ampak koristen okvir, znotraj katerega je potrebno kakovost in varnost neprestano vzdrževati in razvijati.

LITERATURA IN VIRI

Bureau Veritas, 2008. *Tečaj za presojevalce/vodilne presojevalce sistema vodenja kakovosti*. Priročnik. Ljubljana: Bureau veritas.

AACI, 2016. Available at: http://www.aacihealthcare.com [5.10.2016].

Piskar, F. & Dolinšek, S., 2006. *Učinki standarda kakovosti ISO: od managementa kakovosti do poslovnega modela*. Koper: Univerza na Primorskem Fakulteta za management

SISTEM UPRAVLJANJA S TVEGANJI V ZDRAVSTVENI OSKRBI

Tatjana Skoliber, mag. zdrav. soc. managementa
Psihiatrična bolnišnica Ormož
pbo.tajnistvo@siol.net

IZVLEČEK

Namen prispevka je prikazati sistem upravljanja s tveganji v Psihiatrični bolnišnici Ormož. Ker so spremembe edina stalnica sodobnega sveta, se le-tem prilagajamo. Edina možnost je obvladovanje tveganj in izvajanje procesa upravljanja s tveganji.
Proces upravljanja tveganj obsega ugotavljanje, merjenje oz. ocenjevanje, obvladovanje in spremljanje tveganj, vključno s poročanjem o tveganjih, ki jim je ali bi jim lahko bila bolnišnica izpostavljena pri svojem delovanju. Bolj natančno lahko opredelimo upravljanje s tveganji tudi tako, da opredelimo njegove glavne cilje, ki morajo biti vedno usklajeni s cilji ustanove kot celote.

UVOD

Tveganja ugotavljamo na začetku (ko se postopek upravljanja s tveganji izvaja prvič ali za nove naloge) oz. jih stalno spreminjamo, ker se tveganja, povezana s cilji bolnišnice, lahko spremenijo, prenehajo ali nastanejo nova. Prepoznana tveganja tako stalno spremljamo, saj le-ta niso statična.

Proces upravljanja s tveganji razdelimo na korake:

1. Organizacija **določi cilje**, ki jih želi s procesom upravljanja s tveganji doseči. Cilje je potrebno sproti prilagajati in spreminjati.
2. **Opredelitev tveganj** je verjetno najtežja naloga upravljanja s tveganji s pomembnimi posledicami za naslednje faze. Identifikacija tveganj je pomembna zlasti:

- ko je ustvarjeno novo tveganje, ki prej ni obstajalo,
- ko se spremeni stopnja določenega tveganja,
- ko se spremeni percepcija določenega tveganja ne glede na to, ali se je stopnja tveganja spremenila ali ne.

Ko v organizaciji odgovorni za tveganja opredelijo cilje, se v naslednjem koraku lotijo tveganj, ki lahko zastavljene cilje ogrozijo. Zato morajo prepoznati nevarnosti ter dejavnike, ki povečujejo njihovo verjetnost, ugotoviti kakšne so možnosti, da pride do uresničitve teh nevarnosti, ugotoviti možne posledice uresničitve nevarnosti. Identifikacija je najtežja, vendar brez dvoma najpomembnejša naloga v procesu upravljanja s tveganji. Naloga namreč zahteva natančno poznavanje celotnega procesa.

Prepoznavanje tveganja predstavlja verjetnost (ne)doseganja ciljev oz. nezaželene odmike od načrtovanih aktivnosti ali ciljev. Sprotno spremljanje in/ali predvidevanje nedoseganja ciljev je zato osnova za prepoznavanje tveganj(a) na vseh ravneh delovanja.

3. **Ocena tveganj** je tretji korak v procesu. Zanimajo nas predvsem:

- opredelitev verjetnosti, da škoda nastopi,

- opredelitev učinka škode na stanje organizacije,
- zmožnost vnaprejšnjega napovedovanja škod, ki bodo dejansko nastopile.

Tveganje ocenjujemo glede na **verjetnost**, da neko tveganje nastane, in **posledico,** ki jo ima pojav nekega tveganja za organizacijo.

Verjetnost najlaže opredelimo opisno:

a. **majhna = 1 (do dogodka verjetno ne bo prišlo),**
b. **srednja = 2 (dogodek lahko nastopi, čeprav do sedaj še ni),**
c. **dokaj velika = 3 (dogodek je že v preteklosti nastopil in lahko tudi v prihodnje),**
d. **zelo visoka = 4 (dogodek se redno pojavlja).**

Ocena/analiziranje tveganja je predpogoj za vzpostavitev jasnih ciljev tako na področju celotne bolnišnice, kot na posamičnih področjih. Za vsako področje se na osnovi njenih aktivnosti pregleda in oceni možna tveganja ter razvrsti v skupine, če izhajajo iz istega vira ali vodijo k istim posledicam.

Pri obravnavanju vpliva/resnosti posledic nastanka se pomembnost označuje tudi kot:

a. **Minimalna resnost posledic = 1 (majhna pomembnost),**
b. **Majhna resnost posledic = 2 (srednja pomembnost),**
c. **Zmerna resnost posledic = 3 (občutna pomembnost),**
d. **Velika resnost = 4 (zelo velika pomembnost),**

Verjetnost pojava	majhna verjetnost (1)	srednja verjetnost (2)	dokaj velika verjetnost (3)	zelo visoka verjetnost (4)
Resnost posledic/vpliv	minimalna (1)	majhna (2)	zmerna (3)	velika resnost (4)

Matrika registra tveganj

RESNOST POSLEDIC/VPLIVA		**VERJETNOST POJAVA**			
		Majhna (1)	**Srednja (2)**	**Dokaj velika (3)**	**Zelo visoka (4)**
	Minimalna (1)	Znosno (2)	Znosno (3)	Nezaželeno (4)	Nezaželeno (5)
	Majhna (2)	Znosno (3)	Nezaželeno (4)	Nezaželeno (5)	Nesprejemljivo (6)
	Zmerna (3)	Nezaželeno (4)	Nezaželeno (5)	Nesprejemljivo (6)	Nesprejemljivo (7)
	Velika (4)	Nezaželeno (5)	Nesprejemljivo (6)	Nesprejemljivo (7)	Nesprejemljivo (8)

Legenda:

Pomembnost tveganja:

- **1 = majhna,**
- **2 = srednja,**
- **3 = občutna,**
- **4 = velika.**

Pomembnost tveganja glede na:

- **VD = verjetnost dogodka,**
- **RP = resnost posledic,**
- **ST = skupna stopnja tveganja.**

Skupna stopnja tveganja lahko pomeni naslednje:

- Če je ocena ST = 2 in 3, je tveganje znosno in ga lahko v celoti prevzamemo brez dodatnih notranjih kontrol;
- Če je ocena ST = 4 in 5, je tveganje nezaželeno, ki ga lahko prevzamemo, a ga moramo motriti ter sproti preverjati delovanje notranjih kontrol in jih po potrebi nadgraditi;
- Če je ocena ST = 6, 7 ali 8, je tveganje nesprejemljivo, potrebo je delovati v smeri blažitve tveganj in obvladovanja tveganj.

4. **Vrednotenje tveganj** je naslednji korak. Tukaj ovrednotimo vpliv potencialnih izgub, predvsem z vidika pogostosti in resnosti škod, ki bi nastale zaradi določenega tveganja.
5. **Obravnava tveganj**: po identifikaciji, oceni in ovrednotenju tveganj sledi v procesu upravljanja s tveganji **izbira najbolj ustrezne metode** za obvladovanje tveganj v organizaciji.

Klasifikacije metod so različne, vendar v osnovi poznamo:

- **izogibanje tveganjem,**
- **zadržanje tveganj,**
- **nadzor nad tveganji.**

Na koncu ocenimo še **pravilnost odločitev.** Potrebno je oceniti rezultate upravljanja s tveganji in uvesti potrebne spremembe v organizaciji.
V Psihiatrični bolnišnici Ormož smo sprejeli proaktivni pristop k obvladovanju tveganja. Program obvladovanja tveganja, ki smo ga vzpostavili, se uporablja za prepoznavanje in zmanjševanje nepričakovanih in neželenih dogodkov ter drugih tveganj v zvezi z varnostjo pacientov, osebja ali drugih obiskovalcev v naši bolnišnici.

Formaliziran program obvladovanja tveganj v Psihiatrični bolnišnici Ormož (register tveganj) tako vključuje:

- Prepoznavanje tveganja;
- Določitev prednostnih tveganj;
- Poročanje o tveganju;
- Obvladovanje tveganja in zmanjšanje tveganj;
- Analizo neželenih dogodkov;
- Upravljanje s tem povezanimi zahtevki.

Pomemben element obvladovanja tveganj je analiza tveganj, kot je postopek ocenjevanja skorajšnjih nesreč in drugih tveganih postopkov, katerih neuspeh bi lahko pomenil opozorilni nevarni dogodek.
Psihiatrična bolnišnica Ormož ima sprejet dokument, ki vključuje:

- Vlogo in odgovornosti upravljanja s tveganji;
- Zahteve izobraževanja, povezanega z obvladovanjem tveganja in poročanjem o neželenih dogodkih;
- Postopke za ocenjevanje vseh tveganj;

- Postopek informiranja pacientov in njihovih svojcev o nepričakovanih neželenih dogodkih;
- Postopek za razvijanja načrtov ukrepov na področjih, kjer so ugotovljene nepravilnosti;
- Izvajanje ukrepov za zagotavljanje nenehnega upravljanja/izboljšav.

Nadzor in pregled procesa upravljanja s tveganji je ključnega pomena za učinkovit sistem upravljanja s tveganji, saj s tem poskrbimo, da so tveganja pravilno analizirana in ovrednotena ter da smo izbrali primerne metode obvladovanja. Notranja presoja je eno od orodij obvladovanja tveganj, ki predstavlja vgrajen proces, postopek ali ukrep, ki zmanjšuje določeno tveganje.

ZAKLJUČEK

Zaključimo lahko, da je upravljanje s tveganji proces, ki:
- se ga izvaja z ljudmi v organizaciji;
- se ga uporablja z oblikovanjem strategij v celotni organizaciji.

Temeljna pravila, ki so predpogoj za uspešno obvladovanje tveganj, so:
- Vse osebe, ki aktivno sodelujejo v sistemu upravljanja s tveganji v podjetju, morajo na svojem področju dela in odgovornosti poznati tveganja, ki obstajajo oz. se lahko pojavijo.
- Za omejevanje/odpravo tveganj morajo osebe, ki sodelujejo v sistemu upravljanja s tveganji, zagotoviti primerne »notranje kontrole« in jih smiselno vgraditi v poslovni proces, katerega vodijo.
- Načini izvajanja notranjih kontrol so npr. redno spremljanje poslovanja, spremljanje sprememb okolja, redno pregledovanje dnevnih poročil, pregledovanje dokumentov, primeren nadzor nad zaposlenimi, občasno preverjanje iste zadeve z več zornih kotov itd.
- Odgovorne osebe sistema upravljanja s tveganji stalno identificirajo in spremljajo posamezne vrste pomembnih tveganj, katerim je bolnišnica izpostavljena.

LITERATURA IN VIRI

Čuk, V., 2008. *Zasnova obvladovanja neželenih dogodkov v procesu zdravstvene nege v psihiatričnih bolnišnicah* [magistrsko delo]. Kranj: Univerza Maribor, Fakulteta za organizacijske vede.

IRM, 2002. *A risk management standard*. Available at: http://www.theirm.org/publications/documents/ARMS_2002_IRM.pdf. [12.4.2012].

Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika, 2005. Luksemburg. Available at: https://sb-izola.si/wp-content/uploads/2015/01/Luksembur-ka-deklaracija-o-varnosti-bolnikov.pdf. [5.10.2016]

Moeller, R., 2007. *COSO Enterprise risk management: Understanding the new intergrated ERM framework*. New Jersey: John Wiley & Sons, inc.

Smith, H., 2016. *Upravljanje s tveganji v zdravstvu, Register tveganj*. Ljubljana.

Skočir, M., 2008. *Teoretični motivi upravljanja s tveganji v podjetjih* [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.

Škrbec, J. & Pristavec, S., 2012. Načrt integritete oz. upravljanje s tveganji v javnem in zasebnem sektorju. *13. dnevi varstvoslovja, 7. in 8. junij 2012, Portorož*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede.

Zorec, M., 2011. Upravljanje s tveganji v skladu s standardi. *9. seminar SZZ v sodelovanju z ZZPS za zavarovalne posrednike in zavarovalne zastopnike*. Ljubljana: Gospodarska zbornica Ljubljana.

KAKOVOST IN VARNOST ZGRAJENA NA DOKAZIH PODPRTIH Z RAZISKAVAMI – primer

Matejka Pintar Babič, dipl. m. s., univ. dipl. org.
Irena Us, dipl. m. s., univ. dipl. org.
mag. Branko Bregar, dipl. zn.
Aljoša Lipovec, dipl. m. s.
Univerzitetna Psihiatrična klinika Ljubljana
Irena.us@psih-klinika.si

IZVLEČEK

Teoretična izhodišča: Zagotavljanje varnosti pacientov in osebja predstavlja prednostno nalogo zaposlenih v psihiatričnih bolnišnicah. Uporaba ocenjevalnih lestvic za oceno nasilnega vedenja je priporočena. Namen prispevka je prikazati uporabnost ocenjevalne lestvice BVC (Brøset lestvica nasilnega vedenja) za zagotavljanje varnosti pacientov in zaposlenih v zdravstveni negi.
Metoda: Raziskava temelji na kvantitativni neeksperimentalni metodi z opravljeno retrospektivno analizo kazalnika kakovosti »Zahtevnost sprejema v UPK Ljubljana«. Vzorec je vključeval 3060 evidentiranih sprejemov, kar predstavlja 76% vseh sprejemov. Podatki so bili obdelani s pomočjo korelacijske analize, analize variance - ANOVA, Hi kvadrat poizkusa in Kendall testa.
Rezultati: Pri sprejemu pacienta z duševno motnjo, ki ima BVC oceno 3-4 je bilo ugotovljeno, da se potrebuje dodatna pomoč najmanj dveh medicinskih sester ($p<0,05$). Pri BVC oceni 5 – 7 se potrebuje tudi dodatno pomoč policije ($r = -0,496$; $p < 0,000$).
Razprava: Na osnovi ocene BVC se zanesljivo potrdi vrsta intervencije za zagotavljanje varnosti pacientov in zaposlenih. Rezultati so lahko podlaga za izboljševanje intervencij zdravstvene nege ob sprejemu pacientov z duševno motnjo, kakor tudi pomoč pri organizaciji in načrtovanju kadra. Uporaba lestvice BVC se priporoča za nadaljnjo uporabo.
Ključne besede: duševna motnja, sprejem, zdravstvena nega, nasilje

UVOD

Razlogi za sprejem v Univerzitetno psihiatrično kliniko Ljubljana (v nadaljevanju UPK Ljubljana) so najpogosteje akutna stanja, poslabšanje duševne motnje ali krizna stanja. Na splošno je zelo dobro raziskano, da se zaposleni na akutnih psihiatričnih oddelkih pogosto srečujejo z nasiljem pacientom in posledično tudi z različnimi prisilnimi ukrepi (Shakya, et al., 2008; Novak Grubič, 2010; Knutzen, et al., 2013). Nasilje oz. agresivnost ima številne definicije. V ožjem psihopatološkem smislu nasilje vključuje namerno in brezbrižno poškodovanje ali uničenje samega sebe, drugih ali predmetov ter je združena z negativnimi čustvi kot so jeza, strah, obup, bes in sovražnost (Kores Plesničar, 2006). Najbolj rizična skupina pacientov v kontekstu nasilnosti so: moški spol, starost, samski stan, socialna izolacija, zloraba alkohola in predhodni poskusi samomora (Kores Plesničar & Kordič Lasič, 2004). Nasilno vedenje pacienta v psihiatrični zdravstveni negi obravnavamo kot urgentno stanje, ki od negovalnega tima zahteva visoko strokovno znanje, ki temelji na izkušnjah iz klinične prakse in usklajenem ter pravočasnem delovanju v smeri preprečevanja oziroma zmanjševanja nasilnega vedenja in njegovih posledic (Lapanja, 2012). Cowman in Bowers (2008) opozarjata, da problem nasilja v psihiatričnih ustanovah ne smemo podcenjevati, saj posledice najbolj občuti osebje. Nasilje nad osebjem zdravstvene nege je pogosto in lahko

privede do negativnega vpliva na kakovost zdravstvene obravnave (Clark, et al., 2010). Nasilni dogodki pogosto rezultirajo v resnih posledicah tako za paciente kot za zdravstveno osebje, zato je učinkovito obvladovanje nasilja pomembno. Zdravstvena ustanova naj ima zato izdelane protokole in politiko za preprečevanje in obvladovanje nasilnega vedenja (Robida, 2004).

BVC – Broset lestvica nasilnega vedenja (Broset Violence Checklist)

Predvidevanje potencialne nasilne situacije že dolgo predstavlja izziv za zdravstvene delavce na področju duševnega zdravja. V UPK Ljubljana smo leta 2012 pričeli uporabljati eno izmed strukturiranih orodij za napoved nasilnega vedenja in sicer ocenjevalno lestvico BVC. Objavila sta jo Almvik in Woods (1999). Temelji na oceni najbolj pogostih vzorcev vedenja pred nasilnimi dogodki. Uporablja se ob sprejemu pacienta ali kasneje (na oddelku). Izpolnjuje jo oseba, ki je del zdravstvenega tima in je poučena o načinu izpolnjevanja (Abderhalden, 2008). Izkušnje iz klinične prakse kažejo, da ima ocena BVC največji pomen pri napovedi tveganja za nastop nasilnega vedenja v prvih 24 urah (Almvik, et al., 2000). Namen uvedbe BVC lestvice je bil ponuditi osebju orodje, ki pomaga predvideti potencialno nevarnost za razvoj nasilnega vedenja pri že poznanih pacientih ali pri tistih, ki so prvič sprejeti v obravnavo (Clarke, et al., 2010). Iz analiz lestvice lahko razberemo, kako se nasilno vedenje pri posamezniku spreminja v pojavni obliki in intenziteti (Gabrovec, 2014). Ugotovljeno je bilo, da je njena uporaba učinkovito orodje za hitro napoved nasilnega vedenja, kar daje zdravstvenemu osebju možnosti za pravočasno ukrepanje. Posledično to zmanjšuje možnost pojava neželenega dogodka (Abderhalden, 2008). Lestvica je enostavna za uporabo in omogoča poenoteno oceno situacije in s tem lažjo komunikacijo o pacientu med osebjem, izmenami in ustanovami (Almivik & Woods, 1999; Almvik, 2008).

Namen raziskave je bil ugotoviti uporabnost BVC lestvice s ciljem, da zagotovimo varnost zdravstvenega osebja in varno zdravstveno obravnavo pacientov z napovedanim nasilnim vedenjem. Zastavili smo si naslednji raziskovalni vprašanji:

1. Ali vrednosti BVC lestvice napovedujejo potrebo po dodatni pomoči zdravstvenega osebja?
2. Ali pri BVC oceni 5 -7 rabimo pri sprejemu pacienta z duševno motnjo tudi dodatno pomoč policije?

METODE

Raziskava je imela kvantitativni neeksperimentalni značaj.

Opis vzorca

Vzorec je vključeval vse sprejete paciente v letu 2014 (n = 4026). Realizacija vzorca je bila 3060 (76 %) evidentiranih sprejemov v Centru za klinično psihiatrijo (v nadaljevanju CKP), ki je ena izmed organizacijskih enot Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana.

Opis instrumenta

Za namen raziskave smo izdelali tabelo 1 in 2, kjer smo zapisovali podatke o sprejetih pacientih na podlagi pregledane sprejemne dokumentacije pri vseh 3060 evidentiranih sprejemov.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Opravljena je bila analiza internega kazalnika kakovosti »Zahtevnost sprejema v UPK Ljubljana«, kamor vpisujemo naslednje podatke ob sprejemu pacientov:pacient, brez znakov za nasilno vedenje, besedno nasilje, telesno nasilje, ocena BVC, pomoč s strani drugih oseb (št. oseb), pomoč policije, prisilni ukrep, zaznan incident, poškodba zaposlenih. Podatke so beležile sprejemne in dežurne diplomirane medicinske sestre v CKP v UPK Ljubljana. Od 1. 1. 2014 do 31. 12. 2014 je bilo v kazalnik evidentiranih 3060 sprejemov. Podatke smo vstavili v tabele za statistično analizo. Opravili smo naslednej statistične teste: opisna statistika (n, %), Pearsonov korelacijski koeficient, ANOVA in Kendallov test. Pri tem smo upoštevali stitično značilne rezultate pri $p < 0,05$.

REZULTATI

V Tabeli 1 so prikazani splošni podatki internega kazalnika »Zahtevnost sprejema v UPK Ljubljana« v letu 2014. V Tabeli 2 so prikazani razporejeni pacienti po vrednostih BVC lestvice, ki so bili ocenjeni ob sprejemu. V letu 2014 je bilo ob sprejemu s strani pacientov po oceni medicinskih sester (zavedeno v »Zahtevnost sprejema v UPK Ljubljana«) izkazanega največ »besednega nasilja« (n = 148) in manj »telesnega nasilja« (n = 42). Pri tem se je zdravstveno osebje zadolženo za sprejem največ posluževalo »pomoči s strani zdravstvenega osebja z oddelka« (n = 409). ostale podatke glej v tabeli 1.

Tabela 1. Ocena zahtevnosti sprejema

Kriteriji za oceno zahtevnosti sprejema	**n**
Besedno nasilje	148
Telesno nasilje	42
Brez znakov za nasilno vedenje	2870
Pomoč s strani zdravstvenega osebja iz oddelka	409
Pomoč policije	242
Incident ob sprejemu	12
Posebni varovalni ukrep	90
Telesna poškodba zaposlenih	3

Legenda: n = število pacientov

Ob sprejemu je bilo največ pacientov (n = 104, 3,4%) ocenjenih z vrednostjo 1, kar pomeni, da je tveganje za nasilno vedenje povečano – potrebni so preventivni ukrepi, sledijo pacienti (n = 92, 3 %) z oceno 2, pacienti (n = 80, 2,8 %) ter ostali v tabeli 2.

Tabela 2. Ocena BVC

Ocena BVC	**n / %**
0	2671 / 87,2
1	104 / 3,4
2	92 / 3
3	80 / 2,8
4	41 /1,3
5	40 / 1,3
6	16 / 0,5
7	16 / 0,5

Legenda: n = število pacientov; % = odstotni delež; BVC 1–2 = Tveganje za agresivno vedenje je povečano. Potrebni so preventivni ukrepi; BVC ≥ 3 = Tveganje za nasilno vedenje

je zelo visoko. Potrebni so preventivni ukrepi in individualni načrt za obvladovanje potencialnega nasilnega vedenja.

Iz tabele 3 je razvidno, da med spremenljivkama (BVC in številom pomoči s strani drugih oseb) obstaja zelo visoka povezanost (r = 0,938**, p=0,000). Ta povezanost je pozitivna, kar pomeni, da z naraščanjem ene spremenljivke narašča tudi druga spremenljivka (oziroma z zmanjševanjem vrednosti ene spremenljivke se zmanjšuje tudi vrednost druge spremenljivke), ali povedano drugače, z naraščanjem nasilnega vedenja narašča tudi število pomoči s strani drugih oseb in obratno. Ugotavljamo, da lahko na osnovi BVC ocene zanesljivo predvidimo število pomoči s strani drugih oseb.

Tabela 3: Povezanost BVC vrednosti s kazalnikom Pomoč s strani osebja oddelka

		Pomoč s strani drugih oseb (št. oseb)
BVC (Brøset lestvica nasilnega vedenja)	Pearsonov koeficient korelacije	**0,938****
	p	0,000
	N	3034

Legenda: p < 0,05

BVC (Brøset lestvica nasilnega vedenja) oceno smo v nadaljevanju razdelili v tri skupine glede na število pomoči s strani drugih oseb, in sicer:

- prva skupina: 0 do 2;
- druga skupina: 3 do 4;
- tretja skupina: 5 do 7.

Sledila je izvedba ANOVE testa, s katero smo ugotavljali statistično značilne razlike med ustvarjenimi skupinami. Analiza je pokazala (p=0,000), da med skupinami obstajajo statistično značilne razlike (p<0,05). V drugi skupini sta v povprečju pomagali dve osebi.

Ugotovitev

Z izvedbo korelacijske analize in analize variance- ANOVA predvidevamo, da pri BVC oceni 3-4 pri sprejemu pacienta z duševno motnjo potrebujemo dodatno pomoč s strani dveh oseb.

S pomočjo »Hi kvadrat« poizkusa smo preizkusili ali obstaja povezanost med kazalnikom »pomoč policije« in ocenjeno vrednostjo BVC lestvice. Na osnovi Personovega Hi kvadrata (p=0,000) ugotavljamo, da med posameznimi skupinami glede na ocene BVC in odgovori glede pomoči policije obstajajo statistično značilne razlike – tabela 4.

Tabela 4: Povezanost med kazalnikom »pomoč policije« in ocenjeno vrednostjo BVC lestvice

		3 kategorije ocene BVC			
		BVC od 0 do 2	BVC od 3 do 4	BVC od 5 do 7	Skupaj
Pomoč policije	DA	126	67	**57**	250
	NE	2704	70	21	2795
Skupaj		2830	137	78	3045

V nadaljevanju smo izvedli Kendall test, s katerim smo ugotavljali smer in moč povezave Povezanost je srednje močna in negativna (r = -0,496; p < 0,000), kar pomeni, da za velik del pacientov z duševno motnjo velja, večja ko je ocena BVC večja je možnost potrebe po pomoči policije.

Ugotovitev

Z izvedbo »Hi kvadrat« poizkusa in Kendall test predvidevamo, da pri BVC oceni 5 -7 pri sprejemu pacienta z duševno motnjo potrebujemo dodatno pomoč policije.

RAZPRAVA

Zagotavljanje varnosti pacienta in osebja predstavlja najpomembnejšo intervencijo psihiatrične zdravstvene nege. Jansen in sodelavci (2005) ugotavljajo, da je nasilje ob sprejemih pacientov z duševno motnjo usmerjeno na zdravstvene delavce tako pogosto, da so nekateri zaposleni mnenja, da je to "del njihovega dela". Za uspešno preprečevanje nasilnega vedenja v psihiatrični zdravstveni negi je pomembno poznavanje vseh dejavnikov tveganja in okoliščin, ki povečujejo nevarnost za nastop agresivnega vedenja, pri tem ima pomembno vlogo uporaba lestvic za oceno tveganja za nasilno vedenje. Pomembno je, da so ocenjevalne lestvice enostavne za uporabo, da za njihovo izpolnjevanje potrebujemo malo časa in imajo dobro napovedno vrednost. V literaturi najdemo navedbe, da kombinacija opisa agresivnega vedenja glede na vrsto in intenziteto v kombinaciji z numeričnim faktorjem (BVC ocena) v dosedanji klinični praksi kaže vzpodbudne rezultate. V UPK Ljubljana število poročil o neželenem dogodku in število izpolnjenih lestvic BVC kaže, da se z uporabo lestvice preprečuje eskalacija agresivnega vedenja in s tem tudi število neželenih dogodkov. Njeno uporabnost vidimo tudi z vidika načrtovanja in organizacije kadra, kar potrjuje raziskava. Ugotavljamo, da lahko na osnovi BVC ocene zanesljivo predvidimo število pomoči s strani drugih oseb. Pri BVC oceni 3-4 ob sprejemu pacienta z duševno motnjo potrebujemo dodatno pomoč s strani dveh oseb. Pri BVC oceni 5 -7 pa ob sprejemu pacienta z duševno motnjo zraven dodatnega osebja potrebujemo tudi dodatno pomoč policije. Pri zelo velikem deležu pacientov, z naraščanjem BVC ocene narašča tudi število PVU, potreba po dodatni pomoči policije ter bo hkrati zaznano večje nasilje pacientov. Medtem, ko bo pri zelo majhnem deležu pacientov možno na osnovi BVC ocene predvideti število izrednih dogodkov, poškodb zaposlenih in incidentov. Dejstvo je, da verbalno in fizično nasilje pacientov in tudi njihovih svojcev, usmerjeno v zdravstveno osebje, povsod po svetu narašča, kar ugotavljata tudi Kores Plesničar in Kordič Lasič (2004) trdita, da so razlogi za to različni. Pogosto so odvisni od specifičnosti določene populacije, medtem ko so posledice nasilja povsod enake, zato bi bilo v Sloveniji potrebno tem problemom posvetiti več pozornosti in na osnovi zbranih podatkov o nasilnih dogodkih nad zdravstvenim osebjem pripraviti priporočila za prepoznavanje, obvladovanje in preprečevanje nasilnih dogodkov v zdravstvenih ustanovah.

ZAKLJUČEK

BVC lestvica predstavlja eno izmed koristnih orodij s katerim lahko predvidevamo pojav nasilnega vedenja pacientov z duševno motnjo in s tem vplivamo na kakovost in varnost zdravstvene obravnave.

LITERATURA IN VIRI

Abderhalden, C., 2008. The systematic assessment of the short-term risk for patient violence on acute psychiatric wards. *British Journal of Psychiatry*, 193(1), pp. 91-103.

Almvik, R. & Woods, P., 1999. Predicting inpatient violence using the Broset Violence Checklist (BVC*). Internacional Journal of Psychiatric Nursing Research*, 4(3), pp. 498-505.

Almvik, R. & Woods, P. & Rasmussen, K., 2000. The Brøset Violence Checklist: Sensitivity, Specificity, and Interrater Reliability. *Journal of Interpersional Violence*., 15(12), pp. 1284-1296.

Almvik, R., 2008. Assessing the Risk of Violence:Development and Validation of the Brøset Violence Checklist, Trondheim.

Clarke, D. & Brown, A. & Griffith, P., 2010. The Broset Violance Checklist;clinical utility in a secure psychiatric intensive care setting, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, pp. 614–620.

Cowman, S. & Bowers, L., 2008. Safety and security in acute admission psychiatric wards in Ireland and London: a comparative study. *Journal of Clinical Nursing*, 18, pp. 1346–1353.

Devetak, G. & Novak, R., 2012. Tržna podoba slovenskih gazel. *Management*, 7(3), pp. 191-204.

Gabrovec, S., 2014. *Organizacijski model zagotavljanja varnosti in kakovosti pri obravnavi psihiatričnega bolnika z vidika različnih deležnikov* [doktorska disertacija]. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede

Kores Plesničar, B. & Kordič Lasič, J., 2004. Urgentna stanja v psihiatriji. Nasilje bolnikov in njihovih svojcev v zdravstvenih ustanovah., *Zdravstveni vestnik*, 43(3), pp. 179-83.

Kores Plesničar, B., 2006. Pomen agresije v zdravstvenih ustanovah. In: V. Čuk, ed. *Raziskovanje, izobraževanje in razvoj v psihiatrični zdravstveni negi*. Maribor, 26. oktober 2006. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, p. 27.

Knutzen, M., Bjørkly, S., Eidhammer, G., Lorentzen, S., Helen Mjøsund, N., Opjordsmoen, S., et al., 2013. Mechanical and pharmacological restraints in acute psychiatric wards--why and how are they used? *Psychiatry research*, 209(1), pp. 91–97.

Lapanja, A., 2012. Uporabnost ocenjevalnih lestvic za agresivno vedenje. In: Bregar. B. ed. *Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi*: zbornik predavanj. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 33-38.

Novak Grubič, V., 2010. Problematika duševnega zdravja na sekundarni in terciarni ravni. *Zdravstveni Vestnik*, 75, pp. 48-53.

Needham, I., Abderhalden, C., Meer, R., Dassen, T., Haug, H.J., Halfens, R.J., et al., 2004. The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient settings: report on a pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(5), pp. 595–601.

Shakya, D., Shyangwa, P. & Shakya, R., 2008. Psychiatricemergencies in a tertiary care hospital. *JNMA Journal of Nepal Medical Association*, 47, pp. 28-33.

Stenhouse, R.C., 2013. Safe enough in here?': patients' expectations and experiences of feeling safe in an acute psychiatric inpatient ward. *Journal of Clinical Nursing*, 22(21-22), pp. 3109–3119.

Robida, A., 2004. Opozorilni nevarni dogodki. *Zdravstveni vestnik*,73, pp. 681–687.

Tavčar, R., Dernovšek, M.Z. & Novak Grubič, V., 2005. Use of coercive measures in a psychiatric intensive care unit in Slovenia. *Psychiatic Services*, 56, pp. 491–492.

SMERNICE PREPREČEVANJA BOLNIŠNIČNIH OKUŽB

Višnja Munđer, dr. med., spec. psih
Psihiatrična bolnišnica Ormož
visnjaol@yahoo.com

IZVLEČEK

Psihiatrične paciente se zelo lahko kolonizira z večkrat odpornimi povzročitelji zaradi tesnih medsebojnih stikov in pomanjkljivih higienskih navad. Zaradi narave osnovne psihične motnje (akutna psihoza, delirij, demenca itn.) in posledične nekooperabilnosti je zelo težko izvajati izolacijske ukrepe in je potrebno sprejeti posebno prilagojeni sistem nadzora izolacije v psihiatričnih ustanovah obenem ohraniti dostojanstvo pacientov. V naši bolnišnici smo sprejeli Program za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb, ki obsega epidemiološko spremljanje, izvajanje vseh diagnostičnih, terapevtskih, negovalnih in ostalih postopkov, izvajanje sterilizacije, dezinfekcije, čiščenja in rokovanja z odpadki, ravnanje z bolniki, zdravstvenimi delavci in sodelavci z okužbami, program zaščite zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev na delovnih mestih ter program usposabljanja zdravstvenih delavcev in sodelavcev v PB Ormož.

Ključne besede: kolonizacija, odporni mikroorganizmi, izolacija

SUMMARY

Psychiatric patients have a lot of tight mutual contacts and very poor hygiene habits that facilitate the colonization of multiple resistant pathogens due to the underlying diseases (acute psychosis, delirium, dementia etc.). Because of the poor compliance and difficulty of implementing appropriate isolation precautions, it is necessary to introduce the system of supervision of isolation in psychiatric institutions to preserve simultaneously the dignity of patients. In our hospital we introduced Program for preventing and coping with hospital infections, which prescribes: epidemic monitoring, conducting of all diagnostic, therapeutic, and caring procedures, sterilization, disinfection, cleaning, handling of waste, handling of infected patients or staff, program for protection of health workers in their working space, and program of education for health workers about hospital infections.

Keywords: facilitated colonization, resistant pathogens, isolation precautions

UVOD

Nekoč so v psihiatričnih bolnišnicah bili zelo slabi higienski pogoji, ker je šlo za ustanove z večinoma kroničnimi posteljami, kjer so bolniki bivali v velikih skupnih prostorih. Pogosto ni bilo razmaka med posteljami niti zadostnega števila kadra niti opreme. Poleg tega so to po navadi bile trajne namestitve (ker učinkovitega zdravljenja ni bilo) v starih gradovih, ki so bili vlažni, brez urejenih stranišč in kopalnic, brez nadzora nad distribucijo hrane in nad odstranjevanjem odpadkov, brez tekoče vode in z velikim številom »vektorjev« (npr. podgane, miši, žuželke itn.). Ti bolniki so vedno bili zaznamovani kot neozdravljivi, nevarni za okolico in se jih je na ta način lokalna skupnost hotela znebiti. Splošna smrtnost teh bolnikov je bila zelo visoka, najbrž ravno zaradi nalezljivih bolezni.

Slika 1: F. Goya: Casa de locos, ilustracija bivanja psihiatričnih bolnikov v kroničnih ustanovah v preteklosti

Današnji higienski in bivalni pogoji in standardi v psihiatričnih ustanovah sledijo sodobnim trendom in se prav v ničemer več ne razlikujejo od standardov ostalih zdravstvenih ustanov; torej v vseh psihiatričnih bolnišnicah so sprejeti tudi ukrepi preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb, upoštevajoč smernice NAKOBO (Nacionalna komisija za obvladovanje okužb), ki sicer veljajo za vse zdravstvene ustanove v RS (Republiki Sloveniji) in izhajajo iz veljavne zakonodaje.

Slika 2 Sodobna psihiatrična ustanova - hodnik odprtega ženskega oddelka PB Ormož

Zakon o nalezljivih bolezni (Uradni list RS št 33/2006) je predvidel za vse slovenske bolnišnice Pravilnik o pogojih za pripravo in izvajanje programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb, ki predpisuje minimalne strokovne, organizacijske in tehnične pogoje za izvajanje bolnišnične higiene. Program pripravlja strokovni vodja oz. direktor, t. j. odgovorna oseba.

Bolnišnične infekcije so definirane kot okužbe, ki nastanejo v zvezi z izpostavljenostjo bolnika pri postopkih diagnostike, zdravljenja, zdravstvene nege, rehabilitacije ali pri drugih postopkih v zdravstveni dejavnosti. Bolnik ne sme biti ob sprejemu v zdravstveno obravnavo v inkubaciji te bolezni (običajno se šteje kot hospitalna infekcija tista, ki se razvije v 48 urah

od sprejema v bolnišnico), kot hospitalno infekcijo pa se šteje vsako bolezen, ki se pojavi do mesec dni po odpustu iz bolnišnice (izjema ortopedski posegi, npr. vsadki) celo do šest mesecev ali enega leta po hospitalizaciji.

Letno v EU umre približno 37 000 bolnikov zaradi hospitalne infekcije, torej pri enem od dvajsetih bolnikov nastopi smrt zaradi bolnišnične okužbe.
V naši bolnišnici deluje Komisija za obvladovanje in preprečevanje bolnišničnih infekcij (KOBO), ki jo sestavljajo: zdravnik (ZOBO), medicinska sestra (SOBO) (oba morata opraviti specialni tečaj iz bolnišnične higiene, ki ga organizira Medicinska fakulteta v Ljubljani), strokovni vodja, glavna med. sestra, klinični farmacevt in zunanji svetovalci, in sicer spec. epidemiolog in spec. mikrobiolog.

KOBO se sestaja običajno do štirikrat letno (po potrebi več), ob tem pripravlja detajlne zapisnikov, v katerih mora zabeležiti poročila s prehodnega sestanka in določiti naloge za naslednje obdobje, in sicer za vsakega posameznega člana z natančnim rokom za izvršitev teh nalog. Prav tako ob koncu leta KOBO mora pripraviti letno poročilo in letni načrt za naslednje leto.

KOBO je pripravil Program obvladovanja in preprečevanje bolnišničnih okužb PB Ormož (POBO), ki obsega:

a) Epidemiološko spremljanje bolnišničnih okužb
Sprejeli smo klinične poti za zgodnje razkrivanje nosilcev MRSA, ESBL, VRE, CRE in CPE ob sprejemu in na oddelku, če je bolnik bil med zdravljenjem več kot tri dni izpostavljen mogočemu prenosu VOB (večkratno odporne bakterije). Dežurni ali lečeči oddelčni zdravnik izpolni obrazec in bolniku se odvzame nadzorne kužnine. Ko se odkrije nov vir okužbe nosilstvo, imamo poseben obrazec, katerega izpolni vodja zdravstvene nege posameznega oddelka in ga posreduje SOBO. Vse podatke zbirata SOBO in ZOBO ter o njih poročata v letnem poročilu na koncu leta.

ZOBO izpolni prijavo v pristojni Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano pojav vseh po zakonu obvezno prijavljivih nalezljivih bolezni. ZOBO je izdelala smernice za zdravnike, ki mu morajo posredovati podatke o pojavu nalezljivih bolezni pri svojih bolnikih. S tem namenom smo izdelali klinične poti za ugotavljanje epidemije črevesnih in respiratornih infekcij. POBO vsebuje posebne organizacijske predpise, ki veljajo za našo bolnišnico, in sicer:

- ukrepi proti širjenju gripe v bolnišnici in načrt ukrepov v primeru epidemije gripe v PB Ormož,
- ukrepi pri pojavu uši,
- ukrepi pri pojavu sraba ali garij,
- ukrepi pri pojavu pacienta z VRE,
- ukrepi pri širjenju črevesnih bolezni ter načrt za preprečevanje širjenja okužbe s CD (Clostridium difficile) in načrt za ukrepanje pri izbruhu diareje, povzročene z NORO virusi,
- načrt preprečevanja razmnoževanja legionel v internem vodovodnem omrežju PB Ormož,
- preudarna raba protimikrobnih zdravil:

1. klinična pot za predpisovanje protimikrobnih zdravil (klinični farmacevt preverja in svetuje izbiro in ustreznost predpisanega antibiotika);
2. ZOBO je izdelal smernice za predpisovanje protimikrobnih zdravil s strani zdravnikov za posamezne nalezljive bolezni v PB Ormož.

b) Izvajanje vseh diagnostičnih, terapevtskih, negovalnih in ostalih postopkov
Standardi za izvajanje higiene rok (umivanje in razkuževanje), uporabo sterilnega materiala za enkratno uporabo ter uporabo ustrezne zaščitne opreme za osebje in bolnika.

c) Izvajanje sterilizacije, dezinfekcije, čiščenja in rokovanja z odpadki
- standard za razvrščanje, prevoz in deponiranje bolnišničnega perila,
- standard vzdrževanja, čiščenja in razkuževanja prostorov, površin, opreme in pripomočkov (nadzor čiščenja z uporabo »Glow checka«).

d) Ravnanje z okuženimi bolniki, zdravstvenimi delavci in sodelavci
Organizacijski predpis »Vrste izolacijskih ukrepov – kapljična in kontaktna izolacija bolnikov.« KOBO je izdelala poseben algoritem izolacije za različne vrste nalezljivih bolezni ali kolonizacije z VOB (večkrat odporne bakterije), ki je dostopen tako v sprejemni ambulanti kot na vseh oddelkih PB Ormož.

Slika 3 Soba za izolacijo kužnega pacienta v PB Ormož

KOBO je izdelala načrt začasne odstranitve zdravstvenih delavcev in sodelavcev z delovnega mesta v primeru nalezljivih bolezni. KOBO je izdelala oceno tveganja za bolnišnične okužbe v PB Ormož.

e) Program zaščite zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev na delovnih mestih
- Redna izobraževanja o pravilni uporabi zaščitne opreme in sredstev pri delu,
- program cepljenja zaposlenih v PB Ormož proti hepatitisu B in sezonski gripi,
- algoritem o incidentu pri delu z možnostjo okužbe – poseben formular za preverjanje titra protiteles za hepatitis B,C in HIV pri zaposlenem in bolniku.

f) Program usposabljanja zdravstvenih delavcev in sodelavcev v PB Ormož
- Predavanja za zdravnike (običajno ZOBO ali zunanji predavatelji, npr. mehanizmi in spremljanje odpornosti VOM, MRSA, higiena rok za zdravnike z uporabo Didactoboxa),
- predavanje za drugi zdravstveni in nezdravstveni kader – običajno SOBO ali zunanji predavatelji (higiena rok, uporaba zaščitne opreme, čistilna sredstva itn.),
- opazovanje higiene rok – SOBO in glavna med. sestra,

- zloženke, ki jih je izdelala KOBO, in sicer: »Preprečujmo okužbe«, »Preprečujmo prehladna obolenja«, »Umivanje rok«, »Razkuževanje rok«, »Vaših 5 trenutkov za higieno rok« itn.
- Specifike pri izvajanju ukrepov izolacije psihiatričnih bolnikov
- Pri izvajanju ukrepov izolacije psihiatričnih bolnikov smo zaznali nekatere specifike.
- Zaradi osnovne psihiatrične bolezni so pacienti nedovzetni za osebno higieno. Višje je tveganje za okužbe kože, sečil in prebavil, prisotni so tudi dentalni problemi. Večje je tveganje za krvne okužbe pri odvisnikih od PAS.
- Zaradi slabe komunikacije se ne zazna pravočasno okužbe, bolniki skrivajo ali spregledajo simptome bolezni.
- Osamitve bolnika se ne more izvajati na ustrezen način, ker so bolniki depresivni, socialno izolirani ali anksiozno-paranoidni, imajo občutek krivde. Okužba ali nosilstvo povzročitelja nalezljive bolezni jih lahko dodatno zaznamuje.
- Zaradi psihične bolezni so bolniki psihomotorno aktivni, agitirani, zato je težko nadzorovati higieno rok, pogosto so v stikih s sobolniki.
- Psihiatrični pacienti zahtevajo pri izolaciji zelo personaliziran pristop, posebej individualni nadzor izvajanja higiene rok in osebne higiene ter nadzor gibanja bolnikov na oddelku ter preprečevanje stikov s sobolniki.

ZAKLJUČEK

Postopki za obvladovanje in preprečevanje bolnišničnih okužb morajo biti samoumevni del vsakdanjega terapevtskega in negovalnega dela, ne da bi se ga bolniki sploh zavedali. Seveda pa je pri vseh tistih opravilih in postopkih, ki so posebni in odstopajo od vsakodnevnega dela, treba bolnikom zelo jasno povedati, zakaj jih izvajamo, ker moramo bolnika kljub spremenjenemu zaznavanju sebe in okolice upoštevati kot partnerja. Pri obvladovanju in preprečevanju okužb v psihiatričnih ustanovah moramo tako morda bolj kot drugje biti previdni in spoštljivi do osebnosti psihiatričnega bolnika, kljub temu pa optimalno izvajati priznane in sprejete doktrine pri vseh postopkih, pomembnih za preprečevanje okužb. Primeren pristop osebja oz. prava mera besedne in nebesedne komunikacije ter topla človeška beseda oz. emocionalno-psihološka podpora omogočajo bolj ustrezno izvajanje higiene in POBO v psihiatričnih bolnišnicah.

LITERATURA IN VIRI

Garner, J.S., 1996. Guideline for isolation precautions in hospitals. Part I. Evolution of isolation practices, Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. *American journal of infection control*, 24(1), pp. 24–31.

Iva Balkovec, 2006. Obvladovanje in preprečevanje bolnišničnih okužb v psihiatričnih ustanovah. In: Čuk, V. ed. *Obvladovanje in preprečevanje bolnišničnih okužb v psihiatričnih bolnišnicah*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 33–35.

Johnston, C.P., Qiu, H., Ticehurst, J.R., Dickson, C., Rosenbaum, P., Lawson, P., et al., 2007. Outbreak Management and Implications of a Nosocomial Norovirus Outbreak. *Clinical infectious diseases*, 45(5), pp. 534–540.

POBO PB Ormož [interno gradivo], 2013.

Zakon o nalezljivih boleznih (ZNB), 2006. Uradni list Republike Slovenije št. 33.

Za kvalitetno izvedbo strokovnega srečanja se zahvaljujemo:

Lundbeck-Pharma Svetovalno Podjetje D.O.O.

Pliva Ljubljana, Farmacevtska industrija d.o.o., Ljubljana

Eli Lilly Farmacevtska družba, družba za farmacevtski marketing, Ljubljana

Krka, tovarna zdravil, d. d., Novo mesto

Zavarovalnica Triglav, d.d.

SKRAJŠAN POVZETEK GLAVNIH ZNAČILNOSTI ZDRAVILA:

IME ZDRAVILA: Loquen SR 50 mg tablete s podaljšanim sproščanjem, Loquen SR 150 mg tablete s podaljšanim sproščanjem, Loquen SR 200 mg tablete s podaljšanim sproščanjem, Loquen SR 300 mg tablete s podaljšanim sproščanjem, Loquen SR 400 mg tablete s podaljšanim sproščanjem **TERAPEVTSKE INDIKACIJE:** Kvetiapin je indiciran za: zdravljenje shizofrenije; zdravljenje bipolarne motnje: za zdravljenje zmernih do hudih epizod manije pri bipolarni motnji, za zdravljenje epizod velike depresije pri bipolarni motnji, za preprečevanje ponavljanja epizod manije ali depresije pri bolnikih z bipolarno motnjo, ki so se predhodno odzvali na zdravljenje s kvetiapinom; dodatno zdravljenje epizod velike depresije pri bolnikih s veliko depresivno motnjo (MDD – Major Depressive Disorder), ki se niso najbolje odzvali na monoterapijo z antidepresivi. Pred uvedbo zdravljenja mora zdravnik preveriti varnostni profil kvetiapina. **ODMERJANJE IN NAČIN UPORABE**: Za vsako indikacijo obstajajo različne sheme odmerjanja. Zato je treba zagotoviti, da bolniki dobijo jasne informacije o ustreznem odmerjanju za svojo bolezen. Kvetiapin je treba jemati enkrat na dan, brez hrane. Bolnik mora tablete s podaljšanim sproščanjem pogoltniti cele in jih ne sme razdeliti, žvečiti ali zdrobiti. *Odrasli:* Za zdravljenje shizofrenije in zmernih do hudih epizod manije pri bipolarni motnji: Kvetiapin je treba zaužiti vsaj eno uro pred obrokom. Dnevni odmerek na začetku zdravljenja je 300 mg prvi dan in 600 mg drugi dan. Priporočeni dnevni odmerek je 600 mg, vendar se lahko, če je to klinično indicirano, poveča na 800 mg na dan. Odmerek je treba prilagoditi v učinkovitem razponu odmerkov od 400 mg do 800 mg na dan, odvisno od kliničnega odziva posameznega bolnika in od tega, kako zdravilo prenaša. Pri vzdrževalnem zdravljenju shizofrenije odmerka ni treba prilagoditi. **ZA ZDRAVLJENJE EPIZOD VELIKE DEPRESIJE PRI BIPOLARNI MOTNJI:** Kvetiapin je treba vzeti pred spanjem. Skupni dnevni odmerki prve štiri dni zdravljenja so 50 mg (1. dan), 100 mg (2. dan), 200 mg (3. dan) in 300 mg (4. dan). Priporočeni dnevni odmerek je 300 mg. V kliničnih preskušanjih niso opazili dodatne koristi zdravljenja v skupini, ki je dobivala 600 mg, v primerjavi s skupino, ki je dobivala 300 mg (glejte poglavje 5.1). Posameznim bolnikom bo morda koristil odmerek 600 mg. Zdravljenje z odmerki, večjimi od 300 mg, mora uvesti zdravnik, ki ima izkušnje z zdravljenjem bipolarne motnje. Klinična preskušanja so pokazala, da pri posameznih bolnikih, ki zdravila ne prenašajo dobro, pride v poštev zmanjšanje odmerka na minimalno 200 mg. Za preprečevanje ponavljanja epizod bipolarne motnje: Pri bolnikih z bipolarno motnjo, ki so se odzvali na akutno zdravljenje s kvetiapinom, je za preprečevanje recidivov maničnih, depresivnih ali mešanih epizod priporočljivo zdravljenje nadaljevati z enakim odmerkom kvetiapina, ki ga bolnik vzame pred spanjem. Odmerek kvetiapina je mogoče prilagoditi glede na klinični odziv in prenašanje posameznega bolnika v razponu od 300 do 800 mg na dan. Pomembno je, da za vzdrževalno zdravljenje uporabimo najmanjši še učinkovit odmerek zdravila. Za dodatno zdravljenje epizod velike depresije pri veliki depresivni motnji (MDD) Kvetiapin je treba vzeti pred spanjem. Dnevni odmerek na začetku zdravljenja je 50 mg prvi in drugi dan ter 150 mg tretji in četrti dan. V kratkotrajnih preskušanjih kvetiapina kot dodatnega zdravila (z amitriptilinom, bupropionom, citalopramom, duloksetinom, escitalopramom, fluoksetinom, paroksetinom, sertralinom in venlafaksinom - glejte poglavje 5.1) je bil antidepresivni učinek opazen pri 150 in 300 mg/dan, v kratkotrajnih preskušanjih monoterapije s kvetiapinom pa pri 50 mg/dan. Pri večjih odmerkih je tveganje za pojav neželenih učinkov večje. Zdravnik naj torej zagotovi, da se za zdravljenje uporablja najmanjši učinkoviti odmerek, z začetkom pri 50 mg/dan. Povečanje odmerka s 150 na 300 mg/dan mora temeljiti na oceni posameznega bolnika. *Prehod s tablet kvetiapina s takojšnjim sproščanjem:* Za enostavnejše odmerjanje lahko bolniki, ki se trenutno zdravijo z deljenimi odmerki tablet kvetiapina s takojšnjim sproščanjem, preidejo na zdravilo Loquen SR v enakem celotnem dnevnem odmerku, ki ga vzamejo enkrat na dan. Morda bo treba posameznim bolnikom prilagoditi odmerke. **KONTRAINDIKACIJE:** Preobčutljivost na zdravilno učinkovino ali katero koli pomožno snov, navedeno v poglavju. Sočasna uporaba zaviralcev citokroma P450 3A4, na primer zaviralcev proteaze HIV, azolnih antimikotikov, eritromicina, klaritromicina in nefazodona, je kontraindicirana. **POSEBNA OPOZORILA IN PREVIDNOSTNI UKREPI:** Ker ima kvetiapin več indikacij, je treba njegove varnostne značilnosti obravnavati glede na diagnozo posameznega bolnika in uporabljeni odmerek. **MEDSEBOJNO DELOVANJE Z DRUGIMI ZDRAVILI IN DRUGE OBLIKE INTERAKCIJ:** Ker kvetiapin deluje v prvi vrsti na osrednje živčevje, ga je treba previdno uporabljati v kombinaciji z drugimi centralno delujočimi zdravili in alkoholom. Za presnovo kvetiapina, ki poteka s pomočjo encimov iz družine citokroma P450, je v prvi vrsti odgovoren encim citokrom P450 (CYP) 3A4. V študiji medsebojnega delovanja na zdravih prostovoljcih je sočasna uporaba kvetiapina (v odmerku 25 mg) s ketokonazolom, zaviralcem CYP3A4, povzročila od 5- do 8-kratno povečanje AUC kvetiapina. Glede na to je sočasna uporaba kvetiapina z zaviralci CYP3A4 kontraindicirana. Prav tako med zdravljenjem s kvetiapinom ni priporočljivo uživati grenivkinega soka.Po večkratnih odmerkih, danih bolnikom pred in med zdravljenjem s karbamazepinom (znanim induktorjem jetrnih encimov), v preskušanju, s katerim so želeli oceniti farmakokinetiko kvetiapina, , je sočasna uporaba karbamazepina pomembno povečala očistek kvetiapina. To povečanje očistka je zmanjšalo sistemsko izpostavljenost kvetiapinu (merjeno z AUC) na povprečno 13 % izpostavljenosti med uporabo samega kvetiapina, pri nekaterih bolnikih pa je bil zabeležen večji učinek. Zaradi tega medsebojnega delovanja se lahko koncentracija v plazmi zniža, kar lahko vpliva na učinkovitost zdravljenja s kvetiapinom. Sočasna uporaba kvetiapina in fenitoina (drugega induktorja mikrosomskih encimov) je močno povečala očistek kvetiapina za približno 450 %. Pri bolnikih, ki prejemajo induktor jetrnih encimov, naj bi zdravljenje s kvetiapinom uvedli le, če zdravnik oceni, da koristi zdravljenja s kvetiapinom odtehtajo tveganja zaradi opustitve induktorja jetrnih encimov. Vsako spreminjanje odmerka induktorja mora biti postopno. Če je potrebno, ga je treba nadomestiti zdravilom, ki ne inducira jetrnih encimov ((npr. natrijevim valproatom). **NEŽELENI UČINKI:** *Odrasli: Zelo* pogosti: znižanje koncentracije hemoglobin, zvišanje serumske koncentracije trigliceridov, zvišanje koncentracije celokupnega holesterola (pretežno holesterola LDL), znižanje koncentracije holesterola HDL, povečanje telesne mase, omotica, zaspanost, glavobol, ekstrapiramidni simptomi, suha usta, odtegnitveni simptomi (ob prenehanju). Pogosti: levkopenija, zmanjšanje števila nevtrofilcev, povečanje števila eozinofilcev, hiperprolaktinemija, znižanje koncentracije celokupnega, znižanje koncentracije prostega, znižanje koncentracije celokupnega, zvišanje koncentracije TSH, povečan apetit, zvišanje koncentracije glukoze v krvi do hiperglikemične ravni, nenormalne sanje in nočne more, samomorilno razmišljanje in samomorilno vedenje, dizartrija, tahikardija, palpitacije, tahikardija, palpitacije, zamegljen vid, ortostatska hipotenzija, dispneja, zaprtost, dispepsija, bruhanje, zvišanje koncentracije alanin-aminotransferaze (ALT) v serumu, zvišanje koncentracije gama-GT, blaga astenija, periferni edemi, razdražljivost, zvišana telesna temperature. Pediatrična populacija: Pri otrocih in mladostnikih je treba upoštevati iste neželene učinke zdravila, kot so zgoraj opisani za odrasle. Navedeni so neželeni učinki zdravila, ki se pri otrocih in mladostnikih (starih od 10 do 17 let) pojavljajo v višji kategoriji pogostosti kot v odrasli populaciji, ali neželene učinke zdravila, ki niso bili ugotovljeni v odrasli populaciji. *Otroci in mladostniki: Zelo pogosti*: zvišanje koncentracije prolaktina, večji apetit, ekstrapirimidni simptomi, zvišanje krvnega tlaka, bruhanje *Pogosti:* sinkopa, rhinitis, razdražljivost. **NAČIN IN REŽIM PREDPISOVANJA IN IZDAJE ZDRAVILA:** Predpisovanje in izdaja zdravila je le na recept. **IMETNIK DOVOLJENJA ZA PROMET Z ZDRAVILOM**: TEVA Pharma B.V. Swensweg, 52031 GA Haarlem, Nizozemska **DATUM ZADNJE REVIZIJE BESEDILA**: 09.07.2015.

Datum priprave informacije: september 2016. Samo za strokovno javnost.
Podrobnejše informacije o zdravilu in celoten povzetek glavnih značilnosti zdravila so na voljo pri naših strokovnih sodelavcih na terenu in pri zastopniku imetnika dovoljenja za promet: Pliva Ljubljana d.o.o.,Pot k sejmišču 35, 1231 Ljubljana-Črnuče, www.tevasi.si
SN/LOQ/16/0007

Abilify Maintena®

- Izboljša in ohranja nadzor nad pozitivnimi in negativnimi simptomi.[1]
- Značilno podaljšuje čas do relapsa in zmanjša pogostost hospitalizacije.[2,3]
- Zaščiti osebno in socialno funkcioniranje.[4]
- Mlajši bolniki (≤ 35 let) so lahko bolj dovzetni za ohranjanje funkcionalnosti po zdravljenju z zdravilom Abilify Maintena.[5]

Kratka strokovna informacija:
Ime zdravila in farmacevtska oblika: Abilify Maintena 400 mg prašek in vehikel za suspenzijo za injiciranje s podaljšanim sproščanjem. **Sestava zdravila:** Ena viala vsebuje 400 mg aripiprazola. Po rekonstituciji 1 ml suspenzije vsebuje 200 mg aripiprazola. **Terapevtska indikacija:** vzdrževalno zdravljenje shizofrenije pri odraslih bolnikih, stabiliziranih s peroralnim aripiprazolom. **Odmerjanje:** Pri bolnikih, ki še nikoli niso jemali aripiprazola je treba pred začetkom zdravljenja z zdravilom Abilify Maintena doseči toleranco na peroralni aripiprazol. Priporočeni začetni in vzdrževalni odmerek zdravila Abilify Maintena je 400 mg. Titriranje odmerka tega zdravila ni potrebno. Zdravilo damo enkrat na mesec v obliki enkratne injekcije (26. dan po prejšnji injekciji in nič prej). Po prvem injiciranju je treba zdravljenje štirinajst zaporednih dni nadaljevati s peroralnim aripiprazolom 10 mg do 20 mg, da bi vzdrževali terapevtske koncentracije aripiprazola na začetku zdravljenja. Pri bolnikih z ledvično okvaro, z blago ali zmerno okvaro jeter odmerka ni treba prilagajati. Pri bolnikih s hudo okvaro jeter mora biti odmerjanje previdno, prednost mora imeti peroralna oblika zdravila. Pri bolnikih, ki več kot 14-dni sočasno jemljejo močne zaviralce CYP3A4 ali močne zaviralce CYP2D6, je treba odmerek prilagoditi. Ob opustitvi jemanja zaviralca CYP3A4 ali zaviralca CYP2D6 bo morda potrebno odmerek povečati na predhodni odmerek. Pri bolnikih, za katere je znano, da slabo presnavljajo s CYP2D6, mora biti začetni in vzdrževalni odmerek 300 mg. Sočasni uporabi močnih induktorjev CYP3A4 in zdravila Abilify Maintena več kot 14 dni se je treba izogibati, saj se raven aripiprazola v krvi zniža in lahko pade pod učinkovito raven. Varnost in učinkovitost zdravila Abilify Maintena pri otrocih in mladostnikih, starih od 0 do 17 let, še nista bili dokazani. **Način uporabe:** Zdravilo Abilify Maintena je namenjeno samo intramuskularni uporabi in ga ni dovoljeno dajati intravensko ali subkutano. Zdravilo sme dajati samo zdravstveni delavec. Suspenzijo je treba injicirati takoj po rekonstituciji. Tako pripravljeno suspenzijo lahko hranite v viali največ štiri ure pri temperaturi od 25 °C. Suspenzijo je treba v glutealno ali deltoidno mišico injicirati počasi z enkratno injekcijo (odmerkov ne smemo razdeliti). Za glutealno injiciranje je priporočena varnostna podkožna igla dolžine 38 mm in velikosti 22. Pri bolnikih s prekomerno telesno maso (indeks telesne mase > 28 kg/m^2) je treba uporabiti varnostno podkožno iglo dolžine 50 mm in velikosti 21. Injiciranje v glutealno mišico je treba izmenjevati med obema glutealnima mišicama. Za deltoidno injiciranje je priporočena varnostna podkožna igla dolžine 25 mm in velikosti 23. Pri bolnikih s prekomerno telesno maso je treba uporabiti varnostno podkožno iglo dolžine 38 mm in velikosti 22. Injiciranje v deltoidno mišico je treba izmenjevati med obema deltoidnima mišicama. **Kontraindikacije:** Preobčutljivost na zdravilno učinkovino ali katero koli pomožno snov. **Nosečnost:** Uporaba aripiprazola pri nosečnicah ni dovoljena, če pričakovane koristi nedvomno ne prevladajo nad morebitnim tveganjem za plod. **Dojenje:** Aripiprazol se izloča v materino mleko, zato je treba pretehtati prednosti dojenja za otroka in prednosti zdravljenja za mater. **Plodnost:** Študije reproduktivne toksičnosti niso pokazale vpliva aripiprazola na plodnost.
Povzetek neželenih učinkov: Najpogostejši neželeni učinki zdravila (ADR), o katerih so poročali pri ≥ 5 % bolnikov v dvojno slepih dolgotrajnih preskušanjih zdravila Abilify Maintena, so bili povečanje telesne mase (9,0 %), akatizija (7,9 %), nespečnost (5,8 %) in bolečine na mestu injiciranja (5,1 %). Drugi pogosti neželeni učinki: povečanje telesne mase, sladkorna bolezen, zmanjšanje telesne mase, agitacija, anksioznost, nemir, nespečnost, ekstrapiramidne motnje, akatizija, tremor, diskinezja, sedacija, somnolenca, omotica, glavobol, suha usta, mišično-skeletna togost, erektilna disfunkcija, bolečina na mestu injiciranja, zatrdlina na mestu injiciranja, izčrpanost in povišana vrednost kreatin-fosfokinaze v krvi. Poročanje o domnevnih neželenih učinkih: Poročanje o domnevnih neželenih učinkih zdravila po izdaji dovoljenja za promet je pomembno. Omogoča namreč stalno spremljanje razmerja med koristmi in tveganji zdravila. Od zdravstvenih delavcev se zahteva, da poročajo o katerem koli domnevnem neželenem učinku zdravila na Univerzitetni klinični center Ljubljana, Interna klinika, Center za zastrupitve, Zaloška cesta 2, SI-1000 Ljubljana, Faks: + 386 (0)1 434 76 46, e-pošta: farmakovigilanca@kclj.si.
Posebna opozorila in previdnostni ukrepi: Zdravila Abilify Maintena ne smemo uporabljati, kadar je potreben takojšen nadzor simptomov pri akutno agitiranih ali zelo psihotičnih bolnikih. Med antipsihotičnim zdravljenjem je treba bolnike z visokim tveganjem za pojav samomorilnega vedenja skrbno nadzirati. Aripiprazol je treba previdno uporabljati pri bolnikih z znano srčnožilno boleznijo, cerebrovaskularno boleznijo ali stanji, ki povzročajo nagnjenost k hipotenziji ali hipertenziji, vključno s pospešeno in maligno hipertenzijo, pri bolnikih s podaljšanjem intervala QT v družinski anamnezi, pri bolnikih, ki imajo anamnezo konvulzivnih motenj ali bolezni, povezanih s konvulzivnimi napadi, pri starejših bolnikih s psihozo, povezano z demenco, pri bolnikih, ki imajo sladkorno bolezen ali dejavnike tveganja zanjo, pri bolnikih, ki so v preteklosti že imeli težave s patološkim hazardiranjem. Aripiprazol ni indiciran za zdravljenje psihoze, povezane z demenco. Pri uporabi antipsihotikov so poročali o primerih venske trombembolije. Če se pri bolniku pojavijo znaki in simptomi malignega nevroleptičnega sindroma (MNS) ali ima nepojasnjeno zvišano telesno temperaturo brez drugih kliničnih znakov MNS, je treba ukiniti vsa antipsihotična zdravila, tudi zdravilo aripiprazol. Če se pri bolniku, ki dobiva aripiprazol, pojavijo znaki in simptomi tardivne diskinezije, je treba razmisliti o zmanjšanju odmerka ali prekinitvi zdravljenja. **Interakcije:** Previdnost je potrebna pri uporabi aripiprazola v kombinaciji z alkoholom ali zdravili, ki delujejo na osrednje živčevje in pri uporabi zdravil za katera je znano, da podaljšajo interval QT. Močni zaviralci CYP2D6 (npr. kinidin, fluoksetin in paroksetin), in močni zaviralci CYP3A4 (npr. ketokonazol, itrakonazol in zaviralci proteaz HIV) lahko zvišajo AUC aripiprazola. Med sočasno uporabo s šibkimi zaviralci CYP3A4 (npr. diltiazema) ali CYP2D6 (npr. escitaloprama) je mogoče pričakovati zmerno povišanje koncentracije aripiprazola. Pri sočasni uporabi zdravila Abilify Maintena in induktorjev CYP3A4 (npr. karbamazepina, rifampicina, rifabutina, fenitoina, fenobarbitala, primidona, efavirenza, nevirapina in šentjanževke) je mogoče pričakovati znižanje ravni aripiprazola v krvi, lahko tudi pade pod učinkovito raven. Morebitni znaki in simptomi serotoninskega sindroma se lahko pojavijo zlasti ob sočasnem jemanju z drugimi serotonergičnimi zdravili (SSRI in SNRI). **Način in režim predpisovanja in izdaje zdravila:** Predpisovanje in izdaja zdravila je le na recept s posebnim režimom - ZZ. **Imetnik dovoljenja za promet:** Otsuka Pharmaceutical Europe Ltd. Gallions, Wexham Springs, Framewood Road, Wexham, SL3 6PJ - Velika Britanija. **Predstavništvo:** Lundbeck Pharma d.o.o., Titova c. 8, 2000 Maribor. Pred predpisovanjem, prosimo, preberite povzetek glavnih značilnosti zdravila. **Datum revizije besedila**: 04/2016.

ENKRAT MESEČNO
400 mg
Abilify Maintena®
(aripiprazol) suspenzija za injiciranje s podaljšanim sproščanjem

Viri:
1. Fleischhacker WW et al. Br J Psychiatry. June 12, 2014, 205(2):135-144.
2. Kane JM, et al. J Med Econ. 2015 Feb;18(2):145-154.
3. Kane JM, et al. J Clin Psychiatry. 2012;73(5):617-624.
4. Fleischhacker WW et al., Schizophrenia Research 159 (2014) 415-420.
5. Eramo A et al, Poster Presented at the 2013 Neuroscience Education Institute Psychopharmacology Congress, 2013, CO.

Datum priprave oglasa:
Avgust 2016

SI-ABIM-2016.06-00007794

Otsuka

Lundbeck

Beležka:

Beležka:

Beležka: